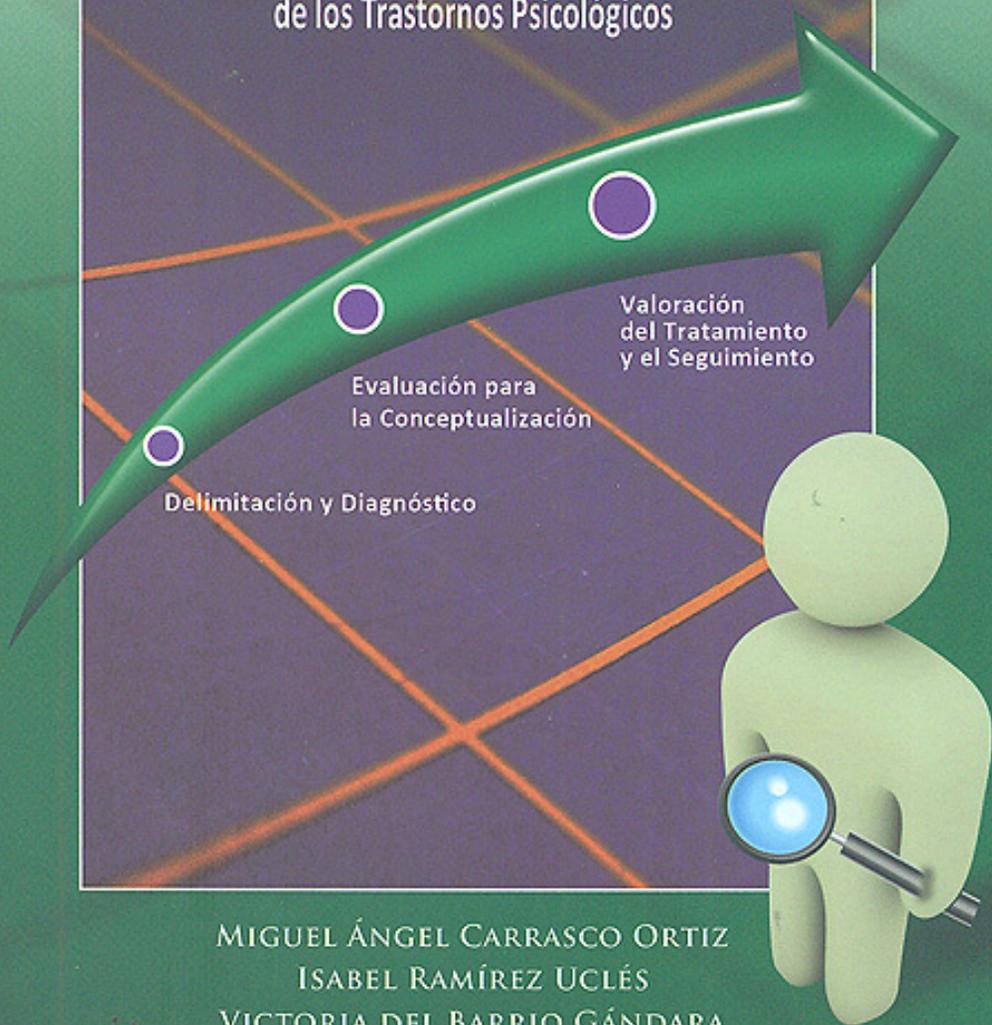


EVALUACIÓN CLÍNICA

Diagnóstico, Formulación y Contrastación
de los Trastornos Psicológicos



MIGUEL ÁNGEL CARRASCO ORTIZ
ISABEL RAMÍREZ UCLÉS
VICTORIA DEL BARRIO GÁNDARA

UNED



sanz y torres

Índice

PRESENTACIÓN	XXIII
SOBRE LOS AUTORES	XXV

BLOQUE 1

ASPECTOS CONCEPTUALES BÁSICOS

CAPÍTULO 1. LA EVALUACIÓN CLÍNICA: INTRODUCCIÓN A LOS ASPECTOS CONCEPTUALES Y TÉCNICOS BÁSICOS	3
---	----------

RESULTADOS DE APRENDIZAJE	4
1. INTRODUCCIÓN	5
2. EVALUACIÓN CLÍNICA: DELIMITACIÓN, OBJETIVOS Y PROCESO	6
3. CRITERIOS DE CALIDAD CIENTÍFICA Y ÉTICA: EVALUACIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA	8
3.1. Evidencias de Calidad Científica de las Técnicas e Instrumentos de Evaluación	8
3.2. Criterios de Calidad Científica del Proceso de Evaluación	9
3.3. Criterios de Calidad Ética en la Evaluación Clínica	15
4. PRINCIPALES TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN	16
5. HISTORIA CLÍNICA	24
6. EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA	26
7. HABILIDADES COMUNICACIONALES DEL EVALUADOR EN EL CONTEXTO CLÍNICO	29
8. EL INFORME CLÍNICO: LA COMUNICACIÓN DE RESULTADOS	33
RESUMEN	36
EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN	37
BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA	37

BLOQUE 2

TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO, DEL CONTROL DE IMPULSOS Y DE LA PERSONALIDAD

CAPÍTULO 2. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO

41

RESULTADOS DE APRENDIZAJE	43
1. INTRODUCCIÓN	44
2. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL DESARROLLO INTELECTUAL	44
2.1. Evaluación para la Delimitación del Problema: Contrastación de Hipótesis Diagnósticas ..	45
2.1.1. ¿Cuándo se ha de Evaluar la Capacidad Intelectual?	46
2.1.2. Evaluación Dimensional	46
2.1.3. Evaluación Categorical	49
2.2. Evaluación para la Conceptualización del Caso y la Planificación del Tratamiento en los Trastornos de la Inteligencia	51
3. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN	53
3.1. Evaluación para la Delimitación del Problema: Contrastación de Hipótesis Diagnósticas ..	53
3.1.1. Evaluación de la Instalación del Lenguaje	53
3.1.1.1. Técnicas e Instrumentos de Evaluación	54
3.1.2. Evaluación del Desarrollo del Lenguaje	56
3.1.3. Evaluación Dimensional de los Problemas del Lenguaje	58
3.1.3.1. Pruebas Estandarizadas Genéricas de Evaluación del Lenguaje	58
3.1.3.2. Pruebas Estandarizadas Específicas para la Evaluación del Lenguaje	59
3.1.4. Evaluación Categorical de los Problemas de Lenguaje	61
3.2. Evaluación para la Conceptualización del Caso y la Planificación del Tratamiento	62
4. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA	63
4.1. Evaluación para la Delimitación del Problema: Contrastación de Hipótesis Diagnósticas ..	65
4.1.1. Evaluación Categorical	65
4.1.2. Evaluación Dimensional	68
4.1.3. Diagnóstico Diferencial	68
4.2. Evaluación para la Conceptualización del Caso y la Planificación del Tratamiento	69
5. TRASTORNO DE ATENCIÓN/TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD	70
5.1. Evaluación para la Delimitación del Problema: Contrastación de Hipótesis Diagnósticas ..	71
5.1.1. Evaluación Categorical	72
5.1.1.1. Instrumentos Categoricals	73
5.1.2. Evaluación Dimensional	74
5.1.3. Discriminación Diagnóstica	74
5.2. Evaluación para la Conceptualización del Caso y la Planificación del Tratamiento	75

6. PROPUESTA DE UN PROTOCOLO BÁSICO DE EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO.....	77
RESUMEN	78
EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN	79
BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA	79

CAPÍTULO 3. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DISRUPTIVOS, DEL CONTROL DE IMPULSOS Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA **81**

RESULTADOS DE APRENDIZAJE	82
1. INTRODUCCIÓN.....	83
1.1. Descripción de los Principales Trastornos Según el DSM-IV-TR y DSM-V.....	83
1.2. Epidemiología y Curso	85
1.3. Factores Etiológicos y Factores Asociados	86
2. EVALUACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO Y LA DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS	87
2.1. Instrumentos de Evaluación Utilizados.....	87
2.1.1. Descripción de los Principales Instrumentos	87
2.1.2. Evidencias de Fiabilidad y Validez para el Diagnóstico del Trastorno Disruptivo, del Control de Impulsos y el Trastorno de Conducta	93
2.2. Diagnóstico Diferencial.....	94
2.3. Comorbilidad	94
3. EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO Y LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO	95
3.1. Evidencias de Fiabilidad y Validez de la Evaluación para la Conceptualización del Caso ...	99
4. EVALUACIÓN PARA EL TRATAMIENTO, SU PROGRESO Y LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN.....	99
5. PROPUESTA DE UN PROTOCOLO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS	100
RESUMEN	102
EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN	104
BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA	104

CAPÍTULO 4. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD **105**

RESULTADOS DE APRENDIZAJE	106
--	-----

1. INTRODUCCIÓN.....	107
1.1. Epidemiología.....	108
1.2. Factores Etiológicos.....	109
1.3. Comorbilidad	109
2. EVALUACIÓN PARA LA CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS Y LA DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	110
2.1. Evaluación Categorical.....	111
2.1.1. Criterios Diagnósticos.....	111
2.1.2. Técnicas Diagnósticas de Evaluación Categorical.....	114
2.2. Evaluación Dimensional.....	115
2.2.1. Evaluación Dimensional Genérica	117
2.2.2. Cuestionarios de Evaluación Específica.....	118
3. EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DE UN CASO Y PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO (ADVERTENCIAS PARA LA GENERACIÓN DEL DIAGNÓSTICO)	121
3.1. Fiabilidad.....	125
3.2. Validez.....	126
4. PROPUESTA DE UN PROTOCOLO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	127
RESUMEN	128
EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN	129
BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA.....	129

BLOQUE 3

TRASTORNOS DE ANSIEDAD, DEL ESTADO DE ÁNIMO Y RELACIONADOS CON EXPERIENCIAS ESTRESANTES

CAPÍTULO 5. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD 133

RESULTADOS DE APRENDIZAJE.....	134
1. INTRODUCCIÓN.....	135
1.1. Descripción de los Principales Trastornos de Ansiedad.....	135
1.2. Epidemiología y Curso	135
1.3. Factores Etiológicos y Factores Asociados	136
2. EVALUACIÓN PARA LA DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS	138
2.1. Instrumentos de Evaluación Utilizados: Descripción y Evidencias de Fiabilidad y Validez ..	138
2.1.1. Entrevistas Estructuradas.....	138

2.1.2. Escalas de Puntuación	141
2.2. Diagnóstico Diferencial.....	144
2.3. Comorbilidad	146
3. EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO Y LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO	146
3.1. Evidencias de Fiabilidad y Validez para la Evaluación de la Conceptualización del Caso....	155
4. EVALUACIÓN PARA EL TRATAMIENTO, SU PROGRESO Y LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN	156
5. PROPUESTA DE UN PROTOCOLO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD...	157
RESUMEN	158
EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN	160
BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA	160

CAPÍTULO 6. EVALUACIÓN DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

161

RESULTADOS DE APRENDIZAJE	162
1. INTRODUCCIÓN.....	163
1.1. Descripción.....	163
1.2. Epidemiología y Curso	164
1.3. Factores Etiológicos y Factores Asociados	164
2. EVALUACIÓN PARA LA DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS	165
2.1. Instrumentos de Evaluación Utilizados	166
2.1.1. Descripción.....	166
2.1.2. Evidencias de Fiabilidad y Validez para el Diagnóstico del TOC	172
2.2. Diagnóstico Diferencial	174
2.3. Comorbilidad.....	176
3. EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO Y LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO	176
3.1. Principales Variables Relevantes Implicadas en la Dinámica Funcional del TOC: Variables a Evaluar para el Tratamiento	176
3.2. Instrumentos para su Contrastación.....	178
3.3. Evidencias de Fiabilidad y Validez de la Evaluación para la Conceptualización del Caso ...	184
4. EVALUACIÓN PARA EL TRATAMIENTO, SU PROGRESO Y LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN	185
5. PROPUESTA DE UN PROTOCOLO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS OBSESIVO-COMPULSIVOS	186
RESUMEN	187

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN	188
BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA	188

CAPÍTULO 7. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO: TRASTORNOS DEPRESIVOS Y TRASTORNO BIPOLAR **189**

RESULTADOS DE APRENDIZAJE	190
1. INTRODUCCIÓN	191
1.1. Descripción y Tipos de Depresión	192
1.2. Epidemiología	195
1.3. Factores Etiológicos	196
1.4. Comorbilidad	198
2. EVALUACIÓN PARA LA CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	199
2.1. Evaluación Diagnóstica Categórica	200
2.1.1. Instrumentos para la Evaluación Categórica	202
2.2. Evaluación Dimensional	203
3. CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PARA LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS	207
4. EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO Y LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO	209
4.1. Cautelas para el Diagnóstico	212
5. PROPUESTA DE UN PROTOCOLO BÁSICO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO	214
5.1. Esquema de la Secuencia a Seguir en la Evaluación de los Trastornos Depresivos	215
RESUMEN	217
EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN	218
BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA	219

CAPÍTULO 8. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL TRAUMA Y OTROS ESTRESORES **221**

RESULTADOS DE APRENDIZAJE	222
1. INTRODUCCIÓN	223
1.1. Descripción	223
1.2. Epidemiología y Curso	226

1.3. Factores Etiológicos y Factores Asociados	227
2. EVALUACIÓN PARA LA DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS	228
2.1. Instrumentos de Evaluación Utilizados	228
2.1.1. Instrumentos para la Identificación de Estrésores	228
2.1.2. Instrumentos para el Diagnóstico y la Delimitación de los Trastornos	237
2.1.3. Listado de Síntomas y Escalas de Estimación para la Sintomatología	241
2.2. Evidencias de Fiabilidad y Validez para el Diagnóstico y Delimitación de los Trastornos	247
2.3. Diagnóstico Diferencial	248
2.4. Comorbilidad	249
3. EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO Y LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO	250
3.1. Instrumentos para su Contrastación	253
3.2. Evidencias de Fiabilidad y Validez de la Evaluación para la Conceptualización del Caso	257
4. EVALUACIÓN PARA EL TRATAMIENTO, SU PROGRESO Y LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN	257
5. PROPUESTA DE UN PROTOCOLO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL TRAUMA Y EL ESTRÉS	258
RESUMEN	260
EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN	261
BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA	261

CAPÍTULO 9. EVALUACIÓN DE LAS CONDUCTAS SUICIDAS Y AUTOLÍTICAS

263

RESULTADOS DE APRENDIZAJE	264
1. INTRODUCCIÓN	265
1.1. Descripción de las Conductas Suicidas	265
1.2. Epidemiología	266
1.3. Factores Asociados: Etiológicos, Desencadenantes y Protectores	268
2. EVALUACIÓN PARA LA DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS DEL RIESGO Y LA PRESENCIA DE SUICIDIO Y CONDUCTAS AUTOLÍTICAS	272
2.1. Instrumentos de Evaluación	274
2.2. Evidencias de Validez y Fiabilidad para la Evaluación del Riesgo y la Detección de Conductas Suicidas	279
3. EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL SUICIDIO Y LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO	280
3.1. Principales Variables Relevantes Implicadas: Instrumentos para su Evaluación y Evidencias de Validez y Fiabilidad	280

4. EVALUACIÓN PARA LA VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO, SU PROGRESO Y LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN	285
5. PROPUESTA DE UN PROTOCOLO PARA LA EVALUACIÓN DEL RIESGO Y LAS CONDUCTAS SUICIDAS	287
RESUMEN	289
EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN	291
BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA	291

BLOQUE 4

TRASTORNOS RELACIONADOS CON ALTERACIONES PSICÓTICAS Y DE LOS PROCESOS COGNITIVOS

CAPÍTULO 10. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO DE LA ESQUIZOFRENIA Y OTROS TRASTORNOS PSICÓTICOS	295
---	------------

RESULTADOS DE APRENDIZAJE	296
1. INTRODUCCIÓN	297
1.1. Delimitación de la Esquizofrenia y sus Tipos	297
1.2. Epidemiología	301
1.3. Factores de Riesgo	301
2. EVALUACIÓN PARA LA DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS	303
2.1. Instrumentos Utilizados: Descripción, Validez y Fiabilidad	303
2.1.1. Entrevistas Diagnósticas	303
2.1.2. Escalas de Puntuación y Cuestionarios	304
2.1.3. Evidencias de Validez y Fiabilidad para el Diagnóstico	307
2.2. Diagnóstico Diferencial	308
2.3. Comorbilidad	309
3. EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO Y LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO	309
3.1. Principales Contenidos a Evaluar para el Tratamiento	309
3.2. Instrumentos para su Contrastación	311
3.3. Evidencias de Fiabilidad y Validez para la Evaluación de la Conceptualización del Caso	316
4. EVALUACIÓN PARA EL TRATAMIENTO, SU PROGRESO Y LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN	316

5. PROPUESTA DE UN PROTOCOLO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO ESQUIZOFRÉNICO	317
RESUMEN	319
EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN	321
BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA	321

CAPÍTULO 11. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS 323

RESULTADOS DE APRENDIZAJE	324
1. INTRODUCCIÓN	325
1.1. Descripción	325
1.2. Epidemiología y Curso	328
1.3. Factores Etiológicos y Factores Asociados	328
2. EVALUACIÓN PARA LA DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS	331
2.1. Descripción de los Principales Instrumentos de Evaluación Utilizados	332
2.1.1. Entrevistas	332
2.1.2. Listado de Síntomas y Cuestionarios	334
2.2. Evidencias de Fiabilidad y Validez para la Delimitación y el Diagnóstico	338
2.3. Diagnóstico Diferencial	339
2.4. Comorbilidad	340
3. EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO Y LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO	341
3.1. Evidencias de Fiabilidad y Validez de la Evaluación para la Conceptualización del Caso ...	343
4. EVALUACIÓN PARA EL TRATAMIENTO, SU PROGRESO Y LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN	343
5. PROPUESTA DE UN PROTOCOLO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS	343
RESUMEN	345
EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN	346
BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA	346

CAPÍTULO 12. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS 347

RESULTADOS DE APRENDIZAJE	348
1. INTRODUCCIÓN	349

1.1. Descripción	349
1.2. Epidemiología y Curso	352
1.3. Factores Etiológicos	353
1.3.1. Delirio	353
1.3.2. Trastornos Neurocognitivos.....	354
2. EVALUACIÓN PARA LA DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS	354
2.1. Instrumentos de Evaluación Utilizados: Descripción y Evidencias de Fiabilidad y Validez.....	355
2.1.1. Entrevistas Estructuradas.....	355
2.1.2. Escalas de Puntuación.....	358
2.3. Diagnóstico Diferencial.....	360
2.4. Comorbilidad	362
3. EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO Y LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO	363
4. EVALUACIÓN PARA EL TRATAMIENTO, SU PROGRESO Y LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN	370
5. PROPUESTA DE UN PROTOCOLO BÁSICO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS	373
RESUMEN	374
EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN	376
BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA.....	376

BLOQUE 5

TRASTORNOS RELACIONADOS CON ALTERACIONES DE LAS FUNCIONES FISIOLÓGICAS, LA CONDUCTA SEXUAL, ADICTIVA Y LOS SÍNTOMAS SOMÁTICOS

CAPÍTULO 13. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN	379
RESULTADOS DE APRENDIZAJE.....	380
1. INTRODUCCIÓN.....	381
1.1. Descripción.....	381
1.2. Epidemiología y Curso.....	383
1.3. Factores Etiológicos y Factores Asociados.....	383

2. EVALUACIÓN PARA LA DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS	385
2.1. Instrumentos de Evaluación Utilizados	387
2.1.1. Descripción: Entrevistas Diagnósticas y Cuestionarios o Escalas	387
2.1.2. Evidencias de Fiabilidad y Validez para el Diagnóstico de los TA	390
2.2. Diagnóstico Diferencial	391
2.3. Comorbilidad	392
3. EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO Y LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO	392
3.1. Principales Variables Relevantes Implicadas en los TA: Variables a Evaluar para el Tratamiento	393
3.2. Instrumentos para su Contrastación	395
3.3. Evidencias de Fiabilidad y Validez para la Evaluación de la Conceptualización del Caso ...	401
4. EVALUACIÓN PARA EL TRATAMIENTO, SU PROGRESO Y LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN	402
5. PROPUESTA DE UN PROTOCOLO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN	403
RESUMEN	405
EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN	407
BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA	407

CAPÍTULO 14. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ELIMINACIÓN **409**

RESULTADOS DE APRENDIZAJE	410
1. INTRODUCCIÓN	411
1.1. Descripción de los Principales Trastornos de Eliminación	411
1.2. Epidemiología y Curso	413
1.3. Factores Etiológicos y Factores Asociados	414
2. EVALUACIÓN PARA LA DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS	416
2.1. Instrumentos de evaluación utilizados: Descripción y Evidencias de Validez y Fiabilidad ...	417
2.1.1. Descripción de los Principales Instrumentos	417
2.1.2. Evidencias de Validez y Fiabilidad para el Diagnóstico de los Trastornos de Eliminación	425
2.2. Diagnóstico diferencial	425
2.3. Comorbilidad	425
3. EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO Y LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO	426
4. EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO, SU PROGRESO Y LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN	429

5. PROPUESTA DE UN PROTOCOLO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ELIMINACIÓN	429
RESUMEN	431
EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN	433
BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA	433

CAPÍTULO 15. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS SEXUALES 435

RESULTADOS DE APRENDIZAJE	437
1. INTRODUCCIÓN	438
1.1. Descripción	438
1.2. Epidemiología	442
1.3. Etiología y Curso	442
2. EVALUACIÓN DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES	444
2.1. Evaluación para la Delimitación del Problema: Contraste de Hipótesis Diagnósticas	446
2.1.1. Instrumentos de Evaluación para la Delimitación del Problema	446
2.1.1.1. La Entrevista	446
2.1.1.2. Escalas de Puntuación y Evidencias de Fiabilidad y Validez	449
2.1.2. Diagnóstico Diferencial y Comorbilidad	454
3. EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO Y LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO	458
3.1. Variables Asociadas al Origen y Mantenimiento de las Disfunciones Sexuales	458
3.2. Escalas de Puntuación y Propiedades Psicométricas	461
3.3. Otras Técnicas de Evaluación para la Conceptualización del Caso	466
3.3.1. La Observación	466
3.3.2. Autorregistros	467
3.3.3. Registros Psicofisiológicos	467
3.3.4. Examen Físico o Médico	468
4. ORIENTACIONES PARA LA EVALUACIÓN ESPECÍFICA DE LOS DIFERENTES TRASTORNOS	469
4.1. Trastornos del Deseo Sexual	469
4.2. Trastornos de la Excitación Sexual	469
4.3. Trastornos del Orgasmo	470
4.4. Evaluación Específica de los Trastornos por Dolor	471
5. EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO, SU PROGRESO Y LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN	471
6. PROPUESTA DE UN PROTOCOLO PARA LA EVALUACIÓN DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES	475
RESUMEN	476
EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN	478
BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA	478

CAPÍTULO 16. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS PARAFÍLICOS 479

RESULTADOS DE APRENDIZAJE	481
1. INTRODUCCIÓN	482
1.1. Descripción de los Principales Trastornos Parafílicos	482
1.2. Epidemiología y Curso	485
1.3. Factores Etiológicos y Factores Asociados	487
2. EVALUACIÓN PARA LA DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: CONTRASTE DE HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS	488
2.1. Instrumentos de Evaluación Utilizados: Descripción y Evidencias de Fiabilidad y Validez ..	488
2.1.1. Medidas de Autoinforme: Descripción y Propiedades Psicométricas	488
2.1.2. Otros Instrumentos Utilizados en el Diagnóstico	489
2.1.2.1. Historia Conductual.....	489
2.1.2.2. Medidas Conductuales	490
2.1.2.2.1. Tiempo de Visualización o Tiempo de Reacción Visual.....	490
2.1.2.2.2. Pletismografía Peneana	490
2.2. Diagnóstico Diferencial.....	494
2.3. Comorbilidad	494
3. EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO Y LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO	495
3.1. Variables Relevantes Implicadas en la Dinámica Funcional de las Parafilias e Instrumentos para su Evaluación	495
4. EVALUACIÓN PARA EL TRATAMIENTO, SU PROGRESO Y LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN	501
5. PROPUESTA DE UN PROTOCOLO DE EVALUACIÓN PARA LOS TRASTORNOS PARAFÍLICOS	502
RESUMEN	504
EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN	506
BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA	506

CAPÍTULO 17. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS ADICTIVOS Y POR CONSUMO DE SUSTANCIAS 507

RESULTADOS DE APRENDIZAJE	508
1. INTRODUCCIÓN	509
1.1. Descripción de los Trastornos por Consumo de Sustancias	509
1.2. Epidemiología	513
1.3. Factores Etiológicos	514

2. EVALUACIÓN PARA LA DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS	516
2.1. Entrevistas Estructuradas	516
2.2. Medidas de Autoinforme de Gravedad de la Dependencia	518
2.3. Diagnóstico Diferencial	520
2.4. Comorbilidad	522
3. EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO Y LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO	524
3.1. Autorregistros	525
3.2. Medidas de Autoinforme Relativas a la Personalidad	525
4. EVALUACIÓN PARA EL TRATAMIENTO, SU PROGRESO Y LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN	526
4.1. Evaluación del Balance Decisional	527
5. PROPUESTA DE UN PROTOCOLO BÁSICO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS	530
RESUMEN	531
EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN	533
BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA	533

CAPÍTULO 18. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS SOMATOMORFOS O DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS **535**

RESULTADOS DE APRENDIZAJE	536
1. INTRODUCCIÓN	537
1.1. Descripción de los Principales Trastornos Somatomorfos	537
1.2. Epidemiología y Curso	539
1.3. Factores Etiológicos y Asociados	540
2. EVALUACIÓN PARA LA DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS	541
2.1. Instrumentos de Evaluación: Descripción y Características	541
2.2. Evidencias de Fiabilidad y Validez	549
2.3. Diagnóstico Diferencial	550
2.4. Comorbilidad	551
3. EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO Y LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO	551
3.1. Variables Relevantes a Evaluar e Instrumentos para su Contrastación	551
3.2. Evidencias de Fiabilidad y Validez para la Evaluación de la Conceptualización del Caso	558
4. EVALUACIÓN PARA EL TRATAMIENTO, SU PROGRESO Y LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN	558

5. PROPUESTA DE UN PROTOCOLO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS O SOMATOMORFOS	559
RESUMEN	561
EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN	563
BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA	563
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	565

La Evaluación Clínica: Introducción a los Aspectos Conceptuales y Técnicos Básicos

Miguel Ángel Carrasco Ortiz

1

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

1 Introducción

2 Evaluación Clínica: Delimitación, Objetivos y Proceso

3 Criterios de Calidad Científica y Ética: Evaluación Basada en la Evidencia

- 3.1. Evidencias de Calidad Científica de las Técnicas e Instrumentos de Evaluación
- 3.2. Criterios de Calidad Científica del Proceso de Evaluación
- 3.3. Criterios de Calidad Ética en la Evaluación Clínica

4 Principales Técnicas e Instrumentos de Evaluación

5 Historia Clínica

6 Exploración Psicopatológica

7 Habilidades Comunicacionales del Evaluador en el Contexto Clínico

8 El Informe Clínico: la Comunicación de Resultados

RESUMEN

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

- Delimitar los objetivos de la evaluación y las fases que se derivan de la implementación del proceso de evaluación en el contexto clínico.
- Aplicar los criterios de calidad científica propuestos por la aproximación de la Evaluación Basada en la Evidencia a los instrumentos y al proceso de evaluación.
- Mantener una actitud deontológica apropiada con relación a las acciones que implica el proceso de evaluación y la atención clínica.
- Conocer las habilidades comunicativas e interpersonales que favorecen la relación evaluador-evaluado.
- Manejar convenientemente las herramientas básicas de evaluación, especialmente la entrevista y observación para la realización de la historia clínica y la exploración psicopatológica.
- Aplicar los criterios técnicos (formales, de estilo y estructura) y éticos a la comunicación de resultados mediante informe oral o escrito en el contexto clínico.

1 INTRODUCCIÓN

Desde que en 1896 Witmer, creador de la psicología clínica, estableciera una clínica en la Universidad de Pensilvania y hasta que en el año 1946 no se reconociera oficialmente la rama de la psicología clínica, no ha sido posible hablar de evaluación clínica como un área especializada de la evaluación psicológica. El primer trabajo atendido por Witmer en su clínica fue el tratamiento de un chico de 14 años con problemas de lectura hasta que progresivamente fue ampliando el personal de su clínica para tratar otros problemas psicológicos y escolares. En 1906 se creó la revista *Psychological Clinic* que sirvió de canal para la publicación de la descripción de los diferentes trastornos y tratamientos de la época. No obstante, desde la instauración oficial de la psicología clínica hasta nuestros días, en lo que a evaluación psicológica se refiere, ha existido todo un conjunto de valiosas contribuciones que históricamente han posibilitado la instauración de la evaluación psicológica actual como subdisciplina científica de la psicología. Baste brevemente con recordar alguna de las aportaciones más relevantes que contribuyeron al avance de la evaluación psicológica y sus logros actuales: a) el desarrollo de los tests para la medida de la inteligencia y de los problemas mentales a principios del siglo IX con autores como Mckeen Cattell, Alfred Binet y Simon o Lewis Terman; b) los servicios de evaluación para la selección de personal militar durante la Primera Guerra Mundial mediante los tests de inteligencia *Army Alpha* (para habla inglesa) y *Beta* (para no habla inglesa), en los que participaron autores destacados como Walter Dill Scott, Robert Yerkes o Arthur Otis; c) el trabajo de los psicólogos en los hospitales, terminada la guerra, para tratar los casos de estrés postraumático de los soldados entre cuyos representantes están Edward Thorndike y Robert Woodworth. Estos autores, entre otros, idearon protocolos para la evaluación de la inteligencia y la personalidad que permitieron atender las necesidades de los afectados por la guerra; d) Los avances en la evaluación de la personalidad y la creación de clínicas de psicología aplicada en los años 20 y 30; e) Las aportaciones del psicoanálisis con Freud, Jung, Meyer y Beers, y la de los neurólogos como Morton Prince. Aunque en todo este proceso la psicología clínica fue un campo de competencia muy reñido con los médicos y psiquiatras, será en la Segunda Guerra Mundial, cuando los psicólogos toman de nuevo las riendas de la atención e intervención psicológica. En 1946 cuando la incipiente Asociación Psicológica Americana (APA) reconoce en América un programa de formación específico para acreditar a los psicólogos clínicos apoyado por la administración de veteranos de guerra y los servicios de salud pública es cuando se produce un empuje al reconocimiento oficial de esta especialidad y a su expansión. El desarrollo posterior de un código ético (*Ethical Standards of Psychologists*) para los psicólogos en 1953 y la primera revista para profesionales de la clínica (*Journal of Consulting Psychology*) junto con la División 12 de la APA (*Division 12. Society o Clinical Psychology Practice*) dentro de la que destaca la Sección 9 dedicada a la evaluación, contribuyeron a la expansión de la psicología clínica. Expansión que llega a su edad de oro en la década de los años 60 y 70 cuando los psicólogos clínicos americanos pueden prescribir medicación en el campo de los problemas psicológicos. Tarea, que por otra parte, aún no le está permitida a los psicólogos españoles.

Hoy la Psicología Clínica está reconocida como un área de especialidad dentro de la Psicología y, específicamente la evaluación clínica se enfrenta con diferentes retos futuros (Wood, Garb, Lilienfeld y

Nezworski, 2002) entre los que destacan: la creación y el uso de protocolos de evaluación abreviados de mayor eficiencia, el abordaje de la evaluación multicultural, la generación de evaluaciones que permitan la selección y planificación de tratamientos de forma más consolidada, y el progreso en la precisión y validez del juicio clínico y la toma de decisiones. Respecto a este último aspecto, el uso de instrumentos validados y el uso de procedimientos estructurados para la formulación de casos son algunos de los retos que requieren un mayor perfeccionamiento.

2 EVALUACIÓN CLÍNICA: DELIMITACIÓN, OBJETIVOS Y PROCESO

La evaluación clínica en el marco de la disciplina psicológica se entiende como la evaluación que se realiza en el contexto de la Psicología Clínica. Más específicamente, es el proceso que se ocupa desde una aproximación científica a la exploración y análisis de la salud mental de una persona (o grupo de personas) con la finalidad última de tomar decisiones y resolver problemas para mejorar su comportamiento, su ajuste y adaptación al medio, y su satisfacción personal. Como en otros campos de la evaluación psicológica, los objetivos incluyen la descripción, clasificación, selección/predicción, explicación, cambio y/o valoración de los tratamientos o intervenciones aplicadas (Fernández-Ballesteros, 2004b). De esta definición es necesario subrayar, sus objetivos últimos (tomar decisiones y resolver problemas), el carácter procesual y dinámico, y la aproximación científica basada en la evidencia. Su área de actuación es principalmente la salud mental, con el objeto de evaluar, diagnosticar y tratar los problemas psicológicos.

En el ámbito de la evaluación clínica tres serán los objetivos fundamentales del evaluador: (a) *delimitar y diagnosticar* el problema, lo que requiere describir las conductas, signos y síntomas problemáticos que las personas presentan, y/o clasificar su/s problemas de acuerdo con los sistemas clasificatorios al uso; (b) *evaluar* las variables implicadas en el origen y mantenimiento del problema para la *formulación del caso (Teoría del caso)* de donde se derivará la intervención; y (c) *valorar los resultados del tratamiento* y sus efectos tanto a lo largo del tratamiento (monitorización) como a medio-largo plazo (seguimiento).

Para la consecución de estos objetivos el evaluador implementará una secuencia interactiva y dinámica de actuaciones para la recogida sistemática de información, que denominamos *Proceso de Evaluación*. Se trata de un procedimiento organizado y pautado que vertebra la actuación del evaluador para contrastar las hipótesis formuladas, tomar decisiones y solucionar problemas. Este proceso transcurre desde el primer contacto que se establece con el evaluado hasta la culminación de la evaluación o de la intervención terapéutica, si la hubiere.

La Sociedad Europea de Evaluación Psicológica propuso en sus Guías del Proceso de Evaluación (GAP) (Fernández-Ballesteros et al., 2003) 4 grandes fases para organizar este proceso: (1) análisis del caso; 2) organización e información de los resultados e información al cliente o sujeto; 3) planificación de la intervención; 4) valoración y seguimiento. En cada una de estas fases se describen las tareas y

acciones que el evaluador ha de realizar a lo largo del proceso de evaluación y en las que se incluyen: la recogida inicial de información (especificación de la demanda y del problema), la formulación de hipótesis (diagnósticas y funcionales o explicativas), la deducción de enunciados verificables (operativización de las hipótesis en variables identificables y evaluables), la contrastación de hipótesis (medida de las variables mediante instrumentos y técnicas de evaluación) y la valoración de resultados de la intervención y su seguimiento (Fernández-Ballesteros, 2004 a y b; Fernández-Ballesteros et al., 2003; Moreno, 2005a).

Este proceso de evaluación se realizará de acuerdo con la evidencia científica disponible sobre los contenidos teóricos procedentes de la psicología (e.g., psicología diferencial y de la personalidad, psicopatología, psicología básica, psicometría, etc.) y de la tecnología válida y fiable que proporciona el conjunto de técnicas, instrumentos y procedimientos existentes.

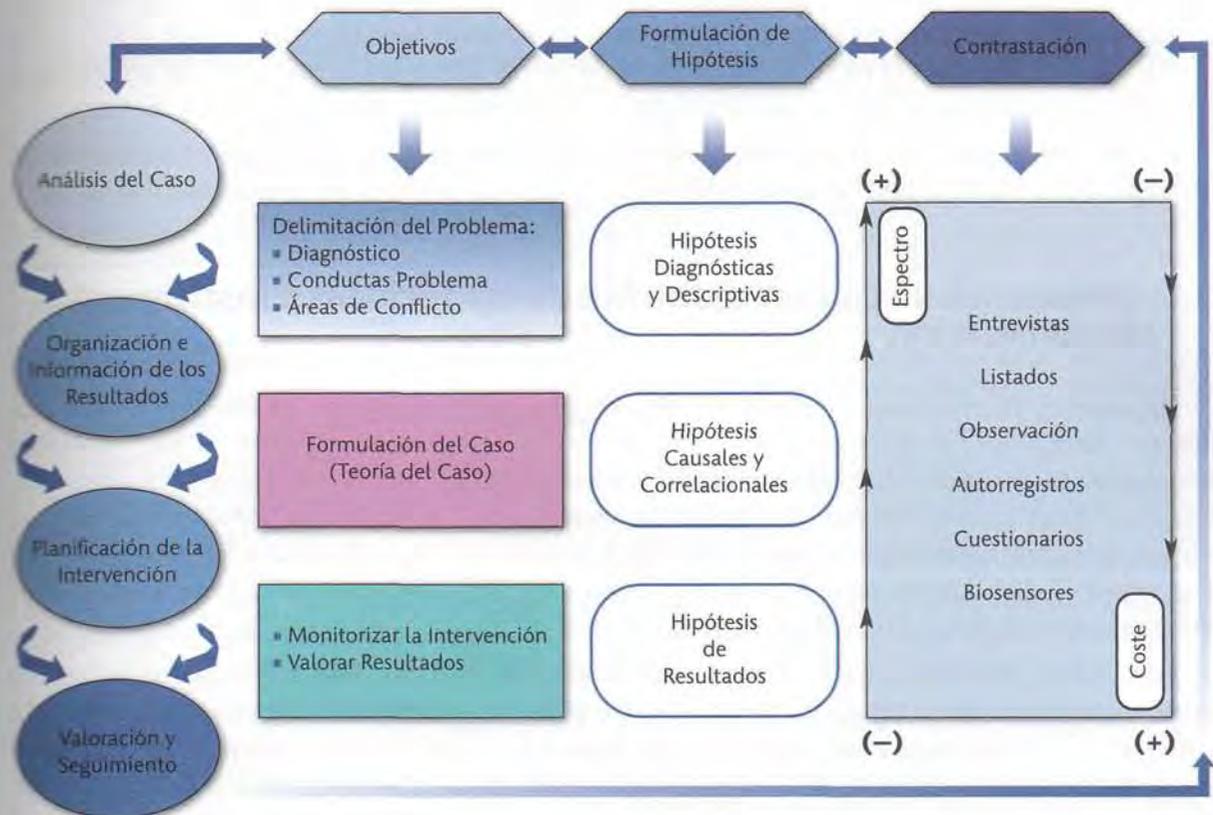


Figura 1.1. Proceso de Evaluación: Objetivos, Hipótesis y Contrastación.

3 CRITERIOS DE CALIDAD CIENTÍFICA Y ÉTICA: EVALUACIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA

La evaluación basada en la evidencia EBA (*EvidenceBasedAssessment*) consiste en el uso de la investigación y las teorías científicas como base para: a) la selección de los constructos a evaluar según los objetivos de evaluación establecidos; b) el uso de técnicas e instrumentos validados para su contrastación; y c) la implementación del proceso de evaluación (*Am. Psychol. Assoc. Presid. Task Force Evid.-Based Pract.* 2006; Hunsley y Mash, 2005). Se trata de desarrollar una evaluación clínicamente relevante, culturalmente sensible y científicamente fundada. La evaluación es finalmente un proceso de toma de decisiones en el que el evaluador reiteradamente formula y contrasta hipótesis integrando información a menudo incompleta e inconsistente. Una aproximación de la evaluación basada en la evidencia supone obtener criterios de precisión y utilidad de esta toma de decisiones, así como valorar sus costes y el impacto que los resultados obtenidos tienen sobre la persona evaluada (Hunsley y Mash, 2007). En la práctica clínica se traduciría en la aplicación de la evidencia científica a la resolución de problemas a partir de la experiencia del clínico, por una parte, y el contexto y los valores del cliente, por otra.

Las principales garantías de una evaluación científica están tanto en la precisión y validez de las medidas, como en la rigurosidad con la que el proceso de evaluación es implementado.

3.1. Evidencias de Calidad Científica de las Técnicas e Instrumentos de Evaluación

Organismos internacionales como la *American Psychological Association*, la *American Educational Research Association* y el *Nacional Council on Measurement in Education* (APA, AREA, NCME, 1999) han establecido los estándares científicos requeridos para considerar una medida psicológica adecuada. Por su parte, la Comisión Internacional de Test ITC (*International Test Commission*) proporciona los criterios exigidos para la traducción y adaptación de tests creados en países diferentes a los de la población evaluada (ITC, 2000, 2010), las normas de uso de los tests (ITC, 2001) y el uso de instrumentos informatizados de evaluación (ITC, 2005a, 2005b).

Existen tres referentes básicos para analizar la calidad de un instrumento de evaluación: el análisis de ítems, las evidencias acumuladas de fiabilidad y las evidencias acumuladas de validez (Barbero, Vila y Holgado, 2010; Martínez-Arias, 1995). En esencia, para que un instrumento sea psicométricamente sólido debe estar estandarizado y tener evidencias adecuadas de fiabilidad y validez. De acuerdo con Hunsley y Mash (2008), en la tabla 1.1 se describen los principales criterios psicométricos que deben ser considerados en el uso de instrumentos de evaluación clínica: medidas normativas, consistencia interna, fiabilidad interjueces, test-retest, fiabilidad, validez de contenido, validez de constructo, validez de generalización, sensibilidad al cambio y utilidad clínica.

Tabla 1.1. Principales Indicadores de Calidad Psicométrica para los Instrumentos de Uso Clínico.

Indicadores	Descripción
Medidas Normativas	Medidas de tendencia central y descriptivos obtenidos de muestras amplias clínicas y/o generales.
Consistencia Interna	Grado en que las puntuaciones del test están libres de error de medida. Generalmente se expresa mediante el coeficiente Alfa de Cronbach (mínimo aceptable .70) o KR ₂₀ para ítems dicotómicos.
Fiabilidad Interjueces	Grado de concordancia entre dos jueces en la obtención de una medida. Generalmente se expresa mediante la correlación de Pearson, correlación intraclase o Índice Kappa.
Fiabilidad Test-retest	Grado de estabilidad y convergencia de las puntuaciones repetidas de una misma medida separada por un intervalo temporal. Generalmente se expresa mediante correlación de Pearson.
Validez de Contenido	Grado de relevancia y representatividad de los contenidos medidos (ítems, dimensiones) de acuerdo al constructo que se pretende medir. Generalmente se obtiene por juicios de expertos, revisión bibliográfica, u observación de incidentes críticos (conductas prototípicas).
Validez de Constructo	Grado de adecuación, significado, utilidad y relevancia de las inferencias basadas en las puntuaciones de los instrumentos de medida. Incluye la validez de contenido. Se obtiene mediante análisis de estructura y dimensionalidad de la medida, y análisis predictivos, concurrentes y discriminantes.
Validez de Generalización	Grado en el que la medida puede ser utilizada con diferentes grupos (e.g, nacionalidad, sexo, etnia, edad...) y en distintos contextos (e.g., casa, escuela, hospital, trabajo).
Sensibilidad al Tratamiento	Grado en que la medida refleja el cambio a lo largo del tratamiento y tras el tratamiento. Generalmente se expresa mediante diferencias de medias o de puntuaciones en medidas repetidas.
Utilidad Clínica	Grado en el que la medida atiende a consideraciones prácticas de buena eficiencia (coste-beneficios), facilidad de uso (administración, corrección e interpretación), aceptabilidad de los pacientes y relevancia clínica.

3.2. Criterios de Calidad Científica del Proceso de Evaluación

A lo largo del proceso de evaluación clínica hemos de tomar una serie de decisiones que afectarán al mayor o menor rigor de nuestros resultados: ¿cómo se realiza la evaluación? ¿Qué información y contenidos

evaluar? ¿Qué métodos y fuentes seleccionar para la contrastación de las hipótesis? ¿Qué criterios clínicos usar para garantizar el suficiente rigor? A continuación se intenta dar respuesta a estas cuestiones con la finalidad de sugerir estrategias y criterios que aumenten la precisión y validez de la evaluación realizada.

Instauración de un proceso sistematizado de recogida de información

El primer criterio para favorecer la rigurosidad en la evaluación es la implementación de un proceso que sistematice el conjunto de actuaciones que el evaluador ha de realizar para el establecimiento de objetivos, la formulación de hipótesis y su contrastación (Fdez-Ballesteros et al., 2001, 2003; Moreno, 2005a). La evaluación no ha de ser ajena ni al evaluado, ni al contexto, ni al propio evaluador, quien debe contar con las habilidades competentes necesarias de escucha, empatía, pericia, optimización de la interacción con el evaluado, manejo de situaciones problemáticas, etc. Este proceso va más allá de la mera administración de instrumentos de evaluación y supone, además del análisis y la integración de la información obtenida (a veces inconsistente o contradictoria), el establecimiento de inferencias adecuadas de acuerdo a la demanda del evaluado (delimitación del problema), a los objetivos de la evaluación y a las hipótesis que pretendemos contrastar.

Evaluación de los contenidos adecuados y relevantes a los objetivos e hipótesis de la evaluación

La información recogida debe dar respuesta al problema planteado, los objetivos de la evaluación y las hipótesis formuladas. Esta información, en el caso de la evaluación clínica, es fundamentalmente una información centrada en el sujeto, personalizada y referida a la casuística particular (*idiográfica*). Sin embargo, la acumulación de evidencias procedente del corpus teórico de nuestra disciplina nos proporciona conocimientos que nos permiten asociar la información particular a principios generales y asociaciones empíricamente establecidas en la investigación acumulada y disponible. Esta investigación nos sugiere poner la atención en determinados contenidos y no en otros, así como validar la información individual (propia del caso) con la ya establecida (procedente de la investigación). Por ello, recogeremos tanto información particular (e.g., autorregistros, biosensores) como información referida a determinados constructos teóricos para cuya evaluación se han diseñado instrumentos específicos a partir de muestras amplias (e.g., cuestionarios).

Además la información a la que hacemos referencia deberá ser tanto de carácter cualitativa (e.g., comportamiento no verbal durante la entrevista, patrón de interacción en la evaluación) como cuantitativa (e.g., intensidad de la sintomatología depresiva) y deberá abarcar contenidos referidos tanto al propio sujeto como al contexto personal-biográfico, familiar y laboral. La información relativa al sujeto deberá abarcar no sólo variables externas (e.g., conductas manifiestas) sino también atributos y características internas (e.g., rasgos de personalidad, emociones, creencias...).

Teniendo en cuenta las características antes mencionadas sobre la naturaleza de la información a recoger, en el proceso de una evaluación clínica los contenidos a evaluar pueden agruparse principalmente en tres:

- a) Contenidos relativos a la delimitación del problema y, si procede, del diagnóstico.

Estos contenidos abarcan desde las conductas problema y las áreas de conflicto (e.g., familiar, laboral, etc...) hasta los signos, síntomas, síndromes y trastornos mentales. Esta información

debe además contener parámetros de duración, frecuencia, e intensidad de los problemas en sus diferentes modalidades (cognitiva, conductual, emocional) así como el impacto e interferencia en la vida y funcionamiento del evaluado. En los casos en los que se identifica un trastorno específico, este debe ser analizado en relación con dos parámetros fundamentales: su diagnóstico diferencial o grupo de trastornos con los que comparten determinadas características; y el patrón de comorbilidad (presencia simultánea de dos o más trastornos) con el que ese trastorno suele ser asociado. La comorbilidad es un fenómeno que alerta al evaluador del elevado riesgo de cronicidad, severidad y predisposición a la aparición de otras posibles alteraciones (Olatunji, Cisler y Tolin, 2010; Seligman y Ollendick, 1998). Por esta razón debe ser atendida para abordar el pronóstico del caso y su intervención. Conviene recordar, siguiendo la evaluación multiaxial propuesta por el DSM-IV (APA, 2000), la importancia de obtener información no sólo de los síntomas y síndromes sino también de las características desadaptativas de personalidad (Eje II), enfermedades y condiciones médicas (Eje III), problemas psicosociales y ambientales (e.g., acontecimientos vitales aversivos, dificultades familiares o laborales, falta de apoyo social, escasos recursos personales, fuentes de estrés, etc...) (Eje IV) y finalmente información sobre su nivel de funcionamiento y actividad general (Eje V).

b) Información relativa a la conceptualización del caso y planificación del tratamiento.

La formulación del caso individual se relaciona con el establecimiento de las hipótesis clínicas explicativas y la comprensión del funcionamiento del evaluado (Bruch y Bond, 1998; Eells, 1997; Hersen y Porzelius, 2001). Esta formulación deriva de los modelos explicativos de los diferentes trastornos que enfatizan las variables concretas y sus relaciones en función del problema a tratar (Westmeyer, 2003). En el caso de la psicología conductual, el análisis funcional (*Modelo analítico-funcional*) es una herramienta sistematizada que ha mostrado su utilidad para este fin (Haynes y Willians, 2003; Haynes, Godoy y Gabino, 2011), pero se han realizado aportaciones desde diferentes enfoques, como los *Modelos del UCL* (Bruch y Bond, 1998), desde una perspectiva dinámica, los modelos de solución de problemas y *mapa patogénico* (Nezu y Nezu, 1989), los modelos cognitivos (Persons, 1993), modelos sistémicos (Schiepek, 2003) o modelos constructivistas (Wagner, 2003).

Sin entrar en controversias sobre los modelos teóricos, hoy es aceptado por todos que la mayoría de los problemas psicológicos poseen múltiples causas y múltiples factores asociados que median y moderan las relaciones entre los agentes que los causan y los propios problemas. Es por ello que atendiendo a la investigación disponible, la conceptualización de un problema o trastorno debe considerar el máximo posible de constructos que lo expliquen. El evaluador deberá formular tantas hipótesis como constructos ha identificado y posteriormente debe analizarlas y contrastarlas.

El análisis de las hipótesis formuladas supone, al menos: (1) la identificación de las variables (personales y contextuales, pasadas y presentes) que explican el/los problemas; (2) establecer las variables más relevantes que en el caso particular (no necesariamente coincidentes con la literatura científica) inciden en el problema y excluir las menos relevantes que no contribuyen a

la explicación del caso; (3) el establecimiento de la configuración de relaciones funcionales y conexiones entre las variables (e.g., causales, de covariación, mediación o moderación) y sus efectos en los diferentes contextos (e.g., casa, trabajo...) a modo de mapa conceptual o diagrama; (4) identificar las variables que son modificables (e.g., estado de ánimo) y no modificables (e.g., vulnerabilidad genética) para el diseño de la intervención.

c) Información relativa a la evolución y los efectos del tratamiento

De la formulación y conceptualización del caso y su posterior análisis se extraerán las variables que, por su relevancia y modificabilidad, pueden ser objeto de intervención. Además de las variables (personales, contextuales o interactivas) directamente implicadas en la formulación del caso, para explorar los efectos y seguimiento del tratamiento se evalúan indicadores globales de actividad, funcionamiento y de adaptación o interferencia en la vida y funcionamiento de la persona.

En muchos casos, los efectos del tratamiento se evalúan obteniendo medidas postest tras la aplicación del tratamiento de las variables previamente evaluadas en la delimitación del problema o en su conceptualización (pretest). El análisis del cambio entre estas dos medidas (pretest-postest) es el indicador de evolución y cambio de la intervención. Para ello es importante que las medidas sean sensibles al cambio y haya evidencias previas de calidad psicométrica y utilidad para este fin.

Selección adecuada de métodos de evaluación y fuentes informantes para la contrastación de las hipótesis

La utilización de diversos métodos de evaluación (evaluación multimétodo) y de diferentes fuentes informantes (evaluación multifuente) es una de las reglas de oro que la mayoría de los evaluadores mantienen en la actualidad (Achenbach, 2009; De los Reyes y Kazdin, 2004; Garb, 2003; Meyer y Archer, 2001). No obstante y como he recogido en otro lugar (Carrasco, 2010), este principio debe mantenerse hasta que la investigación sobre validez incremental (grado en el que la inclusión de medidas a lo largo del proceso de evaluación mejore consistentemente las inferencias y toma de decisiones) proporcione evidencias sobre la combinación específica de fuentes y métodos que resulte más precisa, válida y útil para cada uno de los contenidos a evaluar. La simple combinación de medidas no debe ser asumida por defecto, debe ser demostrada empíricamente para cada objetivo de evaluación (McFall, 2005).

Citemos a este respecto algunos ejemplos de importancia para la evaluación clínica:

- Las entrevistas estructuradas para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), a pesar de su alta recomendación, no aportan validez incremental a los listados de síntomas informados por padres y profesores (ambos). Y ninguno de estos instrumentos aportan utilidad para el tratamiento frente a medidas de funcionamiento o habilidades adaptativas (Pelham et al., 2005). Por tanto, a la luz de este trabajo, completar escalas breves de síntomas por el profesor y los padres para el diagnóstico del TDAH, es suficiente y supone un menor coste. Si los padres no informan de síntomas no es necesario administrar el listado a los profesores, porque el diagnóstico sólo es válido si ambos (padres y profesores) lo confirman. Además se requiere el uso de otros instrumentos para la planificación del tratamiento y la evaluación de sus efectos.

- En el caso del despistaje del trastorno bipolar en jóvenes, la evaluación multifuente no ha mostrado validez incremental y ninguna de ellas se ha mostrado superior para este objetivo, es decir, que para el despistaje de este trastorno es suficiente obtener información de una sola fuente (Youngstrom et al., 2004).

Otros datos de interés a tener en cuenta en el uso combinado de diferentes instrumentos y fuentes son los recogidos en el monográfico sobre la Evaluación Basada en la Evidencia, publicado en *Psychological Assessment*, 2005, vol. 17. Atendiendo a los resultados que inciden principalmente sobre la evaluación clínica (Garb, 2003; Hunsley y Meyer, 2003; Johnston y Murray, 2003) se desprenden las siguientes conclusiones: 1) el uso de pruebas proyectivas para la evaluación de la psicopatología con adultos no aumenta la validez incremental de los resultados obtenidos por instrumentos multidimensionales de síntomas como el MMPI-2, exceptuando los trastornos de personalidad antisocial y las alteraciones de pensamiento; 2) el uso combinado de entrevistas clínicas estructuradas con instrumentos específicos para la evaluación de un trastorno mental aumentan la validez incremental; 3) se recomienda como primera aproximación a los problemas clínicos, el uso de instrumentos estandarizados multidimensionales (e.g., MCMI-III) seguido de una entrevista pormenorizada sobre los problemas previamente identificados. Sin embargo, esta estrategia en relación con el diagnóstico tiende a producir un elevado aumento de falsos negativos (número de personas no diagnosticadas que padecen el trastorno) (Widiger y Samuel, 2005); 4) se recomienda el uso de entrevistas a familiares conjuntamente con las administradas al propio afectado; 5) la evaluación de las dimensiones básicas de personalidad normativa (ej., neuroticismo, extraversión....) contribuyen a la mejora de la validez del juicio clínico; 6) una evaluación centrada en múltiples constructos aumenta la predicción y validez de la misma.

Criterios de coste, especificidad y validez incremental para la combinación e integración de los instrumentos

A lo largo del proceso de evaluación se utilizarán diferentes técnicas e instrumentos. Generalmente, el proceso transcurre con el uso inicial de técnicas de *amplio espectro* o, baja especificidad y bajo costo (entrevista, autobiografía, listados generales de síntomas y conductas problema, escalas de apreciación etc.) hasta técnicas de un nivel mayor de especificidad y costo (autorregistros, observación sistemática, pruebas estandarizadas de ejecución, tests estandarizados de personalidad, cuestionarios o escalas de autoevaluación y escalas de apreciación).

Considerando los datos sobre validez incremental antes expuestos, se podría sostener para la evaluación clínica, la siguiente consigna general: 1) iniciar el proceso de evaluación con una entrevista clínica que incorpore medidas generales y multidimensionales de despistaje (e.g., SLC-90); 2) continuar con la aplicación de entrevistas estructuradas y cuestionarios específicos que aborden en profundidad el problema detectado (intensidad, gravedad, impacto) y permitan la delimitación del problema y la confirmación o no de un diagnóstico.

Para la conceptualización del problema se recomendaría la evaluación de los constructos relacionados con el problema mediante cuestionarios, autorregistros, observación y entrevistas *ad hoc* que exploren las relaciones entre las variables problemáticas identificadas.

Restricción y control de los sesgos del evaluador

Abundante investigación ha puesto de manifiesto que la evaluación basada en instrumentos estandarizados y validados es más precisa que la evaluación basada en el juicio clínico (Strakowski et al., 1997). Los clínicos a veces infra-diagnostican (Zimmerman y Mattia 1999) o, a veces, sobre-patologizan a los pacientes (Kullgren et al. 1996). A pesar de esta evidencia, muchos evaluadores siguen basando sus diagnósticos e inferencias a partir de impresiones o valoraciones subjetivas. Es conocida la influencia que las creencias del evaluador, su orientación teórica, sus expectativas y atribuciones tienen sobre la elección de las variables a intervenir y las relaciones que entre éstas se establecen (Bell y Mellor, 2009; Elstein, Shulman y Sprafka, 1978; Garb, 1998, 2005; Godoy, 1996).

Algunos de los resultados que dan muestra de la inclusión de estos sesgos son la baja precisión en el juicio de los clínicos y su alta seguridad en los mismos, la similitud entre las predicciones del clínico y las realizadas en base al azar, la dificultad del clínico para estimar con probabilidades y el elevado número de errores que comete. Entre los sesgos que se han señalado por parte del evaluador podemos mencionar (Angold y Fisher, 1999; Ezpeleta, 2001): *Representatividad heurística*, tendencia a percibir asociaciones entre variables a partir de la similitud existente entre estas (e.g., hiperactividad con agresión); *Disponibilidad heurística*, tendencia a basar los juicios en lo que resulta familiar y conocido; *Sesgo confirmatorio*, tendencia a buscar y seleccionar información que confirme el diagnóstico previamente establecido; *Ilusión de correlación*, tendencia a ver correlaciones donde no existen e ignorar las que existen; *Ilusión de aprendizaje*, tendencia a considerar que la experiencia aumenta la precisión del diagnóstico; *Efecto de primacía*, exceso de importancia de la información inicial; *Falacia de conjunción*, tendencia a considerar las hipótesis muy detalladas como más probables que las no detalladas; *Decisiones con información parcial*, tendencia a concluir un diagnóstico sin culminar la evaluación de áreas relevantes; *Combinación de la información a la medida*, tendencia a combinar la información para obtener las conclusiones esperadas.

La puesta en marcha de estrategias para la mejora y control de estos sesgos ha mostrado datos controvertidos y resultados poco eficaces (Godoy, 1996). No obstante, el evaluador puede considerar las siguientes recomendaciones (Arkes, 1991; Elstein, et al., 1978; Godoy, 1996; Spengler et al., 2009): (1) identificar las situaciones en las que aparecen los sesgos; (2) utilizar además de adecuados instrumentos de evaluación, estrategias adecuadas para combinar la información obtenida e interpretarla convenientemente; (3) someterse a un entrenamiento específico y prolongado en el ámbito de competencia en el que se realice la evaluación; (4) recibir entrenamiento en la identificación de sesgos y errores más usuales en el evaluador; (5) aumentar y mejorar la retroalimentación que recibe el evaluador de sus informes con criterios externos; (6) ayudarse de sistemas complementarios al propio juicio, tales como instrumentos psicométricos, heurísticos, diseños experimentales, tablas de contingencia, guías, etc.; (7) evitar inferencias de alto nivel de abstracción que no puedan ser operativizadas; y (8) mejorar el razonamiento del evaluador: generar el mayor número de hipótesis posibles, jerarquizarlas según el grado de adecuación o compatibilidad con el caso; comprobarlas una a una; falsar las hipótesis más que verificarlas; trabajar con conceptos probabilísticos más que con juicios categóricos; y perder la confianza en la memoria (e.g., efectos de primacía, recencia y olvidos).

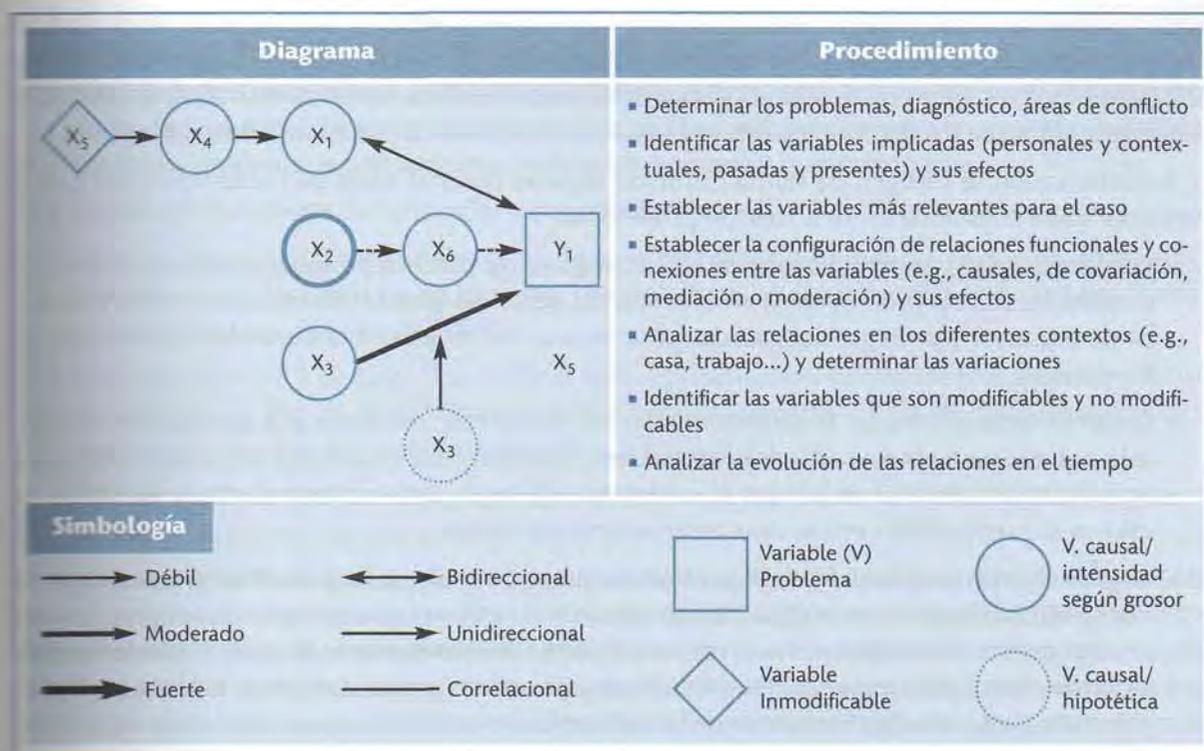


Figura 1.2. Formulación y Conceptualización del Caso: Representación y Características.

3.3. Criterios de Calidad Ética en la Evaluación Clínica

La ausencia de una actitud ética en la práctica profesional de un evaluador puede tener consecuencias perjudiciales para los usuarios (Knapp y VandeCreek, 2006; Muñiz, 2001) con el consiguiente deterioro de la imagen del psicólogo como profesional (Gregory, 2001a). Por esta razón diferentes organismos internacionales y nacionales han establecido pautas y estándares éticos para el ejercicio de la profesión psicológica, entre ellos: El Código Deontológico del Psicólogo (COP, 2010), El Código de Conducta y Principios Éticos de los Psicólogos de la Asociación Psicológica Americana (Sección 9, APA, 2002), los Estándares de la Evaluación Psicológica y Educativa (AERA, APA y NCME, 1999) para el desarrollo y uso de los tests en el contexto educativo, psicológico y laboral, la División 5 de la APA, dedicada a la evaluación la Medida y la Estadística y la Comisión *Test Force on Test User Qualifications* (TFTUQ) dedicada a la elaboración de guías para los usuarios de los tests.

La actuación del evaluador debe regirse por los principios éticos generales recogidos en nuestro Código Deontológico: beneficencia (realizar su trabajo de forma correcta) y no maleficencia (evitando no causar ningún perjuicio ni a su cliente ni a la comunidad), respeto, honestidad y sinceridad, acatamiento demo-

crático y responsabilidad, independencia y autonomía, y lealtad interprofesional. Además son de especial interés en particular con la evaluación, las temáticas referidas a la invasión de la intimidad, la comunicación de resultados e informes, la utilización de instrumentos empíricamente contrastados, la privacidad y confidencialidad de los datos obtenidos y la suficiente competencia profesional del evaluador.

A continuación se recogen de forma resumida algunas de estas áreas de contenido ético que el evaluador debe considerar en su actuación profesional:

- *Confidencialidad y secreto profesional.* El Psicólogo en su práctica profesional tiene el deber y el derecho de secreto profesional y, en este sentido, será portador de información confidencial que ha de preservar y proteger obligatoriamente en aras del derecho a la intimidad y privacidad de sus clientes.
- *Consentimiento informado.* El consentimiento informado hace referencia a la autorización mediante la cual el usuario permite, bien ser atendido o evaluado, o bien, que sean atendidas o evaluadas aquellas otras personas de las que él es responsable legal. Este consentimiento debe incluir no solo un consentimiento verbal sino preferentemente escrito.
- *Invasión de la personalidad.* El rol de «autoridad» que confiere al psicólogo la relación especial con su cliente le posibilita una mayor capacidad de influir en el otro y obtener información personal, privada e íntima de éste. Con objeto de no incurrir en un exceso de intromisión en la vida privada de la persona, la evaluación debe regirse por los principios de *adecuación* (evaluar e informar de forma pertinente y ajustada a los motivos y finalidades de la exploración) y *consentimiento con conocimiento*.
- *Competencia y rigor científico.* El psicólogo debe cumplir con la acreditada formación y experiencia en el área en la que profesionalmente ejerce para proveer el mayor rigor científico a su actuación profesional.
- *Protección de datos personales y documentación.* El evaluador debe garantizar la custodia y protección profesional de los datos personales sobre terceros en condiciones de riguroso control y secreto para que sean tratados de modo leal sobre la base de su consentimiento. Esto debe cumplirse de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de Diciembre sobre Protección de Datos de Carácter Personal, desarrollada en 2007 mediante el Real Decreto 1720/2007 de 21 de Diciembre.

4 PRINCIPALES TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

La clasificación de los distintos instrumentos de evaluación (Aiken, 2003; Cohen y Swerdlik, 2001; Gregory, 2001b; Fernández-Ballesteros, 2000a; Forns, Abad, Amador, Kirchner y Roig, 2002; Garaigordobil, 1998; Moreno, 2005b) pueden ser agrupados en:

- *Técnicas de Observación.* Entre las que se incluyen los registros de autoobservación, los diarios de conducta o narraciones, los registros de frecuencia y duración, los registros de muestreo de tiempo, los autorregistros mecánicos o informatizados y la observación análoga.

- **Técnicas Objetivas.** Se refieren a los aparatos o métodos informáticos tales como los registros psicofisiológicos o los tests de ejecución y perceptivo-motores.
- **Autoinformes.** Cuestionarios, inventarios y escalas; autorregistros (técnicas de papel y lápiz, contadores de respuesta, dispositivos de tiempo y electrónicos); pensamiento en voz-alta (monólogo continuo, muestras de pensamiento, registro de eventos) y la autobiografía.
- **Entrevistas.** Entrevistas estructuradas y no estructuradas
- **Técnicas Proyectivas.** Estructurales (e.g., Test de Rorschach), Temáticas (e.g., TAT de Murray), Expresivas (e.g., Test de la Figura Humana; Test de la Familia), Constructivas (e.g., Test del pueblo) y Asociativas (e.g., Fábulas de Düss).
- **Técnicas Subjetivas y de Juego.** Las técnicas más representativas dentro de este grupo son la lista de adjetivos, la técnica de clasificación-Q, el diferencial semántico y las medidas derivadas de la teoría de los constructos personales de Kelly (e.g., La rejilla).
- **Técnicas Psicométricas.** Cuestionarios estandarizados con puntuaciones tipificadas procedentes de poblaciones normativas y/o clínicas.

Algunas de estas técnicas están siendo adaptadas con la aplicación de las nuevas tecnologías. Entre estas adaptaciones pueden destacarse (Barack y Buchanan, 2004; Calero y Fernández-Ballesteros, 2004; Garaigordobil, 1998a; Godoy, 1996; Trull, 2007): pruebas con formato informático y tecnológico, programas para la interpretación de resultados y elaboración de informes, los sistemas expertos para la toma de decisiones mediante el uso de algoritmos informatizados (KBS; *Knowledge Based System*; Grove et al., 2000) y, los tests basados en realidad virtual y evaluación a través de Internet (On-line testing). Una revisión de la aplicación de las nuevas tecnologías a la evaluación clínica puede consultarse en una sección especial de *Psychological Assessment*, vol., 19, nº 1 de 2007.

Para una información detallada sobre la descripción de las técnicas de evaluación, sus características, ventajas y limitaciones, y sus propiedades psicométricas el lector puede consultar cualquiera de los manuales anteriormente citados. De todas ellas, la entrevista y la observación forman parte de dos de las actuaciones más frecuentes que realiza el evaluador en el campo de la psicología clínica: la realización de la historia clínica y la exploración psicopatológica. Ambas se describirán brevemente en los epígrafes siguientes.

En las tablas 1.2 y 1.3 se recoge una relación de las entrevistas estructuradas más utilizadas tanto en población infantil (Tabla 1.2) como adulta (Tabla 1.3). Estas entrevistas son utilizadas fundamentalmente para el diagnóstico categorial de los diferentes trastornos. De estas tablas se han excluido las entrevistas estructuradas específicas para cada uno de los trastornos que serán analizadas en los temas correspondientes. Complementariamente a las entrevistas estructuradas se incluyen varios instrumentos multidimensionales para la evaluación de la sintomatología clínica (ver tabla 1.4). Entre estos instrumentos hay que diferenciar aquellos con un valor estrictamente de despistaje que permiten explorar un amplio número de síntomas en un corto periodo de tiempo (e.g., SCL-90) de aquellos que permiten un diagnóstico dimensional junto con la estimación cuantitativa de la intensidad y severidad de los trastornos (e.g., MMPI, MCMI, CBCL). Los instrumentos citados son escasamente utilizados como medi-

das postest para estimar los efectos del tratamiento dado su elevado coste; no obstante, podrían ser utilizados, especialmente las versiones abreviadas. Excepcionalmente, cabe mencionar el Cuestionario de Evaluación de Resultados CORE-OM (Evans et al., 2000, 2002; Barkham et al., 2005) especialmente diseñado para evaluar de manera sencilla y rápida la evolución del paciente y los efectos del tratamiento. Este seguimiento se puede realizar mediante medidas repetidas cada cierto tiempo con versiones paralelas del mismo instrumento, o en cada una de las sesiones mediante versiones muy reducidas.

Tabla 1.2. Principales Entrevistas Diagnósticas para la Evaluación Psicopatológica en Niños y Adolescentes*.

Identificación	Características
Entrevista Diagnóstica Estructurada para niños, DISC (Costello et al., 1984) y su versión más reciente NIMD , DISC-IV (Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan y Schwab-Stone, 2000 a y b).	Cubre los trastornos infantiles del eje I del DSM-III-R y DSM-IV, tiene 264 elementos y dos formas para niños de 9 a 17 años (DISC-Y) y para padres con niños de 6 a 17 años (DISC-Y). Se cuenta con traducción española.
Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes DICA (Reich, 2000). Versión castellana de la DICA por Ezpeleta <i>et al.</i> (Ezpeleta, de la Osa, Doménech, Navarro y Losilla, 1995; 1997) con tres versiones, una para padres (DICA-P), otra para niños (DICA-C) y otra para adolescentes (DICA-A).	Se aplica sobre niños de 6-17 años y a padres. Consta de 247 elementos que exploran diferentes áreas clínicas.
Entrevista de Evaluación Psiquiátrica para Niños y Adolescentes CAPA (<i>The Child and Adolescent Psychiatric Assessment</i> , Angold, 1994; Angold y Costello, 2000). Consta de dos versiones, una para niños (CAPA-N) y otra para padres (CAPA-P).	Se organiza en diferentes áreas de funcionamiento y en módulos diagnósticos incidiendo sobre el grado de interferencia que una afectación pueda tener sobre la mayoría de las actividades cotidianas. Se basa en los criterios diagnósticos DSM-III-R, DSM-IV y CIE-10 y también está disponible en castellano.
Entrevista para Niños y Adolescentes ISCA (<i>The Interview Schedule Children and Adolescents</i> ; Kovacs, 1997; Sherrill y Kovacs, 2000).	Dirigida a la evaluación de síntomas clínicos medidos en un gradiente de intensidad desde 0 «ausencia» hasta 8 «síntoma grave». Existen tres versiones adaptadas a padres o niños: una dirigida a evaluar la sintomatología actual (ISCA-Current), otra para la sintomatología a lo largo de la vida (ISCA-Lifetime) y otra para el seguimiento (FISA).

* Las entrevistas estructuradas para trastornos específicos serán tratadas en cada uno de los temas correspondientes.

Tabla 1.3. Principales Entrevistas Diagnósticas para la Evaluación Psicopatológica en Adultos*.

Identificación	Características
Entrevista Diagnóstica DIS (<i>Diagnostic Interview Schedule</i>) (Robins, Helzer, Croughan y Ratcliff, 1981).	Ideada para entrevistadores no expertos en psiquiatría o psicología que permite generar diagnósticos de forma automatizada siguiendo criterios del DSM-III-R.
Entrevista Clínica Estructurada SCID-I (Eje I) y SCID-II (Eje II) (versión investigación) (First, Spitzer, Williams y Gibbon, 1995) y SCID-CV (versión clínica) (First, Spitzer, Williams y Gibbon, 1997).	Diseñadas para el diagnóstico de las alteraciones psicopatológicas según los criterios DSM-IV. La primera (SCID-I) tiene fines de investigación y explora minuciosamente cada alteración. La segunda (SCID-CV), es para uso clínico y explora las alteraciones más frecuentes. Además permite con la información aportada determinar si el trastorno tiene una intensidad ligera, moderada o severa.
Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (<i>Composite International Diagnostic Interview; CIDI</i> ; WHO, 1993; 2004). WHO-CIDI 3.0 (WHO, 2004; Kessler y Ustun, 2004). Versión de Screening (CID-S). Versión abreviada (CID-SF). Versión Papel y lápiz (PAPI V7). Versión Computerizada (CAPI.V21.13).	Proporciona un diagnóstico según criterios DSM-IV (no para todos) y CIE-10.

* Las entrevistas estructuradas para trastornos específicos serán tratadas en cada uno de los temas correspondientes.

Tabla 1.4. Instrumentos Multidimensionales para la Evaluación Psicopatológica.

Identificación	Dimensiones o Aspectos evaluados
Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota MMPI-2 (Hathaway, 2002); Versión Reformulada MMPI-2-RF (Ben-Potath y Tellegen, 2009) Versión para adolescentes MMPI-A (Butcher y Willians, 2003).	Escalas de validez, escalas básicas, escalas de contenido, escalas suplementarias y subescalas de sintomatología clínica variada.
Inventario Clínico Multiaxial de Millon MCMI-II (Millon, 1998) y MCMI-III (Millon, 2009); versión para adolescentes MACI (Millon, 2004).	Escalas de validez, escalas de personalidad patológica, síndromes clínicos de gravedad moderada; y síndromes de gravedad severa.
Listado de Síntomas de Derogatis SCL-90-R (Derogatis, 2003). Versión abreviada 45 ítems SCL-45 (Sandín et al., 2008).	Tres índices de gravedad de la sintomatología. Nueve dimensiones sintomáticas.
Cuestionario de Análisis Clínico (CAQ ; Krug, 1989).	12 Escalas de alteraciones clínicas.

(continúa)

Identificación	Dimensiones o Aspectos evaluados
Inventario de Evaluación de la Personalidad PAI (Morey, 2012). Versión abreviada 22 ítems PAS .	Evaluación psicopatológica. Escalas de validez, escalas clínicas relativas a trastornos mentales.
Sistema de Evaluación de la Conducta en Niños y Adolescentes BASC (Reynolds y Kamphaus, 2004). Escala para padres (P , desde 3 años en adelante), para profesores (T) autoinformes (S2 -6/11 años, S3 -12/18 años). Incluye sistema de observación en clase (O), Historia Evolutiva estructurada (H).	Evaluación multifuentes (Padres, profesores, niños), multimétodo (autoinformes, heteroinforme, observación y entrevista). Dimensiones positivas (liderazgo, adaptabilidad, habilidades sociales) y dimensiones patológicas (diferentes alteraciones exteriorizadas e interiorizadas). Contiene escalas de control de respuestas.
Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil TAMAI (Hernández, 1996).	Evaluación de la inadaptación personal, escolar, social y familiar (175 elementos sí/no).
Sistema de Evaluación Empírica de Achenbach ASEBA (Achenbach System of Empirically Based Assessment; Achenbach, 2009). Versiones autoinformadas: Adolescentes (YSR). Versiones heteroinformadas: Padres (CBCL 1-5 años y 6-18 años), profesores (TRF); Entrevista Clínica Semiestructurada (SCICA); Observación Directa (DOF), Observación durante la evaluación (TOF). Versión para Adultos (ASR) y Ancianos (OASR) Traducción y Adaptación españolas de las versiones niños y adolescentes UAB.	Evaluación multifuentes (clínico, padres, profesor, jóvenes), multimétodo (autoinforme, heteroinforme, entrevista y observación). Dos partes: aspectos de adaptación social (20 ítems); listado de conductas (118 elementos). Escalas de diferentes síndromes interiorizados y exteriorizados y escalas clínicas acordes al DSM-IV.
Cuestionario de Evaluación de Resultados CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation; Evans et al., 2000, 2002; Barkham et al., 2005). Adaptación española Corbella y Botella (2004). Versión de despistaje CORE-10 ítems; Versión CORE-5 ítems para evaluar el progreso de la intervención. Versiones paralelas A y B de 18 ítems para medidas repetidas en sesiones alternas.	Evalúa las siguientes dimensiones: Bienestar subjetivo, Problemas/síntomas (ansiedad, depresión, trauma y síntomas físicos), Funcionamiento general, Riesgo (suicidio, autolesiones o agresión).

Junto con esta medida, para la evaluación del impacto de una alteración así como para estimar los efectos de una intervención, conviene evaluar otras variables complementarias a la sintomatología en sí misma tales como el nivel de salud general, la calidad de vida y bienestar percibido por el paciente así como el deterioro funcional (Tabla 1.5). Estas medidas además de ser un reflejo de la significación clínica y psicosocial de la alteración nos serán de utilidad para la evaluación del pronóstico de la intervención (mayores dificultades en estas áreas peor pronóstico) al tiempo que pueden servir como indicadores de la mejora y la evolución del paciente (Patterson y Brent, 2010).

Tabla 1.5. Instrumentos para la Evaluación del Impacto de la Enfermedad y los Efectos de la Intervención.

Identificación	Dimensiones o Aspectos evaluados
Salud General	
Cuestionario de Salud General de Goldberg-28 CSGG-28 (Goldberg, 1981, versión española de Masson, 1996).	Evalúa el estado físico, nivel de ansiedad, funcionamiento cotidiano y depresión. Proporciona un indicador de salud general.
Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Ware y Sherbourne, 1992; Ware et al., 1993).	Proporciona un perfil del estado de salud a partir de 8 dimensiones: funcionamiento físico, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental del paciente.
Calidad de Vida y Bienestar	
Entrevista de Calidad de Vida de Lehman QOLI (<i>Quality of Life Interview</i> ; Lehman, Kernan y Postrado, 1995; Lehman, 2000)	Evaluación de la calidad de vida en enfermos mentales crónicos en diferentes áreas de la vida cotidiana, familia, ocio, trabajo y salud. Proporciona una medida de satisfacción global con la vida.
Escala de Bienestar Psicológico EBP (Sánchez Cánovas, 1998).	Explora el nivel de bienestar percibido en cuatro áreas: bienestar subjetivo/personal, material, laboral y relaciones de pareja.
Cuestionario de Calidad de Vida de la OMS, WHOQOL (WHO, 1998).	Explora la calidad de vida percibida en 6 áreas: salud física, psicológica, autonomía, relaciones sociales, entorno y espiritualidad
Escala de Calidad de Vida QLS (Heinriches, Hanlon y Carpenter, 1984). Adaptada al castellano Rodríguez et al. (1992).	Evalúa el funcionamiento y participación del paciente en su vida actual a través de 4 escalas: cognitiva, relaciones interpersonales, roles ocupacionales y de vida cotidiana.
Deterioro Funcional	
Evaluación Psiquiátrica del Funcionamiento del Paciente, Eje K (Kennedy, 2004).	Evalúa el deterioro psicológico, habilidades sociales y de vida cotidiana, violencia, abuso de sustancias, deterioro médico y deterioro secundario.
Escala de Evaluación de la Actividad Global EEAG (APA, 2000). Versión para niños CGAS (Ezpeleta et al., 1999; Shaffer et al., 1983).	Evalúa el funcionamiento psicosocial de la persona en función de la intensidad de los síntomas y el nivel de actividad.

(continúa)

Identificación	Dimensiones o Aspectos evaluados
Deterioro Funcional	
Escala de Evaluación Funcional de Niños y Adolescentes CAFAS (Ezpeleta et al., 2006; Hodges, 1995).	Evalúa el nivel de impacto de la enfermedad sobre el funcionamiento del niño en 8 dimensiones: ejecución de roles (escuela, casa, comunidad), comportamiento hacia los demás; humor/autolisis, uso de sustancias, cognición.
Escala de Ajuste Psicosocial a la Enfermedad PAIS (Derogatis, 1986). Adaptación española Neipp, Lledó y Pons (2012).	Evalúa el deterioro e impacto de la enfermedad en las siguientes áreas: actitud hacia el cuidado de la salud, laboral/profesional, doméstica, sexual, familiar, social y malestar psicológico.
Escala Abreviada de Discapacidad (Bird et al., 2005) para padres de niños de 4-17 años.	Evalúa el impacto de la enfermedad en tres áreas: interpersonal, colegio y realización personal.

Finalmente en relación con los instrumentos de evaluación general destacar aquellas variables referidas a factores comunes de toda intervención y que tienen un papel relevante en el éxito y la consecución de resultados positivos (Tabla 1.6): la alianza terapéutica (Botella y Corbella, 2003; Martin, Garske y Davis, 2000), la adherencia del terapeuta a la intervención (Schoenwald y Garland, 2000) y su competencia (Barber, Sharpless, Klostermann y McCarthy, 2007), la motivación del paciente y la satisfacción de éste con el tratamiento.

Tabla 1.6. Instrumentos Generales para la Evaluación de Variables Implicadas en el Proceso de Intervención.

Identificación	Dimensiones o Aspectos evaluados
Alianza Terapéutica	
Inventario de Alianza Terapéutica WATOCI (<i>Working Alliance Theory of Change Inventory</i> ; Duncan y Miller, 1999). Adaptación española Corbella y Botella (2004). Versión abreviada 12 ítems WAI (Horvath y Greenberg, 1989).	Evalúa la alianza terapéutica con 4 subescalas: acuerdo en tareas, acuerdo en objetivos, vínculo positivo y teoría del cambio.
Escala de Alianza Terapéutica Vanderbilt-Revisada VTAS-R (<i>Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale-Revised</i> ; Diamond, Liddle, Dakof y Hogue, 1996; Hartley y Strupp, 1983).	Evalúa el grado de colaboración y orientación a la tarea del paciente en los siguientes aspectos: colaboración del paciente, colaboración paciente-terapeuta en metas comunes y los 3 componentes de la alianza (vínculo, tareas y metas).

(continúa)

Identificación	Dimensiones o Aspectos evaluados
Alianza Terapéutica	
Escala de Alianza Terapéutica para Niños (<i>Therapeutic Alliance Scale for Children</i> ; Shirk y Saitz, 1992).	Evalúa el grado en el que el niño percibe al terapeuta como un aliado, le gusta emplear tiempo con él y siente que puede contarle sus problemas.
Motivación al Tratamiento	
Escala de Motivación del Cliente a la Terapia CMOTS (<i>Client Motivation for Therapy Scale</i> ; Pelletier, Tuson y Haddad, 1997).	Mide la motivación del cliente a la terapia. Evalúa 6 tipos de motivación: intrínseca, regulación integrada, regulación identificada, regulación introyectada, y no-motivación.
Habilidades/Adherencia y Competencia del Terapeuta	
Escala de Competencia y Adherencia de Yale YACS (<i>Yale Adherence and Competence Scale</i> ; Corvino et al., 2000).	Evalúa la competencia del terapeuta mediante seis escalas: evaluación adecuada, apoyo general, metas de tratamiento, manejo clínico, facilitación y manejo cognitivo-conductual (implicación, manejo del tiempo, lenguaje, responsividad).
Escala de Terapia Cognitiva, CTS (<i>Cognitive Therapy Scale</i> ; Young y Beck, 1980, 1988).	Evalúa la competencia del terapeuta en la terapia cognitiva. La escala cubre aspectos relativos al procedimiento general (agenda, retroalimentación, colaboración, ritmo), eficacia interpersonal (empatía, eficacia, profesionalidad) y técnicas cognitivo-conductuales.
Escala de Competencia/adherencia Penn PACS-SE (<i>Penn Adherence/Competence Scale</i> ; Barber y Crits-Christoph, 1996)	Evalúa la técnica y competencia de la psicoterapia dinámica. Incluye habilidades generales, habilidades de apoyo y habilidades expresivas en la psicoterapia dinámica.
Satisfacción con la Intervención	
Cuestionario de Satisfacción del Cliente-8 CSQ-8 (Larsen et al., 1979).	Evalúa la satisfacción del cliente con el tratamiento mediante 8 ítems.
Inventario de Satisfacción del Cliente CSI (Hudson, 1997).	Grado de satisfacción de los clientes en relación con los servicios prestados.
Escala de Satisfacción con los Servicios Sanitarios de Atención Primaria (Varela, Rial y García, 2003).	Evalúa la satisfacción con 4 dimensiones de los servicios sanitarios de Atención Primaria: personal sanitario, personal de apoyo, condiciones físicas, acceso al servicio.

Una recopilación de instrumentos para la evaluación de variables relacionadas con la salud pueden ser consultados en Bulbena, Berrios y Fernández de Lamina (2000); Del Barrio (2000; 2003a y b); Muñoz *et al.* (2002); Badia, Salamero y Alonso (2002); Gutiérrez, Raich, Sánchez y Deus (2003); Bobes *et al.* (2004). Manuales más recientes que recopilan numerosos instrumentos de evaluación clínica por trastornos en población infantil como adulta, son los de Caballo (2009), Fisher y Corcoran (2007a, 2007b), Verhulst y van der Ende (2006).

5 HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica es básicamente una entrevista en la que se recoge información procedente de la observación en la interacción con el evaluador y del relato aportado por el paciente (en el caso de los niños por los padres o responsables legales). En muchas ocasiones, como es lo recomendable, la historia clínica incluye algunos instrumentos adicionales de despistaje, como un listado de síntomas y/o de conductas problema o un listado de acontecimientos vitales aversivos.

El procedimiento para la cumplimentación de una historia clínica es idéntico al que se sigue en una entrevista cuyas fases principales pueden ser resumidas en las cinco que a continuación detallamos (Fernández-Liria y Rodríguez Vega, 2001; Kici y Westhoff, 2004; Martorell y González, 1997; Silva, 2000):

- 1) *Fase de planificación.* Se trata de una fase preparatoria, previa a la entrevista propiamente dicha. El evaluador debe obtener toda la información previa que pueda sobre el evaluado con el fin de establecer los objetivos iniciales, la forma de registro (e.g., grabadora, vídeo), lugar, duración estimada y previsión potencial de problemas. Se recomienda bien registrar los datos mediante notas esquemáticas que no interrumpen el flujo de la comunicación y, si es posible, utilizar algún tipo de grabadora de pequeño tamaño para minimizar la reactancia del entrevistado. Recordar que en el caso de utilizar cualquier tipo de grabación es imprescindible solicitar el consentimiento informado previamente a su uso y conservar los datos obtenidos de acuerdo con la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal (Ley 15/1999 de 13 de diciembre; RD 1720/2007 de 21 de diciembre).
- 2) *Fase inicial.* Es la primera fase de la entrevista en la que se toma contacto con el entrevistado y se expone la demanda. Incluye el saludo y presentación del entrevistador, la exposición de los objetivos de la entrevista (e.g., «los objetivos de esta entrevista son explorar un poco su demanda y ver en qué podemos ayudarle») y una descripción breve del proceso y desarrollo a seguir (e.g., «primero recogeré sus datos personales, luego le haré unas cuantas preguntas sobre usted y diferentes áreas de su vida y, finalmente, le daré mi primera impresión sobre la información obtenida»). La duración estimada deberá ser no superior a una hora y media. Conviene en este primer momento acordar con el interlocutor el tratamiento para dirigirse a él («¿prefiere que le llame de usted o de tú?») y explicitar las condiciones de privacidad y confidencialidad (e.g., «como

sabe, cualquier información que usted me comunique será absolutamente confidencial»). Es el momento para obtener el consentimiento informado en el que se explicita el tipo de relación a establecer: objetivos, finalidad, procedimiento, honorarios, condiciones de confidencialidad y consentimiento.

- 3) *Fase intermedia o de desarrollo.* El objetivo en este momento es explorar y analizar el problema planteado y analizar las posibles hipótesis del problema. Es la fase en la que se incluirá el grueso de las preguntas. La secuencia en la formulación de las preguntas transcurrirá desde lo general, mediante cuestiones de formato abierto, hasta la inclusión progresiva de preguntas más directas y cerradas, que maticen y concreten la información genérica suministrada en el primer momento. El contenido de estas preguntas debe atender a las principales áreas de exploración de una historia clínica (Maganto y Cruz, 2005; Oliva, 2004) tal y como se recoge en la Figura 1.3. En el caso particular de la historia clínica, a lo largo de esta fase conviene incluir un apartado específico con preguntas sondeo referidas a cada uno de los trastornos (Ezpeleta, 2002; Vázquez y Muñoz, 2004). Se trata de preguntas claves dirigidas a indagar los síntomas críticos y criterios diagnósticos necesarios e imprescindibles de cada trastorno. Por ejemplo, dos preguntas claves para el sondeo de la depresión son las referidas a la tristeza (e.g., «¿siente ganas de llorar la mayor parte del día?») y la anhedonia (¿ha notado que no le apetece realizar actividades de ocio o disfrute como antes?).
- 4) *Fase de despedida o cierre.* En esta última fase de la entrevista se concluye con el encuadre del plan futuro de trabajo y se concierta una nueva cita. Se recomienda que el entrevistador haga un resumen de los aspectos más relevantes obtenidos y exponga una primera explicación general y provisional sobre el problema planteado (e.g., origen, posibles causas, curso, etc.). Si fuera necesaria alguna otra entrevista, debe emplazarse al evaluado a una nueva cita. Antes de finalizar se debe invitar al interlocutor a comentar algún otro aspecto no tratado que le gustaría abordar. Para concluir se recomienda que el entrevistador exprese expectativas positivas y realistas sobre el problema del entrevistado y su posible solución. El cierre no debe realizarse de forma brusca o en momentos de tensión. Finalice agradeciendo al entrevistado por contar con su servicio y, si es el caso, consensue el día y la hora de la próxima cita. Es usual proporcionar en este momento algunos listados o instrumentos complementarios de despistaje que, al menos, incluyan: sintomatología, listados de conductas problema y listado de acontecimientos aversivos. Además se recomienda completar un genograma para la obtención de información referente a antecedentes familiares, patrones relacionales, etc. (MacGoldrick, 2008) y una línea de vida (recogida cronológica sobre una línea dibujada en un papel de los momentos más relevantes de la vida del paciente). Estos instrumentos pueden ser completados y entregados al entrevistador tras la entrevista o en la siguiente sesión.
- 5) *Fase de análisis de la información.* Finalizada la entrevista el evaluador ha de analizar los datos obtenidos, repasar y completar las notas, vaciar los datos de la grabadora, en su caso, y analizar la información en relación con los objetivos previos establecidos.

Finalmente, un último apunte sobre las propiedades psicométricas de la entrevista. La fiabilidad de una entrevista dependerá del grado de conocimiento de los contenidos a entrevistar y del grado de

estructuración, sistematización y especificidad que tenga. A medida que estas condiciones aumenten se mejorará significativamente las propiedades de fiabilidad y validez de la información obtenida evaluada (Butcher, Perry y Atlis, 2000; Garb, 2007; Grove, Zald, Lebow, Snitz y Nelson, 2000). Sin embargo, estas propiedades carecerían de relevancia si no se acompañan de las habilidades comunicacionales del entrevistador y su manejo adecuado de las interacciones (Arranz, Barbero, Barreto y Bayés, 2003; Cormier y Cormier, 1994; Rogers, 1951; 1974; Rojí, 1986), las cuales se analizarán posteriormente.

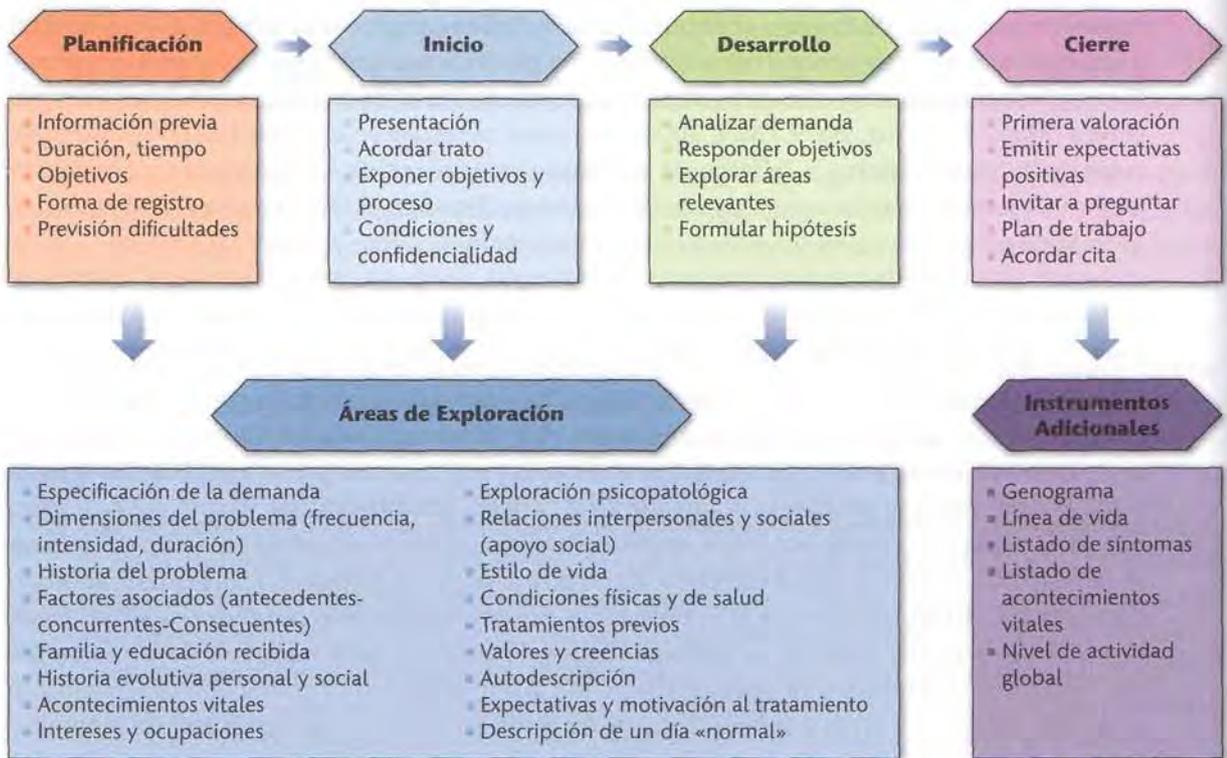


Figura 1.3. Historia Clínica: Secuencia y Áreas relevantes a Explorar.

6 EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Una parte importante de la evaluación psicopatológica es la exploración y el examen del estado mental (Baños y Perpiñá, 2002; Baños, Perpiñá y Botella, 2009). La exploración del estado mental está referida al análisis transversal de la sintomatología que presenta una persona. Esta exploración permite detectar, integrar y organizar todos los datos clínicamente significativos del estado mental y el funcionamiento de la persona.

La exploración psicopatológica se realiza mediante la observación y la formulación de preguntas y tareas concretas en un contexto de entrevista clínica. Si bien no existen instrumentos específicos estandarizados para este fin, la descripción de los signos y síntomas proporcionados en muchos de los manuales de psicopatología son una buena guía para su exploración.

La exploración psicopatológica se centra principalmente en la evaluación de los signos y síntomas que la persona manifiesta en relación con los siguientes contenidos (Baños et al., 2009): a) apariencia y comportamiento durante la evaluación; b) conciencia de enfermedad (grado de reconocimiento de su problema y gravedad), c) actividad motora y conducta intencional; d) conciencia (nivel de alerta, vigilia y calidad del juicio), atención y orientación; e) memoria; f) percepción e imágenes mentales; g) pensamiento, lenguaje y habla; h) contenido del pensamiento y creencias anómalas; i) conciencia de sí mismo.

En la Tabla 1.7 se propone un registro para guiar la observación de cada uno de estos contenidos.

Tabla 1.7. *Guía de Indicadores para la Exploración Psicopatológica (Adaptado de Baños y Perpiñá, 2009).*

Apariencia, Comportamiento en la Visita y Conciencia de Enfermedad
<ul style="list-style-type: none"> • Vestimenta (apropiada, limpia, sucia...); Postura (en cama, de pie, retraído, al borde silla); Aseo (olor, higiene, maquillaje, corte de pelo...); Contacto ocular (huidiza, atenta, distraída, ...); Viveza/abatimiento; Marcas físicas (defectos, tatuajes...); Disposición a la entrevista (cooperador, hostil, suspicaz, negativo, resistente...); Conciencia enfermedad (apercibimiento de su problema y gravedad); Conducta extravagante; Conducta grosera.
Actividad Motora y Conducta Intencional
<ul style="list-style-type: none"> • Rango y Nivel de actividad (inmovilidad-hiperactividad): acinesia; parálisis; atonía; pseudoparálisis; estupor. • Actividad motora: Enlentecida (retardo, desaceleración); excesiva; inapropiada (inquietud, agitación) • Alteraciones en movimientos inducidos: negativismo; obediencia automática; perseveración motora; perseveración postural. • Alteraciones en movimientos involuntarios: temblor; sincinesias; atetosis; corea; balismo; distonía; convulsiones; tics; estereotipia; automatismos. • Alteraciones en los movimientos voluntarios y conducta intencional: manierismo/amaneramiento; compulsiones; impulsos; evitación; conductas de seguridad; conductas de comprobación. • Movimientos expresivos (Mímica): «Cara de máscara»/inexpresividad; gestos exagerados/muy comunicativos; muecas/contorsiones faciales; discordancia afecto-expresión; sonrisas insípidas; ecomimia.

(continúa)

Conciencia, Alerta, Orientación y Atención

- **Alteraciones cuantitativas de la conciencia (nivel alerta y vigilia):** obnubilación; somnolencia, letargia o sopor; coma.
- **Alteraciones cualitativas de la conciencia (campo de restricción de la conciencia y juicio):** delirium; confusión; estados crepusculares; estados oníroides; estupor; parasomnias.
- **Alteraciones de la orientación:** desorientación temporal, espacial, personal.
- **Alteraciones de la atención:** exceso/falta de concentración; laguna temporal; distraibilidad; visión en túnel (focalización selectiva); hipervigilancia.

Memoria

- **Alteraciones cuantitativas de la memoria:** hipermnésia («libro de la vida»); amnesia anterógrada; amnesia retrógrada/evocación.
- **Alteraciones cualitativas de la memoria:** verificación de tareas; confabulación; pseudología fantástica; *déjà vu*; *jamais vu*; agnosias.

Percepción e Imágenes Mentales

- **Distorsiones Perceptivas: Intensidad** (hipoestesias, hiperestesias, anestésias); **Cualidad** (alta nitidez-baja nitidez); **Forma y Tamaño** (dismorfopsias-forma-, dimegalopsias-(tamaño); **Integración** (escisión, aglutinación); **Estructuración** (ilusiones-sensación de presencia).
- **Engaños perceptivos:** imágenes hipnopómpicas (despertar); hipnagógicas, alucinoides, mnésicas, eidéticas, parásitas; alucinaciones.

Pensamiento, Lenguaje y Habla

- **Alteraciones del Lenguaje:** fluidez, comprensión, prosodia (entonación), cualidad del habla (volumen locuacidad, ritmo).
- **Presencia de trastornos del lenguaje.**
- **Alteraciones formales del pensamiento:** pérdida de asociaciones, incoherencia, fuga de ideas/descarrilamiento, pobreza de habla (monosílabos), pobreza de contenido, logorrea, habla apresurada, verborrea; habla distraída, tangencialidad, circunstancialidad, bloqueo, perseveración, ilogicidad, resonancias, neologismos, pseudopalabras, ecolalia.
- **Contenido del Pensamiento:** delirios, ideas sobrevaloradas, obsesiones, fobias, ideación suicida, ideación homicida.

Conciencia de Sí Mismo

- **Conciencia de la actividad y la realidad:** conciencia de su propia actividad, despersonalización, desrealización.
- **Conciencia de la unidad del sí mismo:** disociación, disociación del afecto, disociación del yo.
- **Conciencia de identidad del sí mismo:** discontinuidad de la identidad.
- **Conciencia de los límites del sí mismo:** no diferencia yo-entorno.
- **Otras anomalías en:** imagen corporal, autoestima.

(continúa)

Afectividad

- **Estado de ánimo:** eutimia, disforia, hipotimia, euforia, irascibilidad, ansiedad.
- **Afecto:** labilidad, incontinencia, ambivalencia, rigidez, indiferencia/frialdad, embotamiento/apatía, afecto inadecuado/discordante, anhedonia, alexitimia.

Funciones Fisiológicas

- **Alteraciones del sueño** (insomnio, hipersomnia); **Alteraciones en el apetito** (anorexia/inapetencia, bulimia, hiperfagia); **Apetito sexual** (incremento-disminución); **Dolor y estado general** (pérdida de energía, molestias, fatiga, quejas).

Reacción del Examinador

- Inconsistencias observado/verbalizado; Dificultades para explorar
- **El evaluador se ha sentido:** Cómodo, acogido, enfado, con miedo, frustrado, satisfecho

7 HABILIDADES COMUNICACIONALES DEL EVALUADOR EN EL CONTEXTO CLÍNICO

Gran parte de la pericia y la competencia técnica del evaluador están relacionadas con las habilidades de este para manejar la interacción eficaz y eficientemente (Tabla 1.8). Del conjunto de habilidades del clínico, recogidas por diferentes autores (Cormier y Cormier, 1994; Maganto y Cruz, 2005; Othmer, 1996; Othmer y Othmer, 1995; Rojí y Cabestrero, 2004; Rojí, 1990, 2003; Wilson et al, 1995) se podrían destacar las siguientes (Tabla 1.3):

a) Habilidades que Muestran Pericia y Liderazgo

Las habilidades de pericia y liderazgo en la interacción comunicativa hacen que el interlocutor reconozca la profesionalidad, capacidad y carisma en el evaluador lo que favorecerá que el evaluado haga depositario al evaluador de la información relevante y se muestre más desinhibido y seguro para revelar información confidencial. Algunas de las estrategias útiles para dar muestras de esta habilidad son *demostrar conocimientos* sobre la temática que se aborda; *hacer preguntas* que denoten que la persona conoce y domina el contenido sobre el que entrevista; ser capaz de *dar una explicación fundamentada* de la problemática que se trate; y *responder exitosamente a las dudas* del receptor sobre el área en la que supuestamente el entrevistador es experto. La pericia y el liderazgo se hacen patentes en la medida que el evaluador sea capaz de mantener los objetivos de la entrevista y los adapte a las circunstancias y características del entrevistado.

b) *Habilidades Empáticas y de Recepción*

La creación de un clima empático y receptivo se ve favorecido cuando el evaluador activa habilidades tales como: (1) *Receptividad y cordialidad*, el evaluador es sensible a las señales de su interlocutor y reconoce los indicios conductuales, verbales, espaciales, emocionales o expresivos que denotan una determinada emoción, preocupación, etc.; (2) *Responsividad*, el evaluador emite respuestas ajustadas y acordes a las señales identificadas: asiente, emite vocalizaciones, mantiene la mirada, emite frases empáticas, señala el gesto expresivo que identifica, facilita hablar sobre ello; (3) *Facilitación de la expresión del problema* o la preocupación de su evaluado: el evaluador explora los hechos y sentimientos relativos al problema que se trate, invita a que su interlocutor se exprese con más detalle y transmite comprensión e interés; (4) *Empatía*, el evaluador es capaz de adoptar la perspectiva de su interlocutor y sentir en su lugar, mostrando una actitud acogedora y respetuosa, ausente de juicios de valor, manteniendo un silencio atento, reproduciendo gestos y expresiones simultáneas a las del interlocutor, haciendo eco de las expresiones de su evaluado, sintetizando lo que expresa o haciendo explícito el contenido recogido.

c) *Habilidades de Escucha*

La primera habilidad de escucha sin la que no es posible poner en marcha las demás es la habilidad de *dejar hablar*. Es obvio que el evaluador no podrá ejercer la escucha si no hay un interlocutor que pueda hablar. Dejar hablar implica, no interrumpir al entrevistado, no anticipar respuestas y dar tiempo para que pueda expresarse. La segunda es *escuchar activamente*, es decir, adoptar un papel activo ante la emisión del mensaje del otro para transmitirle que está siendo escuchado. Para dar muestras de esta habilidad, el entrevistador debe asentir con la cabeza, mantener un contacto ocular continuado y emitir algún sonido que denote que sigue el discurso del otro (e.g., «ya sé», «entiendo lo que me dices»). Ambas habilidades se complementan con una tercera, la *baja reactividad verbal* del entrevistador. Como criterio general, el cómputo final de palabras del evaluador debe ser inferior a las del evaluado en una interacción comunicativa dirigida a evaluar. Finalmente, el *uso instrumental de los silencios* completa el conjunto de estas habilidades de escucha. Se trata de que el entrevistador maneje adecuada e intencionalmente los silencios para facilitar y propiciar que el otro hable y se desinhiba.

d) *Habilidades para Evocar o Mantener el Flujo Comunicativo*

Otra de las habilidades del evaluador son aquellas cuyos objetivos son evocar en el otro la información que se pretende obtener y mantener el flujo de la comunicación de manera fluida y continuada a modo de conversación. Dentro de este grupo de habilidades, se incluyen: (a) *Eco o Reflejo*, consistente en repetir alguna frase del interlocutor a modo de eco y de la manera más neutra posible, pero incidiendo en el contenido más afectivo del mensaje (e.g., «...enfadado..., has dicho enfadado»); (b) *Dar la palabra* o conceder al interlocutor el uso del turno en el intercambio comunicativo e invitarle a que hable (e.g., «¿qué piensas sobre este asunto?; ¿quieres añadir algo más?»); (c) *Clarificar*, es decir, solicitar una aclaración sobre alguna información, pedir que se explique un poco más o que detalle con mayor precisión (e.g., «¿qué quieres decir exactamente con...?» «¿puedes explicar un poco más ese

aspecto?»); (d) *Comentarios confirmatorios*, mediante los que el evaluador emite algún comentario para reafirmar el contenido del mensaje y manifestar explícitamente que lo ha recibido (e.g., «...lo que quieres decir es que...»); (e) *Paráfrasis*, el evaluador retroalimenta la comunicación mediante enunciados que recogen el contenido semántico del mensaje (e.g., «Según me comentas, la situación no facilitaba que te mostraras como eres»); y (f) *Resumir*, elaborar la información de manera comprimida incluyendo los elementos nucleares y relevantes del mensaje (e.g., «resumidamente, quieres decir...»; «en síntesis, ...»).

e) *Habilidades para Preguntar*

Las habilidades para preguntar son seguramente las que más claramente se ven relacionadas con las acciones del evaluador. Por una parte, este grupo de habilidades incluye conocer los diferentes formatos de preguntas y, por otra parte, dominar adecuadamente el uso de estas preguntas.

Respecto al formato de preguntas, existen dos tipos fundamentales: las *preguntas abiertas*, que evocan la narración libre del interlocutor sobre una temática (e.g., «¿Cuénteme cuál es su problema?»); y las *preguntas cerradas*, preguntas acotadas que evocan una respuesta concreta y concisa (e.g., «¿Tiene dolor de cabeza?»). Las primeras están indicadas para obtener el máximo de información, iniciar la entrevista, favorecer un testimonio libre de sugerencias o no contaminado y enmarcar una interacción no directiva. Las segundas, se formulan para matizar y concretar información, acotar respuestas, contener el discurso verbal, suggestionar y establecer una interacción más directiva.

Con estos dos formatos básicos, el puzzle de preguntas puede combinarse de manera muy diversa para manejar diferentes momentos y situaciones a lo largo de una interacción comunicativa o evaluativa, como se verá en el siguiente grupo de habilidades de intervención verbal.

Además de conocer los formatos posibles de las preguntas y sus indicaciones es necesario saber usarlas, es decir, *saber preguntar*. El buen manejo de las preguntas implica, entre otras habilidades: (1) dirigir las preguntas personalmente (e.g., «Santiago, ¿cómo...?») para favorecer una relación más personalizada y cercana; (2) evitar sugerir la respuesta para no contaminar el mensaje (e.g., «¿estar en casa sola te produce miedo?»); (3) evitar alternativas cerradas y disyuntivas que impidan que el interlocutor exprese su propia emoción o pensamiento (e.g., «¿te sientes triste o enrabietado?»); (4) evitar preguntas que lleven a respuestas excesivamente prolijas que deriven en una pérdida de control de la comunicación (e.g., «¿comience desde su infancia...?»); (5) prever el grado de tensión que puedan generar ciertas preguntas en determinadas personas (e.g., en una persona excesivamente pudorosa, preguntar «¿sus relaciones sexuales son satisfactorias?»); (6) saber recurrir a ejemplos o a enunciados alternativos para clarificar información; (7) formular preguntas con claridad y sin complejidad gramatical; (8) formular grupos de preguntas por temática siguiendo la siguiente secuencia: una pregunta abierta seguida de algunas preguntas cerradas que precisen la información suministrada.

f) *Habilidades de Intervención Verbal*

Estas habilidades están indicadas para aquellos casos en los que el evaluador, más allá de obtener información, pretenda introducir un cambio en la conducta del interlocutor, generar una reacción o

producir una determinada respuesta que permita alcanzar los objetivos propuestos. Como habilidades de intervención verbal, se incluyen las siguientes: (1) *Sondeo*, se trata de realizar preguntas precisas dirigidas a obtener una información sobre un tema particular (e.g., «¿dónde?, ¿cuándo?, ¿con quién?»); (2) *Afirmación de la capacidad del interlocutor*, consistente en realzar y enfatizar alguna capacidad o cualidad del evaluado (e.g., «tú siempre has destacado en los deportes, ¿podrías explicar a qué se debe ese éxito?»); (3) *Confrontación*, consiste en mostrar al evaluado alguna contradicción o discrepancia de la información que aporta (e.g., «por una parte dices...y por otra...»); (4) *Interpretación*, cuando el evaluador realiza una inferencia o posible explicación sobre algún contenido relatado o comportamiento (e.g., «tal vez lo que me cuentas...se deba a...»); (5) *Señalamiento*, consiste en poner de manifiesto y de forma explícita algún aspecto que el evaluador pretende enfatizar (e.g., «te has dado cuenta que no dejas de mover la pierna mientras hablas»); (6) *Instrucciones*, se trata de dar información objetiva sobre un tema o procedimiento (e.g., «preste atención a esta tarea, consiste en...»); (7) *Encuadre*, consiste en la intervención del evaluador para dirigir la atención y centrar el tema en algún aspecto de interés (e.g., «centrémonos en su pareja...»); (8) *Información*, habilidad consistente en proporcionar datos, experiencias o contenidos sobre una temática en particular (e.g., «sabía que puede estudiar en...»).

Tabla 1.8. Principales Habilidades Comunicacionales del Evaluador.

Habilidades de Pericia y Liderazgo	Habilidades Empáticas y de Recepción	Habilidades de Escucha y Recepción
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Demostrar conocimientos ▪ Preguntas oportunas ▪ Explicaciones fundamentadas ▪ Respuestas acertadas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Receptividad y cordialidad ▪ Responsividad ▪ Facilitación de la expresión del problema ▪ Empatía 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dejar hablar ▪ Escuchar activamente ▪ Baja reactividad verbal ▪ Uso instrumental de los silencios
Habilidades Relacionadas con el Flujo Comunicativo	Habilidades para Preguntar	Habilidades de Intervención Verbal
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Eco o Reflejo ▪ Dar la palabra ▪ Clarificar ▪ Comentarios confirmatorios ▪ Paráfrasis ▪ Resumir 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Usar los diferentes formatos ▪ Dirigirlas personalmente ▪ Evitar sugerir la respuesta Evitar alternativas cerradas/ disyuntivas ▪ Prever el grado de tensión Saber recurrir a ejemplos Claridad ▪ Agrupar y secuenciar 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sondeo ▪ Afirmación del interlocutor ▪ Confrontación ▪ Interpretación ▪ Señalamiento ▪ Instrucciones ▪ Encuadre ▪ Información

8 EL INFORME CLÍNICO: LA COMUNICACIÓN DE RESULTADOS

Una de las fases del proceso de evaluación es la comunicación de los resultados obtenidos. Esta comunicación, la mayoría de las veces se hace de forma oral, pero en algunas ocasiones se solicita en formato escrito.

Cuando el informe es oral, suele realizarse en el contexto de una entrevista de devolución, sin embargo, los aspectos técnicos y formales propios del informe escrito deben mantenerse. Para la realización de esta comunicación oral se recomienda seguir una estructura ordenada en la que se expongan los objetivos de la evaluación, la delimitación de los problemas y la formulación del caso. Conviene también explicar la metodología seguida (procedimiento, técnicas empleadas...) y los principales resultados obtenidos. Todo ello con un lenguaje claro y comprensible para el interlocutor, con ejemplos y explicaciones que nos permitan estar seguros de que la información es correctamente entendida. Es importante invitar a realizar preguntas y aclaraciones, así como mantener una actitud positiva hacia la búsqueda de soluciones y alternativas de tratamiento.

Cuando esta comunicación se hace mediante papel, nos referimos al informe escrito. Se trata de un documento científico y legal que recoge los objetivos de la evaluación, hipótesis, métodos de contrastación y resultados. Debe ser además de riguroso un documento útil, es decir, que contribuya a la toma de decisiones en respuesta a los objetivos de la evaluación y a la solución de los problemas planteados (Bernstein y Nietzel, 1982; Tallent, 1988).

Para el cumplimiento de estas cualidades de utilidad y rigurosidad, el informe clínico debe estar sujeto a ciertos criterios técnicos y formales (AERA, APA, NCME, 1999; Carrasco, 2010; COP, 2010, 2012; Lichtenberger, Mather, Kaufman, y Kaufman, 2006; Pérez, Ausín, y Muñoz, 2008; Wolber y Carne, 2002). Estos criterios incluyen cualidades de estilo, formato, contenido y estructura. El estilo hace referencia a la calidad de la redacción del informe, el lenguaje, la complejidad gramatical y su inteligibilidad (Tabla 1.9).

Tabla 1.9. Principales Recomendaciones sobre el Estilo del Informe.

- Uso de un lenguaje comprensible y ajustado al nivel del interlocutor o destinatario
- Frases breves y construcciones gramaticales sencillas
- Evitar jergas y tecnicismos innecesarios
- Clarificar y describir los constructos psicológicos
- Evitar imprecisiones, ambigüedades o inexactitudes
- Ser rigurosos en el lenguaje y derivar los comentarios de los datos
- Explicitar la diferencia entre descripción e interpretación
- Evitar inferencias e interpretaciones
- Usar esquemas previos para su redacción
- Cuidar especialmente el apartado de conclusiones

Si mencionamos el formato, nos referimos a la presentación y las características formales; y el contenido a los aspectos a tratar y la información aportada en cada uno de los apartados. En la tabla 1.10 se detallan alguno de los criterios más importantes de estas categorías. Además, una importante cualidad del informe es su organización y estructura. Básicamente el informe debe incluir datos, demanda, objetivos, metodología, resultado y conclusiones. Una estructura básica más detallada se describe en el Cuadro 1.1.

Tabla 1.10. *Criterios de Estilo, Formato y Contenido para la Redacción de un Informe Clínico.*

Criterios de Estilo
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uso de un lenguaje comprensible y ajustado al nivel del interlocutor o destinatario. ▪ Frases breves y construcciones gramaticales sencillas. ▪ Evitar jergas y tecnicismos innecesarios. ▪ Clarificar y describir los constructos psicológicos. ▪ Evitar imprecisiones, ambigüedades o inexactitudes. ▪ Ser rigurosos en el lenguaje y derivar los comentarios de los datos. ▪ Explicitar la diferencia entre descripción e interpretación. ▪ Evitar inferencias e interpretaciones. ▪ Usar esquemas previos para su redacción. ▪ Cuidar especialmente el apartado de conclusiones.
Criterios de Formato
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inclusión detallada de los datos de identificación del profesional. ▪ Inclusión detallada de los datos de identificación del evaluado. ▪ Explicitación de las fechas de evaluación y emisión. ▪ Estructura definida. ▪ Inclusión de la firma del evaluador/es con el sello de la institución, si procede. ▪ Cumplimiento de condiciones de privacidad (entrega en mano, sobre cerrado). ▪ Presentación cuidada.
Criterios de Contenido
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contenidos estructurados y organizados de acuerdo a las fases de la evaluación. ▪ Información detallada de la demanda, objetivos, metodología, resultados y conclusiones. ▪ Indicación detallada de los instrumentos de evaluación con las referencias de la versión utilizada y sus autores. ▪ Información sobre adaptación, modalidad y edición de los instrumentos utilizados. ▪ Ausencia de juicios de valor y calificativos personales de evaluadores. ▪ Ausencia de comentarios vagos y generales (<i>efecto Barnum</i>). ▪ Ajuste entre las interpretaciones teóricas o inferencias y la casuística del evaluado. ▪ Conexión entre datos e inferencias realizadas. ▪ Fundamentación adecuada de las conclusiones.

Cuadro 1.1. Propuesta de una Estructura Básica de Informe Clínico.

- Datos identificativos.
- Delimitación de la demanda.
- Antecedentes y contextualización del problema a evaluar.
- Objetivos de la evaluación.
- Metodología, en la que se describan: Áreas evaluadas, Técnicas e Instrumentos de evaluación y, Fases y Procedimiento de Evaluación.
- Resultados: análisis descriptivo y de las puntuaciones obtenidas.
- Comportamiento durante la exploración.
- Análisis y síntesis de resultados.
- Conclusiones.
- Fecha, Firma, N° de colegiación del evaluador y sello de la institución (si procede).
- Anexos. Material complementario, en caso de que sea necesario adjuntar alguna hoja de resultados, informe adicional, etc...

De igual forma que el informe debe estar sometido a criterios técnicos también lo está a criterios deontológicos. El evaluador debe atender al Código Deontológico del psicólogo respecto a los principios de confidencialidad y secreto profesional, consentimiento informado, uso de instrumentos de evaluación o invasión de la personalidad. Especial importancia en la información que quede archivada es la protección de los datos acorde a la legislación vigente. Entre los criterios básicos con carácter ético, cabe destacar especialmente las garantías de (COP, 2012): máxima neutralidad (ausencia de implicación emocional, intereses o presiones externas para conseguir resultados determinados), máxima objetividad (obtención de datos y pruebas que sustenten las afirmaciones), calidad metodológica en el procedimiento y uso de los instrumentos de evaluación, y respeto a las diferencias individuales (evitar etiquetas estáticas y estereotipadas).

RESUMEN

Desde la instauración oficial de la psicología clínica en 1946 hasta nuestros días, la evaluación psicológica se ha nutrido de valiosas contribuciones que históricamente han posibilitado la instauración de la evaluación psicológica actual como subdisciplina científica de la psicología. Hoy la Psicología Clínica se reconoce como un área de especialidad dentro de la Psicología y con ella la evaluación clínica. Dentro de este contexto, la evaluación será entendida como el proceso que se ocupa desde una aproximación científica a la exploración y análisis de la salud mental de una persona o grupo de personas con la finalidad última de tomar decisiones y resolver problemas. Esta aproximación basada en la evidencia supone la adquisición de criterios de calidad científica y ética. Los primeros están referidos a las evidencias acumuladas de fiabilidad y validez de las técnicas de evaluación, así como a la instauración de un proceso sistematizado de recogida de información riguroso mediante el que se establecerán los objetivos de la evaluación y se contrastarán las hipótesis formuladas de diagnóstico o delimitación del problema, de conceptualización y de tratamiento. La implementación rigurosa de este proceso incluye, entre otros: (a) una evaluación multimétodo y multifuente a la luz de los criterios de coste, especificidad y validez incremental para la combinación e integración de los instrumentos y datos; y (b) la restricción y control de los sesgos del evaluador. Respecto a los segundos, los criterios de calidad ética en la evaluación clínica, la actuación del evaluador debe regirse por los principios éticos generales recogidos en nuestro Código Deontológico, con especial cuidado en las áreas de confidencialidad y secreto profesional, consentimiento informado, invasión de la personalidad, competencia y rigor científico del evaluador y protección de los datos personales y la documentación.

De las principales técnicas e instrumentos que el evaluador utiliza, en el contexto de la evaluación clínica adquieren especial importancia la entrevista clínica y la exploración psicopatológica. Son además de interés, las entrevistas estructuradas, los instrumentos multidimensionales estandarizados, los instrumentos diseñados para la evaluación del impacto de una alteración psicológica y de los efectos de una intervención, así como la evaluación de otras variables relevantes para la eficacia de la intervención: alianza terapéutica, adherencia a la intervención, competencia del terapeuta, motivación y satisfacción del cliente. De entre estas variables se destacan las habilidades comunicacionales deseables para un evaluador: (a) pericia y liderazgo; (b) empatía y recepción; (c) escucha; (d) flujo comunicativo; (e) habilidades para preguntar; y (f) habilidades de intervención verbal.

Finalmente, el proceso de evaluación clínica culmina con la comunicación de los resultados. El informe, sea oral o escrito, debe estar sujeto a ciertos criterios técnicos y formales de estilo, formato, contenido y estructura, como a los criterios deontológicos antes aludidos.

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

- 1) Describir y/o clasificar las conductas, signos y síntomas problemáticos que las personas presentan se incluye dentro de los objetivos de: a) delimitar y diagnosticar; b) formulación del caso; c) valoración de resultados.
- 2) Señale la afirmación correcta respecto de la formulación del caso: a) se relaciona con el establecimiento de las hipótesis clínicas explicativas ; b) es independiente de la comprensión del funcionamiento del cliente; c) no deriva de los modelos explicativos.
- 3) La selección adecuada de métodos de evaluación y fuentes informantes debe regirse por criterios de: a) prioridad; b) relevancia; c) validez incremental.
- 4) Respecto al juicio clínico y la evaluación estandarizada: a) la primera es más precisa que la segunda; b) la segunda es más precisa que la primera; c) ambas son equivalentes en precisión.
- 5) En relación con la exploración del estado mental: a) está referida al análisis transversal de la sintomatología; b) no permite detectar datos clínicamente significativos; c) es ajena al funcionamiento del paciente.

Soluciones: 1a; 2a; 3c; 4b; 5a

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Haynes, S. N., Godoy, A., & Gabino, A. (2011). *Cómo elegir el mejor tratamiento psicológico*. Madrid: Pirámide.
- Baños, R., & Perpiñá, C. (2002). *Exploración psicopatológica*. Madrid: Síntesis.
- Vázquez, C., & Muñoz, M. (2004). *Entrevista diagnóstica en salud mental*. Madrid: Síntesis.
- Fernández-Ballesteros, R., De Bruyn, E., Godoy, A., Hornke, L., Ter Laak, J., Vizcarro, C., & Zaccagnini, J. L. (2003). Guías para el proceso de evaluación (GAP): Una propuesta a discusión. *Papeles del Psicólogo*, 84, 58-70.

Evaluación de los Trastornos del Neurodesarrollo

Victoria del Barrio Gándara

2

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

1 **Introducción**

2 **Evaluación de los Trastornos del Desarrollo Intelectual**

- 2.1. Evaluación para la Delimitación del Problema: Contrastación de Hipótesis Diagnósticas
 - 2.1.1. ¿Cuándo se ha de evaluar la capacidad intelectual?
 - 2.1.2. Evaluación Dimensional
 - 2.1.3. Evaluación Categorical
- 2.2. Evaluación para la Conceptualización del Caso y la Planificación del Tratamiento en los Trastornos de la Inteligencia

3 **Evaluación de los Trastornos de la Comunicación**

- 3.1. Evaluación para la Delimitación del Problema: Contrastación de Hipótesis Diagnósticas
 - 3.1.1. Evaluación de la Instalación del Lenguaje
 - 3.1.1.1. Técnicas e Instrumentos de Evaluación
 - 3.1.2. Evaluación del Desarrollo del Lenguaje
 - 3.1.3. Evaluación Dimensional de los Problemas de Lenguaje
 - 3.1.3.1. Pruebas Estandarizadas Genéricas de Evaluación del Lenguaje
 - 3.1.3.2. Pruebas Estandarizadas Específicas para la Evaluación del Lenguaje
 - 3.1.4. Evaluación Categorical de los Problemas de Lenguaje
- 3.2. Evaluación para la Conceptualización del Caso y la Planificación del Tratamiento

4 Evaluación de los Trastornos del Espectro Autista

- 4.1.** Evaluación para la Delimitación del Problema: Contrastación de Hipótesis Diagnósticas
 - 4.1.1.** Evaluación Categorical
 - 4.1.2.** Evaluación Dimensional
 - 4.1.3.** Diagnóstico Diferencial
- 4.2.** Evaluación para la Conceptualización del Caso y la Planificación del Tratamiento

5 Trastorno de Atención/Trastorno de Hiperactividad

- 5.1.** Evaluación para la Delimitación del Problema: Contrastación de Hipótesis Diagnósticas
 - 5.1.1.** Evaluación Categorical
 - 5.1.1.1.** Instrumentos Categoricals
 - 5.1.2.** Evaluación Dimensional
 - 5.1.3.** Discriminación Diagnóstica
- 5.2.** Evaluación para la Conceptualización del Caso y la Planificación del Tratamiento

6 Propuesta de un Protocolo Básico de Evaluación de los Trastornos del Neurodesarrollo

RESUMEN

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

- Ser capaz de identificar y evaluar los distintos aspectos mensurables para la evaluación de los trastornos del neurodesarrollo.
- Abarcar la complejidad de su evaluación y tener conciencia de ello.
- Ser capaz de utilizar las distintas estrategias disponibles para su evaluación.
- Conocer los distintos instrumentos disponibles en lengua española y sus cualidades psicométricas que hacen posible abordar con suficientes garantías la tarea de evaluación de los diferentes trastornos del neurodesarrollo: retraso mental, lenguaje, trastornos de desarrollo generalizado e hiperactividad.

1 INTRODUCCIÓN

La consideración vigente de los trastornos del desarrollo propone al menos tres condiciones para que puedan considerarse tales: a) aparecer durante la infancia; b) tener su origen en una disfunción de la maduración del sistema nervioso; c) que no se expliquen mejor por pertenencia a otro tipo de trastorno. En este capítulo nos vamos a centrar en todos aquellos trastornos infantiles que tienen a la base un problema orgánico que afecta a la evolución normal de las conductas tanto si éstas son motoras, intelectuales o sociales.

El origen del problema, por causa física, puede ser innato o aparecer como consecuencia de una enfermedad en un determinado momento de la vida ya sea ésta intra o extrauterina. Aquellos problemas cuyo origen es innato acompañan al sujeto desde el nacimiento a la muerte. A pesar de ello, no todos se perciben desde el comienzo de la vida, puesto que la aparición de la función afectada puede demorarse evolutivamente en el tiempo, como por ejemplo ocurre con el lenguaje.

Todas las formas posibles de estos trastornos tienden a tener una alta comorbilidad o co-ocurrencia, pero este es un tema muy discutido puesto que la artificialidad de la creación de distintos síndromes puede provocar la promiscuidad de síntomas que apoyan la tesis de la comorbilidad.

Los problemas que afectan al desarrollo motor o aquellos que tienen asociadas alteraciones fenotípicas, como por ejemplo el síndrome de Down, son los que se detectan más precozmente. Cuanto más precoz es la detección más eficaz es la intervención, por tanto es esencial difundir los criterios diagnósticos entre las personas que tienen contacto precoz con el niño (padres, maestros). Esto es, sobre todo, especialmente importante para los profesionales (e.g., pediatras, psicólogos y psiquiatras) ya que son ellos los que pueden poner en marcha los medios para la evaluación que permitirá un diagnóstico precoz.

Vamos a exponer a continuación la evaluación del retraso mental, el autismo, el trastorno por hiperactividad y los trastornos del lenguaje. No se tocarán los trastornos motores y del aprendizaje porque consideramos que sus bases están en la evaluación de la inteligencia en sus primeros estadios, en el primer caso, y en el apartado de evaluación del lenguaje y la hiperactividad en el segundo.

2 EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL DESARROLLO INTELECTUAL

Boring dijo: «La inteligencia es aquello que miden los tests de inteligencia» a pesar de la chocante tautología, no le faltaba a Boring una cierta dosis de razón, puesto que los que construyen los tests de inteligencia son los expertos en el tema y por tanto escogen, aquellas tareas que se consideran relacionadas con la necesidad de pensar o, si se quiere, la capacidad de solucionar problemas. A última hora se pretende medir la capacidad de razonar, ya sea esta numérica, verbal, mecánica o espacial y social.

En esto, precisamente, consisten la mayor parte de los test: someter a los sujetos a la realización de ciertas tareas que exigen esfuerzo y reflexión.

Por tanto se considera que el sujeto poco inteligente se caracteriza por una conducta que se mantiene por debajo de los niveles de ejecución establecidos como normales para cada nivel de edad. Así que la piedra angular de la evaluación de la inteligencia es analizar cómo se establecen esos criterios determinantes del nivel normal, que establecen los puntos de corte que separan a los sujetos bien dotados intelectualmente de los retrasados mentales. Esta frontera está ligada a la de la evaluación de los procesos del pensamiento ya sea éste funcional o abstracto.

Los criterios para evaluar la inteligencia y por tanto para determinar cuando un sujeto no alcanza los niveles normales, se basan en considerar que cada nivel de edad tiene una capacidad media de resolución de problemas. La tarea de determinar estos niveles consiste en escoger pruebas de razonamiento que se recogen en cada uno de los ítems de los test de inteligencia. Esto permite establecer los puntos de corte que separa la inteligencia normal del retraso mental en cada uno de sus niveles.

2.1. Evaluación para la Delimitación del Problema: Contrastación de Hipótesis Diagnósticas

La inteligencia es por tanto la capacidad de resolver los problemas que se presentan a un sujeto en el transcurso de su vida en un determinado medio social y cultural. En último término, como sostenía Piaget, la inteligencia es la capacidad de adaptación intelectual y social.

En el caso de la inteligencia, por tanto, es necesario establecer una cuantificación dimensional previa, ya sea por aplicación de test o por observación de conducta, antes de establecer los criterios categoriales de las clasificaciones del Retraso Mental (RM) y que se refieren a cómo se comporta el sujeto en la resolución de problemas que se presentan en cada ítem que componen los test de inteligencia y que permiten constatar el grado de adaptación al medio y la capacidad de ser autónomo en relación con los individuos de su misma edad y cultura.

La prevalencia del retraso mental es variable puesto que las cifras suelen ser más altas en culturas en donde la medicina no llega a todas las clases sociales. Presentaremos las cifras de sociedades desarrolladas que por otra parte son las que tienen una mayor accesibilidad y fiabilidad.

Las cifras medias de retraso mental en el mundo occidental varían entre un 2-6% de la población general, dependiendo de distintos países. Las cifras se reparten también entre los distintos niveles de RM. El RM moderado representa 10% de todos los RM, el 3-4% corresponde a los severos y el 1-2% a los profundos, el resto corresponde a los ligeros.

Las tasas de RM se incrementan entre los individuos con trastornos de conducta, hasta un 70% en aquellos que están institucionalizados (Puerta, Martínez y Pineda, 2002). Y lo mismo ocurre con otro tipo de problemas como por ejemplo los de lenguaje en donde se estima que se asocia con el RM en el 50% de los casos (Stevenson y Richman, 2008). Como veremos más adelante esto aparece también en la hiperactividad y el autismo.

Estas cifras nos hacen pensar en el problema de la comorbilidad que en todos estos casos está asociada a la causalidad de un mismo factor de disfunción neurológica que está a la base de todos estos problemas.

2.1.1. ¿Cuándo se ha de evaluar la capacidad intelectual?

En la niñez sólo se ha de evaluar intelectualmente a un niño, si su desarrollo motor o su rendimiento escolar no es el mismo que los niños de su edad o si se ha percibido un cambio en su evolución. Ante un rendimiento normal es totalmente innecesario evaluar a un niño.

En el caso del adulto las evaluaciones intelectuales están normalmente ligadas a la selección, porque los retrasos ya han sido detectados en la infancia; naturalmente también se lleva a cabo, cuando un sujeto sufre un cambio importante en su rendimiento o en su adaptación o sufre un episodio que puede afectar a su capacidad mental, como en el caso de deterioros por edad, enfermedad y traumatismos.

Por último, se evalúa el cociente intelectual (CI) en situaciones forenses ya que la responsabilidad penal, la idoneidad para el desempeño de una tarea y la determinación de las subvenciones por discapacidad pasan, todas ellas, por una evaluación de la capacidad intelectual que determina el grado de discernimiento, de responsabilidad o necesidad de protección en la que un sujeto se halla.

Mediante la evaluación de la inteligencia se puede llegar a predecir el 90% del éxito escolar y se puede identificar un 10% de niños con problemas. Sin embargo, no podemos olvidar que hay un 10% de posibilidad de error y, todavía algo mucho más importante, que el 80% de los fracasados escolares no son fracasados vitales. Esto quiere decir que los test de inteligencia tienen una carga cultural importante y que por tanto no se puede tirar la toalla de la educación de los niños con un bajo rendimiento en las pruebas de inteligencia.

2.1.2. Evaluación Dimensional

Ha habido unas feroces críticas sobre la evaluación de la capacidad mental, todas ellas tenían un fundamento «in re» puesto que se basaban, habitualmente, en una mala praxis; por tanto, teniendo las críticas en cuenta, hay que minimizar los riesgos y optimizar las ventajas mejorando el método de la evaluación para que de ella sólo quepa esperar frutos positivos.

Cuando se evalúa a un sujeto con retraso mental hay que tener en cuenta que su comportamiento y comprensión es la de un niño menor, por tanto la fase de acostumbaramiento a la situación de evaluación ha de ajustarse a ella. Por otra parte, son los tutores o padres del niño los que tienen que asumir la responsabilidad de la petición de evaluación y los destinatarios de la misma.

En la comunicación de resultados se ha de explicitar cuidadosamente que lo que se evalúa es una actividad que se lleva a cabo en un momento dado y en unas circunstancias a las que se limita el resultado obtenido en la evaluación; si estas circunstancias cambian el resultado también puede ser modi-

scable. El etiquetado se ha revelado como problemático para algunos sujetos, pero en estos casos, hay siempre una constante y es que la comunicación de los resultados de la evaluación no se ha llevado a cabo adecuadamente.

La evaluación intelectual puede ser colectiva en sujetos adultos de nivel intelectual normal, si la prueba escogida se ajusta a la población a la que ha de ser aplicada. Sin embargo, cuando se presume algún tipo de problema, la evaluación de la capacidad mental del sujeto ha de ser individual. Esto se extiende a todos los niños por debajo de los 12 años.

Por supuesto el instrumento para evaluar ha de ser cuidadosamente escogido; tiene que ser una prueba adaptada a la población evaluada, con buenas características psicométricas y ajustadas a las del sujeto concreto. Esto ha de ser especialmente tenido en cuenta en la evaluación de personas foráneas. En estos casos hay que evitar usar pruebas verbales y con carga cultural. Esto se aplica también en el caso de niños con un lenguaje precario ya sea por alguna alteración evolutiva o por pertenencia a otra cultura lingüística.

Como los instrumentos para la evaluación de la capacidad mental se han estudiado en manuales específicos de evaluación de la inteligencia, recogeremos aquí sólo un listado de los más usados como recordatorio (Tabla 2.1). Como en la primera etapa de la vida la capacidad intelectual se mide por el nivel de desarrollo incluiremos también pruebas de este tipo.

Tabla 2.1. Principales Instrumentos Individuales para la Evaluación de la Capacidad Intelectual.

TESTS DE INTELIGENCIA		
Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
K-BIT (Kaufman,1983).	Individual. 2-6 años. 16 test.	Procesamiento simultáneo; Procesamiento secuencial; Conocimientos.
K-BIT Test Breve de Inteligencia de Kaufman (Kaufman y Kaufman, 2011).	Permite hallar Cociente Verbal y Manipulativo de los 4 a 90 años. Duración estimada 30'.	Verbal; Matrices.
Escala de Wechsler No Verbal WNV (Wechsler y Naglieri, 2011).	Individual. 5-22 años. Corrección Informatizada.	Matrices; Claves; Rompecabezas; reconocimiento; Memoria espacial; Historietas.
Escala Wechsler de Inteligencia de Niños.	Individual. 6-16 años. Aplicación 60'.	Información, Comprensión, Similitudes, Aritmética, Vocabulario, Memoria.
Versiones: WISC (1958); WISC-IV (Wechsler, 1991; Adaptación al español, 2001).		Cubos, Figuras incompletas, Historias, Puzles, Códigos.

(continúa)

TESTS DE INTELIGENCIA		
Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Escala de Inteligencia de Wechsler para Preescolar y Primaria, WPPSI-III (Wechsler, 1999).	Aplicación individual, 2-7 años >60'.	Cociente intelectual Verbal y Cociente Manipulativo.
*Escala de Inteligencia de Adultos WAIS (Wechsler, 1939). Adaptación al español (1996). Versión WAIS. WAIS-IV . Adaptación al castellano Pearson 2012.	Individual, 16-90 años. Aplicación 60'.	Información, Comprensión, Similitudes, Aritmética, Vocabulario, Memoria; Cubos, Figuras incompletas, Historias, Puzles, Códigos. WAIS-IV: Comprensión Verbal, Razonamiento perceptivo, Memoria de trabajo, Velocidad de procesamiento y Escala total.
Escalas de Inteligencia de Reynolds, RIAS (Reynolds y Kamphaus, 2009).	Individual de 3-94 años 40'.	Inteligencia verbal y no verbal; Memoria.
Escala de Alexander (1978).	Individual, 7-en adelante, no verbal. 40'.	Inteligencia práctica.
Matrices Progresivas (Raven, 1938). Adapt. Española (1995).	Individual, no verbal. Tiempo variable.	Razonamiento deductivo.
Escalas de Aptitudes Intelectuales (Helliott, 2007). Adaptación española (2010).	Individual 3.6 a 17 años.	Razonamiento no verbal Habilidad ejecutiva, Verbal, Espacial, Memoria de trabajo y Velocidad de procesamiento. Factor G y Memoria en todas las edades. Rendimiento y dificultades de aprendizaje.
Inventario de Desarrollo Battelle (Newborg et al., 1996).	Individual 0-8 años, aplicación abreviada 30' y completa 90'.	Desarrollo en las dimensiones: Personal, Social, Motor, Lenguaje y Cognitivo.
Escala Observacional del Desarrollo EOD (Secadas, 1996).	Individual 0-6 años.	Desarrollo en las dimensiones: Social, Motora, Lenguaje, Cognitiva.
Merrill-Palmer-R (Roid y Sampers. Adaptación, 2012).	Individual, 60-90'; 1-78 meses; Padres, profesores, niño.	Desarrollo (D) Cognitivo, D. Comunicación, D. Motor, D. Emocional, D. Conducta adaptativa.

Todas estas pruebas permiten obtener datos contrastados puesto que las características estadísticas de todas ellas establecen su idoneidad para establecer adecuadamente el nivel de maduración o de adaptación del sujeto evaluado.

Se ha prescindido de presentar las pruebas de evaluación colectiva por considerar que no son el medio adecuado de cuantificar un RM.

Es evidente que la evaluación de la inteligencia ha sido un salto cualitativo en el reto de la evaluación y a pesar de los detractores de la evaluación de la inteligencia, es evidente que sus ventajas (prevención, planificación y educación) superan sus inconvenientes y hoy su uso se mantiene vigente. Se ha dicho que la «etiquetación» que produce la evaluación de la inteligencia causa una estigmatización, pero la realidad es que la evaluación no crea problemas, sólo los patentiza y permite su intervención, de hecho, se ha comprobado que mediante la detección precoz se puede conseguir hacer ganar hasta 20 puntos si la intervención es inmediata y adecuada. Sin embargo, las críticas han producido consecuencias muy positivas en la mejora del proceso de evaluación y comunicación de resultados. Por ejemplo, el efecto Flynn (incremento del CI, 3 puntos por década) puede ser buen ejemplo de ello, puesto que se han depurado y renovado los ítems de las pruebas, se han actualizado baremos, se ha buscado escoger tareas significativas que puedan evitar sesgos culturales y evitar la artificialidad derivada del contexto (Gerstorff, Ram, Hoppmann, Willis y Schaie, 2011).

Políticamente los regímenes totalitarios han estado en contra de la evaluación de la inteligencia que patentiza las diferencias individuales. Stalin en 1935, a pesar de que en el manifiesto comunista se dice, «De cada uno, según su capacidad; para cada uno según su necesidad», prohibió el uso de tests mentales y Hitler en 1939 también. Norteamérica tuvo también sus veleidades políticas, cuando el juez R. F. Peckham, al final de los setenta, en California, intentó la misma prohibición por el perjuicio que ello acarrearía a los negros, según su criterio.

La consecuencia inmediata de una evaluación de la capacidad intelectual es obtener información sobre las personas. Eso quiere decir que cuantificamos su capacidad de solucionar problemas, y por tanto la capacidad de desenvolverse autónomamente en el mundo. Este dato tiene unas consecuencias educativas y legales. Se supone que los niños con CI bajos, tendrán una capacidad de aprendizaje inferior a los niños de su edad, por tanto su educación ha de contar con ello para que sea eficaz. A su vez los que lo tienen muy alto pueden también presentar desajustes con una pedagogía que no cuente con ese hecho. Es decir la evaluación de la capacidad intelectual tiene ventajas para aquellos sujetos que están situados en los dos extremos de la curva normal.

2.1.3. Evaluación Categorical

La evaluación categorial del retraso mental se logra usando los niveles de los distintos grados de retraso establecidos mediante pruebas estadísticamente reconocidas como válidas. En el DSM-IV-TR se conservan los puntos de corte clásicos que también mantiene el borrador del DSM 5, con la novedad de que en este último el RM se ubica bajo el epígrafe de Trastornos Neurológicos en lugar de considerarlo separadamente como el primero.

Vamos a partir de los niveles de RM recogidos en el DSM-IV-TR. Allí se presentan los criterios consistentes en dos elementos básicos A y B:

- A. Capacidad intelectual inferior a 70 determinado por la evaluación individual de un experto.
- B. Desadaptación en las actividades de comunicación, cuidado personal, vida doméstica.

Esto significa que si un sujeto atiende a sus necesidades básicas y lleva una vida sin necesidad de tutela, no puede ser considerado retrasado mental, aunque su CI esté por debajo de 70, será sólo iletrado, no cultivado o desatento a la adquisición de habilidades compartidas por otros miembros de su comunidad.

Si las puntuaciones CI obtenidas las ordenamos en función de las deficiencias encontrada tenemos:

- *Retraso Mental Leve (70 y 55-50)*

Una persona con RM leve puede ser perfectamente educada para llevar una vida independiente con un grado de tutela mínimo. Puede tener una formación académica semejante a la que alcanzaría un niño de 12 años.

- *Retraso Mental Moderado (50-55 y 35-40)*

Los niños con un RM moderado, pueden ser entrenados en las tareas cotidianas y en la adquisición de lenguaje para la comunicación, pero no sería adecuado someterles a una formación académica, puesto que no les sería útil. Pueden desempeñar trabajos de poca demanda y con supervisión.

- *Retraso Mental Grave (55-50 y 20-25)*

Los niños con RM severo pueden ser entrenados en tareas elementales de auto-cuidado. El lenguaje se establece a nivel elemental sobre los 6 años. Necesitan supervisión continuada.

- *Retraso Mental Profundo (inferior a 20-25)*

Los RM profundos necesitan de supervisión continua a lo largo de la vida. Sólo los individuos muy trabajados logran adquirir algunas habilidades.

Hay también la posibilidad de diagnosticar Retraso Mental no especificado (sin posibilidad de determinación). Este tipo de diagnóstico suele darse cuando por falta de colaboración del sujeto no ha sido posible llevar a cabo una evaluación, sin embargo el comportamiento del sujeto indica un RM.

Los niños por debajo de 5 años pueden sufrir variaciones importantes en su evolución intelectual, por tanto, las evaluaciones por debajo de este nivel de edad deben considerarse como inestables y así ha de hacerse constar en el informe de resultados. A partir de esa edad la variación va siendo cada vez menos probable; sin embargo, hay que tener en cuenta que en la pubertad, con los cambios corporales, puede de nuevo producirse una modificación del CI; muchos niños con retraso y bien trabajados han incrementado su CI en época puberal, dato que debe ser muy tenido en cuenta por los rehabilitadores y educadores.

Los niños, por tanto, deben ser reevaluados en esas épocas críticas para que la estimación de su capacidad mental sea la adecuada. Por este motivo se recomienda cada vez con más intensidad la

conveniencia de una evaluación dinámica que pueda detectar variaciones y que haga ver a los adultos del entorno infantil la posibilidad de un cambio (Leeber, Birta-Székely, Demeter et al., 2012; Muskett, Body y Perkins, 2012).

Otra cosa importante a tener en cuenta es el error de medida que puede alcanzar los 5 puntos y eso es especialmente importante en los niños limítrofes a la hora de planificar su educación.

2.2. Evaluación para la Conceptualización del Caso y la Planificación del Tratamiento en los Trastornos de la Inteligencia

Cuando un profesional evalúa a un sujeto para determinar su CI, ahí no ha terminado la tarea puesto que se evalúa a un sujeto para determinar sus problemas pero también sus fortalezas, es decir, hay que evaluar una serie de facetas de ese individuo para establecer cuales son sus puntos fuertes y débiles a la hora de planificar la intervención que puede modificar para mejorar su situación.

La evaluación complementaria debe atender no sólo al sujeto, sino a su contexto. Si se trata de un niño es esencial evaluar la interacción padres-hijo, su rendimiento escolar, su interacción social y su estado emocional. Según el retraso mental de que se trate los datos se podrán obtener del sujeto o de los adultos de referencia.

En el caso del adulto las áreas a evaluar son prácticamente las mismas, pero se añadirá a ello sus aptitudes para el trabajo y sus expectativas sobre el sexo.

Supongamos que tenemos un adulto cuyo CI le ubica en un RM moderado. Es evidente que tendremos que completar para su intervención sus capacidades específicas que le permitan el adiestramiento para el trabajo y que facilite su comunicación social. Empezaríamos por especificar mejor sus capacidades de atención para ajustar adecuadamente su entrenamiento en habilidades laborales. Seguiríamos por puntualizar sus habilidades sociales para entrenamiento de trabajo en equipo y terminaríamos por establecer su grado de ajuste emocional para determinar su capacidad de afrontar situaciones incómodas. Algunos de los instrumentos para la evaluación de estas variables se recogen en la Tabla 2.2.

Tabla 2.2. Variables Relevantes e Instrumentos para la Conceptualización de Los Trastornos de la Inteligencia (Contrastación para las Hipótesis de Conceptualización).

Trastornos del Desarrollo Intelectual (Hipótesis Conceptualización)		
Hipótesis	Instrumentos	Dimensiones y características
Procesos Atención.	• Test de Atención D2 (Brickenkamp y Zillmer, 2004).	Capacidad selectiva y capacidad de concentración.

(continúa)

Trastornos del Desarrollo Intelectual (Hipótesis Conceptualización)		
Hipótesis	Instrumentos	Dimensiones y características
Ajuste emocional y Adaptación.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil TAMAI (Hernández, 1996). ▪ Sistema para la Evaluación de la Conducta Adaptativa ABAS-II (Harrison y Oakland, 2003). Adaptación española Montero y Fernández-Pinto. 	<p>Evaluación de la inadaptación personal, escolar, social y familiar.</p> <p>Evalúa habilidades funcionales diarias en las siguientes áreas y contextos: comunicación, utilización de recursos, vida en el hogar o escuela, salud y seguridad, ocio, autocuidado, autodirección, motora y empleo. Proporciona tres índices globales: Conceptual, Social y Práctico, y Conducta adaptativa.</p>
Escala de habilidades sociales.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escala de Habilidades Sociales EHS (Gismero, 2002). 	<p>Adolescentes y Adultos. Evalúa la conducta asertiva en diferentes situaciones sociales y de interacción interpersonal: defensa de derechos; iniciativas con sexo opuesto; expresión de opinión; defenderse; expresarse en situación social; expresar enfado; capacidad de elogiar; cortar una interacción.</p>
Hábitos de autocuidado/autonomía y dependencia.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registros <i>ad hoc</i>. ▪ Observación Directa. ▪ Escala de Intensidad de Apoyos SIS (Bryant et al., 2007; Adaptación española Verdugo, Martínez e Ibáñez) 	<p>De hábitos de limpieza, sueño, comida, salidas con amigos, actividades deportivas.</p> <p>Apariencia física del sujeto, su arreglo personal, peinado, vestido. Todos estos datos pueden ser usado en un entrenamiento de mejora.</p> <p>Evalúa el nivel de ayudas que necesitan las personas con discapacidad intelectual o trastornos de desarrollo en las siguientes áreas: vida en el hogar y comunidad, aprendizaje, empleo, salud y seguridad, actividades sociales. Útil para la planificación de la intervención.</p>

3 **EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN**

El lenguaje se define como un sistema de símbolos utilizado para la comunicación. Esta concepción genérica se adapta a todo tipo de lenguajes y, por tanto, es extremadamente útil por lo esencial de sus componentes. Es evidente que la comunicación es una función fundamental en el ser humano y explica de una manera contundentemente clara las diferencias con el mundo animal. Por ello el estudio del lenguaje ha sido una pieza fundamental del análisis de la conducta del hombre. Así los problemas de comunicación han sido claves para el estudio de la conducta genuinamente humana.

3.1. **Evaluación para la Delimitación del Problema: Contrastación de Hipótesis Diagnósticas**

Los problemas más habituales en este campo son el retraso en la aparición del lenguaje, es decir, la instalación normal o retrasada y los problemas fonológicos que afectan al aparato fonador. La mayor parte de las pruebas de evaluación incluyen todos los aspectos, pero algunas se centran específicamente en alguno de ellos. A continuación los expondremos en ese orden.

3.1.1. **Evaluación de la Instalación del Lenguaje**

El estudio y la evaluación del desarrollo del lenguaje y sus patologías han sido, desde el comienzo, una tarea interdisciplinar, así que la Psicopatología, la Lingüística, la Psicología Evolutiva, la Psicología Comparada, han confluído y contribuido, desde ángulos diferentes, en el desarrollo y perfeccionamiento del proceso de evaluación del lenguaje.

Como ya se ha dicho, el lenguaje es un sistema de signos o símbolos convencionales que se usan para la comunicación en una codificación determinada. Esos signos pueden tener distintas características: gestos, en el caso del lenguaje gestual, sonidos significativos, en el caso del lenguaje oral, o símbolos gráficos, en el caso del lenguaje escrito. Todos ellos suponen actividades de naturaleza física y fisiológica (motora, visual, acústica), cognitiva (CI), emocional (motivación) y social (estimulación); es decir, el lenguaje es una de las actividades más complejas del ser humano, porque en él se incluyen todas las facetas de la actividad humana y que facilita el desempeño de todas ellas.

Por otra parte, los problemas de lenguaje, que afectan entre el 3-23% de los niños (Jessup, Ward, Cahill, y Kating, 2008) tienen unas consecuencias duraderas, sobre todo en el área del aprendizaje. Por todo ello es esencial su detección precoz para que pueda llevarse a cabo una intervención, lo más inmediata posible. Esto evita la consolidación del problema y la acumulación de retraso en la escolarización. Por otra parte, cuanto antes se comience una rehabilitación más probabilidades de éxito existen por la plasticidad del sistema nervioso y la mayor potencia de aprendizaje consiguiente. Para evaluar adecuadamente el lenguaje hay que tener en cuenta todos sus componentes:

- La base *física* de la que se ocupa la evaluación neurológica, auditiva, visual y el componente mental de procesamiento de información de todos los procesos implicados en la producción e intelección del lenguaje. Si hay sospecha de fallo de una base somática, hay que remitir al sujeto al experto correspondiente. Por todo ello, se recomienda antes de la evaluación del lenguaje, desde un punto de vista psicológico, una evaluación neurológica y también del desarrollo intelectual puesto que ambos están íntimamente unidos (Wanlass, 2012) y el lenguaje no se instala, o se instala defectuosamente, si hay cualquier fallo en esos niveles previos. Hoy se utiliza la nueva tecnología de imágenes por resonancia magnética (MRI) para hacer este tipo de evaluaciones (Abbott, Waites, Wilywhite y Jackson, 2010) y los datos son ahora mucho más precisos, aunque acordes con los anteriores.
- Los aspectos *cognitivos* se evalúan para determinar si la función motora, intelectual, simbólica, conceptual y deductiva de un sujeto ha alcanzado los niveles de maduración propios de su edad. La mayor parte de los test de lenguaje están centrados en esta tarea, como veremos a continuación.
- La base *social* indaga los procesos de socialización implicados en el aprendizaje del lenguaje: apego, entorno lingüístico, clase social, en resumidas cuentas, estudia los procesos de imitación y motivación en relación con el lenguaje. Todo indica que la adquisición y manejo de lenguaje tiene una fuerte relación con el lenguaje de los padres y ello tiene a su vez repercusiones académicas y sociales (Mann, Canny, Lindley y Rajan, 2010).
- Por último la *Lingüística* analiza las estructuras del lenguaje: forma (sintaxis, morfología, fonología), contenido (simbólico o semántico) y uso (pragmática o funcionalidad).

Respecto de las fuentes de las que provienen los datos, es evidente que el niño tiene que ser la principal, puesto que es el emisor y el usuario del lenguaje; sin embargo, hay una tendencia a tener en cuenta las fuentes paternas tanto en niños con problemas de timidez, como en niños a los que difícilmente el evaluador logra tener acceso a la comunicación (Cuttini, Ferrante, Chiandolto, et al. 2012; Paradis, Emmerzael y Duncan, 2010). Los registros llevados a cabo por los padres son la alternativa. En estos casos hay que validar la información paterna, ya sea con grabaciones o mediante otras estrategias de observación en ambientes naturales.

Es especialmente difícil la evaluación de un niño con graves problemas de lenguaje (ver autismo), en estos casos se recomienda, tener en cuenta la causa del problema y adecuar las estrategias de evaluación al mismo, especialmente cuando se evalúa la fonología, el lenguaje receptivo y el expresivo (Quinn, 2010).

3.1.1.1. Técnicas e Instrumentos de Evaluación

Hay diversas estrategia para la evaluación del lenguaje y se puede abordar mediante dos métodos: a) de manera descriptiva, es decir, simplemente observando la conducta lingüística del niño (cosa muy común en la evaluación del desarrollo del lenguaje en la primera etapa de la vida); y b) de manera normativa que es la más habitual después de que el lenguaje se haya instalado (Mendoza, 2010).

Estrategias de Observación

La observación del lenguaje ha de hacerse de una manera muy estructurada. Existen unas estrategias básicas que son repetidamente utilizadas por todos los técnicos y expertos en este campo. Forns (1989) hace una categorización pormenorizada de las mismas y vamos a exponer las más habituales.

1. *Discriminación auditiva* (movimiento de cabeza –lenguaje comprensivo gestual– el evaluador produce un ruido fuera del campo visual del sujeto).
2. *Articulación* (por imitación –lenguaje expresivo verbal– el evaluador dice una palabra y el niño la repite).
3. *Denominación* (–lenguaje expresivo verbal– el evaluador muestra una imagen y el sujeto dice su nombre).
4. *Mostración* (–lenguaje comprensivo gestual– el evaluador presenta dos o más objetos y nombra uno de ellos para que el niño lo señale).
5. *Categorización* (–lenguaje comprensivo verbal– el evaluador proporciona distintos términos a incluir en categorías o distintas categorías para las que buscar términos).
6. *Discriminación* (–lenguaje expresivo verbal– el evaluador presenta dos o más objetos y señalando uno pregunta –¿esto qué es?).
7. *Ejecución* (–lenguaje comprensivo verbal– el evaluador da una orden que el sujeto debe ejecutar).
8. *Relación* (–lenguaje comprensivo verbal– el evaluador presenta oral o visualmente un objeto y pide al niño que diga el opuesto).
9. *Completamiento* (–lenguaje comprensivo verbal– se da una frase incompleta que el sujeto debe terminar).
10. *Sentido de refranes* (–lenguaje comprensivo verbal– se presentan al niño refranes a los que tiene que buscar el sentido).
11. *Elicitación* (–lenguaje expresivo verbal– se presenta una lámina con una escena dinámica y se pregunta al niño –¿Qué pasa aquí?).
12. *Narración* (–lenguaje expresivo verbal– se le demanda al niño que cuente un cuento).
13. *Necesidad* (–lenguaje expresivo gestual o verbal– se retira un objeto deseado para provocar su petición).

Recientemente están apareciendo instrumentos que facilitan la evaluación de la estrategia dinámica de la narración proponiendo unos apoyos respecto de la forma y del contexto en donde el lenguaje se produce y que resultan útiles para agilizar este método de evaluación (Justice, Bowles, Pence y Gosse, 2010).

Con estas estrategias podemos entender *qué* (comunicación, articulación, comprensión...) es lo que se evalúa y *cómo* (elicitación, discriminación, categorización..) se hace. Los objetivos fundamentales de la evaluación del lenguaje pueden considerarse: la determinación del desarrollo del lenguaje, los

estudios epidemiológicos que cuantifican la incidencia y prevalencia de los problemas y la evaluación y diagnóstico de problemas específicos. Para su consecución ha de seguirse un proceso determinado.

Si el lenguaje es no verbal, con mucha frecuencia usan el método de la *observación* directa de la conducta. Esta es la primera forma de comunicación que posibilita la aparición de otras más complejas y que está íntimamente unido a la comunicación social. En la observación ha de cuidarse especialmente *dónde* se evalúa durante *cuánto* tiempo y *cómo* se hace. Lo más adecuado es seguir las instrucciones de los instrumentos de evaluación preverbal, donde se exploran los requisitos previos para la correcta instalación del lenguaje, tales como procesos imitativos y desarrollo motor, puesto que son considerados como esenciales en la adquisición de las primeras etapas del lenguaje y puesto que la evaluación del lenguaje no verbal se centra fundamentalmente en la observación de la conducta motora que tiene en cuenta lo que denominamos *Kinestesia* (movimientos corporales, gestos y expresión facial) que es fundamental en los primeros meses de vida y tiene los componentes que vamos a explicitar:

- a) Los signos de actividad comunicativa (mirar objetos, dirección de la mirada).
- b) Discriminación auditiva (atender a fuentes sonoras, responder emocionalmente a diferentes tonos de voz).
- c) Contacto ocular (normalmente con la madre).
- d) Movimientos anticipatorios (pataleo ante el biberón).
- e) Señalar objetos (dirigir el dedo hacia objetos deseados).
- f) Gestos comunicativos (echar los brazos, arquear el cuerpo, atención, contacto físico).
- g) Tacto o conducta de contacto (caricias).
- h) Proxémica (distancia, espacios).
- i) Paralingüística (entonación, tono, timbre, tensión, calidad de voz).

Todo ello permite evaluar el lenguaje no verbal que es el primer estadio de la comunicación.

3.1.2. Evaluación del Desarrollo del Lenguaje

En primer lugar, todas las escalas de desarrollo general psicomotor tienen una escala dedicada al desarrollo del lenguaje y sus elementos son muy parecidos en todas las escalas.

Como ejemplo, expondremos algunos elementos (ítems) de la escala *Developmental Programming for Infants and Young Children* (Programa de desarrollo para bebés y niños pequeños) (Schafer y Moersch, 1981):

1. Mueve las piernas, cabeza y ojos en respuesta a la voz y el ruido.
2. Vocaliza cuando se le habla.
3. Vuelve la cabeza en dirección de la fuente sonora.
4. Vocaliza emociones, emite distintos tonos y timbres de voz.

5. Emite sonidos diferentes ante emociones diferentes.
6. Imita sonidos.
7. Emite repeticiones silábicas (ma-ma).
8. Hace gestos diferentes en relación con canciones.
9. Hace sonidos onomatopéyicos (guau-guau).
10. Inhibe la acción ante el «no».
11. Emite jerga con prosodia.
12. Imita aproximadamente palabras.
13. Usa dos palabras funcionalmente.
14. Utiliza gestos para la comunicación.
15. La orden verbal señala partes de su cuerpo.
16. Ante la orden verbal señala partes de su cuerpo.
17. Ante la designación de un objeto lo denomina.

Todos estos ítems pueden ser utilizados en niños desde 0-18 meses, es decir, es lenguaje pre verbal y en ellos se puede detectar si se dan o no las bases de la constitución del lenguaje verbal y el nivel de desarrollo lingüístico en niños de estas edades.

Entre los 12-18 meses aparecen las primeras palabras y su adquisición sigue desde entonces un ritmo acelerado cuyos niveles medios presentamos a continuación en la Tabla 2.3.

Tabla 2.3. Promedio del Número de Palabras que un Niño Usa Funcionalmente.

Edad	Media
12 meses	2 a 3 palabras
18 meses	10 a 20 palabras
24 meses	50 a 250 palabras
30 meses	300 a 600 palabras
36 meses	800 a 900 palabras

Desde los tres años, e incluso antes en algunas pruebas, puede iniciarse la evaluación del lenguaje verbal propiamente dicho.

Las primeras escalas de desarrollo han sido elaboradas por grandes expertos observando a sus propios hijos, y esto ha dado lugar a la aparición de las pruebas estandarizadas de desarrollo.

3.1.3. Evaluación Dimensional de los Problemas de Lenguaje

3.1.3.1. Pruebas Estandarizadas Genéricas de Evaluación del Lenguaje

Las escalas de desarrollo estandarizadas están unidas a los nombres clásicos tales como: Gesell, Cattell, Wallon, Bayley y McCarthy, todas ellas incluyen subescalas de desarrollo del lenguaje. La escala de McCarthy (1977) y la de Bayley están editadas por TEA y son profusamente utilizadas.

Por otra parte están las escalas que ya evalúan específicamente el lenguaje en todas sus facetas. En primer lugar hay que advertir que estas pruebas de lenguaje tienen unas grandes dificultades para su adaptación, por eso las normas sobre las mismas son mucho más estrictas que para cualquier otra prueba (Schweizer, 2010; Van de Vijver, 2003). Se hace especial hincapié en las recomendaciones para que el adaptador conserve la misma estructura fonética, sintáctica y de frecuencia de uso de las palabras que constituyen los ítems y efectivamente estas circunstancias están continuamente siendo investigadas (Chapelle, 2012; Kim, 2012). Piénsese, por ejemplo, en la palabra chimenea en español el mismo término se usa para denominar la salida de humos exterior y el lugar del fuego dentro de la casa, por el contrario, en inglés hay dos términos distintos para cada uno de los objetos, por tanto, no se puede usar esa palabra puesto que no es equivalente en ambos idiomas. Otra dificultad añadida es que en inglés para evaluar el vocabulario primero se usan palabras monosilábicas, pero en español prácticamente no existen («cup» y «taza» son un buen ejemplo de la distinta dificultad morfológica y fonética).

Por ello, en la medida de lo posible, vamos a presentar aquellas pruebas que se han construido para población española.

En primer lugar, listaremos las pruebas genéricas (aspectos plurales del lenguaje: comprensivo, expresivo etc) y después las específicas (sólo fonología, sintaxis, etc.) (Tabla 2.4).

Tabla 2.4. Pruebas Estandarizadas para la Evaluación del Lenguaje General.

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Prueba Illinois de Habilidades Psicolingüísticas ITPA (Kirk, McCarthy y Kirk, 1968). Adaptación española (1986).	Individual, 6-10 años, tiempo variable	Comprensión, Asociación auditiva, Fluidez verbal, Integración auditiva, Memoria secuencial auditiva, Comprensión visual, Asociación visual, Expresión motora, Integración visual, Memoria secuencial y visomotora.
Test de Vocabulario en Imágenes Peabody, PPVT-R (Dunn, 1959, 1981). Adaptación española (1989).	Individual, 2.5 a 18 años.	Denominación de imágenes.

(continúa)

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Escalas para Evaluar el Desarrollo del Lenguaje de Reynell, RDL (Reynell, 1977). Adaptación española, Alonso-Tapia y González (1988).	Individual 18 meses a 4 años.	Lenguaje Expresivo: estructura, vocabulario y contenido; Comprensión: Escala A con manipulación de objetos y la B adaptada para niños con problemas motores.
Inventario de Desarrollo Comunicativo de MacArthur CDI (<i>Communicative Development Inventories</i> ; Fenson et 1993; Fenson, et al., 1994). Adapt. Jackson Maldonado, Thal, Marchman, Fenson, Newton y Conboy, 2011; López Omat, et al., 2012).	Individual, 8-30 meses 60-90' Palabras y gestos de 8-15 meses; Palabras y frases 16-30 meses.	-8-15 meses: Comprensión inicial del lenguaje, Frases, Maneras de hablar, Vocabulario, Comprensión, Fluidez, Primeros gestos comunicativos, Juegos y rutinas; Acciones con objetos; Haciendo que son padres, Imitaciones Juego simbólico . -16-30 meses: Lista de vocabulario, Terminaciones de las palabras, Formas de las palabras, Regularizaciones, Longitud de Frases, Complejidad de frases.
Prueba de Lenguaje Oral de Navarra PLON-R (Aguinaga y Cols., 1989).	Individual, 3-6 años, 15'.	Forma: Fonología y Morfología; Contenido: Léxico, Identificación de colores, Relaciones espaciales y opuestos; Uso: Expresión ante láminas, Expresión espontánea.
Test de Bankson para Despistaje del Lenguaje, BLST (Bankson, 1977). Adaptación española (1987).	Individual y colectiva, 4-8 años.	Forma; Contenido y Uso.
Batería del Lenguaje Objetivo y Criterial BLOC (Puyuelo et al., 1996).	4 a 7 años.	Morfología, Sintaxis, Semántica y Pragmática.

3.1.3.2. Pruebas Estandarizadas Específicas para la Evaluación del Lenguaje

Con las pruebas genéricas aparecen las zonas afectadas y las incógnitas del lenguaje, pero cuando se quiere afinar el diagnóstico se evalúa específicamente el área del lenguaje en donde se ha localizado el problema. En este tipo de pruebas se evalúa una sola faceta lingüística y se aplica para precisar el problema y obtener datos más precisos para el diagnóstico y la intervención (Tabla 2.5).

Tabla 2.5. Pruebas de para la Evaluación de Aspectos Específicos del Lenguaje.

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Test de Vocabulario en Imágenes Peabody, PPVT-R (Dunn, 1959, 1981; adaptación española, 1989).	Individual. 2.5 a 18 años. Tiempo estimado 15'.	Reconocimiento y discriminación.
Inventario de Articulación (Melgar de González, 1976).	35 láminas. Con dibujos en blanco y negro. 3-7 años.	Articulación y fonología de nombres de uso común.
Evaluación del Lenguaje y Procedimiento de Despistaje y Tratamiento LARSP (Crystal, 1977; adaptación española, 1979).	Individual. 9 meses-6 años.	Sintaxis.
El Test de Vocabulario de Boston AARD (Kaplan, Goodglas, Weintraub, 1983; adaptación española, 1986).	Individual, 5.5 años en adelante.	Semántica.
Boston-Evaluación de la Afasia y Trastornos Relacionados (Goodglass y Kaplan, 2005).	A partir de cinco años. Aplicación individual.	Problema de recuperación de palabras.
Test de Conceptos Básicos de BOEHM (Boehm, 1967; adaptación española, 1977). Boehm-3 (Pearson, 2012).	Individual, 4-7 años.	Comprensión de conceptos básicos.
Diagnóstico Neuropsicológico de Luria- Christensen (Christensen, 1978).	Individual. Adultos. Tiempo estimado 40'.	Funciones motoras, audiomotoras, cutaneocinestésicas, visuales; Funciones del lenguaje receptivo, expresivo, lectura y escritura, aritmética; Mnesia y Procesos intelectuales.
Luria- DNA (Christensen, Manga y Ramos, 1991).	A partir de 7 años, 50'.	Visoespacial, Lenguaje, Memoria, Procesos intelectuales, Atención.
Luria Inicial (Ramos y Manga, 1991).	4-6años. Tiempo estimado 60'.	Motricidad, Lenguaje oral, Rapidez de procesamiento, Memoria verbal y no verbal.
Prueba para la Evaluación del Desarrollo Fonológico en Niños (Bosch, 1982, 1984).	3-7 años.	Fonología.

3.1.4. Evaluación Categorical de los Problemas de Lenguaje

A partir de la evaluación observacional o dimensional se obtienen datos precisos que permiten ubicar al sujeto evaluado en alguna de las categorías de trastornos de la comunicación que proporciona el DSM, como siempre, seguiremos la última edición que divide este tipo de trastornos en Problemas de lenguaje expresivo, Problemas mixtos de lenguaje expresivo y receptivo, Problemas fonológicos y Tartamudeo.

1. Los Criterios diagnósticos de lenguaje Expresivo permiten diagnosticar este trastorno siempre que:
 - A. Exista un desajuste entre las puntuaciones obtenidas por un sujeto en lenguaje gestual, comprensivo y expresivo estando éste último por debajo de aquellos y cuando las puntuaciones se obtienen mediante pruebas objetivas y estandarizadas.
 - B. Cuando estas dificultades interfieren en la vida académica, laboral y social del sujeto.
 - C. Cuando no existen problemas mixtos de lenguaje ni trastorno generalizado del desarrollo
 - D. No procede si hay RM o déficit sensorial o motor o deprivación social.

2. Los criterios para el diagnóstico del Trastorno Mixto de Lenguaje Expresivo y Receptivo son:
 - A. Las puntuaciones obtenidas por un instrumento normalizado administrado individualmente tanto en lenguaje expresivo como comprensivo están por debajo de la capacidad no verbal.
 - B. Estas dificultades interfieren en la vida académica, laboral y social del sujeto.
 - C. No se dan los criterios de Trastorno Generalizado del Desarrollo.
 - D. Si existe RM, un déficit del lenguaje motor, sensorial o deprivación sensorial los problemas de lenguaje son superiores a los de esta perturbación.

Cuando se dan alteraciones físicas (motores, sensoriales, neurológicas) el diagnóstico pasa al Eje III que recoge las alteraciones por motivos médicos.

3. Criterios para Trastornos Fonológicos:
 - A. Fracaso en el uso de los sonidos esperables en su nivel de edad, errores de articulación, sustitución, presentación, utilización y organización de los sonidos.
 - B. Estas dificultades interfieren en la vida académica, laboral y social del sujeto.
 - C. Si existe RM, un déficit del lenguaje motor, sensorial o deprivación sensorial, los problemas de lenguaje son superiores a los de esta perturbación.

Cuando se dan alteraciones físicas (motores, sensoriales, neurológicas) el diagnóstico pasa al Eje III que recoge las alteraciones por motivos médicos.

4. Criterios para el Tartamudeo:
 - A. Alteración de la fluidez, temporalidad de emisión de sonidos y sílabas donde ocurren los siguientes fenómenos:

1. Repetición de sonidos o sílabas.
 2. Prolongaciones de sonidos.
 3. Interjecciones.
 4. Palabras fragmentadas.
 5. Bloqueos.
 6. Circunloquios.
 7. Palabras producidas por un exceso de tensión física.
 8. Repetición de palabras monosilábicas.
- B. Estas dificultades interfieren en la vida académica, laboral y social del sujeto.
- D. Si existe un déficit motor o sensorial los problemas de lenguaje son superiores a los de esta perturbación.

Cuando se dan alteraciones motrices o sensoriales o del habla el diagnóstico pasa al Eje III que recoge las alteraciones por motivos médicos.

Como ya se ha señalado en el caso de los trastornos del lenguaje la evaluación dimensional precede necesariamente a la categorial porque así lo exigen los criterios.

3.2. Evaluación para la Conceptualización del Caso y la Planificación del Tratamiento

Si un niño de siete años presenta problemas de lenguaje el primer paso sería consolidar la elección diagnóstica desechando diagnósticos alternativos: a) primero descartar que no se trata de un RM, aplicando una prueba de inteligencia, puesto que, como ya hemos visto, la incidencia de problemas de lenguaje en el RM es muy alta; en ese caso, el diagnóstico no podría ser de problemas de lenguaje, porque el de RM prevalece como trastorno primario y los problemas de lenguaje serían una consecuencia de él; y b) descartar que no se trata de un Trastorno del Desarrollo Generalizado; en este caso bastaría una observación de conducta: si el sujeto tiene comunicación gestual, social y afectiva habría que desestimar esta posibilidad si no lo tiene habría que aplicar un instrumento específico de autismo. Por ejemplo, aplicar el ITPA, si en éste aparece con una puntuación dos años por debajo de la puntuación adecuada a su nivel de edad habrá que descartar las dos posibilidades. El paso siguiente es señalar las zonas lingüísticas afectadas tanto si se da como un RM o un TGD habría que analizar los problemas específicos de lenguaje para poder aportar datos para la planificación de la intervención contando con su edad mental. Desde el comienzo la secuencia adecuada sería:

1. Aplicación de un test genérico de lenguaje (e.g., ITPA).
2. Análisis de las zonas afectadas y comprobación de problemas de recuperación.
3. Elección de un test específico que amplíe la información sobre esas áreas afectadas (e.g., Boston).

4. Test de articulación.
5. Observación de momentos comunicativos de uso del lenguaje anotando el canal al que el niño recurre habitualmente, en qué ocasiones y con quien se comunica con más éxito.

Con la información recogida se dibuja el cuadro de carencias y las habilidades bien conservadas, entornos y personas facilitantes que permitan un plan de actuación pertinente al caso.

4 EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

El autismo fue diagnosticado por primera vez por L. Kanner (1943) lo hizo a partir de once casos que durante 8 años llegaron a su clínica llevados por unos padres descontentos con el diagnóstico previo. Todos esos padres eran de alto nivel intelectual y relacionados directa o indirectamente con la medicina y, por ello, no les encajaba y no estaban conformes con el diagnóstico de RM o esquizofrenia que se había dado a sus hijos. Recurrieron a Kanner porque era el psiquiatra infantil más prestigioso de la época. Kanner, con el tiempo y la acumulación de esos casos, acertó en el diagnóstico, pero erró en su etiología. Él sostenía que aquellos padres, por ser profesionales prestigiosos y ocupados, eran rios, meticulosos, distantes y no llegaron a aceptar las limitaciones de sus hijos y eran, además, la causa de su hermetismo. De hecho y muy por el contrario, esas características de los padres había motivado que éstos se implicaran en el registro de las conductas de sus hijos y la acumulación de aquellos datos en la consulta de Kanner fueron los que habían permitido a éste emitir un diagnóstico diferente del RM (del Barrio, 1988). El psicoanálisis también contribuyó a consolidar la tesis de la culpabilidad materna, aunque, admitieron el papel de la neurología como posible causa del origen de este tipo de trastornos. Sólo muchos años más tarde los padres fueron redimidos del cargo a partir de los resultados de las investigaciones posteriores, especialmente las que se hicieron comparándolos con padres de niños parálisis cerebrales, cuyo comportamiento era similar al de los autistas y que, evidentemente, no habían sido la causa de su afección (Rutter, 1970).

Según los forjadores del concepto de autismo, la soledad y la monotonía son sus características más relevantes, además de alteraciones del lenguaje y la aparición de los síntomas en los primeros 36 meses.

Como la mayor parte de los sujetos afectados por este trastorno, lo están desde el nacimiento, sus disfunciones afectan desde la raíz sus capacidades. Normalmente casi todas ellas se encuentran alteradas, pero pueden presentar zonas no afectadas es lo que se ha venido llamando «islas de competencia», porque los niños vuelcan toda su atención e interés en esa función intocada.

Características más habituales en este tipo de trastorno es el fracaso crónico en el desarrollo social y ausencia de interrelaciones acordes con su nivel de edad, falta de espontaneidad y responsividad emocional o social, retraso o ausencia de lenguaje comunicativo, dificultades para iniciar o seguir una conversación, lenguaje singular (ecolalias, inversión pronominal o lenguaje metafórico), alteraciones motoras, repeticiones de acciones no funcionales (manierismos, movimientos estereotipados), persistente fijación de la atención en objetos o parte de objetos, funcionamiento cognitivo alterado (dismi-

nuido o muy variable), resistencia a cambios y reacciones catastróficas ante ellos, constricción emocional o afecto bloqueado, conductas autolesivas, hipersensibilidad auditiva (Jongsma, 2000).

Los factores de riesgo que actualmente se han asociado con el autismo son especialmente de carácter biológico que pueden ser producidas por enfermedades infecciosas de la madre en período de embarazo o alteraciones bioquímicas producidas por algún agente patógeno. Estas anomalías pueden ser en el sistema reticular y también alteraciones estructurales en el cerebelo y el tronco cerebral. A ello se suman alteraciones funcionales de los niveles de serotonina, alteraciones de la actividad cerebral, pero ninguno de ellos ha resultado ser determinante ni un elemento constante en todos los casos. Las consecuencias de esas alteraciones además de conductuales son también físicas como por ejemplo alteraciones en los dactilógrafos, hipersensibilidad acústica o movimientos estereotipados. Respecto de la teoría genética, los gemelos idénticos presentan autismo ambos en el 60% y en el 92% si se trata de un trastorno del espectro autista y, por el contrario, sólo un 2% en el primer caso y un 10% en el segundo, si sólo se trata de hermanos o mellizos. Concretamente se han aislado los genes PCDH19 y PCDH10 (Guerra, 2011). Se teoriza sobre que esos genes actúan sobre ciertas estructuras cerebrales (Glezerman, 2012), la técnica actual ha permitido aislar no sólo los genes sino el tamaño de los alelos ligados con la aparición del autismo (Karmiloff, 2012). La universidad de S. Diego en los noventa sostuvieron que los autistas carecían de neuronas espejo (ubicadas en el giro frontal inferior de la corteza premotora) que afectarían a aquellos circuitos y explicaría el déficit más llamativo del autismo: la carencia de facultades sociales y por tanto afectarían a la capacidad empática y por tanto a la posibilidad de desarrollar una teoría de la mente (Riviere, 1997). También se han hallado alteraciones en distintas áreas cerebrales: en el cerebelo y tronco cerebral (Baron, Cohen, Leslie y Frith, 1985) que dificultan la capacidad de percibir al otro (lo que les hace pioneros en la teoría de la mente), además de la amígdala, hipocampo y cuerpos mamilares e incluso en el mayor tamaño cerebral global. Sin embargo, a pesar de haber indicios de estas anomalías no existe unanimidad y por tanto certeza sobre estas causas.

Respecto a las causas físicas ambientales podrían ser la intoxicación por mercurio o metales tóxicos puesto que los síntomas son muy similares a las alteraciones físicas por intoxicación (Adams, 2007). Hay también datos sobre distintas alergias a productos químicos que pueden hallarse en ciertas vacunas o en comestibles.

La prevalencia del autismo es del 2 al 5 por diez mil. El sexo masculino la tiene mayor que el femenino con una razón de 4/1, excepto el síndrome de Rett que sólo se ha detectado en niñas. Se cree que las tasas están creciendo, pero esto también se achaca a la mayor atención y precisión diagnóstica. La prevalencia mayor en el sexo masculino se ha asociado con que los problemas funcionales y estructurales del desarrollo neural afectan más a áreas relacionadas con atención y procesamiento de información (Baron-Cohen, Knickmeyer y Belmonte, 2005). La duración del trastorno es de por vida, los tratamientos precoces han mejorado enormemente los niveles de ejecución de estos sujetos, pero no hay una solución radical para sus problemas (Rutter, 2005).

Un niño autista debe ser evaluado por un experto, puesto que su atención dispersa, su falta de interés y su incapacidad para la comunicación le convierten en un sujeto altamente inmanejable para una persona que no haya sido entrenada previamente. En el pasado se decía que los niños autistas no podí-

an ser evaluados, precisamente por su falta de respuesta y por su dificultad de comunicación, pero, actualmente, ha sido puesto de manifiesto que estas dificultades desaparecen con dos precauciones: recurrir a un evaluador experto y evaluar, además de por observación, mediante *Baby Tests* ya que la simplicidad de los elementos que los componen hacen posible la respuesta.

Naturalmente la evaluación ha de ser multidisciplinar y se deben escoger tantos métodos y fuentes de evaluación como hagan falta para garantizar la toma de datos; los evaluadores, como ya se ha indicado, deben tener experiencia con este tipo de trastorno y han de ser entrenados en el uso de distintas técnicas disponibles (Schwarz, 2012).

Además de una evaluación genérica para consolidar el diagnóstico principal, un niño con autismo debe ser evaluado específica y cuidadosamente en otros campos: estado neurológico, capacidad intelectual, lenguaje, habilidades de auto-cuidado y habilidades sociales. Hay que tener en cuenta que aproximadamente el 75% de los niños autistas tienen asociado un retraso mental lo que dificulta todavía más su evaluación.

4.1. Evaluación para la Delimitación del Problema: Contrastación de Hipótesis Diagnósticas

4.1.1. Evaluación Categorical

Hasta el DSM-III el autismo estaba incluido entre las formas de esquizofrenias, desde entonces se ubicó en los Trastornos Generalizados del Desarrollo donde hoy se encuentra. Tanto Kanner en América como Rutter en Europa fueron pioneros en el diagnóstico de esta grave perturbación y fueron protagonistas en elaborar los criterios diagnósticos que hoy usamos. Más adelante se descubrieron distintos tipos de autismo; Asperger (1944) y Rett son los más conocidos; parece que el síndrome de Asperger no se incluirá en el DSM 5 ya que se tiende a unificar todos los trastornos generalizados del desarrollo en un Término global: *Trastornos del Espectro Autista*. Sin embargo, el vigente DSM-IV-TR distingue varios tipos (Autismo, Trastorno de Rett, Trastorno Desintegrativo, Trastorno de Asperger y Otros Trastornos Generalizados no especificados). Todos ellos se caracterizan por una grave perturbación de los niños que los padecen afectando prácticamente a la totalidad de sus conductas y desde muy precozmente. Daremos aquí los criterios diferenciadores de los trastornos más relevantes (Tabla 2.6).

Tabla 2.6. Criterios Diagnósticos de los Trastornos del Espectro Autista.

Autismo
<p>A. Un total de seis criterios, al menos dos de la sección 1, y uno de las secciones 2 y 3:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Alteraciones de la actividad social: <ol style="list-style-type: none"> a) Alteración del lenguaje no verbal. b) No relación con compañeros. c) Falta de regocijo e interés. d) Falta de emoción recíproca. 2. Alteración en la comunicación: <ol style="list-style-type: none"> a) Retraso o ausencia de lenguaje. b) Lenguaje no interactivo. c) Lenguaje repetitivo y estereotipado. d) Ausencia de juego social imitativo. 3. Conductas estereotipadas: <ol style="list-style-type: none"> a) Conductas repetitivas focalizadas en determinados objetos. b) Adhesión a conductas rígidas y no funcionales. c) Manierismos motores. d) Preocupación persistente sobre partes de objetos. <p>B. Retraso o anormal funcionamiento antes de los 3 años en: Interacción social, comunicación y juego simbólico.</p> <p>C. Esta alteración no se explica mejor por un síndrome de Rett o por un trastorno desintegrativo.</p>
Rett
<p>A. Alteración en todos los que siguen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollo pre y perinatal normal. 2. Desarrollo motor normal los cinco primeros meses. 3. Circunferencia del cráneo normal al nacimiento. <p>B. Comienzo, después de un período normal de los siguientes trastornos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desaceleración del crecimiento craneal desde los 5 a 48 meses. 2. Pérdida de habilidades manuales adquiridas a partir de los 5 a 30 meses y desarrollo de estereotipias. 3. Ausencia de interacción social en la primera etapa. 4. Aparición de movimientos corporales y andares torpes. 5. Graves problemas de lenguaje tanto expresivo como receptivo.

(continúa)

Asperguer

- A. Alteración de la interacción social al menos en dos de las siguientes:
 1. Lenguaje.
 2. Interacción con compañeros.
 3. Intereses y disfrute.
 4. Ausencia de reciprocidad emocional.
- B. Patrones de conducta estereotipada y repetitiva, intereses y actividades en al menos 1 área:
 1. Focalización excesiva en patrones de interés.
 2. Rituales o rutinas inflexibles.
 3. Estereotipias, manierismos.
 4. Preocupación persistente por partes de objetos.
- C. Perturbaciones en el funcionamiento social, ocupacional.
- D. Sin significativo retraso en el lenguaje.
- E. Sin significativa alteración en el desarrollo cognitivo.
- F. Los criterios no están mejor representados por esquizofrenia o T. generalizado del desarrollo.

Desintegrativo

- A. Desarrollo normal los primeros 2 años.
- B. Pérdida de las previas adquisiciones antes de los 10 años en al menos dos de las áreas:
 1. Lenguaje comprensivo y expresivo.
 2. Habilidades sociales.
 3. Control de esfínteres.
 4. Juego.
 5. Habilidades motoras.
- C. Este trastorno no se explica mejor por Esquizofrenia o T. del Desarrollo Generalizado.

Hay una entrevista adaptada a población española que permite la aplicación de los criterios diagnósticos del DSM y que ha sido elaborada por el grupo de Rutter: la *Entrevista para el Diagnóstico del Autismo ADI-R* (Rutter, Le Couteur y Lord, 2003; edición española, 2004). Consiste en una entrevista estructurada de 93 cuestiones que sirve para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista en general. Está pensada para usarse entre 4-5 años. Se compone de 92 ítems que cubren los criterios del DSM-IV y del ICD-10. Tiene tres campos de evaluación: Lenguaje, Interacción social, y Conducta estereotipada. Su aplicación necesita mucha preparación del evaluador; no es posible usarla por debajo de una edad mental de 2 años, lo que indica que ha de hacerse una evaluación previa del CI. Como su duración oscila entre una y tres horas, se permite realizarla en diferentes sesiones para evitar el cansancio.

4.1.2. Evaluación Dimensional

Como ocurre con otro tipo de perturbaciones este tipo de evaluación permite la cuantificación del trastorno y las características psicométricas de los instrumentos son más sólidas.

Vamos a presentar aquí, por razones de espacio, sólo aquellos instrumentos que tienen una forma adaptada a nuestra población.

Hay instrumentos de cribado rápido que permiten una detección que luego necesitan una confirmación diagnóstica; entre ellos está el *Listado Modificado de Autismo para los más Pequeños* (Robins Fein, Barton y Green, 2001) con una adaptación española de Canal-Bediaet y colaboradores (2011).

Los instrumentos con los que contamos para el diagnóstico provienen del mismo equipo de investigación de Rutter y cubre tres modalidades de evaluación: Entrevista, Observación de conducta y Heteroinforme.

- *Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo ADOS* (Lord, Rutter, DiLavore y Risi, 2001; ed. española, 2005). Es un protocolo cerrado de observación en donde se constatan las conductas del niño propuestas por el evaluador que pueden referirse a manipulación de objetos, interacción con personas, lenguaje gestual y verbal. Tiene cuatro módulos distintos para diferentes niveles de edad. De nuevo sólo es posible su aplicación si el niño alcanza los dos años de edad mental. Las puntuaciones están estandarizadas lo que permite obtener puntos de corte para el diagnóstico.
- *Cuestionario de Comunicación Social SCQ* (Berument, Rutter et al., 1999; ed. española, Rutter, Bailey y Lord, 2005). Es un cuestionario aplicable a padres tiene la ventaja de una corta duración (10-12 minutos), pero, sin embargo, tiene una fiabilidad y validez limitada y es necesario usarlo sólo como medio de despistaje para pasar posteriormente una evaluación más específica en los sujetos detectados con este cuestionario.

4.1.3. Diagnóstico Diferencial

Como ya hemos visto hay una serie de trastornos, los del espectro autista, que guardan una cierta similitud, por ello hay que determinar con qué tipos de diagnóstico pueden ser confundidos: Problemas generalizados de desarrollo, Trastorno de Asperguer, Trastorno de Rett, Trastorno Desintegrativo y Retraso Mental.

Así como en el pasado casi todos los autistas eran diagnosticados como retrasados mentales, actualmente esta confusión sólo se da entre profesionales poco competentes, por tanto, nos vamos a centrar en la discriminación diagnóstica dentro del espectro autista (Tabla 2.7).

Tabla 2.7. Criterios Diferenciadores entre Trastornos del Espectro Autista.

Autismo	Asperguer	Rett	Desintegrativo
Antes 3 años.	Más tarde que el autismo.	Desde 5 meses.	Desde 2 años a 10.
+varones.	+Varones.	Sólo niñas.	+Varones.
	No hay alteraciones de lenguaje ni cognitivas.	--	Deficiente control de esfínteres.
	Conductas repetitivas y estereotipadas.	Importante trastorno del lenguaje.	Involución.

Hay diferencias fundamentalmente en la edad de aparición, en el sexo y en el grado de alteración del lenguaje, sin embargo la actuación terapéutica sobre ellos tiene muchas semejanzas.

4.2. Evaluación para la Conceptualización del Caso y la Planificación del Tratamiento

En este apartado hay que subrayar de nuevo la dificultad de evaluación del niño autista, dada la dificultad de colaboración. No se debe iniciar este tipo de evaluación sin haber tenido antes un entrenamiento serio para ello y experiencia en este tipo de tarea como ayudante de un experto.

Cuando se tiene a un niño con síntomas de alguno de los trastornos generalizados del desarrollo, lo mejor es comenzar pasando un instrumento de despistaje para padres. Es lo más rápido y nos permite tener una serie de datos que nos pueden orientar a la idoneidad o no de seguir en la hipótesis de partida. Podría usarse el *Cuestionario de Comunicación Social*. Una vez corroborada la hipótesis se debe pasar a una entrevista individualizada aplicable directamente al niño, podría ser la *Entrevista para el Diagnóstico del Autismo*. A partir de ello se comprobará que criterios se cumplen y en cual tipo de trastorno del desarrollo nos encontramos. Para diagnóstico diferencial usar datos de la Tabla 2.7.

En algunos casos quedarán algunas dudas sobre alguno de los criterios. En este momento es adecuado generar esquemas de observación *ad hoc* que permitan precisiones sobre la conducta concreta. Este sistema habrá de usarse siempre que el niño esté por debajo de la edad mental de dos años.

Como el diagnóstico de autismo es difícil e implica una gravedad se debe recurrir al mayor número de fuentes posibles para confirmar los datos de la evaluación.

5 TRASTORNO DE ATENCIÓN/TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD

Por sus consecuencias sociales y académicas el trastorno de atención con hiperactividad ha sido profundamente estudiado (Miranda y Santamaría, 1986). En el momento actual no hay duda de que este trastorno tiene una base biológica que altera el procesamiento de la información y la capacidad de inhibición de conductas emocionales e impulsivas (Brown, 2006).

El estudio de sus causas tiene una larga historia. Durante mucho tiempo se habló de disfunción cerebral mínima para denominar aquel tipo de conductas que se presumía podían deberse a un trastorno cerebral sin una localización detectable (Wender, 2003). Hoy, con las nuevas tecnologías, se ha advertido una hipoactivación de las zonas cerebrales prefrontales, esto ha dado lugar a la posibilidad de su tratamiento farmacológico mediante activadores. A pesar de la innegable mejoría y descenso de la hiperactividad, este tratamiento tiene sus detractores por sus posibles efectos secundarios. Por esta razón se desaconseja su uso antes de los 4 años (Barkley, 1990).

También se han barajado factores de riesgo sociales, puesto que la hiperactividad se da con más frecuencia en clases sociales deprimidas, pero es innegable que allí se acumulan mayores factores de riesgo respecto al embarazo, alimentación y parto que, a su vez, pueden incrementar la aparición de alteraciones biológicas que producen la aparición de estas disfunciones (Van- Wielink, 2004).

La prevalencia de la hiperactividad oscila, según la Asociación Psicológica Americana (APA), entre un 3 a un 5% en edad escolar, pero no hay unanimidad, hay investigadores que han encontrado hasta un 20% (Taylor, 1994) y los diagnósticos de hiperactividad se incrementan cada año. Se piensa que esta disparidad puede estar ocasionada: a) por *elementos artefactuales*, puesto que se usan muy distintos instrumentos y también por el dispar uso de criterios; unos expertos han optado por considerar un diagnóstico de hiperactividad sólo cuando ésta se da en todos los contextos y otros también lo hacen cuando aparece asociada solo a algunos contextos, esto podría alterar profundamente la estimación (lo lógico es aceptar que la hiperactividad es tal solo cuando aparece en todos los contextos, si solo aparece en alguno es evidente que se trata de un caso de educación divergente); y b) por *aspectos sociales*, y se aducen dos razones: la primera es que desde 1990 el APA ha considerado la hiperactividad un riesgo para el desarrollo de problemas de aprendizaje, por tanto los niños que la padecen tienen derecho a una educación especial, este acontecimiento ha alterado sustancialmente la motivación para el diagnóstico; la segunda es que el tratamiento farmacológico de la hiperactividad ha disparado la presión de los laboratorios hacia la prospección de nuevos casos (Nolen-Koeksema, Fredrickson, Loftus y Wagenaar, 2009). A todo ello habría que añadir la permisividad en la educación de los niños que produce un incremento de las conductas impulsivas y agresivas que se confunden con la hiperactividad; un dato que corrobora esta hipótesis es que el incremento del diagnóstico de hiperactividad se produce principalmente en la adolescencia, justo cuando se incrementan las conductas de oposición y, como es bien sabido, los síntomas de hiperactividad son especialmente patentes en la primera infancia.

Normalmente, los sujetos que presentan este trastorno tienen asociados problemas de atención, agitación motora e impulsividad. A lo largo de los años, y, desde un punto de vista diagnóstico, se ha

hecho más hincapié en una u otra cosa. En los DSM se ha ido cambiando su rotulación en función de ello. El DSM-IV-TR incluye sólo una categoría diagnóstica: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) o (ADHD), sus siglas en español e inglés han hecho fortuna.

Los pasos para una adecuada evaluación del TDAH es cubrir todas las áreas en donde se pueden hallar elementos confirmatorios para emitir un diagnóstico preciso del niño desde distintos campos: evaluación médica y neurológica, evaluación de funciones cognitivas, evaluación de la actividad académica y también con distintas técnicas y fuentes: entrevista a padres o adultos de referencia, aplicación de cuestionarios y observaciones específicas.

Como los niños con TDAH tienen problemas escolares, hay que determinar su CI para precisar de donde provienen las dificultades y hacer también una valoración de su trabajo escolar para puntualizar las dificultades y construir adecuadamente un informe útil para la intervención.

Normalmente la evaluación neurológica se lleva a cabo para corroborar distintos signos que se han relacionado con el TDAH. Se recomienda el EEG para descartar epilepsia y también para constatar el ritmo lento frontotemporal. En ocasiones se aplica un TAC para descartar alteraciones estructurales. Las tomografías suelen constatar un metabolismo frontal de la glucosa reducido, además de un núcleo caudado izquierdo, cuerpo calloso y vermis cerebelar disminuidos. Pero la presencia de estos signos que corroboran el diagnóstico no añade ninguna diferencia al psicológico que, como siempre, lleva a cabo bien el diagnóstico desde el punto de vista categorial o dimensional (Selikowitz, 2006).

5.1 Evaluación para la Delimitación del Problema: Contrastación de Hipótesis Diagnósticas

Cuando nos encontramos ante un caso que en la entrevista de contacto hipotetizamos que puede tratarse de un trastorno de hiperactividad, es decir, que aparecen conductas de actividad constante, desobediencia, tendremos previamente que considerar la posibilidad de que la conducta que tenemos delante no tenga su causa en un trastorno de tipo orgánico. Por tanto, como ya hemos dicho se ha de remitir al sujeto infantil a una revisión médica que descarte causas tales como lesión cerebral. Una vez descartada la causa médica nos centraremos en un barrido de otras causas posibles tales como una conducta propiciada por una mala educación. El mejor criterio de discernimiento es analizar la conducta del niño en distintos contextos, normalmente el niño mal educado suele mostrar principalmente su conducta en casa y en la escuela, cuando el maestro no tiene información suficiente para afrontar este tipo de conducta, pero no suele comportarse así en los entornos en los que está interesado, como puede ser el deporte o el juego, mientras que el niño hiperactivo mantiene su conducta en todos los entornos aun en aquellos en los que está interesado.

Cuando se han desechado las posibles hipótesis precedentes se puede entrar propiamente en una evaluación psicológica. Es posible cotejar las conductas que presenta el sujeto con los criterios diagnósticos y una vez consolidada la hipótesis diagnóstica procederemos con la evaluación dimensional que nos permitirá cuantificar la dimensión del problema. Como siempre partiremos de una prueba

genérica que nos permita confirmar que se trata de una hiperactividad y que no hay ningún otro trastorno y continuaremos con las pruebas específicas que nos darán las conductas concretas que están presentes en el sujeto evaluado. Por último, si esto no fuese suficiente se construirán tablas de registro *ad hoc* que nos permitan analizar más pormenorizadamente en qué contextos se dan las conductas, en qué circunstancias y las estrategias que utilizan las personas próximas para su control y los distintos niveles de éxito.

A continuación expondremos los distintos métodos que pueden usarse en la evaluación.

5.1.1. Evaluación Categorical

Atendiendo a los criterios diagnósticos este trastorno tiene las siguientes señas de identidad:

A) Es un patrón de conducta persistente más intenso y frecuente que el que se da en niños de su mismo grupo de edad.

1. Se han de dar 6 o más de los siguientes síntomas.

Inatención

- a) Falla a menudo en prestar atención a detalles o comete errores en el trabajo escolar u otro tipo de tareas.
- b) A menudo tiene dificultades en sostener la atención en las tareas y en actividades lúdicas.
- c) A menudo parece no oír cuando se le está hablando directamente.
- d) A menudo no sigue instrucciones y fracasa en terminar sus tareas escolares, tareas de casa o responsabilidades en el trabajo (no por oposicionismo o falta de intelección).
- e) A menudo tiene dificultades para organizar sus tareas y actividades.
- f) A menudo no le gusta o evita implicarse en tareas que necesitan esfuerzo mental.
- g) A menudo pierde cosas necesarias para el desempeño de tareas o actividades.
- h) A menudo se distrae con estímulos externos.
- i) A menudo se olvida de sus actividades diarias.

2. Seis o más de los siguientes síntomas.

Hiperactividad

- a) Muestra inquietud con manos, pies y moviéndose en la silla.
- b) A menudo se levanta de la silla en clase o en lugares que supuestamente hay que estar sentado.
- c) A menudo corretea, se encarama, trepa en ocasiones inapropiadas (en adolescentes se muestra como sentimiento de inquietud).

- d) A menudo le cuesta implicarse en juegos tranquilos.
- e) A menudo no para y actúa como si tuviese un motor.
- f) Habla demasiado.

Impulsividad

- a) Interrumpe o contesta antes de que la pregunta sea formulada.
 - b) A menudo no puede esperar su turno.
 - c) A menudo interrumpe o se entromete.
- B) Algunos síntomas de inatención, hiperactividad e impulsividad aparecen antes de los siete años, aunque se haya tardado en dar el diagnóstico.
- C) Los síntomas de perturbación tienen que darse al menos en dos de tres contextos: casa, escuela y trabajo.
- D) Debe haber una clara evidencia clínica de interferencia en la vida académica, personal o ocupacional
- E) No se deben dar los criterios de otros desórdenes tales como Esquizofrenia, Psicoticismo, Trastornos del Desarrollo, Afectivos, Ansiedad, Disociativos o de Personalidad.

A partir de estos criterios pueden emitirse tres tipos de diagnósticos:

- a) el mixto con alteraciones de la atención e hiperactividad.
- b) el que tiene fundamentalmente síntomas de inatención.
- c) el que tiene fundamentalmente síntomas de hiperactividad.

Es importante constatar esta tipología para orientar una intervención ajustada al problema.

5.1.1.1. Instrumentos Catoriales

La entrevista es el medio de evaluación en este campo, normalmente son aplicadas a padres por la dificultad de estos niños de fijar la atención y recordar las cosas que se preguntan en ella. Las preguntas se centran en las dificultades que presenta el niño, la situación en las que se producen y en la relación padres-hijo.

La entrevista más conocida y utilizada es la de *Hiperactividad* (Barkley, 1981) y *Cuestionario de Situaciones de Casa y Escuela* (Barkley y Edelbrock, 1987). En ellas se pregunta qué tipo de conductas, dónde se producen, la intensidad y frecuencia de las mismas y además sobre cómo reacciona el adulto ante la situación.

5.1.2. Evaluación Dimensional

Este tipo de evaluación es la más frecuente, sobre todo para el despistaje de niños con este tipo de problema.

Es posible utilizar escalas genéricas como el CBCL de Achenbach (ver Capítulo 1), pero lo más conveniente es la utilización de cuestionarios específicos. Una de las primeras y de mayor prestigio es la *Conners Teacher Rating Scale*, (Conners, 1969) y escala de *Conners Parents Rating Scale*, (Goyete, Conners y Ulrich, 1978) y la *Werry-Weiss-Peters Activity Rating Scale* (Werry, 1968). Vamos a presentar las escalas que han sido adaptadas o creadas para población española (Tabla 2.8).

Tabla 2.8. Principales Escalas para la Evaluación de la Hiperactividad con Déficit de Atención.

Hiperactividad
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuestionario de Hiperactividad de Barkley (Barkley,1981;1989). Para el hogar y la escuela. ▪ Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad EDAH (Farré y Narbona, 2010). Para 6-12 años. ▪ Escala de Conners (IOWA, 1969;1973;1998) Versión abreviada (1997). Padres y profesores. ▪ <i>Brief Rating Scale for ADHD</i> (Morris et al, 2006). ▪ Cuestionario ADHD para Padres y Profesores (Amador et al., 2006). ▪ Cuestionario CSAT (Servera y Llabrés, 2006)Para 6-11 años.
Atención
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuestionario de Atención D2 (Brickenkamp y Zillmer, 2007). desde 8 años. ▪ MFF-20 Emparejamiento de Figuras (Cairns y Cammock, 2006). Para 6-12 años.

En esta perturbación es muy frecuente que los evaluadores opten por la observación directa, usando como guía las escalas.

5.1.3. Discriminación Diagnóstica

La comorbilidad del trastorno de hiperactividad es muy alta, por tanto, hay que poner especial cuidado en hacer un buen diagnóstico y no confundirse con los trastornos infantiles más afines: los trastornos de conducta y los trastornos de oposición desafiante (Tabla 2.9).

Tabla 2.9. Evaluación Discriminante entre Trastornos Afines al TDAH.

TDAH	Trastorno de Conducta	Trastorno de Oposición Desafiante
Inatención	Agresión	Rabietas
Actividad Motora	Destrucción	Discusión
Impulsividad	Robos	Desobediencia
	Violación de leyes	Molestia deliberada
		Protestas
	Iracundo, resentido, vengativo	
Antes de los 7 años	10 años	6 años

La comorbilidad entre la hiperactividad y los problemas de conducta y de aprendizaje es muy alta y en estos casos se suele dar también un alto nivel de agresión (Herpertz, Huebner, Marx, Vloet et al., 2008). Existen guías útiles que ayudan a un diagnóstico diferenciado (NICE, 2008). El TDAH que conlleva habitualmente bases orgánicas, hace que sus síntomas sean más precoces que los del Trastorno oposicionista desafiante (TCD) y el trastorno de conducta (TC). Para distinguirlos se diría que el TCD tiene un carácter más emocional, mientras que el TC se acompaña de problemas con la autoridad y con las leyes (Loeber, Burke y Pardini, 2009), mientras que la hiperactividad puede no presentar ninguna de estas características. Estas son sus señas discriminantes. Sólo se puede hacer el diagnóstico de hiperactividad, si el niño presenta los síntomas antes de los siete años y si lo hace en cualquier situación. A pesar de que la base neurológica de estos trastornos se consolida cada vez más fuertemente, se reafirma, con absoluta convicción, la recomendación de no perder de vista la intervención conductual (Quy y Stringaris, 2012).

A pesar de todas las coincidencias se ha consensuado mantenerlos como desórdenes separados puesto que se aprecian entre ellos importantes diferencias.

5.2. Evaluación para la Conceptualización del Caso y la Planificación del Tratamiento

Supongamos un caso concreto. Se trata de un niño de 9 años cuya revisión médica no ha proporcionado ningún dato que justifique su comportamiento. Comenzamos por comprobar qué criterios diagnósticos reúne. Respecto a la atención encontramos que aparecen las siguientes conductas:

- A menudo tiene dificultades para organizar sus tareas y actividades.
- A menudo no le gusta o evita implicarse en tareas que necesitan esfuerzo mental.

- A menudo pierde cosas necesarias para el desempeño de tareas o actividades.
- A menudo se distrae con estímulos externos.
- A menudo se olvida de sus actividades diarias.

Como podemos comprobar presenta 5 de las conductas que se listan en los criterios diagnósticos y por tanto no se podría aceptar la hipótesis de déficit de atención, porque la normativa exige 6.

Si seguimos la comprobación vemos que en lo que respecta a hiperactividad reúne los siguientes:

- Inquietud con manos, pies y moviéndose en la silla.
- Frecuentemente se levanta de la silla en clase o en lugares que supuestamente hay que estar sentado.
- Frecuentemente corretea, se encarama, trepa en ocasiones inapropiadas (en adolescentes se muestra como sentimiento de inquietud).
- Frecuentemente le cuesta implicarse en juegos tranquilos.
- Frecuentemente no para y actúa como si tuviese un motor.
- Habla demasiado.

Por tanto, en este caso se dan las 6 conductas exigidas para el diagnóstico. Respecto a impulsividad sólo aparece intensamente la conducta de no poder aguardar su turno

Respecto a la evaluación dimensional los datos procedentes del EDAH muestran puntuaciones sobre el percentil 85 en Hiperactividad, 70 en el de Déficit de Atención, 50 en Impulsividad, 75 en Problemas de Conducta y 70 en Problemas de Aprendizaje.

Las distintas fuentes informan diferencialmente acerca de los problemas de conducta que son más intensos en el hogar que en la escuela y también respecto de los problemas de atención cuya intensidad es superior cuando es informada por el maestro.

Hay que subrayar que el grado de impulsividad es bajo con lo cual la capacidad de introducir la reflexión y las autoinstrucciones es mayor en este sujeto que en otros hiperactivos.

Ante estos datos se construirá un plan de tratamiento diferencial: Uno para casa y otro para la escuela. La intervención en hogar consistirá en reforzar dos pilares: las rutinas diarias que creen unos hábitos, y el entrenamiento de los padres en el manejo del niño utilizando la supresión de la atención ante conductas de desobediencia, protestas, etc., el castigo de la agresión con aislamiento y la intensificación de refuerzos de las conductas adecuadas. Se debe proporcionar un cuadro de registro pormenorizado, para que los padres y el terapeuta puedan seguir los avances y donde se produce algún retroceso.

En la escuela se tomará contacto con el profesor y el psicólogo para generar una adaptación de las tareas que serán divididas en porciones breves con períodos de actividad intermedios, como hacer recados, repartir papel recoger trabajos etc.

Con el niño se trabajará incrementando su capacidad de control emocional, alargando sus períodos de atención y generando un sistemas de autoinstrucciones para guía de situaciones complicadas. También es adecuado incrementar con refuerzos sus tiempos de inmovilidad.

6 PROPUESTA DE UN PROTOCOLO BÁSICO DE EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL NEURODESARROLLO

Al ser este un campo en donde se incluyen trastornos tan importantes como el RM o TGD es evidente que el abanico de posibilidades que se abren ante la evaluación de un sujeto en este ámbito ha de ser sistematizado para tener una guía de actuación. Presentaremos aquí los principales instrumentos adecuados para evaluar cada uno de los trastornos incluidos así como para el seguimiento de la intervención de los mismos (Tabla 2.10).

Tabla 2.10. *Protocolo Básico para la Evaluación de los Trastornos del Neurodesarrollo*

Evaluación para el Diagnóstico y Delimitación del Problema

- Retraso Mental: **Escalas de Weschler** en sus diferentes versiones según el nivel de edad, el **Test RAVEN**, si no hay lenguaje o se trata de una persona sin dominio del lenguaje por pertenecer a otra cultura.
- Trastornos de la comunicación: **ITPA**, **MACARTHUR CDI** o **PLON**.
- Trastornos Autistas **ADOS**.
- Trastorno de Hiperactividad: **EDAH**, **IOWA de Conners**.

Evaluación para la Conceptualización del Caso

Comprobar con los criterios categoriales que verdaderamente se trata del diagnóstico adelantado en la primera entrevista y comprobar mediante la evaluación dimensional la magnitud del problema utilizando los instrumentos que mejor se adapten a la situación del sujeto respecto de la edad y el dominio del lenguaje usando preferentemente los instrumentos recomendados. Evaluar las variables asociadas al problema que sean objeto de intervención (ver los instrumentos propuestos en los epígrafes correspondientes).

Evaluación para el Progreso y Eficacia del Tratamiento

- Analizar los datos de la evaluación y hacer las recomendaciones pertinentes teniendo en cuenta los datos tanto negativos como positivos.
- Para la evaluación del progreso del tratamiento es preferible la elección de un instrumento de autoinforme de rápida aplicación que pueda agilizar la toma de datos en los distintos períodos de la intervención. Con excepción de la evaluación de la inteligencia que ha de hacerse un control durante un período más largo y con el instrumento con el que se evaluó en un principio.
- La mayor parte de los seguimientos de lenguaje se realizan comparando los registros de palabras, fonemas y frases que el niño realiza antes y durante la intervención. Lo mismo suelen hacer los evaluadores de conductas en el Trastorno Generalizado del Desarrollo. Lo que se intenta no es el diagnóstico sino el progreso habido en la intervención.

Nota: ITPA = Prueba Illinois de Habilidades Psicolingüísticas; CDI = Inventario de Desarrollo Comunicativo de MacArthur; PLON = Prueba de Lenguaje Oral de Navarra; ADOS = Escala de observación para el Diagnóstico del Autismo; EDAH = Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

RESUMEN

Hemos abordado en este capítulo las perturbaciones infantiles cuya aparición se ha ligado a una deficiente maduración neurológica, pero sin que se hayan encontrado pruebas determinantes e inequívocas de una causa clara y continuamente presente. En todas ellas se hace mención de sus factores de riesgo, su epidemiología y de la incidencia diferencial por sexo y clase social.

Se repasan los dos métodos fundamentales de generar un diagnóstico: el categorial y el dimensional.

En el categorial además de los criterios fundamentales que constituyen cada trastorno se enumeran las entrevistas diagnósticas más conocidas. En el dimensional se presentan las escalas y cuestionarios más usados, dando preferencia a los que tienen adaptación a la población española.

Como colofón se presentan los escollos del diagnóstico de todos los trastornos presentados, dando especial importancia al diagnóstico discriminante entre los más afines.

No se han tocado los trastornos motores ni los de aprendizaje, que pueden considerarse también como trastornos del neurodesarrollo, porque están contemplados específicamente en manuales específicos independientes.

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

- 1) Un cociente intelectual de 65 es indicativo de un retraso mental: a) profundo; b) leve; c) moderado.
- 2) A los 24 meses el niño dice de: a) 50 a 250 palabras; b) 10-18 palabras; c) 30-40 palabras.
- 3) Las Escalas para evaluar el desarrollo del lenguaje de Reynell se aplican a niños de: a) 2 años a 6 años; b) 0 meses a 3 años; c) 18 meses a 4 años.
- 4) El ADOS (Lord, Rutter, DiLavore y Risi, es una: a) entrevista; b) autoinforme; c) protocolo de observación.
- 5) Los síntomas de la hiperactividad tienen que darse en: a) al menos un contexto; b) dos de tres contextos; c) tres contextos.
- 6) La agresión es un síntoma discriminante entre: a) hiperactividad y trastornos de conducta; b) hiperactividad y trastornos de oposición; c) no es discriminante.

Soluciones: 1a, 2a, 3c, 4c, 5b, 6a

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Ministerio de Sanidad Español (2011). *Guía de Buena Práctica para el Tratamiento de los Trastornos del Espectro Autista*. Instituto de Salud Carlos . Recuperado de <http://www.nice.org.uk/CGI128>.
- Sattler, J. M. (1996). *Evaluación infantil*. México: Manual Moderno.
- Olivar, J., & Parra, J. S. (2008). *Intervención psicoeducativa en autismo de alto funcionamiento y síndrome de asperger*. Madrid: CEPE.
- Orjales, I. (2003). *Déficit de atención con hiperactividad*. Madrid, CEPE.

Evaluación de los Trastornos Disruptivos, del Control de Impulsos y Trastornos de la Conducta

Paloma González-Peña
Miguel Ángel Carrasco Ortiz

3

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

1 Introducción

- 1.1. Descripción de los Principales Trastornos según el DSM-IV-TR y DSM-V
- 1.2. Epidemiología y Curso
- 1.3. Factores Etiológicos y Factores Asociados

2 Evaluación para el Diagnóstico y la Delimitación del Problema: Contrastación de Hipótesis Diagnósticas

- 2.1. Instrumentos de Evaluación Utilizados
 - 2.1.1. Descripción de los Principales Instrumentos
 - 2.1.2. Evidencias de Fiabilidad y Validez para el Diagnóstico del Trastorno Disruptivo, del Control de Impulsos y el Trastorno de Conducta
- 2.2. Diagnóstico Diferencial
- 2.3. Comorbilidad

3 Evaluación para la Conceptualización del Caso y la Planificación del Tratamiento

- 3.1. Evidencias de Fiabilidad y Validez de la Evaluación para la Conceptualización del Caso

4 Evaluación para el Tratamiento, su Progreso y los Resultados de la Intervención

5 Propuesta de un Protocolo para la Evaluación de los Trastornos

RESUMEN

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

- Describir los principales trastornos de la conducta y el control de impulsos, sus características, epidemiología y factores etiológicos.
- Conocer los principales instrumentos para la delimitación y el diagnóstico de estos trastornos.
- Identificar las principales variables que explican y se asocian a estas alteraciones y los instrumentos y técnicas con las que pueden evaluarse.
- Establecer la combinación de instrumentos que permita la evaluación de los efectos de un tratamiento para estos casos.
- Integrar en un protocolo básico de información, instrumentos para la contrastación de hipótesis diagnósticas, de conceptualización y valoración del tratamiento.

1 INTRODUCCIÓN

En el presente capítulo se aborda la evaluación de los trastornos psicológicos derivados de la alta impulsividad y de los problemas de conducta graves. La impulsividad es un rasgo constitutivo de los sujetos que forma parte del temperamento; es objetivable a partir del primer año de vida y puede mantenerse durante todo el ciclo vital. Un elevado grado de impulsividad sin las habilidades autorregulatorias necesarias para su control puede desencadenar en un importante desajuste psicológico. El Trastorno de Control de Impulsos refleja la incapacidad autorregulatoria para resistir un impulso, la demora de una gratificación o la tentación de realizar un acto, que es perjudicial para la propia persona o para su entorno. Generalmente, el inicio o desencadenante en el individuo es una sensación de tensión, o activación interior previas a la emisión del acto. Tras su realización la persona experimenta una sensación de placer, gratificación o liberación que resulta en sí misma reforzante y que consecuentemente genera un refuerzo de la conducta impulsiva y sus efectos. En muchas ocasiones, tras la emisión de la conducta disruptiva no aparece ningún sentimiento de arrepentimiento o culpa.

Los problemas de conducta acompañan de manera normativa el crecimiento de los niños, lo que podría entenderse como una forma de adaptarse a las normas sociales de cada entorno. Cuando este proceso de adaptación e interiorización de normas no se produce de manera adecuada pueden emerger alteraciones o trastornos relacionados con la conducta desafiante, negativista o violenta (Moffitt, 1993). En población infantojuvenil, es la causa más importante de conflictos en casa y en el colegio. Los problemas de conducta en los jóvenes son uno de los motivos más habituales de consulta de padres y adolescentes a los profesionales de la salud mental (Frick y Silverthorn, 2001). Es por ello, que la evaluación precisa y válida de estas alteraciones cobran especial interés en el ámbito clínico.

1.1. Descripción de los Principales Trastornos según el DSM-IV-TR y DSM-V

La edición provisional del DSM-V disponible en la web (APA, 2012) introduce cambios en la clasificación de los trastornos derivados de los problemas de conducta y de la impulsividad al ofrecer una categoría nueva, *Trastornos disruptivos, de control de impulsos y los trastornos de conducta*. Esta nueva categoría recoge los diagnósticos de la versión vigente, DSM-IV-TR (APA, 2000) en sus capítulos correspondiente a: los *Trastornos con inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia*, los *Trastornos del control de impulsos no clasificado en otra parte*, y la sección de los trastornos depresivos en la que se incluye el *Trastorno de conducta por desregularización del estado de ánimo*. No obstante, estos cambios pueden estar sujetos a modificación en la versión definitiva del DSM-V, hasta la fecha en revisión (ver Tabla 3.1).

Tabla 3.1. Descripción de los Principales Trastornos Disruptivos y de Control de Impulsos según Criterios DSM-IV-TR (APA, 2000) y DSM-V (APA, 2012).

DSM-IV-TR (APA, 2000)
<p align="center">Trastornos de Inicio en la Infancia, la Niñez o la Adolescencia</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador (TDAH).</i> ▪ <i>Trastorno Disocial (TD).</i> Agresión a personas y animales, destrucción de la propiedad, fraudulencia o robo, violaciones graves de la norma antes de los 18 años. ▪ <i>Trastorno negativista desafiante (TND).</i> Persona negativista, desobediente y con conductas hostiles. ▪ <i>Trastorno de comportamiento perturbador no especificado (TCPN).</i> Comportamiento negativista desafiante que no cumple criterios de trastorno disocial ni negativista desafiante.
<p align="center">Trastornos del Control de los Impulsos no Clasificados en Otros Apartados</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Trastorno explosivo intermitente (TEI).</i> Arrebatos temperamentales desproporcionados a la circunstancia que los ocasiona, produciendo agresión física o verbal. Aparece en la adolescencia tardía. ▪ <i>Cleptomanía.</i> Impulso de robar objetos no necesarios o de valor. ▪ <i>Piromanía.</i> Fascinación por el fuego y gratificación en provocarlo. ▪ <i>Juego patológico.</i> Comportamiento de juego desadaptativo, que va en aumento y produce una disfunción. ▪ <i>Tricotilomanía.</i> Falta del control de impulsos de arrancarse los pelos. ▪ <i>Trastorno del control de los impulsos no especificado.</i> Trastorno de control de impulsos que no cumplen los criterios para cada uno de los descritos anteriormente.
DSM-V (APA, 2012)
<p align="center">Trastorno Disruptivo, de Control de Impulsos y Trastorno de Conducta</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Trastorno negativista desafiante.</i> ▪ <i>Trastorno explosivo intermitente.</i> Aparece partir de los 18 años. ▪ <i>Trastorno de conducta.</i> Persona antisocial y agresiva con más severidad: agresividad con la gente y los animales, destrucción de la propiedad, engaño o robo y graves violaciones de la norma (después de los 10 años). ▪ <i>Trastorno de conducta con frialdad emocional, dureza e insensibilidad (callous and unemotional).</i> Los rasgos anteriores a los que se le une ser insensible y carente de emociones. Aparece en los niños antes de los 10 años y, tanto la repercusión de sus actos como la remisión de sus conductas, son más problemáticas. Se caracteriza por utilizar la agresión para conseguir un objetivo concreto (agresión instrumental o proactiva). ▪ <i>Trastorno de personalidad disocial.</i> Agresión a personas y animales, destrucción de la propiedad, fraudulencia o robo, violaciones graves de la norma antes de los 18 años. ▪ <i>Trastorno de conducta disruptiva no clasificado en ningún otro lugar.</i> Problemas de conducta e impulsividad que no podemos encajar en ninguna de las clasificaciones anteriores.

Atendiendo a los cambios propuestos en la versión provisional del DSM-V, la piromanía deja de tener un apartado específico en esta nueva clasificación; lo relevante pasa a ser la edad de inicio y la

frecuencia de estas conductas desadaptadas involucradas en la falta de control de impulsos. De igual forma, la cleptomanía deja de tener identidad diagnóstica y se analiza como una conducta impulsiva relacionada, bien con la depresión, bien con el trastorno de conducta.

En el presente capítulo nos centraremos en los trastornos de conducta y comportamientos impulsivos. El juego patológico (ver capítulo de evaluación de las adicciones) y el trastorno antisocial de la personalidad (ver capítulo de evaluación de los trastornos de personalidad) serán abordados en los capítulos correspondientes.

1.2. Epidemiología y Curso

La prevalencia estimada para los problemas de conducta, entre jóvenes en población normal, oscila entre el 6 y el 10% (Loeber, Burke, Lahay, Winters y Zera, 2000). Específicamente, el trastorno negativista desafiante se presenta en un 3-5% de los jóvenes, y el trastorno de conducta entre un 1-4% (Loeber et al., 2000). La incidencia de los problemas de conducta tiende a decrecer desde la edad preescolar hasta primaria, de 4 a 6 años (Keenan y Shaw, 1997) y se incrementa, nuevamente, hasta la adolescencia, de 6 a 15 años (Loeber et al., 2000). Este incremento en la prevalencia de los problemas de conducta, desde la infancia a la adolescencia, no es consistente para todos los tipos de problemas de conducta. Por ejemplo, las formas leves de agresión física (pelearse) muestran un decremento en la prevalencia a lo largo del desarrollo del niño; mientras que las conductas antisociales encubiertas no agresivas (e.g., mentir o robar) y la agresión grave (e.g., robar con arma o un asalto sexual) muestran un incremento en la prevalencia desde la infancia a la adolescencia (Loeber y Hay, 1997).

En cuanto a las diferencias de sexo, la estimación total de la ratio por sexos en los problemas de conducta es de 2:1 a 4:1 (Loeber et al., 2000) con algunas diferencias importantes en el curso evolutivo. Antes de los 4 años no aparecen diferencias significativas entre ambos sexos (Keenan y Shaw, 1997), sin embargo, a partir de los 4 años, los problemas de conducta decrecen entre las niñas mientras que aumenta entre los niños. Este ratio entre niños y niñas con problemas de conducta se reduce de 4:1 en la infancia, a 2:1, en la adolescencia, debido sobre todo al incremento del número de niñas que muestran problemas de conducta en la etapa adolescente.

En cuanto a los problemas por control de impulsos, su prevalencia dependerá del tipo de patología que desencadena y del ciclo evolutivo en el que se encuentre el sujeto. La tricotilomanía es de curso variable con exacerbaciones y remisiones, su prevalencia es del 3% a lo largo de la vida y se presenta más en mujeres que en hombres (3.4% vs. 1.5%); (Streichenwein y Thornby, 1995). Respecto a la cleptomanía, se trata de una alteración poco habitual que se presenta en menos del 5%, siendo más frecuente en las mujeres. La piromanía es un trastorno raro, su prevalencia y curso no han sido determinados. El trastorno explosivo intermitente tiene una baja incidencia, es considerado como raro, característico de los países asiáticos y se manifiesta principalmente en varones; su edad de inicio más habitual es al final de la adolescencia tardía hasta la tercera década de la vida.

1.3. Factores Etiológicos y Factores Asociados

Los problemas de conducta y de impulsividad son el denominador común en la sintomatología del trastorno disruptivo, de control de impulsos y trastorno de conducta. Éstos son el resultado de una compleja interacción de numerosos factores causales (Blair, Mitchell y Blair, 2005; Fric, 2006; Hinshaw y Lee, 2003; Hunsley y Mash, 2008; McMahon, Wells y Kotler, 2006; Olweus, 1993; Smith y Ecob, 2007; Vermeiren, Jaspers y Moffitt, 2006) que resumimos a continuación:

- a) *Factores biológicos.* Relacionados con dificultades perinatales, alteraciones de ciertos neurotransmisores, disfunciones en las áreas responsables de la función ejecutiva y una excesiva reactividad autonómica.
- b) *Factores temperamentales y de personalidad.* El temperamento es la conducta característica y distintiva del niño en su interacción con el entorno y es el núcleo del desarrollo posterior de la personalidad; tiene una base constitucional que se manifiesta en un patrón específico de reactividad y autorregulación (Rothbart, 1981). Los procesos autorregulatorios en niños con problemas de conducta e impulsividad son deficitarios y se inician por la dificultad de controlar emociones como la ira o la frustración; rasgos temperamentales como la ausencia de miedo (Rothbart y Bates, 1998), la falta de inhibición (Kagan y Snidman, 1991) y una excesiva actividad motora o aproximación. Estos rasgos parecen asociarse en el niño a dificultades en el desarrollo de su capacidad empática, al aumento de su sensibilidad al refuerzo y a su escasa respuesta a los castigos. Todo ello, hace que estos niños sean menos responsivos a las prácticas de socialización parental. En el caso de los adultos, los rasgos elevados de personalidad psicopática (insensibilidad, frialdad emocional, falta de empatía) y neurótica parecen estar en la base de los problemas de control de impulsos y conductas desadaptadas.
- c) *Factores cognitivos.* El cociente intelectual (CI) bajo, principalmente del CI verbal y los problemas en el procesamiento de la información social y su codificación se han asociado a los problemas de conducta impulsiva. Las dificultades en la solución de problemas, caracterizadas por la evaluación positiva que hace el sujeto de sus habilidades violentas para solucionar los problemas, y las atribuciones incorrectas de intencionalidad son algunos de los factores que inciden en estas alteraciones.
- d) *Factores familiares,* relativos al vínculo afectivo y al comportamiento parental. Las dificultades en el establecimiento de una relación afectiva segura, la presencia de conductas hostiles y los problemas en los hábitos de crianza adecuados parecen facilitar los problemas de conducta. Los comportamientos parentales caracterizados por una escasa involucración en las tareas educativas, el uso de disciplina autoritaria, inconsistente u hostil y la falta de supervisión, son algunos de los comportamientos parentales que favorecen la aparición y mantenimiento de problemas de conducta en los hijos. Los problemas en las relaciones de pareja y el estrés de los padres, son otras de las variables que contribuyen a estos desajustes.
- e) *Factores sociales.* Estos factores abarcan los relativos a la influencia de grupo incluidas las relaciones interpersonales, así como los factores sociales correspondientes a su entorno. En las rela-

ciones de iguales encontramos, por una parte, el rechazo de los compañeros, la victimización y las relaciones conflictivas; y por otro, la identificación con un grupo de iguales conflictivo, que presenta conductas antisociales o consumo de sustancias. Respecto al entorno social y económico, los problemas de conducta tienen una mayor incidencia entre sujetos que proceden de un nivel socioeconómico bajo, lo que se suele explicar por la acumulación de factores de riesgo que se produce entre las clases más desfavorecidas (e.g., vivienda paupérrima, bajos niveles educativos, vecindario conflictivo, colegio deficitario o ser testigos de violencia comunitaria).

2 EVALUACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO Y LA DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS

Contamos con distintas técnicas de evaluación psicológica para diagnosticar los problemas de conducta e impulsividad, sus características y gravedad. Destacan entre ellos, las entrevistas, las escalas de puntuación y cuestionarios y los registros de observación. La evaluación estándar de un sujeto con problemas de conducta e impulsividad debe incluir múltiples métodos y fuentes de evaluación que contribuyan a aportar la información más completa posible.

2.1. Instrumentos de Evaluación Utilizados

La evaluación de los problemas de conducta e impulsividad supone delimitar el problema en relación con las conductas problema, la intensidad y significación de las mismas, grado de interferencia en la vida familiar, social y personal, y su correspondencia con los criterios diagnósticos de los sistemas clasificatorios al uso. Esto es lo que denominamos evaluación de la delimitación y diagnóstico del problema, que a continuación se aborda.

2.1.1. Descripción de los Principales Instrumentos

Como ocurre con el resto de trastornos, contamos con dos métodos de evaluación elementales para el diagnóstico de las conductas impulsivas y los problemas de conducta: las entrevistas diagnósticas, para una evaluación categorial, y los cuestionarios estandarizados, para una evaluación dimensional.

Las entrevistas estructuradas mencionadas son los instrumentos de elección para un diagnóstico categorial. Permiten, además de identificar los criterios diagnósticos, evaluar la diferenciación con otros trastornos próximos (diagnóstico diferencial) y estimar la severidad y grado de interferencia en el funcionamiento social, académico o laboral del evaluado. Ayudan a identificar la edad de aparición de las primeras conductas disruptivas (dato esencial para valorar la gravedad de pronóstico de estos trastornos) y, los conflictos anteriores y posteriores asociados a los problemas. En la mayoría de los casos, las

entrevistas estructuradas se componen de dos tipos de preguntas: guías o sondeo y subsecuentes. Las guías o sondeo responden a las preguntas de un problema concreto que, sólo en el caso de contestarse afirmativamente, dan paso al segundo tipo de preguntas, subsecuentes, derivadas de ese problema particular. El tiempo de administración varía de 45 mn a 2 h. La edad de uso recomendado de las entrevistas estructuradas es para niños a partir de los 6 años, aunque algunos autores la aconsejan a partir de los 9 años (Frick y MacMahon, 2008). Sus principales limitaciones o puntos débiles están es su elevado coste temporal, el entrenamiento requerido para su correcta administración y la posible implicación de los sesgos del evaluador en la valoración de la información obtenida. Es importante tener en cuenta que las personas con problemas de conducta tienden a minimizar u ocultar en su verbalización las incidencias negativas de su conducta, por lo que es recomendable el uso de medidas alternativas como la observación y el uso de diferentes fuentes informantes.

Los cuestionarios y escalas de puntuación son pruebas psicométricas con puntuaciones referidas a criterios sustantivos y normativos elaborados en base a criterios de fiabilidad y validez. Su fundamentación estadística y la valoración de los problemas dentro de un continuo, nos proporcionan una evaluación dimensional del problema. Los cuestionarios más utilizados generalmente cuentan con una muestra de sujetos grande estandarizada que permite comparar los problemas de los niños con los de un grupo de referencia normativo. Suelen presentar versiones paralelas según la fuente informante, lo que permite evaluar la conducta del niño en diferentes contextos (casa o colegio) y según la perspectiva de distintos informantes (e.g., propio joven, padres, profesores, compañeros, familiares). Algunos de estos cuestionarios contienen sub-escalas adicionales que evalúan otras alteraciones, tales como ansiedad, depresión, problemas sociales y familiares. Esto posibilita, por una parte, realizar un diagnóstico alternativo y valorar la presencia de otros problemas concurrentes con los problemas de conducta; y por otra, evaluar algunos de los factores de riesgo que funcionan como facilitadores y mantenedores de estos problemas.

Las principales entrevistas para la evaluación de los trastornos de conducta se recogen en la Tabla 3.2, y los cuestionarios que permiten un diagnóstico dimensional en la Tabla 3.3. Dentro de los cuestionarios estandarizados cabe mencionar aquellos que proporcionan escalas sistematizadas de observación, las cuales para la evaluación de los problemas exteriorizados poseen un especial interés. Entre estas escalas se destacan: a) la BASC-SOS (BASC-2-*Student Observational System*; Reynolds y Kamphaus, 2004) integrada en el sistema de escalas BASC-2. La observación está sistematizada para implementarla en el contexto del aula. Permiten la observación por muestreo temporal de 65 conductas adaptativas y no adaptativas; y 2) . La escala de observación contenida en el Sistema ASEBA de Achenbach, ASEBA-DOF (ASEBA *Direct Observation Form*; Achenbach y Rescorla, 2001). Esta escala se compone de 96 ítems referidos a conductas interiorizadas y exteriorizadas, y están diseñadas para observar en periodos de 10 minutos a niños de 5 a 14 años. Ambas están traducidas al español.

Estas escalas de observación sistematizadas pueden ser complementadas con registros de observación elaborados *ad hoc* que incluyan los antecedentes (e.g., contextos de casa, colegio, juegos) y consecuentes de las conductas problemas (e.g., reacciones en padres, profesores o compañeros). Estos registros poseen especial interés en los niños de edades inferiores a los 8 años, dada la limitación de éstos para informar a través de cuestionarios.

Tabla 3.2. Principales Entrevistas Utilizadas para el Diagnóstico Categorial de los Problemas de Conducta e Impulsividad.

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Entrevista Diagnóstica DISC (<i>Diagnostic Interview Schedule for Children</i> ; Reich, 2000).	Para padres y profesores de niños de 4 a 17 años. Para niños de 9 a 17 años. 358 posibles preguntas con diseño en forma de racimo. Tiempo de 45mn a 2h.	Síntomas del trastorno negativista desafiante y trastorno de conducta según el DSM-IV-TR y CIE-10. Evalúa grado de deterioro.
Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes EDNA IV (Reich, 2000).	Versión niño (8 a 12 años). Versión adolescente (13 a 18). Versión padres.	Diagnósticos del DSM-IV, como T. Negativista desafiante, trastorno de conducta o TDHA.
Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes DICA-IV (<i>Diagnostic Interview for Children and Adolescents</i> ; Ezpeleta, de la Osa, Domenech, et al., 1997; Reich, 2000).	Para padres de niños de 6 a 17 años (DICA-P). Para niños de 6 a 12 años (DICA-C). Para adolescentes de 13 a 18 (DICA-A). Diseño en forma de racimo. Tiempo de 45mn a 2h.	Síntomas del trastorno negativista desafiante y trastorno de conducta según el DSM-IV.
Evaluación Psiquiátrica del Niño y Adolescente CAPA (<i>Child and Adolescent Psychiatric Assessment</i> ; Anfold y Costelo, 2000)	Para jóvenes de 9-18 años. Se compone de: a) introducción, descripción de los problemas que presenta y el funcionamiento actual, b) revisión detallada de los síntomas, c) calificación del deterioro. Tiempo 2 horas.	Evalúa trastornos y sintomatología según el DSM-IV y CIE-10 como el trastorno disocial y trastorno disruptivo.
Evaluación Psiquiátrica Preescolar PAPA (<i>Preschool Age Psychiatric Assessment</i> ; Egger y Anfold, 2004).	Para padres (niños de 2 a 5 años). Derivada de la entrevista CAPA. Tiempo 1.5-2 horas.	Evalúa trastornos y sintomatología según el DSM-IV y CIE-10, el ambiente familiar y el grado de deterioro.

Tabla 3.3. Principales Cuestionarios para el Diagnóstico Dimensional y la Delimitación de los Problemas de Conducta e Impulsividad.

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
<p>Sistema de Evaluación Empírica de Achenbach ASEBA (<i>Achenbach System of Empirically Based Assessment</i>; Achenbach, 2009). Traducción española de las versiones niños y adolescentes UAB (Lacalle, Ezpeleta y Doménech, 2012).</p> <p>ASEBA-DOS (<i>ASEBA DSM Oriented Scale</i>) con escalas clínicas orientadas del DSM. Corrección informatizada.</p>	<p>Versiones autoinformadas: Adolescentes (YSR). Versiones hetero-normadas: Padres (CBCL 1-5 años y 6-18 años), profesores (TRF); Entrevista Clínica Semiestructurada (SCICA); Observación Directa (DOF), Observación durante la evaluación (TOF).</p>	<p>Evaluación multifuentes (clínico, padres, profesor, jóvenes), multi-método (autoinforme, heteroinforme, entrevista y observación). Dos partes: aspectos de adaptación social (20 ítems); listado de conductas (118 elementos). Escalas de diferentes síndromes interiorizados y exteriorizados y escalas clínicas acordes al DSM-IV.</p> <p><i>Síndromes clínicos:</i> ansiedad/depresión, inhibición/depresión, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta delictiva, conducta agresiva.</p> <p><i>Escalas clínicas DSM:</i> trastorno negativista desafiante, trastorno de conducta, problemas afectivos, problemas de ansiedad, problemas somáticos y problemas de hiperactividad y déficit de atención.</p>
<p>Sistema de Evaluación Conductual BASC-2 (<i>Behavior Assessment System for Children</i>; Reynolds y Kamphaus, 2004). Adaptado a población española por González, Fernández, Pérez y Santamaría, 2004).</p>	<p>Versión padre, profesor y autoinformada. Tres niveles: 1.- 3-6 años; 2.- 6-12 años; 3.- 12-18 años. Cuenta con historia clínica estructurada, protocolo de observación y batería de conductas y emociones.</p>	<p>El del Padre y Profesor evalúa problemas exteriorizados e interiorizados y rasgos positivos. El protocolo del profesor evalúa también problemas de aprendizaje y habilidades de estudio. En la versión del niño se evalúa también sus actitudes, autoconcepto y relaciones sociales.</p>
<p>Inventario de Problemas de conducta Eyberg ECBI (<i>Eyberg Child Behavior Inventory</i>; Eyberg y Pin-cus, 1999).</p>	<p>Versión niños (2 a 16 años). Versión padre (CCBI) con 36 ítems con escala de 0 a 7. Versión profesor (SESBI-R) con 38 ítems con escala de 0 a 7.</p>	<p>Evalúa la agresión, el incumplimiento, el arrebatto temperamental, la conducta disruptiva y molesta, el robo y la mentira.</p>

Existe otro grupo de instrumentos (ver Tabla 3.4) que si bien no permiten establecer un diagnóstico estrictamente, nos permiten evaluar el tipo específico de conductas y manifestaciones comportamentales concretas, así como el nivel y la severidad del problema. Esto es de gran utilidad para determinar el grado de afectación y delimitar las conductas problema para el diseño de la intervención y su posterior evaluación.

Tabla 3.4. Principales Cuestionarios para la Delimitación de los Problemas de Conducta e Impulsividad.

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Cuestionario de Situaciones en Casa HSQ (<i>Home Situations Questionnaire</i> ; Altepeter y Breen, 1991).	Versión padre (HSQ) con 16 ítems con escala de 0 a 9. Versión profesor (SSQ) con 12 ítems con escala de 0 a 9.	Evalúa la conducta disruptiva hiperactividad, impulsividad, problemas de conducta, conducta agresiva y conducta delictiva.
Cuestionario de Agresión AQ (Buss y Perry, 1992). Adaptación española, Andreu Peña y Graña (2002).	Versión autoinformada. Jóvenes de 18 a 20 años. 52 ítems.	Nivel global de Agresión. Subescalas: agresión física, agresión verbal, ira y hostilidad.
Cuestionario de Agresividad Física y Verbal AFV (Pastorelli, Barbaranelli, Cermak, Rozsa y Caprara 1997). Adaptación española Del Barrio, Moreno y López (2001).	Versión padre o profesor. Para niños y adolescentes. 20 ítems con escala Lickert de 1 a 3.	Evalúa nivel general de agresión y las dimensiones de agresión física y agresión verbal. Contiene una escala de ítems control.
Escala de Agresión para Niños CAS (<i>Children's Aggression Scale</i> ; Halperin, McKay, Grayson y Newcorn, 2003).	Versión padre CAS-P (niños de 7-11 años) con 33 ítems en escala de 1 a 5. Versión profesor CAS-T (niño de 6 a 12 años) con 23 ítems con escala de 1 a 5.	Evalúa la agresión verbal, agresión contra objetos o animales, agresión física provocada, agresión física iniciada y uso de armas.
Escala de Agresión Proactiva y Reactiva PRA (<i>Proactive and Reactive Aggression Scale</i> ; Dodge y Coie, 1987).	Versión profesor (niños 1-6 años). 6 ítems con escala de 1 a 5.	Evalúa la conducta agresiva proactiva y reactiva.
Escala de Agresión Directa e Indirecta DIAS (<i>Direct and Indirect Aggression Scale</i> ; Björkqvist, 1992). Adaptación española Toldos (2005).	Versión autoinformada. Versión para iguales. 24 ítems con escala de 1 a 5.	Evalúa agresión física, agresión verbal y agresión indirecta.
Escala Infantil de Tendencias a la Acción CATS (Deluty, 1979).	Versión autoinformada de 6-12 años. 30 ítems de conductas con 4 alternativas de respuesta.	Evalúa la reacción agresiva física, agresión verbal, respuesta asertiva y respuesta sumisa.
Escala de Conducta Social para Niños CSBS (<i>Children's Social Behavior Scale</i> ; Crick, 1996).	Versión para iguales (9 a 12 años; CSBS) de 13 ítems con nominación de 3 compañeros. Versión profesor (9 a 12 años; CSBS-T) de 15 ítems con escalas de 1 a 5.	Evalúa la agresión social entre los compañeros: diferencia agresión relacional y agresión abierta de las chicas y los chicos e identifica conducta prosocial.

Por otra parte y dado que las manifestaciones de estos trastornos pueden adquirir diferentes formas agresivas o violentas (e.g. abiertas-encubiertas, destructivas-no destructivas, directas-indirectas, proactivas-reactivas, agresivas-heteroagresivas, delictivas-no delictivas, de acoso-no acoso) (Carrasco y González, 2006) adjuntamos un listado de cuestionarios diseñados para la evaluación de las diferentes conductas agresivas o violentas (Tabla 3.5). Se recogen también en ese listado algunos instrumentos diseñados para la evaluación del riesgo violento, de gran utilidad para estimar la peligrosidad de las personas en su comportamiento futuro.

Tabla 3.5. Instrumentos para la Evaluación de las Diferentes Manifestaciones de la Conducta Agresiva y Violenta.

Conductas Agresivas
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escala de Agresión Abierta OAS (<i>Overt Aggression Scale</i>; Yudofsky, Silver, Jackson, Endicott, Williams, 1986). ▪ Cuestionario de Agresión AQ (Buss y Perry, 1992). Adaptación para Adolescentes Rodríguez et al. (2002). ▪ Taxonomía de Situaciones Sociales Problemáticas para Niños TOPS (Dodge, McClaskey y Feldman, 1985). ▪ Escala Infantil de Tendencias a la Acción CATS (Deluty, 1979). ▪ Cuestionario de Agresión Reactiva y Proactiva RPQ (Raine et al., 2006). Adaptación española Andreu et al., (2009). ▪ Cuestionario de Alteración del Comportamiento en la Escuela ACE (Arias, Ayuso, Gil y González, 1989). ▪ Cuestionario de Agresividad Premeditada e Impulsiva en Adolescentes CAPI-A (Andreu, 2009). ▪ Cuestionario de Agresión Expresiva e Instrumental EXPAGG (Campbell, Muncer y Coyle, 1992). Adaptación española Andreu, Peña y Graña (2000) (evalúa diferentes atribuciones sobre la agresión). ▪ Escala de Agresión AS (Little, Henrich, Jones y Hawley, 2003). Adaptación Estévez, Murgui, Musitu y Moreno (2008).
Conductas de Acoso Escolar
<ul style="list-style-type: none"> ▪ La Vida en la Escuela (Smith y Sharp, 1994). ▪ Cuestionario BULL (Cerezo, 2001). ▪ Cuestionario de Acoso y violencia escolar AVE (Piñuel y Oñate, 2006). ▪ Escala de Conducta Violenta y Victimización ECV (Estévez, Musitu y Herrero, 2006).
Conductas Antisociales/Delictivas
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escala de Actitudes Criminales hacia la Violencia CAVS (Polaschek, Collie y Walkey, 2004) ▪ Cuestionario de Conductas Antisociales y Delictivas A-D (Seisdedos, 1988) ▪ Batería de Socialización BAS (Silva y Martorell, 1987) Versiones: autoinformada (BAS-3), profesores (BAS-1) y Padres (BAS-2) ▪ Instrumento de Despistaje de los Procesos antisociales APSD (<i>Antisocial Process Screening Device</i>; Frick, Hare, 2001).

(continúa)

Riesgo de violencia

- Listado de la Evaluación Temprana del Riesgo para Chicos **EARL-20B** (*Early Assessment Risk List for Boys*) (Augimeri, Webster, Koegl y Levene, 1998)
- Historial Clínico de Riesgo **HCR-20** (*Historical Clinical Risk-20*; Webster, Douglas, Eaves y Hart, 1997)
- Evaluación Estructurada del Riesgo de la Violencia en Jóvenes **SAVRY** (*Structure Assessment of Violence Risk in Youth*; Bartel, Borum y Forth, 1999).

2.1.2. Evidencias de Fiabilidad y Validez para el Diagnóstico del Trastorno Disruptivo, del Control de Impulsos y el Trastorno de Conducta

Las entrevistas estructuradas referidas en la Tabla 3.2 muestran una buena fiabilidad y validez, ofreciendo una adecuada utilidad clínica. Contamos con la adaptación al castellano de la entrevista DICA (Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan y Schwab-Stone, 2000 a y b) por Ezpeleta, de la Osa, Doménech, Navarro y Losilla (1995, 1997), la cual es una buena elección para el diagnóstico de estos problemas en población española. Estas entrevistas están especialmente indicadas para el diagnóstico categorial de los trastornos.

Entre los cuestionarios estandarizados, cabe destacar el BASC-2 y los listados del sistema ASEBA de Achenbach. Ambas cuentan con una sólida evidencia acumulada de validez de constructo que hacen muy recomendable su uso, principalmente para la evaluación dimensional de los problemas de conducta. Estos listados, concretamente los listados de Achenbach, muestran una baja correspondencia con las categorías diagnósticas del DSM (Krol, De Bruyn, Coolen, van Aarle, 2009) por lo que para un diagnóstico categorial deben ser usados con cautela. No obstante, los autores concedores de esta limitación, elaboraron las escalas DSM (*ASEBA-DOS, DSM-oriented scales*) acordes a los criterios DSM-IV y CIE-10, las cuales minimizan esta dificultad.

Del resto de cuestionarios se han documentado adecuadas propiedades de fiabilidad y validez que hacen recomendable su uso, principalmente para la evaluación de conductas específicas y la valoración de su intensidad o severidad.

De los instrumentos citados y atendiendo a los criterios psicométricos hallados son altamente recomendadas para el diagnóstico (Frick y McMahon, 1998), la entrevista DICA y los listados de conductas CBCL, ASEBA y BASC-2 junto con los registros de observación sistematizados de estos dos últimos (BASC-SOS y ASEBA-DOF). Además para la delimitación de los problemas de conducta se sugiere el empleo de índices de deterioro funcional, entre los que destaca la *Escala de Evaluación Funcional para Niños y adolescentes* CAFAS (Hodges, 2000), que se detallará junto con otras en el epígrafe correspondiente a la evaluación de la intervención de los trastornos de conducta.

2.2. Diagnóstico Diferencial

El diagnóstico de los problemas de conducta e impulsividad deben ser establecido a la luz de otros diagnósticos que comparten ciertas similitudes pero que constituyen una categoría diagnóstica diferente. Veremos a continuación los problemas que deben ser explorados respecto de dos de los principales trastornos relacionados con las alteraciones disruptivas y de control de impulsos.

- Trastorno negativista desafiante (TND). Este trastorno comparte las características de impulsividad con el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH); y la irritabilidad y los problemas comportamentales con el episodio maniaco; se asocia con problemas de comprensión del lenguaje, aunque sin llegar a constituir una alteración del lenguaje independiente; y a diferencia del trastorno disocial presenta un patrón de comportamiento menos grave.

Los problemas de conducta como veremos en los patrones de comorbilidad asociados, suelen aparecer con síntomas de ansiedad y depresión. Particularmente en el caso de la depresión o de un trastorno psicótico no deben diagnosticarse los problemas de conducta.

- Trastorno explosivo intermitente (TEI). Cuando analizamos este trastorno hemos de considerar que no aparece en el trascurso de un delirium o como parte de una demencia y debe distinguirse del comportamiento agresivo que puede aparecer en el trastorno negativista desafiante, en el trastorno disocial, trastorno antisocial de la personalidad (sólo puede diagnosticarse después de los 18 años), trastorno límite de la personalidad, o en un episodio maniaco o en la Esquizofrenia.

En síntesis, todos los trastornos antes mencionados deben ser considerados antes de confirmar un diagnóstico de TND o TEI, en particular, y por extensión cualquier otro trastorno de conducta.

2.3. Comorbilidad

Los niños con problemas de conducta a menudo tienen numerosos problemas simultáneos que les dificulta su adaptación. Hay una alta comorbilidad con TDAH, con trastornos interiorizados (como la depresión y ansiedad), con el consumo de sustancias (especialmente en la preadolescencia), con problemas en el lenguaje (en edad preescolar) y con problemas académicos. El TDAH es con diferencia el trastorno que aparece en un mayor número de casos asociado a los problemas de conducta. Se han estimado tasas de comorbilidad del 36% de los niños y el 57% en las niñas (Waschbusch, 2002). Los problemas interiorizados tienen tasas de comorbilidad superiores a lo que se podría esperar por efecto del azar (Zoccolillo, 1992). En la mayor parte de los casos los problemas de conducta preceden a la aparición de los síntomas depresivos o ansiosos, estos síntomas se ven a menudo como consecuencia de algunos problemas de adaptación experimentados por el niño/a con problemas de conducta (Frick, Lilienfeld, Ellis, Loney y Silverthorn, 1999). La comorbilidad con el abuso de sustancias es importante porque el patrón más probable es el asociado al abuso de múltiples sustancias (Lynskey y Fergusson, 1995). También, el retraso en el lenguaje se asocia con los problemas de conducta entre los niños más pequeños mientras que entre los más mayores, estos problemas suelen venir acompañados de un bajo logro académico (Hinshaw, 1992).

3 EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO Y LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO

La planificación del tratamiento terapéutico requiere previamente de una adecuada conceptualización del caso. Como se ha recogido en el análisis de los factores etiológicos y de riesgo de este capítulo, la naturaleza multicausal de estos trastornos confiere una enorme complejidad a la intervención sobre estos casos.

Atendiendo a esa premisa, señalamos las principales variables asociadas a los problemas de conducta y los instrumentos y técnicas que permitirían su contrastación (Tabla 3.5). El estudio particular del caso debería establecer la relevancia de estas variables para la persona en cuestión y sus relaciones específicas con las conductas problema.

Cabe destacar entre estas variables (Blair, Mitchell y Blair, 2005; Carrasco, 2006; del Barrio y Roa, 2006; Smith y Ecob, 2007; Snyder y Sickmund, 2006): a) rasgos de vulnerabilidad temperamental y de personalidad, tales como inestabilidad emocional, frialdad o dureza, bajos niveles de empatía, búsqueda de sensaciones, presencia de impulsividad, falta de autorregulación o baja autoestima, entre otras; b) problemas emocionales reflejados en elevados niveles de ira, depresión o ansiedad; c) inadecuadas estrategias de socialización parental basadas en la hostilidad, falta de afecto y supervisión, control punitivo, autoritario o permisivo; d) dificultades en las relaciones interpersonales, aceptación de los compañeros o competencia social; e) variables relativas al procesamiento inadecuado de la información, tales como atribuciones de intencionalidad, creencias sobre la adecuación de la violencia como estrategia de resolución de conflictos, justificaciones morales de la conducta violenta o establecimiento de metas hostiles.

En la Tabla 3.6 se incluye una selección de instrumentos para la contrastación de estas variables. Es importante además de la utilización de estos instrumentos, recoger información mediante autorregistros y entrevistas individualizadas que profundicen en la relevancia de estas variables y en sus relaciones con las situaciones concretas de la vida del evaluado. En este sentido, es recomendable el uso de autorregistros de *situación-pensamiento-emoción*, en el que se registren las situaciones de conflicto, las cogniciones de los sujetos (e.g., atribuciones, creencias, metas) junto con autorregistros de *antecedentes-conductas-consecuentes* que informen de las contingencias y la dinámica de relaciones entre variables en el entorno particular del sujeto.

Tabla 3.6. Variables Relevantes e Instrumentos para la Conceptualización de los Problemas de Conducta e Impulsividad (Contrastación para las Hipótesis de Conceptualización).

Instrumentos	Dimensiones y Características
Hipótesis a Contrastar: Variables de Vulnerabilidad Temperamental y de Personalidad	
Cuestionario de Temperamento Revisado ITQ-R (<i>Revised Infant Temperament Questionnaire</i> ; Carey, McDevitt, 1978).	76 ítems. Niños de 3 a 7 años. Evalúa dificultad temperamental en 9 dimensiones: Adaptabilidad, ritmicidad, humor, actividad, aproximación/retraimiento, persistencia, intensidad emocional, distraibilidad, umbral de respuesta.
Cuestionarios de Temperamento de Rotbart (Rothbart, Ahadi, Hersey y Fisher, 2001). IBQ de 3 a 12 meses; ECBQ de 1 a 3 años; CBQ de 3 a 7 años; TMCQ de 7 a 10 años; EATQ-R de 9 a 15 años; ATQ adultos).	Diferentes ítems según versiones. Evalúa diferentes rasgos de temperamento relativos a la reactividad y autorregulación.
Cuestionario de Personalidad de Eysenck EPQ-R (Eysenck, Eysenck y Barrett, 1985). Versión Adolescente EPQ-J .	100-ítems dicotómicos. 4 escalas: neuroticismo, extraversión, psicoticismo y deseabilidad social.
Cuestionario de Personalidad BFQ (Caprara, Barbaranelli y Borgogni y Perugini, 1993). Adaptación española Bermúdez et al. Versión Infantil BFQ-N (Barbaranelli, Caprara y Rabasco, 2006). Adaptación española del Barrio et al. (2006).	132 ítems para adultos/65 para niños. Escala Likert 5 puntos. 5 Escalas: Inestab. Emocional, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad (Conciencia).
Escala de Dificultades de Socialización de Cantoblanco SOC (Herrero, Escorial y Colom, 2009).	Autoinforme. 45 ítems. Adolescentes y adultos. Evalúa las Dimensiones: Búsqueda de sensaciones; Ausencia de miedo; Impulsividad. Contiene un Índice global de Dificultades de Socialización.
Escala de Autocontrol SCRS (<i>Self-Control Rating Scale</i> ; Kendall y Wilcox, 1979).	33 ítems en escala de 1 a 7. Versión padre o profesor. Niños de 3 a 12 años.
Cuestionario de Autocontrol Infantil y Adolescente CACIA (Capafóns y Silva, 1986).	89 ítems. 11-18 años. Evalúa autocontrol a través de 5 escalas: retroalimentación personal (autoobservación), retraso de la recompensa (impulsividad), autocontrol criterial (tolerancia al dolor/aversión), autocontrol procesual (autorecompensas/autocastigos) y sinceridad.
Escala de Impulsividad de Barratt BIS-11 (<i>Barratt Impulsiveness Scale-11</i> ; Patton, Stanford y Barratt, 1995)	30 ítems con escala de 1 a 4. Evalúa impulsividad motora, impulsividad no planificada e impulsividad atencional.

(continúa)

Instrumentos	Dimensiones y Características
Hipótesis a Contrastar: Variables de Vulnerabilidad Temperamental y de Personalidad	
Cuestionario de Autoestima AF-5 (García y Musitu, 1991).	30 ítems. Niños y adultos. Evalúa la autopercepción del sujeto en los contextos social, académico/profesional, emocional, familiar y físico.
Cuestionario de Evaluación Multimedia y Mutilingüe de la Autoestima EMMA (Ramos y Santamaría, 2009). Versión informatizada.	9-13 años. Evalúa autoestima global y en las áreas académica, socioemocional y deportiva. Versión informatizada.
Test de Empatía Cognitiva y Afectiva TECA (López, Fernández y Abad, 2008).	33 ítems. A partir de 16 años. Evalúa componentes cognitivos y afectivos con las siguientes escalas: adopción de perspectivas, comprensión emocional, estrés empático y alegría empática.
Índice de Reactividad Emocional de Davis IRE (Davis, 1980). Adaptación española Mestre et al. (2004). Carrasco et al. (2011).	Adolescentes y Adultos. Evalúa componentes cognitivos y afectivos de la empatía. Cinco factores: empatía intelectual, empatía emocional positiva, empatía emocional desorganizadora, Empatía virtual e impasibilidad.
Índice de Empatía de Bryan BEI (Bryan, 1982). Adaptación española del Barrio et al. (2004). Lasa et al. (2008).	Adolescentes y Adultos. Evalúa la empatía afectiva mediante tres escalas: sentimientos de tristeza, comprensión de sentimientos y reacción de llanto.
Hipótesis a Contrastar: Problemas Emocionales	
Inventario de Expresión de Ira Estado Rasgo STAXI (Spielberger, 1999). Adaptación española Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Casado y Spielberger, 2001). Versión Infantil, STAXI-NA (Spielberger, 1999). Adaptación española Del Barrio, Aluja y Spielberger (2004).	55 ítems versión adulta. 49 ítems versión infantil con escala de 1 a 3. Para niño y adolescente. Evalúa la ira como emoción estado o rasgo y el afrontamiento.
Inventario de Depresión BDI ; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). BDI-II (Beck, Steer y Brown, 1996, 2011a). Adaptación española BDI (Sanz y Vázquez, 1998). BDI-II (Sanz, Perdingón y Vázquez, 2003). Versión Infantil CDI (Kovacs, 2004).	21 ítems evalúan la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión mediante frases autoevaluativas graduadas en cuatro niveles. A partir de 13 años. Dos factores: somático y cognitivo.
Hipótesis a Contrastar: Problemas Interpersonales, Habilidades Sociales, Rechazo Grupal	
Evaluación de la Competencia Social entre Iguales SOCIOMET (González, Álvarez y García, 2010).	Aplicación Grupal. Evalúa las relaciones sociales en un grupo, el clima social y la posición social del sujeto (preferido, rechazado, ignorado, controvertido).

(continúa)

Instrumentos	Dimensiones y características
Hipótesis a Contrastar: Problemas Interpersonales, Habilidades Sociales, Rechazo Grupal	
Escala de Conducta Asertiva para Niños CABS (Michelson, Sugai, Wood y Kazdin, 1987). Versión Española Segura, Mesa y Arcas (1997).	6-14 años. Evalúa mediante situaciones hipotéticas narradas las siguientes habilidades sociales: dar/recibir cumplidos, empatía, rechazar peticiones, habilidades de conversación y quejas, habilidades cognitivas y de solución de problemas.
Cuestionario de Habilidades de Interacción Social (Monjas, 1994). CHI-1 (versión heteroaplicada); CHI-2 (versión autoaplicada).	60 ítems. Evalúa habilidades interpersonales agrupadas en 6 escalas: básicas, hacer amigos, conversacionales, emocionales, de solución de problemas y de relación con adultos.
Inventario de Asertividad de Rathus RAS (<i>Rathus Assertiveness Schedule</i> ; Rathus, 1973).	30 ítems. Adolescentes y adultos. Evalúa diferentes habilidades asertivas relacionadas con expresión de opiniones, peticiones o negación.
Inventario de Aserción AI (<i>Assertion Inventory</i> ; Gambrill y Richey, 1975).	40 ítems. Adolescentes y adultos. Evalúa habilidades asertivas relacionadas con rechazo y expresión de peticiones, expresión de emociones, aserción negativa, recibir críticas y expresar desacuerdos.
Hipótesis a Contrastar: Problemas de Socialización Parental	
Escala de Socialización Parental en la Adolescencia ESPA29 (Musitu y García, 2001).	Evalúa mediante 29 situaciones cotidianas el estilo de socialización de los padres en las escalas de Aceptación/implicación y Coerción/Imposición que resultan en 4 tipologías: autoritativo, indulgente, autoritario o negligente.
Sistema de Codificación de la Interacción Padre-Hijo DPICS (<i>Dyadic Parent-child Interaction Coding System</i> ; Eyberg, Nelson, Duke y Boggs, 2005).	Observación en la clínica y en casa. Niños de 3 a 8 años. Evalúa hábitos de Crianza de los padres mediante las siguientes escalas: alabanza, amenaza, mentiras, pegar, comunicación clara/vaga/negativa; y conductas negativistas del niño: mentir, agredir, incumplir normas u órdenes.
Cuestionario de Comportamiento Parental para Niños CRPBI (Shaffer, 1965). Adaptación española Carrasco, del Barrio y Holgado (2007).	52 ítems. Evalúa el comportamiento parental en relación con dimensiones de autonomía, amor, control y hostilidad que se agrupan en 3 factores: comunicación/afecto; control y hostilidad/permisividad.

En el análisis de estas variables, debe tenerse en consideración la edad de inicio de los problemas, la cual diferencia dos trayectorias con pronósticos diferentes. Si los problemas de conducta aparecen

antes de los 10 años, asociados a problemas de capacidad intelectual y rasgos de vulnerabilidad temperamental (e.g., baja regulación, inestabilidad) el pronóstico será menos favorable que si la edad de inicio aparece en la adolescencia y responde a un problema de adaptación transitoria (Vermeiren, Jaspers y Moffitt, 2006).

3.1. Evidencias de Fiabilidad y Validez de la Evaluación para la Conceptualización del Caso

Los instrumentos recogidos en la Tabla 3.4 muestran una sólida fiabilidad y validez y son buenos predictores del comportamiento futuro problemático, impulsivo o violento, permitiéndonos identificar aquellas actitudes y creencias susceptibles de ser modificadas en la intervención terapéutica.

4 EVALUACIÓN PARA EL TRATAMIENTO, SU PROGRESO Y LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

Más allá de las decisiones diagnósticas, la evaluación adquiere especial importancia en la evaluación de la intervención elegida (McMahon y Frinck, 2005). Por tanto, un objetivo dentro del proceso de evaluación será contrastar el progreso del tratamiento y sus resultados. Este objetivo es especialmente importante en la intervención sobre los problemas de conducta e impulsividad en los que se han documentado casos en donde el tratamiento en jóvenes ha producido un incremento, más que un descenso, de los problemas de conducta (Dishion, McCord y Poulin, 1999; Dodge, Dishion y Lansford, 2006).

El progreso y los efectos del tratamiento pueden ser valorados mediante la obtención de medidas postest con algunos de los instrumentos empleados en el diagnóstico y delimitación del problema. De entre estos instrumentos, aquellos que proporcionan una evaluación dimensional, suelen mostrarse más sensibles a los efectos del tratamiento dado el carácter continuo de sus escalas de medida. Entre ellos los listados de conducta que, por sus propiedades psicométricas, han destacado para este fin son los listados de conducta de Achenbach (ver Tabla 3.3) o el Inventario de Problemas de conducta Eyberg (ver Tabla 3.4).

Los registros de observación cumplimentados por padres son también buenas medidas para la evaluación del tratamiento. No obstante, es recomendable que estas escalas sean también cumplimentadas por profesores o evaluadores que no tengan una implicación directa en la intervención a fin de controlar las posibles expectativas (positivas o negativas) sobre los resultados. Para este objetivo pueden ser utilizados los registros de observación BASC-SOS (BASC-2-*Student Observational System*; Reynolds y Kamphaus, 2004) o la Escala de Observación ASEBA-DOF de Achenbach (*ASEBA Direct Observation Form*; Achenbach y Rescorla, 2001), ambas ya comentadas.

Otros instrumentos de observación, diseñados para evaluar las interacciones padres-hijos son los sistemas de codificación. Estos sistemas consisten en un conjunto de categorías que el observador ha

de registrar en situaciones tanto de juego libre como estructuradas. Dos ejemplos de estas escalas utilizadas en la evaluación de problemas de conducta son el Sistema de Codificación Interacción Padre-Hijo **DPICS** (*Dyadic Parent-child Interaction Coding System*; Eyberg, Nelson, Duke y Boggs, 2005) y el sistema de Codificación Conductual **BCS** (*Behavioral Coding System*; Forhend y McMahon, 1981). El inconveniente de estos sistemas es el alto coste que suponen para el evaluador, dado el prolongado entrenamiento que requieren para que resulten fiables. Por otra parte, estos sistemas de codificación no están adaptados al español. Una buena alternativa a estos sistemas de codificación disponible en español es el Sistema de observación **SOC-III** de Interacciones familiares (Cerezo, Keesler, Dunn y Wahler, 1991). Se trata de un sistema de observación de las interacciones familiares, ideado para niños que presentan problemas de conducta. Permite una observación sistematizada de la frecuencia, duración, secuencia y valencia (aversiva, positiva o neutra) de las interacciones conductuales (atención social, instrucción, obediencia, oposición) en el contexto familiar.

Junto con los instrumentos citados, específicamente diseñados para los trastornos de conducta, la evaluación del progreso del tratamiento y sus efectos debe incluir: a) escalas de deterioro funcional altamente recomendadas por su adecuación psicométrica y sensibilidad al tratamiento; y b) instrumentos para la medida de los niveles de adaptación y medidas de satisfacción con el tratamiento. Baste recordar en estas líneas, tal y como ya se ha recogido en el capítulo 1 de este manual, algunas de las escalas indicadas para ello: Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil TAMAI (Hernández, 1996); Escala de Evaluación Funcional de niños y Adolescentes CAFAS (Ezpeleta et al., 2006; Hodges, 1995); Escala de Evaluación de la Actividad Global EEAG (APA, 2000). Versión para niños CGAS (Ezpeleta et al., 1999; Shaffe, rGould, Bird y Fisher, 1983); Escala Abreviada de Discapacidad (Bird et al., 2005) para padres de niños de 4-17 años. Para una descripción más detallada de todas ellas consulte el capítulo indicado.

5 PROPUESTA DE UN PROTOCOLO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS

La evaluación básica para el Trastorno disruptivo, de Control de impulsos y el Trastorno del control de la conducta debe incluir, al menos, instrumentos para: a) el diagnóstico y la delimitación de las conductas problema; b) la conceptualización y planificación de la intervención; y c) la evaluación del seguimiento y resultados de la intervención. De todos los instrumentos revisados, en la Tabla 3.7 se resumen los instrumentos recomendados que mínimamente deberían ser administrados para una adecuada evaluación.

Tabla 3.7. Protocolo Básico para la Evaluación de los Trastornos de Conducta e Impulsividad.

Evaluación para el Diagnóstico y Delimitación del Problema
<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes DICA-IV (Ezpeleta, de la Osa, Domenech, et al., 1997; Reich, 2000). • Sistema de Evaluación Empírica de Achenbach ASEBA (Achenbach, 2009). • Sistema de Evaluación Conductual BASC-2 (Reynolds y Kamphaus, 2004).
Evaluación para la Conceptualización del Caso
<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionarios de Temperamento de Rotbart (Rothbart, Ahadi, Hersey y Fisher, 2001). • Cuestionario de Personalidad. A elegir: EPQ-R (Eysenck et al., 1985); BFQ (Caprara et al., 1993). Versión Infantil BFQ-NA. • Escala de Dificultades de Socialización de Cantoblanco SOC (Herrero et al., 2009). • Escala de Impulsividad de Barratt BIS-11 (Patton et al., 1995). • Índice de Reactividad Emocional de Davis IRE (Davis, 1980). • Inventario de Expresión de Ira Estado Rasgo STAXI (Spielberger, 1999). Versión Infantil STAXI-NA. • Cuestionario de Habilidades de Interacción Social (Monjas, 1994). CHI-1, CHI-2. • Escala de Socialización Parental en la Adolescencia ESPA29 (Musitu y García, 2001). • Evaluación de la Competencia Social entre Iguales SOCIOMET (González, Álvarez y García, 2010). • Registros de contingencias (antecedentes-conductas-consecuentes) y Autorregistros de <i>situación-pensamiento-emoción</i>.
Evaluación para el Progreso y Eficacia del Tratamiento
<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de Evaluación Empírica de Achenbach ASEBA (Achenbach, 2009). • Sistema de Evaluación Conductual BASC-2. • Escala de Evaluación de la Actividad Global EEAG (APA, 2000). Versión para niños CGAS (Ezpeleta et al., 1999; Shaffer et al., 1983).

RESUMEN

En el presente capítulo se aborda la evaluación de los trastornos psicológicos derivados de la alta impulsividad y de los problemas de conducta graves. En población infantojuvenil, es la causa más importante de conflictos tanto en casa como en el colegio y quizás por ello uno de los motivos más habituales de consulta de padres y adolescentes a los profesionales de la salud mental. Por esta razón, la evaluación precisa y válida de estas alteraciones adquiere especial interés en el ámbito clínico. Dentro de los trastornos disruptivos se abordarán los problemas de control de impulsos y los trastornos de conducta principalmente.

La prevalencia estimada para los problemas de conducta, entre jóvenes en población normal, oscila entre el 6 y el 10%. La incidencia de los problemas de conducta tiende a decrecer desde la edad preescolar hasta los 4 a 6 años y se incrementa hasta la adolescencia, aunque este incremento no es consistente para todos los tipos de problemas de conducta. En cuanto a las diferencias de sexo, antes de los 4 años no aparecen diferencias significativas entre ambos sexos, sin embargo, a partir de esta edad los problemas de conducta aumentan entre los niños. En cuanto a los problemas por control de impulsos, su prevalencia dependerá del tipo de patología que desencadene y del ciclo evolutivo en el que se encuentre el sujeto.

Los problemas de conducta y de impulsividad son el denominador común en la sintomatología de la categoría denominada *Trastorno disruptivo, de control de impulsos y trastorno de conducta*. Éstos son el resultado de una compleja interacción de numerosos factores causales, entre otros: *biológicos, temperamentales y de personalidad, cognitivos, familiares y sociales*.

Contamos con distintas técnicas de evaluación psicológica para diagnosticar los problemas de conducta e impulsividad: entrevistas, escalas de puntuación y técnicas de observación. La evaluación estándar de un sujeto con problemas de conducta e impulsividad debe incluir múltiples métodos de evaluación. Para el diagnóstico categorial las entrevistas diagnósticas son las técnicas de elección, para una evaluación dimensional, los cuestionarios estandarizados. El resto de cuestionarios están indicados para evaluar el nivel y la severidad del problema, así como las diferentes manifestaciones que pueden adquirir estas alteraciones. Específicamente, los más recomendados por su calidad psicométrica son: la entrevista DICA y los listados de conductas ECBI, ASEBA y BASC-2; los registros de observación sistematizados de estos dos últimos sistemas de evaluación, BASC-SOS y ASEBA-DOF; y los índices de deterioro funcional (e.g., CAFAS).

El diagnóstico de los problemas de conducta e impulsividad deben ser establecido a la luz de otros diagnósticos que comparten ciertas similitudes pero que constituyen una categoría diagnóstica diferente. Existe una alta comorbilidad entre los problemas de conducta y el TDAH, los trastornos interiorizados (depresión y ansiedad), el consumo de sustancias (especialmente en la preadolescencia), los problemas en el lenguaje (en edad preescolar) y los problemas académicos.

La planificación del tratamiento terapéutico requiere previamente de una adecuada conceptualización del caso. La naturaleza multicausal de estos trastornos confiere una enorme comple-

(continúa)

idad a la intervención que requiere explorar numerosas variables asociadas a los problemas de conducta y los instrumentos y técnicas que permitirían su contrastación.

Más allá de las decisiones diagnósticas, la evaluación adquiere especial importancia en la evaluación de la intervención elegida. Por tanto, un objetivo dentro del proceso de evaluación será contrastar el progreso del tratamiento y sus resultados. El progreso y los efectos del tratamiento pueden ser valorados mediante la obtención de medidas postest entre los que se recomiendan, los listados de conducta de Achenbach, el Inventario de Problemas de Conducta de Eyberg, los registros de observación cumplimentados por padres y profesores y las escalas de deterioro funcional.

Finalmente se propone un protocolo básico para la evaluación de este grupo de trastornos con los instrumentos recomendados para implementar la evaluación de este grupo de alteraciones.

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

- 1) Para la evaluación diagnóstica de los problemas de conducta se recomienda el uso de: a) entrevistas abiertas; b) entrevistas estructuradas; c) b y el sistema ASEBA.
- 2) Respecto a la prevalencia de los problemas de conducta: a) es independiente del ciclo evolutivo; b) se estiman entre el 6 al 10%; c) es similar por sexos.
- 3) El Sistema de Evaluación ASEBA incluye: a) listados de conducta; b) entrevista y registros de observación; c) todo lo anterior.
- 4) Las escalas de conducta BASC la cumplimentan: a) el sujeto según versiones; b) siempre el profesor; c) siempre el sujeto, el padre y el profesor.
- 5) Los instrumentos que mayor sensibilidad muestran a la intervención son: a) entrevistas; b) cuestionarios dimensionales; c) registros de observación.

Soluciones: 1b, 2b, 3c, 4a, 5b

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Carrasco, M. A. (2006). *Evaluación de la conducta agresiva*. *Acción Psicológica*, 4, 67-81
- Frick, P. J., & McMahon, R. J. (2008). *Child and Adolescent Conduct Problems*. En J. Hunsley & E. J. Mash (2008). *A guide to assessments that work* (pp. 41-66). New York, NY US: Oxford University Press.

Evaluación de los Trastornos de Personalidad

4

Victoria del Barrio

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

1 Introducción

- 1.1. Epidemiología
- 1.2. Factores Etiológicos
- 1.3. Comorbilidad

2 Evaluación para la Contrastación de Hipótesis Diagnósticas y la Delimitación del Problema

- 2.1. Evaluación Categorial
 - 2.1.1. Criterios Diagnósticos
 - 2.1.2. Técnicas Diagnósticas de Evaluación Categorial
- 2.2. Evaluación Dimensional
 - 2.2.1. Evaluación Dimensional Genérica
 - 2.2.2. Cuestionarios de Evaluación Específica

3 Evaluación para la Conceptualización de un Caso y Planificación del Tratamiento (Advertencias para la Generación del Diagnóstico)

- 3.1. Fiabilidad
- 3.2. Validez

4 Propuesta de un Protocolo para la Evaluación de los Trastornos de Personalidad

RESUMEN

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

- Abordar la tarea de la evaluación de los trastornos de personalidad con competencia.
- Ser consciente de la dificultad de la tarea alertando sobre el carácter crónico y comórbido de este tipo de trastornos.
- Poner especial cuidado en el diagnóstico diferencial, discriminando los diferentes trastornos de personalidad entre sí y especialmente con el resto de síndromes clínicos. Reconocer las dos aproximaciones de evaluación, categorial y dimensional, los instrumentos en ambas aproximaciones, y los pros y contras de cada una de ellas.
- Adquirir competencias básicas en el manejo de los datos obtenidos en el proceso de la evaluación para abordar así con éxito la tarea diagnóstica de estos trastornos.

1 INTRODUCCIÓN

Hay diversas teorías sobre la personalidad que contemplan en ella diferentes facetas o factores consideradas desde el comienzo de su estudio en función de los distintos paradigmas vigentes en cada época: humores, constitución somática, sistema nervioso etc. Desde el principio, también han aparecido modos distintos de evaluación de la personalidad contruidos desde esas posiciones teóricas, tales como el Rorschach o la *Sheet Page*, los tres grandes (*PEN*; Psicoticismo, Extraversión y Neuroticismo) o los Cinco Grandes (*Big Five*; Extraversión, Neuroticismo, Conciencia, Agradabilidad y Apertura).

La personalidad se conceptualiza genéricamente como una manera de ser, es decir, como aquello que explica la conducta, el pensamiento y las emociones de cada sujeto. Este es un tema que ha interesado siempre a la psicología, pero una cosa es la personalidad y otra distinta sus trastornos y esto ha de ser bien diferenciado, por mucho que instrumentos para la evaluación de la personalidad normal hayan sido utilizados también para la evaluación de sus trastornos, puesto que son la base explicativa de la conducta. Hay muchos estudios sobre la relación entre Trastornos de Personalidad y los Cinco Grandes especialmente, el Trastorno Límitrofe y el Narcisista (Costa y Widiger, 2001).

Naturalmente los factores de personalidad pueden aprovecharse como base de evaluación de la personalidad patológica y recientemente se está subrayando la relación entre los rasgos básicos de personalidad con la proclividad a desarrollar trastornos, puesto que la inflexibilidad y desajuste de los rasgos de personalidad producen las desadaptaciones patológicas que llamamos Trastorno de Personalidad (en adelante TP) (Andersen y Bienvenu, 2011). Hay muchos expertos que abogan para que el DSM-5 parta de las dimensiones básicas de la personalidad en el ordenamiento de sus trastornos (Gunderson y Pollack, 1990; Krueger, Eaton, Derringer, Markon, Watson y Skodol, 2011). Esto se basa en que esa estructura básica puede distribuirse en un continuo cuyas polaridades, tales como inestabilidad, introversión, rigidez, irresponsabilidad etc., darán lugar a la aparición de determinadas patologías. Sin embargo, hay opiniones que sostienen que el borrador del DSM-5 con cinco categorías diagnósticas (antisocial, evitativo, límite, obsesivo-compulsivo y esquizotípico) y seis dominios de personalidad puede llegar a ser más controvertido que el actual (Esbec y Echeburua, 2011).

Los TP ya estaban presentes en el DSM-I (1952) sin eje específico, eran 27 y se agrupaban en cinco grandes tipos: Genéricos, Rasgos, Psicopáticos, Sintomáticos y Transitorios. Los TP comenzaron a circular cuando el DSM-III (1980) (partiendo de la vieja idea europea de los ejes diagnósticos) incluyó el Eje II y allí se ubicaron hasta ahora. El DSM-III-R (1987) terminó de pulir y difundir esta nueva estructura de los TP que eran 11, agrupados en tres grandes géneros y así se ha mantenido hasta hoy, como veremos.

En el Eje I permanecen todos los trastornos clínicos de siempre y en el Eje II se ubican los de Personalidad y los de Desarrollo. Esta división tenía un propósito pragmático: incluir entre los TP aquellas alteraciones que tenían una alta comorbilidad y una estabilidad, no sólo en el tiempo, sino también en una intensidad constante.

Sin embargo, cuando hablamos de un TP nos referimos a una alteración cuya definición es difícil y cuyos límites son suficientemente imprecisos como para que se haya producido una situación confusa.

Esto ha convertido estos trastornos en un cajón de sastre a donde van a parar los pacientes que presentan una alta comorbilidad, una sintomatología difusa con una duración persistente y una intensidad constante (Widiger y Shea, 1991).

Se puede sostener que los sujetos que presentan esta patología, sin ser exactamente «casos» se desvían considerablemente de las expectativas que sobre ellos desarrolla su entorno cultural, no aceptan bien los cambios y, por tanto, son sujetos desadaptados. La revisión del borrador del DSM-5 (2012) define estos trastornos como una alteración de la identidad, el sentido de sí mismo y de la capacidad para mantener relaciones efectivas en presencia de rasgos patológicos de personalidad.

Si partimos de los DSM este tipo de trastornos tienen formas específicas, en función de tres diferentes grupos A, B y C, a los que se añade el grupo de «otros desórdenes» en donde aparecen aquellos que no se pueden incluir claramente en ninguno de los anteriores, porque no cumplen los criterios específicos, pero sí los genéricos.

Pertenecen al grupo A: T. Paranoide, T. Esquizoide, T. Esquizotípico, donde falla el funcionamiento personal y todos ellos afectan fundamentalmente al sujeto. Cuatro aparecen en el grupo B: T. Antisocial, T. Límitrofe, T. Histriónico, T. Narcisista, que afecta al sistema de rasgos, aquí, el entorno sufre las consecuencias del trastorno, es decir todos los TP exteriorizados. En el grupo C se ubican: T. Evitativo, T. Dependiente y T. Obsesivo-Compulsivo, éstos implican una alteración de las funciones interactivas del sujeto con su entorno y se pueden llamar trastornos interiorizados.

1.1. Epidemiología

Dada la alta comorbilidad entre los distintos trastornos de personalidad, resulta difícil dar una cifra de su incidencia (Kaplan y Sandok, 1996), podríamos sostener que cada uno de ellos puede variar entre un 0.5% a un 3% del trastorno paranoide a un 7% del trastorno esquizoide, lo que nos pondría en una cifra global aproximada de un 6% (Zide y Gay, 2001). En la Tabla 4.1 se recogen las prevalencias estimadas en la población general.

Tabla 4.1. Prevalencia de los Distintos Trastornos de Personalidad.

Trastornos de personalidad	Prevalencia (%)
Paranoide	0.5-2.5
Esquizoide	7
Esquizotípica	3
Narcisista	1
Histriónica	2-3
Borderline	1-2
Evitativa	0.5-1
Dependiente	3-10

Según la epidemiología de los distintos TP, el narcisista, paranoide, antisocial y esquizoide son más frecuentes en hombres y, en las mujeres, los depresivos, dependientes, limítrofes y evitativos (Ortiz-Tallo, Cardenal, Ferragut y Cerezo, 2011), lo que encaja perfectamente dentro de los estilos personales y temperamentales de hombres y mujeres. Por otra parte, el TP aparece en la adolescencia tardía o en la juventud temprana, es decir, acompaña al individuo a lo largo de su vida, por ello el sujeto no suele ser consciente de su problema.

1.2. Factores Etiológicos

Los TP no tienen una etiología clara, sin embargo todos los expertos coinciden en afirmar que su última explicación se encuentra en ciertas estructuras de temperamento y personalidad que facilitan las respuestas desajustadas ante situaciones de estrés ambiental. Podría decirse que se trata de un rasgo predisponente que se dispara con mayor probabilidad en situaciones estresantes. Normalmente existen patrones familiares de estas perturbaciones.

1.3. Comorbilidad

Todos estos TP enumerados tienen su trastorno clínico correspondiente en el eje I, y además hay entre ellos una alta comorbilidad (Sher y Trull, 2002; Shea et al., 2004). Cuando sólo se incluyen en el Eje II, es porque tienen algunas características diferentes, como por ejemplo, no tener el grado de intensidad y de perturbación de la vida cotidiana que le convertiría inequívocamente en un trastorno

clínico del Eje I. Es algo parecido a la diferencia que se da entre depresión mayor y trastorno distímico, aunque, en este caso se trata de dos trastornos ubicados en el Eje I.

Como explicación de la aparición de los TP, han de contemplarse dos tipos de factores de riesgo: sociales y biológicos. Entre los primeros se encuentran las experiencias estresantes (e.g., pérdidas, enfermedades, desastres, desamor) en las primeras etapas de la vida en donde se es más vulnerable, porque los mecanismos de afrontamiento están sin constituir (Kochanska, 1993). Entre los segundos, están los aspectos temperamentales con raíces biológicas y genéticas que condicionan la reacción emocional con la que cada individuo responde a las circunstancias que le toca vivir (Raine et al., 2004).

2 EVALUACIÓN PARA LA CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS Y LA DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

El proceso de la evaluación de los trastornos de personalidad ha de ser necesariamente dilatado, puesto que necesita un análisis del comportamiento del sujeto a lo largo del tiempo que permita analizar los cambios que se producen en situaciones de estrés, lo que implica analizar la estabilidad de los rasgos de personalidad (Lilienfeld, 1998).

Un evaluador poco experimentado que aplica un instrumento en una situación tensa puede confundir un TP con un trastorno clínico. Para evitar este peligro se recomienda evaluar varias veces al sujeto y aplicar cuidadosamente la presencia o ausencia de criterios diagnósticos o cuestionarios adecuados y sobre todo analizar cuidadosamente la biografía del sujeto a lo largo del tiempo. Hay que contar con que también se producen evaluaciones tardías en donde la memoria del sujeto ya no se halla incólume.

Naturalmente antes de hacer un diagnóstico de TP hay que descartar que no se confunda especialmente con dos cosas: 1) con un problema de ajuste de corta duración ante un acontecimiento estresante; y 2) con cualquier problema físico (e.g., tumores, drogas) que pueda producir una sintomatología similar.

Una vez llevada a cabo la entrevista de recepción, el profesional tiene los datos suficientes para generar una hipótesis diagnóstica que debe ser convertida en tesis, contrastando la hipótesis inicial con los datos que nos proporciona la evaluación del sujeto mediante una metodología científica. Este proceso puede optar por distintas vías: una perspectiva categorial u otra dimensional. Comenzaremos exponiendo la evaluación categorial consultando el borrador del DSM-5 que ya ha inspirado algunos instrumentos (Simms, Goldberg, Roberts, Watson, Welte y Rottermen, 2011), pero que no se publicará previsiblemente hasta 2013 (Maruettolo, 2011) y que tendrá modificaciones sobre el precedente. Por tanto, expondremos la evaluación de los TP teniendo en cuenta básicamente el DSM-IV-TR, porque es el que está publicado, y el DSM-5 que todavía está en revisión, puede cambiar.

2.1. Evaluación Categorial

En este apartado expondremos, como es habitual, los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, aunque haremos referencia a lo contemplado en el último borrador del DSM-5.

2.1.1. Criterios Diagnósticos

La evaluación categorial comienza por la constitución de los grupos taxonómicos que cumplen unos determinados criterios y termina por diagnosticar a un sujeto incluyéndolo en un grupo. Si se opta por este tipo de diagnóstico, hay que aplicar los pertinentes criterios clínicos característicos del grupo en la observación del comportamiento del sujeto.

Los criterios son de dos tipos: genéricos (aplicables a todos los TP) o específicos (que nos permiten diferenciar los distintos tipos de trastornos ya enumerados) y permiten la ubicación del trastorno en las diferentes categorías que proporciona el Eje II.

Criterios Genéricos:

- (A) Los criterios genéricos que permiten identificar un TP aparecen en estos cuatro campos: 1) Cognición (percepción de sí mismo, de los otros y del entorno); 2) Afectividad (tipo, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional); 3) Funcionamiento de las relaciones interpersonales; 4) Control de impulsos.
- (B) Un patrón consistente, inflexible y extenso en todos los campos personales y sociales (el DSM-5 propone una cuantificación de este criterio).
- (C) Este patrón consistente conduce a un significativo malestar o incapacitación en lo social laboral y otras áreas importantes de funcionamiento.
- (D) Este patrón es estable y tiene su comienzo en la adolescencia o en la temprana juventud.
- (E) Este patrón no se explica mejor como manifestación o consecuencia de otro desorden.
- (F) Este patrón no se debe a ingestión de sustancias ni a otra condición médica.

Por tanto, todos los TP deben cumplir estos criterios, pero además pueden aparecer otros que le convierten en un tipo determinado de TP (el orden en que los coloca el DSM-5 es diferente, pero el contenido permanece).

Criterios Específicos:

Se distinguen tres grandes grupos: A, B y C.

El grupo A, agrupa a sujetos de características psicóticas (Tabla 4.2); el B, engloba a trastornos de tipo exteriorizado (Tabla 4.3), y el C se refiere a trastornos interiorizados (Tablas 4.4).

Tabla 4.2. Criterios Específicos del Grupo A (Raros, Excéntricos).

Paranoide	Esquizoide	Esquizotípico
A-Suspicious desconfiado.	A-Reclusión Social.	A-Trastornos perceptivos y déficits sociales.
Sospecha de los demás sin fundamento.	Ni desea ni disfruta de relaciones íntimas.	Ideas de referencia.
Preocupación injustificada sobre la realidad.	Escoge actividades solitarias.	Creencias raras.
Renuente a confiar en los otros.	No le interesa el sexo.	Percepciones extrañas.
Encuentra significaciones ocultas.	No disfruta de las cosas.	Pensamiento y lenguaje raros.
Es rencoroso.	Ausencia de amigos.	Ideas paranoides.
Contraataca airadamente.	Indiferente al elogio o crítica.	Conducta excéntrica.
Sospecha, sin causa, de la fidelidad de pareja.	Frio, falta de afecto.	Afectos inapropiados.
B- No debe darse este diagnóstico si hay esquizofrenia, trastorno afectivo, o cualquier tipo de desorden psicótico y tampoco si se dan alteraciones fisiológicas debidas a condiciones médicas.		

Tabla 4.3. Criterios Específicos del Grupo B (Exteriorizados).

Antisocial	Borderline/Límite	Histriónico	Narcisista
A. Desprecio y violación de los derechos de los otros que aparece desde los 15 años.	A. Inestabilidad e impulsividad marcada y se extiende a una variedad de contextos.	A. Emocionalidad excesiva, de búsqueda de atención, comienza en la juventud y se extiende a una variedad de contextos.	A. Necesidad de admiración y ausencia de empatía, comienza en la juventud y se extiende a una variedad de contextos.
Quebrantamiento de normas.	Temor de ser abandonado.	Necesita ser centro de atención.	Grandiosidad.
Deshonestidad en propio beneficio.	Relaciones interpersonales inestables.	Conducta provocativa.	Fantasías de éxito y poder.

(continúa)

Antisocial	Borderline/Límite	Histriónico	Narcisista
Impulsividad.	Impulsividad: sexo, droga.	Usa el atractivo físico como anzuelo.	Es pretencioso, espera un trato favorable y acatamiento automático de sus expectativas.
Irritabilidad, agresividad.	Suicidio.	Autodramatismo.	Falta de empatía.
Irresponsabilidad.	Inestabilidad emocional.	Emociones cambiantes.	Requiere excesiva admiración.
Conducta arriesgada.	Incontrol de emociones.	Sugestionable.	Manipulación del otro.
Falta de remordimiento.	Historia de autoagresiones.	Considera sus relaciones más íntimas de lo que realmente son.	Envidioso, celoso.
	Ideación paranoide transitoria.		Arrogante.
D. esta conducta no se da exclusivamente durante un episodio de Esquizofrenia o Manía.			Frente a otros trastornos de personalidad similares no incluye impulsividad ni agresión.

Tabla 4.4. Criterios Específicos del Grupo C (Interiorizados).

Evitativa	Dependiente	Obsesivo-Compulsiva
A-Inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a la evaluación negativa, comienza en la juventud y se extiende a una variedad de contextos.	A- Sumisión, dependencia y miedo a la separación, comienza en la juventud y se extiende a una variedad de contextos.	A-Preocupación por el orden, perfeccionismo, y control mental y social sin flexibilidad, apertura y eficacia, comienza en la juventud y se extiende a una variedad de contextos.
Evitación de relaciones con otros.	Dificultad para tomar decisiones.	Preocupación por detalles, órdenes, listas, reglas.
Incapaz de implicarse a menos de estar seguro de su aceptación.	Deseos de que otros asuman sus responsabilidades.	El perfeccionismo interfiere en la consecución de la tarea.

(continúa)

Evitativa	Dependiente	Obsesivo-Compulsiva
Reacio a intimar por miedo a ser ridiculizado.	Falta de iniciativa.	Hipercumplidor, escrupuloso.
Preocupación por ser criticado o rechazado.	Excesivos esfuerzos para obtener apoyo de otros.	Rígido, terco.
Se siente por sus sentimientos de inadecuación.	Sentimientos de incomodidad y desesperanza.	No delega tareas.
Se considera inferior a los otros.	Preocupación por ser abandonado.	Guarda objetos inservibles.
Reacio a correr riesgos.	Dificultades para expresar desacuerdo.	Tacaño, miserable.
	Cuando acaba una relación, busca urgentemente.	

Otros trastornos de Personalidad:

Hay además otros trastornos que no encajan ni en los criterios genéricos ni en los específicos y que se recogen en el siguiente epígrafe.

Personalidad Pasivo-Agresiva

Se caracterizan por ser resistentes a la autoridad y a las órdenes de cualquier tipo, pero no desarrollan conductas de oposición, por tanto, no dan paso a la agresión que sienten y dan lugar al resentimiento y a las actitudes críticas que dificultan su integración.

Personalidad Depresiva

Tienen una visión de la vida desesperanzada, miserable y triste, muestran una baja autoestima, se perciben culpables de todo ello y con frecuencia desarrollan una depresión clínica.

En las tablas anteriores quedan resumidos los distintos criterios diferenciales para cada uno de los TP y cuya aplicación se puede hacer con diversas técnicas, como veremos a continuación.

2.1.2. Técnicas Diagnósticas de Evaluación Categorical

La evaluación que parte de criterios expuestos más arriba y que llamamos categorial, tiene dos formas posibles de ser llevada a cabo. La primera es observar al sujeto y comprobar la presencia o ausencia de los criterios expuestos sin otra guía que los criterios mismos. La segunda es la utilización de entrevistas clínicas estructuradas o semiestructuradas que suelen estar constituidas por, al menos,

un ítem por criterio, pero que pueden incluir varios para cada uno de ellos. Para mayor agilidad las incluiremos en una tabla resumen (Tabla 4.5).

Tabla 4.5. Principales Entrevistas Diagnósticas para la Evaluación de los TP.

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Entrevista Diagnóstica de Trastornos de Personalidad DIPD (Zanarini et al., 1996).	Hace dos o tres preguntas por criterio, aplicable a adultos en escala de 0-2.	Evalúa todos los trastornos de la personalidad a partir del DSM-III-R.
Entrevista Clínica Estructurada de Desórdenes de Personalidad SCID-II (<i>Clinical Interview Personality Disorders</i> ; First, Gibbon, Spitzer, Williams y Benjamin, 1997). Versión española (SCID-II, First et al., 1999).	Se puede usar de dos formas: categorialmente (presente o ausente) y dimensionalmente en una escala de 0-2, con una duración de 45 a 90 minutos. Aplicable a adultos.	Evalúa todos los trastornos de la personalidad. Basada en DSM-IV Eje II.
Trastornos de Personalidad Borderline DIB-R (Zanarini et al., 1989). Versión española (Barrachina et al., 2004).	186 ítems. Entrevista semiestructurada. Permite diagnosticar.	Evalúa 22 características de la personalidad límite (desesperanza crónico, desvalorización, culpa, ideación paranoide, mutilación, preocupación por el abandono...). 3 subescalas: inestabilidad, autoimagen, afectividad.

2.2. Evaluación Dimensional

Frente a un diagnóstico categorial, como ya hemos contemplado, se encuentra la opción dimensional que pretende cuantificar a lo largo de un continuo el grado en el que un sujeto presenta una determinada sintomatología. No todos los expertos están de acuerdo con una concepción categorial de los TP y abogan por una más exacta evaluación cuantitativa dentro de un continuo (Krueger, Skodol, Livesley, Shrout y Huang, 2007). Recientemente, se asienta la tendencia a considerar que los TP deberían evaluarse dimensionalmente, porque es necesario cuantificar su gravedad y no sólo su presencia (Cabella, 2001; Costa y Widiger, 2002; O'Connor, 2002; Skodol et al., 2005) y también porque se distribuyen los sujetos según la curva normal y esto permite cuantificar el grado de desadaptación de un individuo en relación con los otros, cuestión relevante, puesto que, como ya hemos dicho, los trastornos de personalidad son esencialmente una desadaptación psicosocial. La sintomatología, como ya hemos señalado, se puede presentar en distintas áreas: conductual, cognitiva, social y emocional. Por tanto los instrumentos que se elaboran para la evaluación de los TP exploran estos campos escogiendo los ítems que hacen referencia a ellos.

Para que se tenga una idea de que es lo que se pregunta en estos cuestionarios vamos a recoger una serie de ítems referidos a cada tipo de TP: grupo A (Tabla 4.6), grupo B (Tabla 4.7) y grupo C (Tabla 4.8).

Tabla 4.6. *Ítems Específicos para la Evaluación de los TP del Grupo A (Raros, Excéntricos).*

Paranoide	Esquizoide	Esquizotípico
«La gente tiene intención de dañarme».	«¿Por qué debo estar cerca de la gente?».	«¿Crees oír voces que te dan órdenes?»
«Si confío en la gente, tendrán ventaja sobre mí».	«Importa poco estar cerca de otros».	«¿En ocasiones sientes que vuelas?»
«La gente intenta fastidiarme o irritarme».	«Yo soy mi mejor amigo».	«¿Crees que tus amigos podrían matarte?»
«Yo no estoy mal, ellos están mal».	«Tengo que estar tranquilo, y evitar exponerme a emociones embarazosas e innecesarias».	
	«El sexo está bien pero solo para liberarse».	

Tabla 4.7. *Ítems Específicos para la Evaluación de los TP del Grupo B (Exteriorizados).*

Antisocial	Borderline	Histriónico	Narcisista
«Las normas de otros son malas».	«Estoy muy inseguro de mí mismo».	«Las apariencias son muy importantes».	«Yo tengo mi camino en cada interacción».
«Solo los tontos siguen las normas».	«Tiendo a abandonarme».	«La gente juzga por las apariencias externas».	«Nadie debe frustrar mi búsqueda de placer y status».
«Las normas tienen que eliminarse».	«Mi dolor es tan intenso que yo no puedo soportarlo».	«Yo debo tener la atención de la gente importante para mí».	«Yo soy más especial que los demás».
«¡Miradme: soy el mejor!».	«Mi cólera domina mi conducta, no puedo controlarla».	«Mi vida nunca debe frustrarme».	«Yo solamente quiero que la gente diga lo especial que soy».
«Lo primero para mí es el placer».	«Mis sentimientos me arrollan no puedo con ellos».	«Yo debo tener siempre lo que quiero».	«Yo debo de admirarme».
«Si otros sufren por mi conducta es su problema».	«Él/Ella es muy agraciado y muy bueno o muy desagraciado o malo».	«Las emociones hay que expresarlas rápida y directamente».	«Una vez que deseo algo, debo tenerlo».
«¡Tiene que ser ahora, sino me frustraré!».	«Cuando sea desbordado, yo debo de escapar (e.g., en el suicidio)».	«El atractivo es lo más importante de mí mismo».	
«Tengo que tener cualquier cosa que desee».			
«Yo soy muy listo en casi todo».			

Tabla 4.8. Items Específicos para la Evaluación de los TP del Grupo C (Interiorizados).

Evitativos	Dependiente	Obsesivo-Compulsiva
<p>«Tengo que tener afecto».</p> <p>"Debo de parecer tonto cuando la gente me mira".</p> <p>«El mundo es un lugar peligroso».</p> <p>«Yo tengo que tener el apoyo de otros para estar seguro».</p> <p>«Aislarse es mejor que exponerse al daño que puedan hacerte otros».</p> <p>«Toda crítica es mala y condenable».</p> <p>«Tengo que tener garantías absolutas de que voy a ser aceptado por la gente».</p>	<p>«No puedo funcionar sin el apoyo de otros».</p> <p>«No puedo vivir sin el apoyo y consejos de otros».</p> <p>«Es probable que me equivoque si hago las cosas solo».</p> <p>«Estoy acabado si otros me abandonan».</p> <p>«Necesito tener gente cerca».</p> <p>«Si estoy solo puedo sufrir daño».</p> <p>«Trabajar con otros es mejor que trabajar solo».</p>	<p>«Hay que tener reglas severas en la vida».</p> <p>«Hay que tener en cuenta los detalles, ya que ello reduce los errores».</p> <p>«Una persona se define por lo que hace».</p> <p>«Debo ser el mejor en cada tarea que emprenda».</p> <p>«Las reglas deben seguirse sin alteración».</p> <p>«Nunca se deben tirar las cosas que tengan algún valor».</p> <p>«Las emociones deben ser controladas».</p>

2.2.1. Evaluación Dimensional Genérica

Normalmente el proceso de evaluación recomienda comenzar por un instrumento genérico. Esta es una estrategia que, en primer lugar, permite confirmar la hipótesis generada en la entrevista de recepción y por otra nos ofrece la posibilidad de detectar algún otro tipo de perturbación que no fuese patente en el primer contacto.

Las conocidas escalas genéricas de personalidad como el MCMI y el MMPI tienen subescalas de TP y pueden ser usadas para la confirmación del diagnóstico de los mismos (Morey, Waugh y Blassfield, 1985).

También, una prueba de personalidad como el NEO-R, ha resultado ser especialmente útil y buena predictora de los TP (Lawton, Shields y Oltmanns, 2011). Todos estos instrumentos los tenemos adaptados al español (ver Tabla 4.9).

Tabla 4.9. Instrumentos de Amplio Espectro para la Evaluación de los TP.

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Inventario Clínico de la Personalidad de Millon MCMI-III (Millon, Davis y Millon, 1997; Tellegen, 1982; Tellegen et al., 2008). Adaptación española, Sanchez-López et al. (2007).	La última adaptación española que consta de 175 elementos con 4 escalas psicométricas, 7 escalas clínicas y tres síndromes de gravedad. Posee 10 escalas para el eje I, 8 escalas de Eje II y tres niveles de gravedad. Aplicable a adultos.	Escalas del Eje II: Esquizoide, Evitativo, Depresivo, Dependiente, Histriónico, Narcisista, Antisocial, Agresivo, Compulsivo, Negativista, Autodestructivo, Esquizotípico, Límitrofe, Paranoide, siguiendo el DSM-IV TR.
Inventario Multifásico de Personalidad MMPI-2-RF (Ben-Porath y Tellegen, 2008, Ed. Española, 2009).	Consta de 338 ítems, corrección electrónica y consume 45', es aplicable a adultos.	Escalas de Personalidad: 2º orden Alteraciones Emocionales, Alteraciones del Pensamiento, Alteraciones del Comportamiento o Exteriorizadas.
Inventario de Personalidad NEO-PI-R (Costa y McCrae, 2010).	Se compone de 240 ítems y puede dar información de seis facetas diferentes de cada uno de sus 5 factores.	Factores: Neuroticismo, Extroversión, Apertura, Amabilidad, Responsabilidad.

2.2.2. Cuestionarios de Evaluación Específica

Evidentemente es conveniente consolidar los datos de un instrumento genérico con la aplicación subsiguiente de un cuestionario específico de trastornos de personalidad que, por otra parte, proporciona una posible validez concurrente. Tenemos disponibles algunos que cubren este campo:

- Índice de Millon de Estilos de Personalidad **MIPS** (*Millon Index of Personality Styles*; Millon, 1994; Millon et al., 2006). Permite la evaluación de trastornos de personalidad autoinformada en un breve tiempo alrededor de 20'. Posee unas escalas específicas para los trastornos de personalidad que incluyen a su vez diferentes subescalas: Esquizotipia (S1. Autoimagen Paranoide, S2. Autismo Cognitivo, S3. Representaciones Caóticas); Borderline (C1. Temperamento Lábil, C2. Relaciones Interpersonales Paradójicas, C3 Autoimagen Dudosa) y Paranoide (P1. Desconfianza Cognitiva, P2. Impulsividad Defensiva, P3. Mecanismos de Proyección).
- Cuestionario de Evaluación de la Personalidad **CEPER** (Caballo y Valenzuela, 2002). Es un autoinforme construido en España, que ofrece una medida dimensional de los trastornos de personalidad. Está compuesto por 150 elementos (4 de sinceridad). Se contesta en una escala de siete puntos que va desde 0 (nada característico de mí) hasta 6 (muy característico de mí). Se usan ítems que cubren los criterios del DSM-IV. La escala proporciona información sobre 14 estilos personales: Paranoide, Esquizoide, Esquizotípico, Histriónico, Narcisista, Antisocial, Límite, Evitativo, Dependiente, Compulsivo, Pasivo-agresivo, Sádico, Autodestructivo y Depresivo.

- Inventario Psicopatológico Revisado **PCL-R** (*Psychopathy Checklist-Revised*; Hare, 2011). Tiene especial interés puesto que acaba de publicarse en su adaptación española (Moltó, Poy y Torrubia, 2011) con dos factores, Interpersonal/Afectivo y Desviación social, y cuatro subescalas o facetas (Interpersonal, Afectiva, Estilo de vida, Antisocial). Este instrumento se aplica sólo a adultos y sobre la entrevista de Hare. Consta sólo de 20 ítems con una escala de 0-2 que permite ponderar la intensidad de la conducta psicopática. Su fiabilidad y validez es adecuada y semejante a la original.
- Entrevista para la Evaluación de la Personalidad **PAI** (*Personality Assessment Interview*; Morey, 2011). Se compone de 344 ítems, es aplicable solo a adultos. Tiene una duración de 45' y posee 11 escalas clínicas con 28 subescalas derivadas, 4 escalas de validez y 5 orientadas a la planificación del tratamiento.
- Cuestionario de Diagnóstico de Personalidad **PDQ-4** (*Personality Diagnostic Questionnaire*; Hyler, 1994). Está compuesto por 99 ítems que se contestan sí o no. Evalúa trastornos Paranoide, Esquizoide, Esquizotípico, Antisocial, Borderline, Histrionico, Narcisista, Evitativo, Dependiente y Obsesivos-Compulsivos. Tiene una adaptación española (Calvo, Gutierrez, Andiñ, Caseras, Torrubia y Casas, 2012). También existe una adaptación para población adolescente (Fonseca, Paino y Lemos, 2012).
- Inventario de Adjetivos para la Evaluación de los Trastornos de Personalidad, **IA-TP** (Tous, Pont y Muiños, 2005). Se basa en la clásica descripción de sí mismo mediante adjetivos y con ello se han obtenido 8 escalas de personalidad (Introvertida, Inhibida, Cooperadora, Sociable, Confiada, Convincente, Respetuosa y Sensible) y una más clínica para la evaluación de su intensidad. Es aplicable a adolescentes y adultos.
- Cuestionario del Factor General de Personalidad **GFPQ** (Amigó, Caselles y Micó, 2010). Presenta un solo factor de personalidad que funda las bases patológicas de la misma. Tiene 20 ítems, 10 de introversión y 10 de extraversión.
- Cuestionario de Personalidad Esquizotípica **SPQ** (*The Schizotypal Personality Questionnaire*; Raine, 1991). Es un cuestionario autoaplicado de 74 ítems de contestación sí o no. Posee adaptación española (Grasa, Norte, Benito, Ginch, Torrubia y Barbanoj, 2004).
- Índice de Severidad de Problemas de Personalidad **SIPP-118** (*Severity Indices of Personality Problems*; McGlasham et al., 2005; Verheul et al., 2008). Hay también una adaptación adolescente (Feenstra, Hutsebaut, Verheul y Busschbach, 2011). Evalúa Autocontrol, Integración de Identidad, Capacidad de Reacción, Responsabilidad y Tolerancia.

Vamos a listar algunas de las entrevistas y cuestionarios para mostrar la cantidad y variedad existentes (Tabla 4.10). Los instrumentos de evaluación comenzaron en la década de los ochenta a la sombra del DSM-III y el mayor número de ellos aparece en los noventa, pero siguen gestándose y previsiblemente aparecerán nuevas revisiones de los listados cuando el DSM-5, por fin, se edite.

Tabla 4.10. Otras Entrevistas y Cuestionarios para la Evaluación de TP.

Entrevistas
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Personality Disorders Interview (PIQ; Widiger, 1982) (PDI-IV; Widiger, 1992).</i> ▪ <i>Personality Disorders Exam (PDE; Loranger, 1987).</i> ▪ <i>Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118; Verheul et al., 2008).</i> ▪ <i>Structured Interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV; Pfohl, 1983; Pfohl, Blum y Zimmerman, 1997).</i> ▪ <i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II; Spitzer y Williams, 1985; First, Spitzer, Gibbon, Williams y Benjamin, 1996).</i> ▪ <i>Diagnostic Interview Borderline Revised (DIB-R; Zanarini, 1989).</i> ▪ <i>Diagnostic Interview for Narcissistic (DIN); Diagnostic Interview for Narcissism (DIDPD) (Gunderson, 1990; 1994).</i>
Cuestionarios Específicos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Psychopathy Checklist (PCL); Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) (Hare, 1980; Hare et al., 1991, 2003, 2011).</i> ▪ <i>Escala para la Evaluación del Trastorno de Personalidad Antisocial (ETAPA; Aluja, 1986).</i> ▪ <i>Relationship Questionnaire (RQ; Bartolomew y Horowitz, 1991).</i> ▪ <i>The Schizotypal Personality Questionnaire (SPQ; Raine, 1991).</i> ▪ <i>Dimensional Personality Pathology—Basic Questionnaire (DAPP-BQ; Livesley y Jacskon, 2009; Livesley y Jang, 2002).</i> ▪ <i>Millon Inventory Personality Scale (MIPS; Millon, 1994; Millon et al., 2006).</i> ▪ <i>Cuestionario de Personalidad (CEPER; Caballo y Valenzuela, 2002).</i> ▪ <i>McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorders (MSI-BPD; Zanarini et al., 2000).</i> ▪ <i>Professional Manual for the Psychopathic Personality Inventory (PPI). Versión revisada PPI-R (Lilienfeld, 1996, Lilienfeld y Widows, 2005).</i> ▪ <i>Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP; Westen, et al., 2006; Westen y Shedler, 2007).</i> ▪ <i>Computerized Adaptive Test of Personality Disorders (CAT-PD; Simms, Goldberg, Roberts, Watson, Welte y Rottermen, 2011).</i> ▪ <i>Índices de Severidad de Problemas de Personalidad, Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118, Mc Glas- ham et al., 2005; Verhuel et al., 2008), 118 ítem, para adolescentes. Evalúa Autocontrol, Integración de Identidad, Capacidad de Reacción, Responsabilidad, Tolerancia.</i>
Cuestionarios Genéricos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Emotionality-Activity-Sociability-Impulsivity Survey (EASI; Buss y Plomin, 1984).</i> ▪ <i>Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ-4; Hyler, 1994).</i> ▪ <i>Minnesota Multifasic Personality Inventory (MMPI-2; Ben-Porath y Tellegen, 2008; 2009).</i> ▪ <i>Personality Assesment Scale (PAS; Tyrer y Alexander, 1979).</i> ▪ <i>Inventario de Personalidad NEO-R (Costa y McCrae, 1992).</i> ▪ <i>Tridimensional Personality disorders (TPQ; Cloninger, et al., 1991).</i>

(continúa)

Cuestionarios Genéricos

- *Personality Assessment Inventory (PAI; Morey, 2011)*. Versión española TEA-ediciones.
- *Multidimensional Personality Questionnaire-Brief Form (MPQ-BF; Patrick, Curtin y Tellegen, 2002)*. Shedler-Westen Assessment Procedure-200 (**ISWAP-200; Westen y Shedler, 1999**).
- *Dimensional Assessment of Personality Pathology B Basic Questionnaire (DAPP-BQ; Livesley y Jank, 2002; Livesley, 2007)*.

3 EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DE UN CASO Y PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO (ADVERTENCIAS PARA LA GENERACIÓN DEL DIAGNÓSTICO)

Por lo que acabamos de exponer, es evidente que la evaluación debe comenzar por la utilización de un instrumento genérico que nos permita la localización precisa del problema. En nuestro caso los tres instrumentos presentados son adecuados, pero el que realmente puede dar una información más precisa es el Inventario de Personalidad de Millon. El segundo paso sería aplicar, si se confirmase la hipótesis de partida, un cuestionario específico que bien pudiera ser el CEPER (Caballo y Valenzuela, 2002), puesto que ha sido elaborado para población española. Cuando ya se han obtenido los datos de la evaluación hay que comenzar su análisis. Para comenzar, se ha de advertir que hay que atender a múltiples facetas en el diagnóstico de los TP. A los criterios internos que constituyen la esencia del trastorno, a las circunstancias o criterios externos que forman parte de los desencadenantes y, por último, al nivel de adaptación del sujeto. Todo ello ha de ser tomado en cuenta para hacer un buen diagnóstico. Por otra parte hay que hacer hincapié en el carácter duradero de este trastorno por lo tanto solo, si la sintomatología perdura más de un año, puede hacerse realmente un diagnóstico de TP. Como hemos visto los TP consisten en una desadaptación al entorno, por tanto, cuando se elabora este tipo de diagnóstico, el clínico ha de estar absolutamente seguro de que no se trata de los problemas derivados de un proceso de adaptación necesaria a acontecimientos extraordinarios, en cuyo caso se trataría de un trastorno de ajuste. También hay que poner especial atención a lo que puede suceder con individuos procedentes de otras culturas, puesto que, cuando se trata de diagnosticar a sujetos inmigrados, hay que tener en cuenta que su desadaptación puede no ser personal sino cultural. Hay que poner sumo cuidado en aquilatar este tipo de diagnóstico en estas circunstancias.

En segundo lugar hay que advertir de la gran comorbilidad que acompaña a los TP, por tanto es muy frecuente que en un mismo sujeto se den dos o más tipos de estos trastornos, puesto que son tendientes a aparecer conjuntamente. Se deben tomar decisiones en orden a la estabilidad, adaptación y flexibilidad que el sujeto presente. Desde el punto de vista de la evaluación, se ha criticado esta excesiva comorbilidad, puesto que se interpreta como una falta de precisión de los instrumentos, por una parte, y del modelo de partida, por otra (Bornstein, 2011). Se debe dar el diagnóstico en el orden

de importancia que se haya encontrado a partir de la sintomatología evaluada. Cuando aparezcan síntomas mezclados hay que analizarlos cuidadosamente para decidir cuál de ellos es más potente no sólo en orden a una claridad diagnóstica sino para una mejor orientación del tratamiento. Además, a ello se une la semejanza entre algunos de ellos para lo que hace falta atender a los criterios diferenciales.

En tercer lugar, es imprescindible tener presente que es posible confundir un tipo de TP con su homólogo de trastorno clínico del Eje I. La edad de aparición (aunque esto parece que se va a transformar si se parte de DSM-5), la intensidad de la interferencia con la vida cotidiana y su duración son los elementos que más fácilmente permiten una discriminación. Podríamos sostener que, frente a los trastornos del Eje I, los TP son más estables, más globales y más tolerables para el sujeto que los padece. Por otra parte, existen criterios discriminativos en algunos de ellos, el TP Esquizotípico puede confundirse con esquizofrenia o con trastorno afectivo con síntomas psicóticos, pero éstos se acompañan de delirios y alucinaciones y los TP no (Widiger y Shea, 1991). Por tanto, la existencia o no de alucinaciones se convierte en un criterio discriminativo.

En la tabla que sigue (Tabla 4.11) se subrayan las diferencias diagnósticas entre los trastornos del Eje I y el II que pudieran confundirse diagnósticamente.

Tabla 4.11. *Diagnóstico Diferencial entre los Trastornos del Eje I y el Eje II.*

	Trastornos Clínicos (Eje I)	Trastornos Personalidad (Eje II)
T. Paranoide vs Paranoia	Con delirios y alucinaciones	Sin ellas
T. Esquizoide vs Esquizofrenia	Con delirios y alucinaciones	Sin ellas
T. Esquizotípico	Con delirios y alucinaciones	Sin ellas
T. Antisocial vs T. disocial	Comienzo precoz	Comienzo tardío, uso sustancias
T. Límitrofe vs T. afectivos	Comorbilidad con ansiedad	Comorbilidad con T. de alimentación
T. Evitativo vs Fobia social	Nivel ansiedad más alto	Edad de aparición
T. Dependiente	Comienzo precoz	Comienzo tardío
T. Obsesivo-Compulsivo	Con compulsiones	Sin compulsiones

Hay cuestiones que también han de ser tenidas en cuenta, como por ejemplo, el trastorno Narcisista, frente a otros trastornos de personalidad similares, no incluye impulsividad ni agresión; en los trastornos antisociales, la edad de comienzo es 18 años y se diferencia de los trastornos de conducta que empiezan a los 15. En todos los TP hay que constatar que esa conducta no se da exclusivamente durante un episodio de Esquizofrenia o Manía.

Hay autores que disienten respecto a un establecimiento de claras fronteras entre TP y los diagnósticos posibles en el Eje I (Gunderson y Pollack, 1983) e incluso sostienen que su distinción puede crear más problemas que soluciones en algunos casos (Widiger y Shea, 1991).

Los últimos estudios recomiendan hacer tres niveles de evaluación: una primera estimación de la severidad, que es la que tiene un poder predictivo mayor, una determinación de estilos de personalidad y una evaluación de los rasgos de personalidad (Hoppwood et al., 2011). Todo ello permite un mejor diagnóstico y por ende una mejor planificación del tratamiento.

Se propone también el uso de instrumentos combinados para corroborar la precisión del diagnóstico, por ejemplo el Inventario Clínico de la Personalidad de Millon MCMI y la Entrevista Clínica Estructurada SCID (García y Deus, 2010)

Cuando se quieren integrar y comparar posibles diagnósticos se pueden combinar las características personales con los criterios esenciales de cada TP dando lugar a los perfiles más característicos (Tabla 4.12)

En esta tabla (Tabla 4.12) se puede observar con facilidad, como diferentes estilos personales acumulan unos síntomas u otros de los diferentes trastornos (Gunderson y Ronningstam, 2001). A pesar de que los TP tienen fama de trastornos permanentes, se ha constatado una mejoría del 50% en los pacientes sometidos a psicoterapia (Perry et al., 1999), lo que indica que la permanencia se da en la inacción, pero que son trastornos sensibles a la intervención. Por tanto, es esencial, para tener en cuenta la evaluación de la eficacia de la intervención, la repetición de la evaluación tras el tratamiento con los mismos instrumentos que se aplicaron en la primera evaluación y esto es estrictamente recomendable. Por otro lado, se aconseja también dilatar el período de seguimiento dada la tendencia a la permanencia de este tipo de trastorno.

Tabla 4.12. Rasgos de Personalidad y Criterios Esenciales.

CRITERIOS	RASGOS				
	Afecto Negativo	Desvinculación	Antagonismo	Deshinibición	Psicoticismo
Labilidad emocional	X				
Ansiedad	X				
Inseguridad de separación	X				
Perseveración	X				
Sumisión	X				
Hostilidad	X		X		
Contención afectiva	-X	X			
Depresión	X	X			
Susplicacia	X	X			
Introversión		X			
Anhedonia		X			
Evitación de intimidad		X			
Manipulación			X		
Decepción			X		
Grandiosidad			X		
Búsqueda de atención			X		
Dureza			X		
Irresponsabilidad				X	
Impulsividad				X	
Rigidez perfeccionista				-X	
Diatraibilidad				X	

(continúa)

CRITERIOS	RASGOS				
	Afecto Negativo	Desvinculación	Antagonismo	Deshinibición	Psicoticismo
Excesivo riesgo				X	
Creencias raras					X
Excentricidad					X
Irregularidades de pensamiento y percepción					X

3.1. Fiabilidad

Con las dificultades de discriminación diagnóstica que hemos visto se hacen especialmente importantes las características psicométricas de los instrumentos que hemos presentado.

Como resumen al uso de entrevistas, hay que hacer la salvedad de que la correlación diagnóstica entre distintos expertos con la misma entrevista, así como entre diferentes entrevistas para la evaluación de los trastornos de personalidad es baja. Las entrevistas estructuradas usadas por diferentes evaluadores, correlacionan entre sí alrededor de una media de 0.40; las estructuradas con las clínicas, sobre una media de 0.30; y las entrevistas estructuradas con cuestionarios alrededor de una media de 0.27 (Clark, Livesley y Morey, 1997). Como puede verse no son cifras tranquilizadoras.

La evaluación de los trastornos de personalidad *borderline* o limítrofe tienen especiales dificultades. Un estudio longitudinal, usando la DIPD, demostró que, en el transcurso de un año, sólo la inestabilidad de relaciones interpersonales e ideas de suicidio, mostraban una estabilidad adecuada. Esto para un trastorno que se considera estable en el tiempo muestra una baja eficiencia del instrumento (Grilo et al., 2007). Las entrevistas tienen así dificultades funcionales, por exigir demasiado tiempo para su administración, y además por carecer de una alta fiabilidad. En el caso de la DIPD, la fiabilidad entre distintos aplicadores es de 0.68. La fiabilidad test-retest con intervalo de una semana es de 0.69.

Los autoinformes presentan ventajas respecto del tiempo de aplicación y su fiabilidad es convergente (Widiger, 1992; Widiger, 2002).

Con los instrumentos específicos obtenemos mejores cifras en fiabilidad. Por ejemplo, la fiabilidad del CEPER (Caballo y Valenzuela, 2002), obtenida mediante el alfa de Cronbach es de 0.97 y por correlación entre dos mitades 0.91. En un último trabajo el CEPER-III parece mejorada su fiabilidad obtenida por correlación entre dos mitades 0.93. (Caballo, Guillén, Salazar y Urutia, 2011). El PDQ-4 en su adaptación española tiene un alfa total de 0.90 (Calvo, Gutierrez, Andión, Caseras, Torrubia y Casas, 2012).

Otro de los cuestionarios específicos el SPQ, en su versión española (Grasa, Norte, Benito, Ginch, Torrubia y Barbanoj, 2004) tiene también una buena consistencia interna, 0.90.

3.2. Validez

La validez concurrente en trastornos de personalidad es difícil de conseguir. Normalmente se parte de varias fuentes, para evitar el maquillaje que cada uno puede ofrecer en la narración de su vida, sobre todo cuando se trata de un TP, que tiende a la magnificencia, como en el caso del narcisista o el paranoide, por ejemplo. Sin embargo hay que hacer hincapié en que, como siempre ocurre, la concordancia entre distintas fuentes no es alta, en el caso de TP la correlación entre el paciente y su esposa alcanza 0.33 a pesar de la convivencia estrecha y larga (South, Oltmanns, Johnson y Turkheimer, 2011). Con el *Millon Clinical Personality Inventory-III* (Cardenal, Sánchez y Ortiz, 2007; Millon, Davis y Millon, 1997) se ha comprobado que la concordancia diagnóstica interjueces utilizando el instrumento es buena, las cifras más altas son 81% para TP Dependiente y 79% para TP Obsesivo y la más baja, 44% para TP Negativista.

La validez concurrente del *CEPER* (Caballo y Valenzuela, 2002), obtenida con el Millon oscila entre 0.68 y 0.30 según distintas escalas; la única que se mantiene por debajo de lo adecuado es la Esquizoide (0.19), pero mejora en el *CEPER-III* puesto que alcanza 0.50 y 0.72. El SPQ en su versión española (Grasa et al., 2004) tiene también una aceptable validez concurrente con el SCID 0.69. El PDQ-4 en su adaptación española tiene una validez concurrente con el TCI de 0.30 a 0.73 según distintas escalas (Calvo et al., 2012).

Es evidente que con los instrumentos cuantitativos es más fácil obtener unos resultados más constantes.

4 PROPUESTA DE UN PROTOCOLO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Probablemente un diagrama podría ser la guía más clara para abordar la secuencia más adecuada ante la hipótesis de que nos enfrentamos con un caso de TP (ver Figura 4.1). Se debe comenzar por analizar cuidadosamente la primera entrevista para tomar la decisión de formular la hipótesis de trabajo que nos permita iniciar una toma de datos precisa.



Figura 4.1. *Secuencia diagnóstica en los casos de TP.*

Es conveniente la confirmación con las personas de referencia y, con el sujeto, la existencia de los síntomas detectados y la duración de los mismos. Se debe entonces elaborar un plan de intervención acorde con las expectativas del cliente y con el consejo técnico del experto. Con todo ello se elabora un informe en donde se subrayen los puntos fuertes y débiles que puedan orientar la intervención, así como una planificación de evaluaciones del proceso de intervención. Los instrumentos adecuados para ello son normalmente los mismos con los que se ha realizado la evaluación específica ya que es en donde se concretan más precisamente las conductas sobre las que se ha de actuar.

RESUMEN

Como hemos expuesto anteriormente los TP son un tipo de trastorno de difícil diagnóstico puesto que la sintomatología no es clara ni intensa, además de producirse una alta tasa de comorbilidad que siempre complica la discriminación diagnóstica. Sin embargo se poseen medios para someter el proceso diagnóstico a pruebas suficientes para salir de esta confusión. El primer camino es acudir a los sistemas diagnósticos para localizar el tipo de sintomatología precisa y característica de todo trastorno. La experiencia muestra que el juicio clínico categorial tiene una débil fiabilidad y validez diagnóstica, por lo que sería más adecuado recurrir a entrevistas estructuradas que recogen los criterios formulando cuestiones que cubren cada uno de ellos. Con las entrevistas estructuradas podemos alcanzar ya un grado de certidumbre en la elaboración del diagnóstico. Sin embargo, si buscamos un grado de precisión mayor, deberíamos de acudir a cuestionarios objetivos con características psicométricas adecuadas como los que más arriba se han presentado y que alcanzan los más altos niveles de fiabilidad y validez. Con ello podemos prepararnos para capturar esta forma de perturbación huidiza. Se han de analizar con detención dos cuestiones. La primera evitar la confusión de un TP con un trastorno clínico parecido que figure en el Eje I. La segunda evitar confundir los distintos TP entre si, como se muestra en la Tabla 4.11 y 4.12 del texto aparecen apoyos para evitar estos frecuentes errores.

Por último recordar que para hacer un diagnóstico de TP es esencial tener en cuenta dos cuestiones temporales: la edad de comienzo y la duración de la alteración.

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

- 1) Un trastorno de personalidad: a) se presenta precozmente; b) se presenta en la adolescencia; c) se presenta en edad adulta.
- 2) Los TP son: a) transitorios; b) de duración media; c) de larga duración.
- 3) El uso de criterios diagnósticos respecto del uso de cuestionarios es: a) más fiable; b) menos fiable; c) igual de fiable.
- 4) La dificultad para tomar decisiones es un criterio propio de: a) personalidad dependiente; b) personalidad evitativa; c) personalidad obsesivo-compulsiva.
- 5) El *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R) es aplicable a: a) niños; b) adolescentes; c) adultos.

Soluciones: 1b; 2c; 3b; 4a; 5c

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Caballo, V. E. (2006). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.
- Cervera, Haro, G., & Martínez, J. (2005). *Trastorno límite de Personalidad*. Madrid: Médica Panamericana.
- Baca, E., Vallejo, J., Leal, C., Cervera, S., & Giner, J. (2011). *Trastornos de personalidad*. Madrid: Arán.

Evaluación de los Trastornos de Ansiedad

5

Miguel Ángel Carrasco Ortiz

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

1 Introducción

- 1.1. Descripción de los Principales Trastornos de Ansiedad
- 1.2. Epidemiología y Curso
- 1.3. Factores Etiológicos y Factores Asociados

2 Evaluación para la Delimitación del Problema: Contrastación de Hipótesis Diagnósticas

- 2.1. Instrumentos de Evaluación Utilizados: Descripción y Evidencias de Fiabilidad y Validez
 - 2.1.1. Entrevistas Estructuradas
 - 2.1.2. Escalas de Puntuación
- 2.2. Diagnóstico Diferencial
- 2.3. Comorbilidad

3 Evaluación para la Conceptualización del Caso y la Planificación del Tratamiento

- 3.1. Evidencias de Fiabilidad y Validez para la Evaluación de la Conceptualización del Caso

4 Evaluación para el Tratamiento, su Progreso y los Resultados de la Intervención

5 Propuesta de un Protocolo para la Evaluación de los Trastornos de Ansiedad

RESUMEN

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

- Identificar los principales indicadores de los diferentes trastornos de ansiedad para su diagnóstico.
- Conocer los instrumentos indicados para el diagnóstico, conceptualización y evaluación de la eficacia del tratamiento de los trastornos de ansiedad.
- Ser capaz de describir las características de aquellos instrumentos y las dimensiones principales que evalúan.
- Realizar un análisis crítico de las evidencias de validez sobre los instrumentos estudiados.
- Componer una selección de los instrumentos más adecuados para la evaluación de los trastornos de ansiedad.
- Ser capaz de identificar los instrumentos según la fase del proceso de evaluación a implementar.

1 INTRODUCCIÓN

1.1. Descripción

Los trastornos de ansiedad son una de las alteraciones emocionales más comunes en la población tanto adulta (Kessler, Berglund, Demler, Jin y Walters, 2005; Kessler et al., 2007) como infantil (e.g., Morris y March, 2004; Ollendick y March, 2004). Genéricamente, este grupo de trastornos puede ser entendido como el conjunto de alteraciones desadaptadas de una reacción emocional normal y necesaria que se traduce en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, y al que subyace todo un correlato reactivo del sistema nervioso autonómico y cognitivo, caracterizado fundamentalmente por la anticipación de un peligro o amenaza (Spielberger, Pollans y Worden, 1984). La elevada intensidad y frecuencia de esta reacción emocional como su interferencia en el funcionamiento adaptativo de las personas en su vida cotidiana es lo que le confiere la cualidad de trastorno o alteración patológica.

De acuerdo con la clasificación del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR, APA, 2002) bajo este grupo de trastornos se incluyen las siguientes alteraciones: crisis de angustia, agorafobia, trastorno de angustia con y sin agorafobia, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático, trastorno de estrés, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, además del trastorno inducido por sustancias y el trastorno de ansiedad no especificado. Siguiendo lo que será la futura clasificación DSM V (APA, 2012) se tratarán como trastornos con entidad propia e independientes de los trastornos de ansiedad, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno de estrés postraumático. Se incluye también bajo el epígrafe de los trastornos de ansiedad, el trastorno de ansiedad de separación recogido en la sección de trastornos en la infancia del DSM-IV-TR.

1.2. Epidemiología y Curso

La prevalencia de los trastornos de ansiedad en población adulta varía según el tipo de alteración de la que se trate. En población adulta, pueden oscilar desde el 1 al 13% aproximadamente (APA, 2000; Kessler et al., 2005). En población infantil y adolescente la prevalencia ha sido estimada en población general entre el 5 y el 10% (Anderson, Williams, McGee y Silva, 1987). Los trastornos más prevalentes son las fobias específicas y las fobias sociales, seguidas del trastorno de ansiedad generalizada. El menos frecuente parece ser el trastorno de pánico sin agorafobia (Sandín y Chorot, 2010). En relación con las tasas de prevalencia por sexos, las chicas informan de más altos e intensos niveles de ansiedad en la población normativa, subclínica y clínica. No obstante, las tasas de prevalencia por sexos varían en función del tipo de trastorno (McLean, Asnaani, Litz y Hofmann, 2011; Silverman y Carter, 2006), destacando las diferencias entre sexos en la agorafobia y las fobias específicas.

El periodo de edad en el que la mayoría de los trastornos de ansiedad se inician es entre los 6 y 21 años. Suelen tener un inicio más temprano las fobias específicas, la fobia social y, obviamente, el tras-

torno de ansiedad de separación (Kessler et al., 2005). Es importante matizar, que en la infancia es frecuente la presencia de miedos transitorios o evolutivos, muchos de los cuales remiten antes de llegar a la adolescencia sin que adquieran la entidad de fobias específicas (Valiente, Sandín y Chorot, 2003b).

1.3. Factores Etiológicos y Factores Asociados

Son muchos los factores que están implicados en los problemas de ansiedad. Probablemente, son múltiples las vías que generan una alteración concreta de ansiedad, indicando las complejas transacciones entre los diferentes factores que están en la base de este tipo de problemas. Entre los principales factores vinculados a la ansiedad, destacan:

Factores familiares y genéticos. Gran parte de las personas que padecen un trastorno de ansiedad informan de antecedentes familiares, lo que sugiere tanto la posible presencia de factores genéticos como la transmisión intergeneracional mediante pautas de aprendizaje o patrones relacionales desde la familia de origen (Last, Hersen, Kazdin, Orvaschel y Perrin, 1991). Estudios de gemelos sugieren que alrededor del 33% de la varianza en la ansiedad infantil es debida a influencias genéticas (Eley, 2001).

Factores temperamentales. Dimensiones temperamentales, tales como la afectividad negativa, el neuroticismo o la inhibición conductual se han hallado como factores que aumentan el riesgo de aparición de los trastornos de ansiedad así como el aumento de la probabilidad de ser heredados (Lonigan, Vasey, Philips y Hazen, 2004). La inhibición conductual ha sido uno de los factores que ha recibido mayor atención (Kagan, 1997), especialmente entre los niños que han mostrado este rasgo de una manera más estable desde la niñez hasta la adolescencia (Turner, Beidel y Wolff, 1996).

Exposición a acontecimientos estresantes e incontrolables. La exposición e incontrolabilidad de acontecimientos vitales estresantes se ha asociado con la aparición de trastornos de ansiedad, principalmente en la infancia (Weems, Silverman, Rapee y Pina, 2003).

Influencia del aprendizaje. Consistentemente con los principios de condicionamiento procedentes de la psicología del aprendizaje, un gran porcentaje de personas que han tenido historias de condicionamiento directo o indirecto presentan miedos o fobias a determinados estímulos (Ollendick y King, 1991). No obstante, es importante señalar que existen personas que, aun habiendo experimentado experiencias traumáticas con determinados estímulos, no desarrollan problemas fóbicos (Vernberg, La Greca, Silverman y Prinstein, 1996). Esto sugiere que no es condición necesaria para la aparición de un trastorno de ansiedad la experiencia previa de experiencias aversivas. Lo que parece ocurrir es que la aparición de episodios traumáticos de condicionamiento interactúa con factores predisponentes o de vulnerabilidad (e.g, temperamento, historia de aprendizaje). En realidad, un porcentaje muy reducido de los niños que presentan una fobia ha experimentado un condicionamiento directo (Field, 2006).

Procesos sociales e interpersonales. Entre los procesos sociales e interpersonales cabe destacar, la influencia de los iguales y de la familia (La Greca, 2001). Factores que se han asociado con estas influencias han sido la pobreza, la psicopatología de los padres o la exposición a experiencias traumáticas, las cuales pueden aumentar la vulnerabilidad al desarrollo de trastornos de ansiedad (Dick-Nieder-

hauser y Silverman, 2004). Desde la Teoría del Apego, los niños identificados con un apego inseguro tienen más probabilidad de manifestar un trastorno de ansiedad (Warren, Huston, Egeland y Sroufe, 1997) y a presentar una mayor sensibilidad a la ansiedad (Weems, Berman, Silverman y Rodríguez, 2002). El sobrecontrol, la sobreimplicación o la conducta intrusiva por parte de los padres también se ha asociado con la presencia de trastornos de ansiedad en los niños (Whaley, Pinto y Sigman, 1999). Estas actitudes parentales parecen dificultar, por una parte, el aprendizaje del afrontamiento directo de las situaciones que generan miedo a los niños; y por otra, la transmisión del mensaje de que determinados estímulos son amenazantes o peligrosos (Vasey y Ollendick, 2000).

Sesgos cognitivos y distorsiones. Los trabajos sobre el procesamiento de la información han encontrado que existen una variedad de sesgos relacionados con los problemas de ansiedad, tales como la focalización atencional sobre las señales amenazantes (Vasey, Daleiden, Williams y Brown, 1995), la interpretación de las situaciones ambiguas como amenazantes (Dadds, Barret, Rapee y Ryan, 1996), la interpretación de las sensaciones de ansiedad como peligrosas y con graves consecuencias (Ollendick, 1998; Silverman y Weems, 1998), las expectativas de autoeficacia (Bandura, 1977), o las expectativas de pánico, ansiedad y sensibilidad a la ansiedad (Reiss, 1991).

Tabla 5.1. Descripción de los Principales Trastornos de Ansiedad.

Tipo de Trastorno	Descripción
Ansiedad de Separación	Ansiedad relacionada con la separación de figuras de referencia del niño.
Pánico sin Agorafobia	Aparición recurrente de episodios intensos de miedo o molestia bien inesperados o bien señalados por una estimulación específica, con preocupación y quejas respecto a nuevos ataques o a sus implicaciones.
Pánico con Agorafobia	Trastorno de pánico junto con agorafobia. La ansiedad se eleva en situaciones donde escapar o recibir ayuda/auxilio puede resultar difícil.
Agorafobia	Reacciones de miedo intenso acompañado de evitación ante situaciones donde escapar o recibir ayuda/auxilio puede resultar difícil (estar solo, lugares masificados, espacios cerrados, etc...).
Fobia Específica	Reacciones de miedo intenso acompañado de evitación injustificada ante determinados objetos o situaciones (animal, ambiental, sangre-inyección, situaciones).
Fobia Social	Reacciones de miedo intenso o vergüenza acompañada de evitación a situaciones sociales en las que la persona está expuesta a desconocidos y/o puede ser evaluada y enjuiciada.
Ansiedad Generalizada	Ansiedad persistente con preocupación excesiva sobre diversos contenidos y de difícil control acompañada de moderados síntomas somáticos.

2 EVALUACIÓN PARA LA DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS

Para la identificación de un problema específico de ansiedad y su diagnóstico se han utilizado fundamentalmente las entrevistas estructuradas, cuando se trata de un diagnóstico categorial; y las escalas de puntuación, cuando se pretende realizar un diagnóstico dimensional. En esta sección abordaremos ambos tipos de técnicas de evaluación.

2.1. Instrumentos de Evaluación Utilizados: Descripción y Evidencias de Fiabilidad y Validez

2.1.1. Entrevistas Estructuradas

Descripción

Las entrevistas estructuradas o semiestructuradas son las herramientas de elección para realizar un diagnóstico clínico. Diferentes entrevistas han sido desarrolladas para la evaluación de los trastornos de ansiedad tanto en niños como en adultos. En el caso de los niños (Tabla 5.2), la entrevista para la evaluación específica de los trastornos de ansiedad es la ADIS (*Anxiety Disorders Interview Schedule*; Silverman y Albano, 1996; Silverman, Saavedra y Pina, 2001) diseñada a partir de los criterios diagnósticos DSM-IV en sus dos versiones, una para niños (ADIS-C) y otra para padres (ADIS-P). Otras entrevistas estructuradas que pueden ser usadas para el diagnóstico de estos trastornos son la DISC-IV para niños (*Diagnostic Interview Schedule for Children*; Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan y Schwab-Stone, 2000 a y b), la DICA para niños y adolescentes (*Diagnostic Schedule Interview*; Herjanic y Reich, 1982; Reich, 2000); la Entrevista K-SADS (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children*; Ambrosini, 2000); Entrevista de Evaluación Psiquiátrica para Niños y Adolescentes CAPA (*The child and adolescent psychiatric Assessment*; Angold, 1994; Angold y Costello, 2000) para niños (CAPA-N) y otra para padres (CAPA-P); y la entrevista para niños y adolescentes ISCA (*The Interview Schedule Children and Adolescents*; Kovacs, 1997; Sherrill y Kovacs, 2000). La mayoría de estas entrevistas poseen versiones para niños y para padres, y permiten evaluar no sólo trastornos de ansiedad sino gran parte de las alteraciones recogidas en los manuales diagnósticos. En español, hasta la fecha, están disponibles las entrevistas ADIS (Silverman, Albano y Sandín, 2001), DICA (Ezpeleta, de la Osa, Doménech, Navarro y Losilla, 1995; 1997) y DISC-IV (Bravo et al., 2001).

Tabla 5.2. Principales Características de las Entrevistas Diagnósticas para Niños y Adolescentes.

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Entrevista Diagnóstica Estructurada para niños, DISC (Costello et al., 1984) y su versión más reciente NIMD, DISC-IV (NIMD, Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan y Schwab-Stone, 2000 a y b).	Versión autoinformada de 9 a 17 años (DISC-Y) y versión para padres de niños de 6 a 17 años (DISC-P). 264 elementos organizados en diferentes módulos. Preguntas si/no. Tiempo estimado 60'-120'.	Explora los trastornos infantiles del Eje I del DSM-III-R y DSM-IV.
Entrevista Diagnóstica para niños y Adolescentes DICA (Reich, Leacock y Shanfeld, 1997; Reich, 2000). Versión española Ezpeleta et al. (Ezpeleta, de la Osa, Doménech, Navarro y Losilla, 1995; 1997).	Diseñada para niños de 6-17 años. Tres versiones, una para padres (DICA-P), otra para niños (DICA-C) y otra para adolescentes (DICA-A). 247 elementos. Organizada en módulos diagnósticos. Preguntas si/no. Tiempo 60'-120'.	Explora los trastornos infantiles del Eje I del DSM-III-R y DSM-IV.
Entrevista de Evaluación Psiquiátrica para Niños y Adolescentes CAPA (<i>The child and adolescent psychiatric Assessment</i> , Angold, 1994; Angold y Costello, 2000).	Consta de dos versiones, una para niños (CAPA-N) y otra para padres (CAPA-P). Se organiza en diferentes áreas de funcionamiento y en módulos diagnósticos. Preguntas ausencia/presencia. Tiempo estimado 60' (niños); 60' (padres).	Grado de interferencia sobre el funcionamiento cotidiano. Síndromes clínicos según los criterios diagnósticos DSM-III-R, DSM-IV y CIE-10.
Entrevista para Niños y Adolescentes ISCA (<i>The Interview Schedule Children and Adolescents</i> . Kovacs, 1997; Sherrill y Kovacs, 2000).	Existen tres versiones adaptadas a padres o niños sintomatología actual (ISCA-Current); sintomatología a lo largo de la vida (ISCA-Lifetime); Seguimiento (FISA). Gradiente de intensidad desde 0 «ausencia» hasta 8 «síntoma grave». Tiempo estimado 45-90' (niños); 120' (padres).	Dirigida a la evaluación de síntomas clínicos.
Entrevista para el Diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad en Niños según el DSM-IV ADIS-IV (Silverman, Albano y Sandín, 2001)*.	Versión para padres (ADIS-IV:P) y para niños (ADIS-IV). Se compone de bloques de preguntas agrupadas en los diferentes trastornos de ansiedad. Contiene preguntas si/no y escalas de gravedad e interferencia en el funcionamiento graduadas de 0 a 8. Tiempo 2-3 horas.	Trastornos de ansiedad de acuerdo con la clasificación del DSM-IV. Además incluye secciones para evaluar otros trastornos del estado de ánimo, abuso de sustancias y trastornos somatomorfos.

Nota: * Altamente recomendados para el diagnóstico de los problemas de ansiedad.

En cuanto a las entrevistas estructuradas para adultos (Tabla 5.3), además de la entrevista para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad (ADIS-M; DiNardo, Brown y Barlow, 1994; DiNardo, O'Brien, Barlow, Waddell y Blanchard, 1983) traducida al español por Valiente, Sandín y Chorot (2003a) que evalúan específicamente los trastornos de ansiedad se pueden mencionar, la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*; OMS, 1993); Entrevista SCID-I (versión investigación; First, Spitzer, Williams y Gibbon, 1995) y SCID-CV (versión clínica; First, Spitzer, Williams y Gibbon, 1997; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 2002), y su versión SADS-LA que se incluye en la entrevista SADS (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*) para los trastornos afectivos y la esquizofrenia (Endicott y Spitzer, 1978). Estas entrevistas son más complejas y requieren previo entrenamiento para su administración.

Tabla 5.3. Principales Características de las Entrevistas Diagnósticas para Adultos.

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta CIDI (<i>Composite International Diagnostic Interview</i> ; OMS, 1993).	Adultos. Contiene preguntas sondeos y preguntas diagnóstico agrupadas por cada tipo de trastornos.	Proporciona un diagnóstico según criterios DSM-IV y CIE-10. Diseñada originalmente para legos entrenados con fines epidemiológicos.
Entrevista SCID-I* (versión investigación) (First, Spitzer, Williams y Gibbon, 1995) y SCID-CV (versión clínica) (First, Spitzer, Williams y Gibbon, 1997).	Adultos. 9 módulos diseñados para 9 áreas de psicopatología. Contiene preguntas sondeo y preguntas específicas para cada trastorno. Escala de respuesta: 1 (falsa), 2 (subumbral), 3 (umbral). Tiempo 45-90'.	Diseñadas para el diagnóstico de las alteraciones psicopatológicas según los criterios DSM-IV. La primera (SCID-I) tiene fines de investigación y explora minuciosamente cada alteración. La segunda (SCID-CV), es para usos clínico y explora las alteraciones más frecuentes.
Entrevista para los Trastornos Afectivos y Esquizofrenia SADS (<i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia</i>) (Endicott y Spitzer, 1978). Versión SADS-LA (anxiety).	Tiempo 90-120'. Requiere extenso entrenamiento.	Estudio específico de los trastornos de ansiedad: estado clínico presente e historia psicopatológica anterior. Basada en el RDC (Research Diagnostic Criteria), catálogo de 25 alteraciones clínicas definidas en base a criterios operacionales desarrollado por autores pertenecientes al movimiento neo-kraepeliniano).
Entrevista para el Diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad ADIS-M (DiNardo, O'Brien, Barlow, Waddell y Blanchard, 1983; Valiente, Sandín y Chorot, 2003a)*.	Preguntas «sí o no» y preguntas con escala tipo Likert de 8 puntos.	Se trata de una entrevista estructurada con similar formato al anterior, que agrupa diferentes preguntas correspondientes a los distintos criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad recogidos en el DSM-IV.

Nota: * Altamente recomendados para el diagnóstico de los problemas de ansiedad.

Evidencias de Fiabilidad y Validez para el Diagnóstico Mediante Entrevistas Estructuradas

A pesar de que las entrevistas diagnósticas estructuradas son escasamente utilizadas por los clínicos, son las medidas más fiables y válidas para la realización de un diagnóstico categorial (Miller, 2001; Miller, Dasher, Collins, Griffiths y Brown, 2001). De las entrevistas mencionadas, se han mostrado buenas evidencias de validez y fiabilidad para la DICA (Reich, 2000), la DISC-IV (Shafer et al., 2000), la CAPA (Angold y Costello, 2000) y la ISCA (Sherrill y Kovacs, 2000). De todas estas entrevistas, la ADIS es la que se ha diseñado específicamente para la evaluación de los trastornos de ansiedad y es la entrevista de elección para este tipo de trastornos.

Diferentes trabajos aportan evidencias de validez para la ADIS tanto en la versión para padres como para niños (Weems, Silverman, Saavedra, Pina y Lumpkin, 1999; Wood, Piacentini, Bergman, McCracken y Barrios, 2002). Wood et al., (2002) encontraron adecuadas evidencias de validez concurrente en niños y adolescentes atendidos en un servicio de salud mental, los cuales estaban evaluados de fobia específica, ansiedad de separación, ansiedad generalizada y trastorno de pánico. La entrevista ADIS ha mostrado igualmente una elevada correspondencia con los factores que proporciona la Escala Multidimensional para la Ansiedad en niños y adolescentes MASC (March, Parker, Sullivan, Stallings y Conners, 1997). Su fiabilidad se ha documentado con valores próximos y superiores a .70 tanto en niños como en adultos. No obstante, no es una buena medida para diferenciar entre niveles de agorafobia.

La validez de la entrevista estructurada CIDI ha sido cuestionada en diferentes estudios para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad (Antony, Downie y Swinson, 1998; Summerfeldt y Antony, 2002) aunque su concordancia con los diagnósticos de ansiedad realizados con la SCID son buenos (Kessler et al., 2005). Se le ha criticado su elevada rigidez y estandarización lo que impide, en muchas ocasiones, realizar preguntas para clarificar cuestiones diagnósticas que puedan plantearse.

La entrevista SADS ha mostrado claras evidencias de fiabilidad (Rogers, 2001) en numerosos estudios y de fiabilidad interjueces (Endicott y Spitzer, 1978). A pesar de sus buenas propiedades, no es la entrevista más utilizada para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad y pocos trabajos han estudiado específicamente sus propiedades psicométricas para este tipo de trastornos.

De las entrevistas anteriores la ADIS, por su especificidad y calidad psicométrica, es la entrevista más recomendadas para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad y en segundo lugar, la SCID por la acumulación de adecuadas evidencias psicométricas que también ha mostrado en el diagnóstico de los trastornos de ansiedad (Hunsley y Mash, 2008). La utilidad clínica de ambas se ha valorado muy positivamente.

2.1.2. Escalas de Puntuación

Descripción

Las escalas de puntuación son una alternativa a las entrevistas para la consecución de un diagnóstico. Más bien, su objetivo es establecer un diagnóstico dimensional en función de la significación de las puntuaciones obtenidas de acuerdo con los baremos poblacionales de la prueba. Entre las escalas de puntuación podemos diferenciar dos tipos:

- a) *Escalas globales u «omnibus»*. Son aquellas escalas de puntuación que incluyen una medida general de ansiedad centrada en diferentes síntomas o dimensiones más que en los criterios diagnósticos de un trastorno específico. Son utilizadas para la identificación de un posible trastorno de ansiedad o para la delimitación de la intensidad o frecuencia de los síntomas de un diagnóstico establecido. Algunas de las escalas globales más conocidas para la evaluación de la ansiedad se recogen en la tabla 5.4.

Tabla 5.4. Escalas de Puntuación Global para la Evaluación de la Ansiedad.

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo para Adultos STAI (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970). Versión Infantil STAIC .	Individual o colectiva. 20 ítems. Escala Likert 3 niveles. Niños y adultos según versión.	Ansiedad Estado (ansiedad transitoria) y Ansiedad Rasgo (propensión a la ansiedad).
Escala Revisada de Ansiedad Manifiesta para Niños CMAS-R (Reynolds y Richmond, 1985).	Individual o colectiva. 37 ítems. Escala si/no. 6-19 años.	Puntuación global de ansiedad y por escalas. 5 Dimensiones: fisiológica, preocupación/hipersensibilidad, inquietud/concentración social y mentira/deseabilidad social.
Escala Multidimensional de Ansiedad para Niños MASC* (March, Parker, Sullivan, Stallings y Conners, 1997).	Individual o colectiva. 39 ítems. Escala Likert 4 niveles. 8-18 años.	Cuatro dimensiones: síntomas físicos, evitación del daño, ansiedad social y ansiedad de separación.
Escala para los Trastornos Emocionales Relacionados con la Ansiedad-Revisada SCARED-R* (Muris, Merckelbach, Schmidt y Mayer, 1999).	Individual o colectiva. 66 ítems. 8-18 años. Escala Likert 3 puntos.	Puntuación total. Siete dimensiones: ansiedad de separación, ansiedad generalizada, trastorno de pánico, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, estrés postraumático y fobia específica.
Cuestionario de Ansiedad Infantil CAS (Gillis, 1980, 1992).	Individual o colectiva. 6-8 años. 20 ítems. Escala de respuesta presencia (1) ausencia (0).	Puntuación total y dos factores. F1 = emocionalidad/excitabilidad; F2 = retraimiento/dependencia. Clasifica en nivel bajo, medio o alto de ansiedad.
Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad ISRA (Tobal y Cano, 1994).	Individual o colectiva. 224 ítems: 22 situaciones y 24 respuestas representativas. A partir de 16 años.	Frecuencia de distintas reacciones de ansiedad ante diferentes situaciones. 4 dimensiones de ansiedad: ante la evaluación, interpersonal, fóbica y vida cotidiana.

Nota: * Altamente recomendados para el diagnóstico de los problemas de ansiedad.

b) *Escalas específicas.* Estas escalas de puntuación son aquellas que permiten identificar un trastorno particular o alguna de sus dimensiones. Son escalas más próximas al diagnóstico categorial sin llegar a proporcionarlo.

Dentro de las escalas más específicas, se destacan a continuación las más utilizadas en cada uno de los trastornos de ansiedad estudiados:

- Para la fobia específica y la fobia social, muchas de las escalas que se han diseñado para valorar la severidad de estas alteraciones, tales como el Inventario de Ansiedad y Fobia Social SPAI (Turner et al., 1989, 1996); el Inventario de Fobia Social SPIN (Connor et al., 2000); la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz LSAS (Liebowitz, 1987); el Cuestionario de Miedo a las Serpientes FSQ (Klorman et al., 1974); el Inventario de Ansiedad Dental DAI (Stouthard et al., 1993); el Cuestionario de Claustrofobia CLQ (Radomsky et al., 2001; versión española Martínez, García y Botella, 2003); Cuestionario de Miedos FQ (Marks y Mathews, 1979) o el Inventario de Miedos Revisado para Niños FSSC-R (Ollendick, 1983; Ollendick et al., 1989).
- Para el trastorno de pánico y la agorafobia, la Escala de Gravedad de Trastorno de Pánico PDSS (*Panic Disorder Severity Scale*; Shear et al., 1992, Shear et al., 1997) o el Cuestionario de Fobia y Pánico de Albania APPQ (*Albany Panic and Phobia Questionnaire*; Rapee et al., 1994/1995; Novy et al., 2001).
- Para el trastorno de ansiedad generalizada, el Cuestionario de Ansiedad y Preocupación WAQ (Dugas, Freeston, Lachance, Provencher y Ladouceur, 1995; Ibáñez et al., 2000).
- Para el trastorno de ansiedad de separación puede utilizarse el Cuestionario de Ansiedad por Separación de Inicio Temprano CASIT (González, Méndez e Hidalgo) el Cuestionario de Ansiedad por Separación en la infancia versión para niños (CASI-N) y versión para padres (CASI-P) de Espada, Méndez, Orgilés e Hidalgo. Todos ellos disponibles en Méndez, Mireira, Espada, García y González (2008). Además de la Escala para la Evaluación de la Ansiedad por separación SAAS de Eisen, Hahm, Hajinlian, Winder y Pincus (Eisen y Shaefer, 2005).

Es importante resaltar que estas escalas proporcionan un diagnóstico dimensional centrado en la gravedad de los síntomas y que requieren ser completadas con criterios temporales y diferenciales para establecer un diagnóstico categorial acorde a los sistemas de clasificación al uso. El lector comprobará que todos estos instrumentos también se utilizan para la conceptualización de los casos y la evaluación del tratamiento.

Evidencias de Fiabilidad y Validez para el Diagnóstico Mediante Escalas de Puntuación

Las escalas de puntuación han mostrado, en general, adecuadas propiedades psicométricas. La mayoría de las escalas aquí recogidas cuentan con una elevada consistencia interna y adecuada fiabilidad test-retest, además discriminan entre sujetos con y sin ansiedad.

Las escalas CMAS-R y STAIC discriminan acertadamente entre niños con trastornos de ansiedad y sin trastornos de ansiedad (Seligman, Ollendick, Langley y Baldaci, 2004). Cuando se pretende discriminar entre trastornos, estas escalas diferencian correctamente entre trastornos de ansiedad y proble-

mas de conducta, no obstante, estas mismas escalas muestran un elevado solapamiento en el perfil correspondiente a niños con trastornos de ansiedad respecto de aquellos que padecen un trastorno con déficit de atención e hiperactividad (TDAH) o un trastorno emocional. Por lo que en estos casos, las evidencias de validez discriminativa son parciales.

En cuanto a las escalas MASC y SCARED, además de su alta consistencia interna y su capacidad discriminativa entre sujetos con y sin trastornos de ansiedad, muestran mejores niveles de discriminación entre diferentes trastornos de ansiedad (Muris, Merckelbach, Ollendick, King y Bogie, 2002). Por otra parte, las correlaciones con el Inventario de Depresión Infantil CDI son muy altas. Por tanto, la discriminación de estas medidas para los problemas de conducta, el TDAH y la depresión es limitada, especialmente para estas dos últimas alteraciones.

En relación con la especificidad (verdaderos negativos) y sensibilidad (verdaderos positivos) de las escalas, en general, las escalas disponibles hasta este momento tienden a seleccionar más falsos positivos que verdaderos positivos (Costello y Angold, 1988) y su capacidad para identificar ciertos trastornos de ansiedad es limitada, principalmente en varones (Dieker et al., 2001).

Entre las escalas de puntuación, destacan para el diagnóstico, tanto por sus propiedades psicométricas como por su utilidad clínica, FSSC-R, MASC y SPAIC, todas ellas para niños. Para el diagnóstico de las fobias ninguna escala de puntuación ha llegado aún a proporcionar suficientes garantías para realizar el diagnóstico. En el caso del trastorno de pánico, la Escala de Gravedad del Trastorno de Pánico PDSS (Shear et al., 1992) puede ser de utilidad clínica para el diagnóstico, especialmente por la información sobre los diferentes aspectos que aporta sobre este trastorno. Por último, para la ansiedad generalizada puede contribuir adecuadamente al diagnóstico, el Cuestionario de Ansiedad y Preocupación WAQ (Dugas et al., 1995).

2.2. Diagnóstico Diferencial

Dado el solapamiento que se produce entre los diferentes trastornos, el diagnóstico de una alteración particular no siempre es claro, incluso cuando utilizamos una entrevista diagnóstica estructurada. Sin pretender detallar todos los posibles diagnósticos diferenciales que podrían aparecer cuando evaluamos sintomatología ansiosa, se recogen en la Tabla 5.5 las principales diferencias entre los solapamientos más frecuentes que se producen en el diagnóstico de un trastorno de ansiedad (Tabla 5.5).

Tabla 5.5. Diagnóstico Diferencial en la Evaluación de los Trastornos de Ansiedad.

Trastornos Ansiedad	Diferencial
Trastorno de Ansiedad Debido a Enfermedad Médica.	Problemas de tiroides, alteraciones cardiacas.
Trastornos de Ansiedad Inducido por Sustancias.	No consume sustancias que generen efectos fisiológicos de ansiedad (e.g., cocaína, cannabis, anfetás, cafeína). Ni ha abandonado bruscamente depresores (ej., alcohol, barbitúricos).
Trastorno de Pánico y Agorafobia.	Identificar los ataques de pánico (AP) en el contexto de otros trastornos (carácter situacional): TOC, TEPT... Importante identificar la presencia de AP inesperados y/o las situaciones relacionadas. Diferenciar de: a) Trastorno dismórfico corporal (preocupación por la apariencia); b) Fobia social o específica (inquietud por un objeto o situación concretas); c) Episodio depresivo mayor (pensamientos catastróficos); d) TAG (preocupación versus obsesión); e) Hipocondría (no obsesiones ni rituales); f) Trastorno delirante no especificado/ esquizofrenia (conciencia de enfermedad); g) Trastorno tics o movimientos estereotipados (no vinculación con obsesiones); h) Supersticiones o comportamientos repetidos (consumo alcohol, parafilias, pautas para comer).
Trastorno de Ansiedad Generalizada.	Atender al contenido de las preocupaciones y los pensamientos para diferenciar los distintos trastornos: sociales (Fobia Social), objetos específicos (Fobia Específica), separación (Ansiedad de Separación), evento traumático (TEPT); pensamientos intrusivos egodistónicos en forma de urgencias con imágenes e impulsos (TOC).
Fobia Específica y Fobia Social.	Diferenciar de : a) Trastorno de angustia con agorafobia (Ataque de pánico se limita a situaciones sociales); b) Trastorno ansiedad separación (temor es a ser separado de cuidadores o padres); c) Trastornos generalizados del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad (falta de interés por los demás no miedo social); d) Trastorno de personalidad por evitación (a veces son equiparables-advertir diagnóstico adicional); e) Ansiedad que suscita hablar en público, escenarios, timidez en reuniones sociales (malestar e interferencia más leve).
Ansiedad de Separación	Diferenciar de: Trastorno de ansiedad generalizada (ansiedad resulta de la separación respecto del hogar y de las personas vinculadas); Trastorno de angustia (ansiedad no se refiere a la incapacidad que genera una crisis de angustia inesperada); T disocial (la ansiedad por la separación no es la responsable del absentismo escolar y el niño acostumbra estar fuera de casa); Fobia social o Estado de ánimo (la negativa a ir a la escuela se explica mejor por estas alteraciones); Trastornos psicóticos (si aparecen experiencias perceptivas inusuales suelen basarse en una percepción errónea de un estímulo real y son reversibles ante una persona vinculada).

2.3. Comorbilidad

La presencia conjunta de dos o más alteraciones es bastante frecuente en el caso de los trastornos de ansiedad y especialmente en los niños y adolescentes. Las tasas de comorbilidad estimadas para niños y adolescentes en este tipo de trastornos es del 91% en población clínica y por encima del 70% en población general (Wittchen, Nelson y Lachner, 1998). Entre adultos, la comorbilidad asociada a los trastornos de ansiedad también es muy elevada, concretamente se estima que la comorbilidad entre trastornos de ansiedad puede alcanzar porcentajes entre el 30 y 80% (Kessler, Angermeyer, Anthon et al., 2007; Slade, Johnston, Oakley Browne, Andrews y Whiteford, 2009). La fobia específica es el trastorno que más aparece de forma conjunta con otros trastornos de ansiedad y la ansiedad generalizada el que menos. Entre el conjunto de trastornos conocidos, la depresión es el síndrome que mayores tasas de comorbilidad presenta con los trastornos de ansiedad (Barlow, 1988; Maser y Cloninger, 1990).

3 EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO Y LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO

Con el objetivo de realizar una conceptualización del caso que guíe las decisiones sobre la planificación del tratamiento es necesario evaluar aquellas variables relevantes que la investigación ha encontrado que están relacionadas con los trastornos de ansiedad. La identificación y evaluación de estas variables debe responder al conjunto de hipótesis que pueden explicar la aparición de un trastorno de ansiedad. Los instrumentos administrados para ello deberán contrastar la formulación de estas hipótesis. En las sucesivas tablas se incluyen los principales aspectos a evaluar para el diseño de una intervención y alguno de los instrumentos diseñados para ello.

Las diferentes teorías que han tratado de explicar los trastornos de ansiedad han destacado variables específicas que parecen estar implicadas en los mecanismos de origen y mantenimiento de estas alteraciones (para una revisión ver; Caballo, Salazar y Carrobles, 2011; Rodríguez-Testal y Mesa, 2011; Sandín, 2010b).

En el trastorno de pánico (Tabla 5.6), se han destacado variables relevantes tales como la aprensión ansiosa centrada en las sensaciones somáticas ante la aparición de alarmas (Barlow, 1998), la sensibilidad a la Ansiedad (Reiss, 1991) y la interpretación catastrófica de determinadas señales. Estas variables se han asociado con el elevado miedo a las sensaciones corporales y somáticas que experimentan estas personas bajo la creencia de que dichas sensaciones son perjudiciales y peligrosas (Clark, 1986; McNally, 1994). Los pensamientos sobre la pérdida de control y la falta de autoeficacia percibida en el afrontamiento del miedo (Casey, Oei y Newcombe, 2004) son otro de los componentes implicados en este tipo de trastorno. Dado que en muchas ocasiones el trastorno de pánico se acompaña de agorafobia, a las variables anteriores se añaden otros elementos que deben ser evaluados, a saber: la gravedad fóbi-

ca a determinados espacios y el grado de malestar suscitado, y las diferentes estrategias de evitación a situaciones temidas, tanto activas como encubiertas. Es claro el papel de la evitación en el mantenimiento de la ansiedad (Eysenck, 1985; Kimmel y Brennan, 1981; Mowrer, 1960). La evitación mantiene las respuestas de ansiedad mediante reforzamiento negativo y mediante la interrupción de los procesos de extinción y habituación que permitirían su desaparición. De ahí la importancia de evaluar, la evitación a las situaciones temidas, los problemas de movilidad o las conductas de seguridad (formas encubiertas o indirectas de evitación). La falta de autoeficacia percibida para enfrentar el problema y exponerse a las condiciones estímulares temidas es también un importante facilitador de la evitación.

Tabla 5.6. *Variables Relevantes e Instrumentos para la Conceptualización del Trastorno de Pánico (Contrastación para las Hipótesis de Conceptualización).*

Trastorno de Pánico (Hipótesis de Conceptualización)		
Hipótesis	Instrumentos	Dimensiones y Características
Sensibilidad Ansiedad: creencia de que las sensaciones de ansiedad son perjudiciales.	Inventario de Sensibilidad a la Ansiedad ASI**/** (Reiss et al., 1986; Sandín et al., 1996).	16 ítems. Preocupación física; incapacidad mental; preocupación social.
Miedo a las sensaciones corporales y somáticas.	Cuestionario de Sensaciones Corporales BSQ**/** (Chambles, Caputo, Bright y Gallagher, 1984).	18 ítems. Sensaciones somáticas experimentadas.
Pensamientos sobre pérdida de control, posibilidad de padecer una enfermedad grave (anticipaciones «catastrofistas»).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas ACQ**/** (Chambles et al., 1984). ▪ Autorregistros. 	14 ítems. Cogniciones relacionadas con la pérdida de control y preocupación física.
Gravedad fóbica a determinados espacios y grado de malestar.	Cuestionario de Miedos FQ**/** (Marks y Mathews, 1979).	24 ítems. Subescalas: agorafobia, sangre/daño, fobia social; ansiedad/depresión; valoración global de síntomas fóbicos.
Evitación a situaciones temidas, problemas de movilidad.	Inventario de Movilidad para Agorafobia MI (Chambless, Caputo, Jasin, Gracely y Williams, 1985).	Gravedad de la evitación solos o acompañados.
Frecuencia y malestar de los síntomas, evitación e interferencia social.	Escala de Gravedad del Trastorno de Pánico PDSS* (Shear et al., 1992).	Frecuencia malestar de síntomas; 7 áreas: frecuencia, distress, ansiedad anticipatoria, miedos agorafóbicos e interoceptivos, conducta de evitación, interferencia social y laboral. Escala de respuesta de 0 a 4. Tiempo 15 minutos.

(continúa)

Trastorno de Pánico (Hipótesis de Conceptualización)		
Hipótesis	Instrumentos	Dimensiones y Características
Evitación conductual; Situación, cognición (expectativas de ansiedad, pensamientos catastrofistas) y emociones (nivel de ansiedad 0-10).	Test conductuales y Autorregistros en vivo.	Programación de un itinerario en coche, autobús o a pie por diferentes lugares de una ciudad. Registro de Unidades Subjetivas de Ansiedad.
Conductas de Seguridad.	Escala de Conductas de Seguridad de Texas TSMS (Kamphuis y Telch, 1988).	Listado de conductas realizadas ante las situaciones temidas.
Autoeficacia Percibida.	Cuestionario de Autoeficacia para el Control de un Ataque de Pánico SE-SCAQ (Gauthier, Bouchard, Côté, Laberge y French, 1993).	Sensación de autoeficacia experimentada al enfrentar una situación temida en una escala de 0-10.
Gravedad e intensidad de síntomas fóbicos y de pánico.	Cuestionario de Fobia y Pánico de Albania APPQ (Rapee et al., 1994/1995; Novy et al., 2001).	Grado de miedo imaginado en una situación dada. Áreas: agorafobia, fobia social e interoceptiva. Escala de respuesta de 0 (no miedo) a 8 (miedo extremo).

Nota: * Altamente recomendados para el diagnóstico; ** altamente recomendados para la conceptualización; *** Altamente recomendados para la evaluación del tratamiento.

El trastorno de ansiedad generalizada (Tabla 5.7) se ha explicado a partir de componentes biológicos, conductuales y cognitivos fundamentalmente. La preocupación característica de este tipo de trastornos se ha entendido como una estrategia de evitación cognitiva, tanto de la activación psicofisiológica como de las imágenes mentales de contenido aversivo que la persona experimenta (Borkoveck, 1994). Esta evitación refuerza negativamente la preocupación e impide que se produzca una extinción de la ansiedad al interrumpir la exposición continuada a la estimulación aversiva. Otros de los mecanismos implicados en el mantenimiento de la preocupación que el evaluador debe explorar son: por una parte, la valoración positiva que la persona realiza sobre las preocupaciones como un medio de afrontamiento o solución de problemas (Borkoveck y Roemer, 1995) y, por otra, las creencias negativas sobre los riesgos de preocuparse, el miedo a que ocurra lo que temen o la pérdida de control (Wells, 1999). La primera («preocuparse es bueno») apoya la conducta rumiadora y la refuerza, y la segunda («la preocupación es perjudicial») genera una elevada intolerancia a la preocupación que induce al incremento de la ansiedad. Esta intolerancia a la preocupación, está relacionada con uno de los elementos de vulnerabilidad cognitiva vinculados a la preocupación y la intolerancia a la incertidumbre (Koerner y Dugas, 2008), la cual se traduce en un grupo de creencias negativas concretas (e.g. «La incertidumbre es estresante y molesta»; «Los acontecimientos inesperados son negativos y deben ser evitados») (Buhr y Dugas, 2002).

Tabla 5.7. Variables Relevantes e Instrumentos para la Conceptualización del Trastorno de Ansiedad Generalizada (Contrastación para las Hipótesis de Conceptualización).

Trastorno Ansiedad Generalizada (Hipótesis de de Conceptualización)		
Hipótesis	Instrumentos	Dimensiones y Características
Gravedad de los síntomas acordes a un TAG: ansiedad y preocupación.	Cuestionario de Ansiedad y Preocupación WAQ* (Dugas, Freeston, Lachance, Provencher y Ladoucer, 1995; Ibáñez et al., 2000).	6 áreas de preocupación. 16 ítems. Escala Likert de 9 puntos. Incluye 4 ítems sobre intolerancia a la incertidumbre, supresión de pensamientos, orientación hacia el problema y perfeccionismo.
Gravedad de los síntomas acordes a un TAG.	Cuestionario de Preocupación del Estado de Pensilvania PSWQ**/*** (Meyer, Miller, Metzger y Borkevic, 1990).	16 ítems. Likert 1-5. Intensidad y gravedad de los síntomas asociadas a la preocupación.
Interferencia en la satisfacción y calidad de vida.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de Calidad de Vida QLQ**/*** (Leger, Freeston, Dugas, & Ladoucer, 1998). 	31 ítems. 8 dominios: salud, familia, actividad, finanzas, comunidad, trabajo, metas y seguridad.
	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de Calidad de Vida QOLI**/*** (Frish, 1994). 	17 ítems: incluye diferentes dominios: felicidad global y satisfacción.
Pensamientos positivos sobre la preocupación y su justificación.	Cuestionario Por qué Preocuparse WW-II**/*** (Wells y Carter, 1999; Freeston et al., 1994).	25 ítems. 5 subescalas: facilita solución problemas; ayuda y motiva; protege de dificultades; previene resultados negativos; es un rasgo de personalidad.
Creencias negativas sobre la incertidumbre y sus implicaciones.	Escala de Intolerancia a la Incertidumbre IUS**/*** (Dugas y Robichaud, 2007; Adaptado Gonzalez et al., 1998).	27 ítems. Likert 5 puntos. E.g., Tener incertidumbre significa que eres raro, que eres desorganizado...
Tendencia a ver los problemas como amenazas, dudar sobre la habilidad de uno para resolverlos, ser pesimista sobre los intentos de solución.	Cuestionario de Orientación a Problemas negativos NPOQ**/*** (Gosselin, Ladouceur y Pelletier, 2005).	12 ítems. Likert 5 puntos. Reacciones y pensamientos ante la confrontación de determinados problemas.
Supresión de pensamientos y evitación cognitiva que contribuye a la preocupación incontrollable.	<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de Evitación Cognitiva CAQ**/*** (Gosselin et al., 2002). 	25 ítems. 5 subescalas. Supresión; sustitución neutral o positiva; distracción; Evitación acciones/situac.; transformación imágenes en pensamientos.
	<ul style="list-style-type: none"> • Inventario de Supresión de Pensamientos WBSI (Wegner y Zanakos, 1994; Ibáñez et al., 1998). 	15 ítems. Likert 5 puntos.

Nota: * Altamente recomendados para el diagnóstico; ** altamente recomendados para la conceptualización; *** Altamente recomendados para la evaluación del tratamiento.

Desde los modelos explicativos de las fobias específicas (Tabla 5.8), la evaluación de estos trastornos enfatizan la identificación de las condiciones estímulares (objetos, situaciones) que disparan las reacciones fóbicas, las conductas de evitación implicadas en el mantenimiento de estas reacciones (Eysenck, 1985; Kimmel y Brennan, 1981; Mowrer, 1960) y las cogniciones relativas a las distorsiones (e.g., anticipaciones catastróficas) o a las expectativas de peligro y ansiedad (McNally, 1994; Reiss, 1991).

En la conceptualización de la fobia social (Tabla 8) se han identificado desde variables temperamentales como la inhibición conductual (Kagan, 1997; Turner, Beidel y Wolff, 1996), hasta factores biográficos relativos a las experiencias sociales negativas (e.g., ridiculizaciones, rechazo escolar) o la presencia de un apego inseguro en la infancia (Warren, Huston, Egeland y Sroufe, 1997). Todas ellas se han señalado como responsables fundamentales de la sensibilización de estas personas a las interacciones interpersonales y, consecuentemente, a la adquisición de una elevada ansiedad social. La excesiva focalización de la atención en las señales sociales, la elevada sensibilidad a estas señales y la percepción de las situaciones sociales como amenazantes o peligrosas son procesos cognitivos que también se han asociado con el padecimiento de este tipo de fobia (Zinbarg y Barlow, 1996). Bien por la evitación reiterada a las experiencias sociales, bien por una inadecuada socialización, es frecuente observar en estas personas escasas habilidades sociales que le permitan un desempeño asertivo y adecuado para el manejo de las situaciones sociales (Vernberg, Abwender, Ewell y Beery, 1992). Por tanto, la evaluación de las habilidades sociales debe ser otro de los objetivos de la evaluación. Además, el miedo al ridículo, la intolerancia a los sentimientos de vergüenza o la excesiva preocupación por la evaluación y valoración de los demás (Brunch y Heimberg, 1994) aumentan la ansiedad anticipatoria de estas personas a las situaciones sociales, favoreciendo la evitación y el escape a las mismas. La auto-percepción como personas incapaces de desenvolverse con éxito en las situaciones sociales les lleva a experimentar una alta ansiedad ante tareas o actividades propias de una interacción social (eg., mantener una conversación, hablar en público, etc...) (Voncken y Bögels, 2008). Este conjunto de factores podrían interaccionar potenciando los sistemas cerebrales de inhibición y huida e inhibiendo el de aproximación (Kimbrel, 2008). El evaluador deberá identificar en qué grado estas variables explican la ansiedad social. Dada la asociación de esta alteración con el consumo de alcohol como reductor de la ansiedad (Kushner, Sher y Beitman, 1990) es recomendable explorar también estas áreas cuando identifiquemos un problema de fobia social. Un importante debate en relación con la fobia social es la delimitación de esta alteración respecto a su carácter específico (la ansiedad social se limita a una sola situación específica) o generalizado (la ansiedad se generaliza a la mayoría de las situaciones sociales). Esta distinción nos lleva a la importancia de realizar un adecuado diagnóstico diferencial con el trastorno de personalidad por evitación y a la controversia de si se trata o no de una misma alteración (Caballo, Bautista, López-Gollonet y Prieto, 2009).

Tabla 5.8. Variables Relevantes e Instrumentos para la Conceptualización del Trastorno de Fobia Social y Fobia Específica (Contrastación para las Hipótesis de Conceptualización).

Fobia Social y Fobia Específica (Hipótesis de Conceptualización)		
Hipótesis	Instrumentos	Dimensiones y Características
Severidad y Características (Fenomenología: Evitación, Expectativas, Malestar, Miedo a la Evaluación).	<ul style="list-style-type: none"> • Inventario de Ansiedad y Fobia Social SPAI**/** (Turner et al., 1989, 1996). Versión Infantil SPAI-C (Beidel, Turner y Fink, 1996). 	45 ítems (versión infantil 16 ítems). Escala de 0 (nunca) a 6 (siempre). Miedo a hablar en público, ansiedad en situaciones escolares y comunitarias. Escala de agorafobia.
	<ul style="list-style-type: none"> • Inventario de Fobia Social SPIN**/** (Connor et al., 2000). 	17 ítems. Intensidad ansiedad social; malestar fisiológico; grado de evitación.
	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Ansiedad Social del Liebowitz LSAS*** (Liebowitz, 1987). 	24 ítems. Problemas de interacción social y actuación social.
	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Fobia Social SPS (Mattick y Clarke, 1998). 	20 ítems. Escala Likert 5 puntos. Miedo a ser observado en situaciones cotidianas.
	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Ansiedad en la Interacción Social SIAS (Mattick y Clarke, 1998). 	19 ítems. Escala Likert 5 puntos. Miedo en situaciones de interacción social
	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Evitación Social y Ansiedad SAD (Watson y Friend, 1969). 	28 ítems. Escala Verdadero/falso. Malestar y evitación en situaciones sociales.
	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Miedo a la Evaluación Negativa FNE (Watson y Friend, 1969). 	30 ítems. Escala Verdadero/falso. Expectativas y malestar a la evaluación negativa.
	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Ansiedad Social para Niños SASC-R (Greca y Stone, 1993; Sandin et al., 1999). 	22 ítems. Escala Likert 3 puntos. Miedo a la evaluación negativa; ansiedad y evitación social ante extraños; ansiedad y evitación a no extraños.
	<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Detección de la Ansiedad Social EDAS: (Olivares y García-López, 1998, 1999). 	10 ítems. Escala Likert 5 puntos y dos cuestiones verdadero/falso que valoran el Criterio A del TAS según DSM-IV-TR. Dos dimensiones: ansiedad social e interferencia.
<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de Evaluación de Dificultades Interpersonales en la Adolescencia CEDIA (Inglés, Méndez e Hidalgo, 2000). 	39 ítems distribuidos en cinco factores: aserción, relaciones con el otro sexo, relaciones con iguales, hablar en público y relaciones familiares.	

(continúa)

Fobia Social y Fobia Específica (Hipótesis de Conceptualización)		
Hipótesis	Instrumentos	Dimensiones y Características
Miedos Específicos-Severidad y Características (Fenomenología).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuestionario de Miedo a las Serpientes FSQ (Klorman et al., 1974). ▪ Inventario de Ansiedad Dental DAI (Stouthard et al., 1993). ▪ Cuestionario de Claustrofobia CLQ (Radomsky et al., 2001). ▪ Inventario de Miedos Revisada para Niños FSSC-R* (Ollendick et al., 1983, 1989). 	<p>18 ítems. Gravedad, evitación, respuestas automáticas fisiológicas y conductuales.</p> <p>36 ítems. Gravedad. Aspectos situacionales, interactivos, reacciones emocionales, físicas y cognitivas.</p> <p>26 situaciones claustrofóbicas. Escala Likert 5 puntos. Dos escalas: restricción de movimientos y asfixia.</p> <p>80 ítems. Escala Likert 3 puntos. 5 Dimensiones de miedo a/a: Fracaso y crítica; lo desconocido; daño y pequeños animales; peligro y muerte; médicos.</p>
Sensibilidad al Asco	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escala de Asco DS (Haidt et al., 1994). 	32 ítems. Listado de estímulos que evocan asco: comida, productos corporales, animales, sexo, muerte, temas de higiene.
Sensibilidad a la Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inventario de Sensibilidad a la Ansiedad ASI (Sandín et al., 1996). 	16 ítems. Preocupación física; Incapacitación mental; preocupación social.
Perfeccionismo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escala Multidimensional de Perfeccionismo FMPS (Frost et al., 1990). 	35 ítems. Diferentes dimensiones de perfeccionismo: preocupación errores; estándares personales, expectativas parentales.
Déficits en Habilidades Sociales	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escala de Actuación Social SPRS (Turner et al., 1986). 	5 ítems (Mirada, calidad vocal, longitud del discurso, malestar y fluidez conversación) codificados según 5 niveles de menor a mayor adecuación a partir de una conversación grabada entre dos personas.

(continúa)

Fobia Social y Fobia Específica (Hipótesis de Conceptualización)		
Hipótesis	Instrumentos	Dimensiones y Características
Aproximación Conductual	<ul style="list-style-type: none"> Registros 	Graduación de situaciones sociales o temidas a las que ha de enfrentar: nivel de ansiedad, evitación, conductas... Situación, pensamiento, emoción. Conductas: pausas, desviación de la mirada, contacto ocular, inexpresividad, gesticulación, balanceo, voz trémula, escaso discurso, voz baja, tartamudeo.
Autoverbalizaciones	<ul style="list-style-type: none"> Test de Autodeclaraciones en Interacción Social SISST (Glass et al., 1982). 	30 ítems. Escala Likert 5 puntos. Frecuencia de pensamientos positivos (facilitadores) y negativos (inhibidores).
Estrategias de Afrontamiento (eg., alcohol, drogas).	<ul style="list-style-type: none"> Inventario Multidimensional de Afrontamiento (Endler y Parker, 1990b). Inventario Breve de Reacciones Interpersonales SIRI (Grossarth-Maticek y Eysenck, 1990. Adaptado Sandín et al. (1992). 	70 ítems; estrategias de afrontamiento; 3 factores: Tareas, Emoción y Evitación. 70 ítems verdadero/falso. Clasifica los sujetos en Tipo I (prono al cáncer); Tipo II (prono cardiopatías); Tipo III (alternan tipo I y II); Tipo IV (saludable); Tipo V (Racional-antiemocional); Tipo VI (antisocial).

Nota: * Altamente recomendados para el diagnóstico; ** altamente recomendados para la conceptualización; *** Altamente recomendados para la evaluación del tratamiento.

Para la conceptualización de la ansiedad de separación, el análisis de las características familiares y las relaciones entre sus miembros son componentes fundamentales para el evaluador, por ejemplo, el estado de salud mental de los padres o cuidadores (Kochanska, 1991) o las relaciones de apego entre el niño y su figura de referencia (Dallaire y Weinraub, 2005; Warren et al., 1997). La presencia de una alteración mental en la madre o el establecimiento de un apego inseguro, son claros factores de riesgo para el desajuste infantil. La interacción entre un niño temperamentalmente inestable o difícil junto con unos padres poco responsivos y hostiles que instauran un apego desorganizado o evitativo en el niño es la mejor combinación para favorecer la aparición de este trastorno (Manassis, 2001). A esto se añade, la experiencia de acontecimientos estresantes, como ser hospitalizado, aparición de una enfermedad crónica o la violencia familiar (Bowler, 1996). Finalmente, se han identificado algunas cogniciones en el niño implicadas en la ansiedad de separación a las que el evaluador deberá atender: la sobreestimación del peligro de separarse y la infravaloración de las propias capacidades para enfrentar la independencia (Bögels y Zigterman, 2000).

Para la evaluación de las variables implicadas en la conceptualización del caso se han utilizado, además de cuestionarios específicos diseñados para la evaluación de una variable particular, diferentes técnicas de evaluación tales como la observación conductual y los autorregistros.

Cuestionarios. Los cuestionarios existentes para la evaluación de variables relacionadas con el origen y mantenimiento de los problemas de ansiedad son numerosos. Éstos permiten obtener una medida operativa y cuantitativa de la variable que estima el grado de intensidad y, en algunos casos, la posición relativa del sujeto respecto de un grupo normativo. Algunos de estos cuestionarios se detallan para cada uno de los trastornos de ansiedad mencionados en las Tablas 5.6, 5.7, 5.8 y 5.9.

Tabla 5.9. Variables Relevantes e Instrumentos para la Conceptualización del Trastorno de Ansiedad por Separación (Contrastación para las Hipótesis de Conceptualización).

Ansiedad por separación		
Hipótesis	Instrumentos	Dimensiones y Características
Severidad y Características.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuestionario de Ansiedad por Separación de Inicio Temprano CASIT de González et al. (Méndez et al., 2008). ▪ Cuestionario de Ansiedad por Separación en la Infancia CASI de Espada et al. (Méndez et al., 2008), Versión Niños (CASI-N) y Versión Padres (CASI-P). ▪ Escala para Evaluar la Ansiedad de Separación SAAS de Eisen et al. (Eisen y Schaefer, 2005). Versión Niños y Adolescentes (SAAS-C) y Versión Padres (SAAS-P). 	<p>24 ítems. Escala Likert de frecuencia 5 puntos. Edad 3- 5años. 3 escalas: pérdida o daño de un ser querido; ansiedad relacionada con el dormir; y ansiedad ante acontecimientos cotidianos.</p> <p>26 ítems. Escala Likert de frecuencia 5 puntos. Edad 6- 11 años. 3 escalas: malestar por la separación; preocupación por la separación; y tranquilidad ante la separación.</p> <p>34 ítems. Escala de frecuencia 4 puntos. Seis subescalas: miedo a estar solo; miedo al abandono; quejas somáticas; preocupación acontecimientos desastrosos; frecuencia de acontecimientos desastrosos; índice de señales de seguridad.</p>

Observación conductual. La observación conductual es otra de las técnicas de evaluación que están indicadas para recabar información útil en la conceptualización del caso. Particularmente, en los trastornos de ansiedad se han evaluado mediante observación la identificación y cuantificación de las siguientes conductas: (a) conductas de evitación ante determinadas tareas (e.g., porcentaje de pasos de aproximación a un objetivo evitado) (Ost, Svensson, Hellstrom y Lindwall, 2001); (b) juicios subjetivos sobre los niveles percibidos de miedo o ansiedad ante determinadas situaciones o tareas (Silverman y Ollendick, 2005). Para ello, bien los observadores o los propios sujetos pueden valerse de escalas de puntua-

ción o registros en los que aparecen determinadas categorías; (c) conductas ante situaciones de interacción social (Beidel et al., 2000) (e.g., conductas asertivas, nivel de aproximación); y (d) conductas ante interacciones padre/madre-hijo (Hudson y Rapee, 2002) (castigos, refuerzos, aprobación, modelados).

Autorregistros. Los autorregistros, los test conductuales o la evaluación conductual análoga han mostrado fuerte validez convergente y discriminativa para la evaluación del funcionamiento social (Norton y Hope, 2001). Muchos de los autorregistros proporcionan información única para entender los problemas de ansiedad (Craske y Tsao, 1999). Por ejemplo, la información sobre las situaciones, los objetos o las circunstancias que disparan o inducen la ansiedad así como las señales interoceptivas o alguna de las cogniciones (creencias, expectativas, ideas) asociadas a la ansiedad pueden también ser evaluadas mediante diarios o registros conductuales elaborados *ad hoc* y que previamente son pautados por el evaluador dependiendo de cada caso. Por tanto, los autorregistros son buenas herramientas para la conceptualización de los casos y la planificación del tratamiento, por la versatilidad y adecuación al caso particular.

3.1. Evidencias de Fiabilidad y Validez para la Evaluación de la Conceptualización del Caso

De los instrumentos anteriores, los cuestionarios son los que mejores propiedades psicométricas tienen. No obstante, en muchas ocasiones los registros de observación y autorregistros son los más útiles para evaluar las variables implicadas en el caso.

Entre los cuestionarios han destacado diferentes instrumentos según el trastorno del que se trate (Hunsley y Mash, 2008): para la conceptualización de la fobia (Rowa, McCabe y Antony, 2008) la mayoría de los autoinformes aquí propuestos se han mostrado adecuados desde el punto de vista psicométrico, pero se han calificado como altamente recomendables el SPAI (Inventario de Fobia Social y Ansiedad), SPIN (Inventario de Fobia Social) y el ASI (Inventario de Sensibilidad a la Ansiedad). En el caso del trastorno de pánico y la agorafobia (Keller y Craske, 2008) se recomiendan el uso de ASI, BSQ (Cuestionario de Sensaciones Corporales), ACQ (Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas) y el FQ (Cuestionario de Miedo). Para la ansiedad generalizada (Gervais y Dugas, 2008), en la evaluación de la preocupación se recomienda el PSWQ (Cuestionario de Preocupación), en la evaluación de la ansiedad, el QLQ (Cuestionario de Calidad de Vida) y el QOLI (Inventario de Calidad de Vida) y para los procesos cognitivos implicados el IUS (Escala de Intolerancia a la Incertidumbre), WW-II (Escala de Por Qué Preocuparse), NPOQ (Cuestionario de Orientación a los Problemas Negativos) y el CAQ (Cuestionario de Evitación Cognitiva).

La observación y los autorregistros a pesar de sus limitaciones psicométricas se han recomendado, según qué trastornos para unas u otras variables implicadas en la conceptualización del caso. Así por ejemplo, para la fobia específica y la fobia social, está recomendada la evaluación de las estrategias de afrontamiento concretas que utiliza el evaluado mediante autorregistros y observación (eg., evitación de acudir al supermercado del barrio) o las conductas de seguridad (e.g., llevar un bastón por si se encuentra con un animal temido), especialmente cuando se evalúan en escenarios concretos de la

vida del sujeto. En el caso de la agorafobia, los registros de observación sobre el grado de aproximación conductual a una meta temida (grado de acercamiento a un cine o tiempo de permanencia) o el registro en vivo de las cogniciones de anticipación catastrofista (eg., «me muero si entro en un cine») ayudan especialmente para la elaboración de un modelo del caso.

4 EVALUACIÓN PARA EL TRATAMIENTO, SU PROGRESO Y LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

Cuando se implementa una intervención para abordar los trastornos de ansiedad, los clínicos necesitan herramientas y estrategias útiles para determinar el progreso del tratamiento y los efectos generales sobre los síntomas, el diagnóstico y el funcionamiento global de la persona. Muchos de los instrumentos utilizados en el diagnóstico (e.g., entrevistas diagnósticas) del trastorno o en la conceptualización del caso (eg., autorregistros) se utilizan a modo de pretest-postest para comprobar los efectos de la intervención y la mejora que ésta pudiera estar produciendo. Igualmente ocurre con las escalas de puntuación, las cuales deberían ser administradas no sólo al principio y al final de la intervención sino en el curso de la misma a fin de evaluar la evolución del tratamiento. Dada las fluctuaciones halladas en la administración repetida de la mayoría de las escalas, lo recomendable es administrar aquellas que utilizamos para la evaluación del tratamiento dos veces antes de iniciarlo (e.g., en la evaluación inicial y al comienzo de la intervención). Esto permitiría estimar separadamente la fluctuación de la prueba, producida por la mera administración repetida, y el cambio de la puntuación atribuible a la intervención (Silverman y Ollendick, 2008).

El uso de las escalas de puntuación son los instrumentos de elección para la evaluación del progreso del tratamiento y sus resultados en cuanto que se han mostrado sensibles a los efectos del tratamiento. En el caso de los niños, los instrumentos que se han recomendado (Silverman y Ollendick, 2008) son la Entrevista Diagnóstica ADIS, el Cuestionario de Problemas de Conducta CBCL, la Escala Revisada de Ansiedad Manifiesta para Niños CMAS-R, la Escala de Miedos FSSC-R y la Escala Multidimensional MASC. Además, la observación conductual de las conductas de evitación, de situaciones de evaluación social y de interacción padre-hijo. No obstante, la observación conductual de estas tareas resulta menos sensible a los cambios debidos al tratamiento que el resto de instrumentos (e.g., entrevistas, escalas) (Beidel et al., 2000; Kendall et al., 1997).

En el caso de los adultos, para evaluar la evolución del tratamiento en las fobias se recomiendan el SPAI (Inventario de Ansiedad y Fobia Social), SPIN (Inventario de Fobia Social) y el LSAS (Escala de Ansiedad Social de Liebowitz) si se pretenden obtener indicadores de severidad de los síntomas; la BAT (Test de Aproximación Conductual) para obtener indicadores conductuales y la IIRS (Escala de Puntuación de Intrusividad) para explorar la evolución del funcionamiento en su vida. Para la evaluación del progreso del tratamiento en casos de trastornos de pánico y agorafobia se recomienda sean evaluados con los mismos instrumentos indicados para la conceptualización del caso (ASI, BSQ, ACQ, FQ) a los que se añaden los autorregistros y los test de aproximación conductual; similarmente, para

la evaluación del tratamiento en la ansiedad generalizada la mayoría de los instrumentos utilizados para su diagnóstico y la evaluación de la intensidad de síntomas también se recomiendan tanto para la evaluación del progreso del tratamiento (PSWQ) como para evaluar los resultados (ADIS-IV, PSWQ, WAQ, QLQ, QOLI, IUS, WW-II, NPOQ, CAQ). La principal limitación psicométrica de estos instrumentos, excepto de la ADIS, es que no se conoce su fiabilidad interjueces.

5 PROPUESTA DE UN PROTOCOLO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Del conjunto de instrumentos disponibles para la evaluación de la ansiedad, se propone a continuación una selección de instrumentos como paquete básico de instrumentos que permiten la evaluación válida y fiable de los problemas de ansiedad. Se recogen por cada uno de los trastornos que abordamos en este tema los instrumentos principales para el diagnóstico, conceptualización y evaluación de la eficacia de tratamiento (Tabla 5.10).

Tabla 5.10. *Protocolo Básico para la Evaluación de los Trastornos de Ansiedad.*

Evaluación para el Diagnóstico y Delimitación del Problema
– Entrevista diagnóstica: ADIS-IV .
Evaluación para la Conceptualización del Caso
<ul style="list-style-type: none"> • Escalas de puntuación según variables implicadas en el caso: <ul style="list-style-type: none"> – Fobia y fobia social: SPAI, SPIN, ASI. – Pánico y agorafobia: ASI, BSQ, ACQ y el FQ. – Ansiedad Generalizada: PSWQ, QLQ, QOLI, IUS, WW-II, NPOQ y CAQ. • Registros conductuales <i>ad hoc</i> y autorregistros.
Evaluación para el Progreso y Eficacia del Tratamiento
<ul style="list-style-type: none"> – Severidad de los síntomas: Elegir las escalas de puntuación (e.g., CBCL, CMAS-R, FSSC-R, SPAI, SPIN, etc.). – Indicadores conductuales: Test de aproximación conductual y autoregistros. – Funcionamiento: Instrumentos de calidad de vida, diarios y autoregistros.

Nota: ADIS-IV (Entrevista para el Diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad en niños); SPAI (Inventario de Ansiedad y Fobia Social); SPIN (Inventario de Fobia Social); ASI (Inventario de Sensibilidad a la ansiedad); BSQ (Cuestionario de Sensaciones Corporales), ACQ (Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas); FQ (Cuestionario de Miedos); PSWQ (Cuestionario de Preocupación de Pensilvania); QLQ (Cuestionario de Calidad de vida); QOLI (Cuestionario de Calidad de Vida); IUS (Escala de Intolerancia a la Incertidumbre); WW-II (Cuestionario Por qué Preocuparse); NPOQ (Cuestionario de Orientación a Problemas negativos); CAQ (Cuestionario de Evitación Cognitiva); CBCL (Listado de problemas de conducta de Achenbach); CMAS-R (Escala Revisada de Ansiedad Manifiesta para Niños); FSSC-R (Inventario de Miedos Revisada para niños).

RESUMEN

Los trastornos de ansiedad son una de las alteraciones emocionales más comunes en la población tanto adulta como infantil. Su prevalencia en población adulta oscila desde el 1 al 13% aproximadamente y en población infantil y adolescente entre el 5 y el 10%. En relación con las tasas de prevalencia por sexos, las chicas informan de más altos e intensos niveles de ansiedad en la población normativa, subclínica y clínica. No obstante, las tasas de prevalencia por sexos varían en función del tipo de trastorno. El periodo de edad en el que la mayoría de los trastornos de ansiedad se inician es entre los 6 y 21 años. Son muchos los factores que están implicados en los problemas de ansiedad y complejas las transacciones entre los diferentes factores que están en la base de este tipo de problemas: factores familiares y genéticos, factores temperamentales, exposición a acontecimientos estresantes e incontrolables, influencia del aprendizaje, procesos sociales e interpersonales, sesgos cognitivos y distorsiones.

Para la identificación de un problema específico de ansiedad y su diagnóstico se han utilizado fundamentalmente las entrevistas estructuradas, cuando se trata de un diagnóstico categorial, y las escalas de puntuación, cuando se pretende realizar un diagnóstico dimensional. Dentro de estas últimas se pueden diferenciar las *Escalas globales u «omnibus»* (aquellas que incluyen una medida general de ansiedad) de las *Escalas específicas* (aquellas que permiten identificar un trastorno particular o alguna de sus dimensiones). Las escalas de puntuación han mostrado, en general, adecuadas propiedades psicométricas. La mayoría de las escalas aquí recogidas cuentan con una elevada consistencia interna y adecuada fiabilidad test-retest, además discriminan entre sujetos con y sin ansiedad. En relación con el diagnóstico hay dos aspectos relevantes a tener presente, el diagnóstico diferencial y la comorbilidad. La comorbilidad es bastante frecuente en el caso de los trastornos de ansiedad y especialmente en los niños y adolescentes. Entre el conjunto de trastornos conocidos, la depresión es el síndrome que mayores tasas de comorbilidad presenta con los trastornos de ansiedad. Es por esto la gran importancia de realizar un adecuado diagnóstico diferencial.

Con el objetivo de realizar una conceptualización del caso que guíe las decisiones sobre la planificación del tratamiento y contraste las hipótesis que puedan explicar la aparición de un trastorno de ansiedad se dispone de un conjunto de instrumentos. Estos instrumentos incluyen los principales aspectos a evaluar para el diseño de una intervención en los diferentes trastornos y engloban tanto cuestionarios, como observación conductual y autorregistros. De todos ellos, los cuestionarios son los que mejores propiedades psicométricas tienen. No obstante, en muchas ocasiones los registros de observación y autorregistros son los más útiles para evaluar las variables implicadas en el caso.

Cuando se implementa una intervención es necesaria la evaluación del progreso del tratamiento y los efectos generales sobre los síntomas, el diagnóstico y el funcionamiento global de la persona. Muchos de los instrumentos utilizados en el diagnóstico (e.g., entrevistas diagnósticas) del trastorno o en la conceptualización del caso (eg., autorregistros) se utilizan a modo de pretest-postest para comprobar los efectos de la intervención y la mejora que ésta pudiera estar produ-

(continúa)

ciendo. Las escalas de puntuación son los instrumentos de elección para la evaluación del progreso del tratamiento y sus resultados en cuanto que se han mostrado las más sensibles a los efectos del tratamiento.

Finalmente, se propone un protocolo para la evaluación de los trastornos de ansiedad que incluyen desde una entrevista estructurada para el diagnóstico (ADIS-IV), hasta diferentes escalas de puntuación y cuestionarios específicos para la evaluación de la conceptualización del caso y los efectos del tratamiento.

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

- 1) Para el diagnóstico categorial de un trastorno de ansiedad se utilizan fundamentalmente: a) entrevistas estructuradas; b) escalas de puntuación globales; c) escalas de puntuación específicas.
- 2) De las entrevistas estructuradas ¿cuál de las siguientes es la más recomendadas para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad?: a) CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*); b) SADS (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*); c) ADIS (Entrevista para el Diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad).
- 3) En relación con las *Escalas globales u «omnibus» que afirmación es verdadera*: a) incluyen una medida general de ansiedad; b) no se utilizan para la identificación de un posible trastorno de ansiedad; c) se corresponden con registros de observación.
- 4) ¿Qué variable evaluarías para la conceptualización de un trastorno de pánico?: a) nivel de preocupación; b) sensibilidad a la ansiedad; c) inhibición conductual.
- 5) ¿Qué instrumento en el caso de los adultos se recomienda para evaluar la evolución del tratamiento en las fobias?: a) ASI (Inventario de Sensibilidad a la Ansiedad); b) BSQ (Cuestionario de Sensaciones Corporales); c) SPAI (Inventario de Ansiedad y Fobia Social).

Soluciones: 1a; 2c; 3a; 4b; 5c

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Antony, M. M., & Rowa, K. (2005). Evidence based assessment of anxiety disorders in adults. *Psychological Assessment, 17*, 256-266.
- Caballo, V. (2009). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.

Evaluación del Trastorno Obsesivo Compulsivo

6

Miguel Ángel Carrasco Ortiz

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

1 Introducción

- 1.1. Descripción
- 1.2. Epidemiología y Curso
- 1.3. Factores Etiológicos y Factores Asociados

2 Evaluación para la Delimitación del Problema: Contrastación de Hipótesis Diagnósticas

- 2.1. Instrumentos de Evaluación Utilizados
 - 2.1.1. Descripción
 - 2.1.2. Evidencias de Fiabilidad y Validez para el Diagnóstico del TOC
- 2.2. Diagnóstico Diferencial
- 2.3. Comorbilidad

3 Evaluación para la Conceptualización del Caso y la Planificación del Tratamiento

- 3.1. Principales Variables Relevantes Implicadas en la Dinámica Funcional del TOC: Variables a Evaluar para el Tratamiento
- 3.2. Instrumentos para su Contrastación
- 3.3. Evidencias de Fiabilidad y Validez de la Evaluación para la Conceptualización del Caso

4 Evaluación para el Tratamiento, su Progreso y los Resultados de la Intervención

5 Propuesta de un Protocolo para la Evaluación del Trastorno Obsesivo Compulsivo

RESUMEN

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

- Describir el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) en función de los síntomas y los parámetros temporales definidos en los criterios diagnósticos.
- Conocer los principales datos epidemiológicos, el curso del trastorno y los factores etiológicos más relevantes que se conocen.
- Generar hipótesis diagnósticas sobre el TOC atendiendo al diagnóstico diferencial y los restantes trastornos con los que comparte similitudes.
- Ser capaz de contrastar las hipótesis formuladas con los instrumentos de evaluación recomendados.
- Conocer las variables más relevantes con las que se conceptualiza el problema del TOC y seleccionar los instrumentos adecuados para su contrastación en función de las variables explicativas del problema.
- Conocer los instrumentos indicados para la evaluación del tratamiento del TOC.
- Conocer los instrumentos empleados para la evaluación del TOC sus características y dimensiones.

1 INTRODUCCIÓN

1.1. Descripción

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es clasificado según el DSM-IV-TR (APA, 2000) como un trastorno de ansiedad, no obstante en la futura clasificación DSM-V (APA, 2012) se propone como una alteración independiente. Este trastorno se caracteriza básicamente por la presencia de obsesiones y compulsiones. Las obsesiones son contenidos cognitivos intrusivos, recurrentes y persistentes, que se manifiestan en forma de pensamientos, ideas, imágenes, impulsos o dudas. La persona los experimenta como inaceptables, extraños o sin sentido. Estas intrusiones generan un elevado malestar y van más allá de las simples preocupaciones cotidianas sobre el trabajo, las relaciones o la economía aunque las personas las reconocen como productos de su mente.

La forma de expresión de las obsesiones es muy variada y puede incluir desde ideas de contaminación (e.g., poseer el virus del sida), impulsos de dañar a otros (e.g., golpear o acuchillar, insultar), dudas sobre la responsabilidad de un acto (e.g., accidente) o imágenes sacrílegas (e.g., un cristo desnudo). Su contenido puede llegar a ser muy idiosincrático pero las temáticas más generales engloban temas relativos a simetría y orden, contenidos prohibidos (agresión y violencia, sexo), religión y enfermedades, contenidos de contaminación y de almacenamiento o coleccionismo (Bloch, Landeros-Weisenberger, Rosario, Pittenger y Leckman, 2008). Lee y Kwon (2003) distinguen entre obsesiones reactivas y autógenas con implicaciones diferenciales para la evaluación y el tratamiento. Las primeras surgen a partir de un estímulo externo y concreto que las dispara. Se trata de identificar los estímulos evocadores y los rituales asociados para neutralizar las consecuencias temidas; y las segundas, surgen internamente en forma de pensamientos, imágenes o impulsos de contenido socialmente censurable o de tipo moral. En este caso, es conveniente identificar también estos estímulos e intervenir además sobre el mecanismo de fusión pensamiento-acción que los mantiene.

La contrapartida de las obsesiones son las compulsiones o rituales. Se trata de actos mentales o conductuales de carácter deliberado y urgente cuya función es neutralizar la ansiedad o las consecuencias temidas que suscitan las obsesiones; es decir, evitar, reducir la ansiedad experimentada o escapar de ella. Como ocurre con las obsesiones, los rituales pueden llegar a estar muy personalizados y adoptar diversas formas. Entre las compulsiones de corte más conductual están el lavado de manos, comprobación, conteo y rutinas de repetición (e.g., ir dos veces hasta el armario, activar el interruptor y volver) o lentitud selectiva (e.g., tarda horas en vestirse). Los rituales cognitivos incluyen el rezo, repaso mental de actos o la repetición mental de palabras, frases o números que proporcionan seguridad o reducen el malestar. Las más frecuentes son las de comprobación (Ruscio, Stein, Chiu y Kessler, 2010).

Obsesiones y compulsiones están relacionadas pero pueden producirse en una secuencia encadenada de intrusión-neutralización-intrusión en la que a veces es complicado diferenciarlas, así como establecer el inicio de la cadena. Por ejemplo, es posible que la compulsión aparezca previamente a la obsesión en un intento de preparación previa para cuando aparezca (e.g., mirar el gas 9 veces al levantar

tarse cada mañana antes de que aparezca la obsesión de peligro-duda), también es posible encontrar compulsiones sin obsesiones y obsesiones sin compulsiones (De Silva y Rachman, 1992).

1.2. Epidemiología y Curso

La presencia del trastorno obsesivo compulsivo es relativamente alta. Se ha estimado una prevalencia alrededor del 2% similar en niños y adultos (Kessler et al., 2005). La presencia de síntomas (no trastorno) en población general puede ascender al 25% (Fullana et al., 2009). La prevalencia es similar entre hombres y mujeres aunque en la infancia es más frecuente en niños que en niñas en una proporción 3:1 (Zohar, 1999).

Respecto al curso de este trastorno, se inicia generalmente en la adolescencia o principios de la vida adulta, aunque los casos más severos se remontan a la infancia. Su desarrollo es progresivo y su curso tiende a ser crónico. En algunos casos esta alteración llega a ser incapacitante pero en la mayoría de los casos la afectación es moderada (Ruscio et al., 2010).

1.3. Factores Etiológicos y Factores Asociados

Desde una perspectiva biológica, los estudios de familias y de gemelos indican la existencia de una base genética en la transmisión y manifestación del TOC. Esta base genética parece reflejarse en la mayor probabilidad de padecer un TOC si un familiar lo padece o lo ha padecido (van Grootheest, Cath, Beekman y Boomsma, 2007). Otros elementos biológicos que parecen estar implicados en la presencia de un TOC son la disminución alterada de serotonina (Shafran y Speckens, 2005) y dificultades en el funcionamiento de los circuitos subcorticales orbitofrontales (Saxena, Bota y Brody, 2001; Van den Heuvel et al., 2009). Problemas con la dopamina, parecen también estar vinculados a la aparición de conductas estereotipadas y rituales (Denys, van derWee, Janssen, DeGeus y Westenberg, 2004). No obstante, estos modelos poseen aún importantes inconsistencias y se muestran insuficientes para explicar la complejidad del trastorno.

Desde un punto de vista conductual, el modelo bifactorial de Mowrer (1960) explicaría las obsesiones como estímulos condicionados de ansiedad por condicionamiento clásico y los rituales, como respuestas de evitación activa de la ansiedad suscitada que han sido condicionadas por reforzamiento negativo. Los procesos de generalización explicarían la asociación de la ansiedad a numerosos estímulos provocadores de ansiedad. Las limitaciones de este modelo en la comprensión del TOC generaron propuestas complementarias: Teoría de la preparación de Seligman (Seligman, 1971), por la que se explica la asociación preferencial entre ciertos estímulos y la ansiedad así como su mayor resistencia a la extinción; Teoría de la Incubación de Eysenck (1985) para explicar el incremento o fortalecimiento progresivo de la ansiedad a un estímulo y la no extinción bajo determinadas condiciones de la respuesta de ansiedad; Teoría del Aprendizaje Social (Rachman, 1977, 1997) para explicar el condicionamiento

de las respuestas de ansiedad mediante el aprendizaje vicario, la información transmitida y las pautas educativas.

Las Teorías cognitivas por su parte también han propuesto diferentes explicaciones a este trastorno. Las claves explicativas se han basado en diferentes premisas: a) problemas en el procesamiento de la información para diferenciar lo relevante de lo irrelevante y sus dificultades para realizar predicciones correctas sobre el miedo (Reed, 1985); b) existencia de una vulnerabilidad caracterizada por la excesiva reactividad emocional a las situaciones estresantes a las que se asocian pensamientos inaceptables recurrentes (Barlow, 1988); c) valoraciones sobreestimadas de posibles amenazas y pensamientos irracionales sobre las consecuencias catastróficas esperadas (McFall y Wollersheim, 1979); d) asociaciones de los pensamientos con consecuencias de daño, culpa o amenaza que llevan a una estimación errónea de una posible amenaza (Foa y Kozak, 1986); e) la relación entre los pensamientos obsesivos y la idea de ser responsable de los daños o perjuicios que pudieran producirse (Salkovskis, 1989). De acuerdo con Salkovskis, los pensamientos sobre la responsabilidad, culpa o control de un suceso pueden llegar a tener similar entidad al hecho real en sí, por lo que no es necesario que ocurra, basta con pensar que pueda ocurrir. Las compulsiones son una manera de reducir la responsabilidad o culpa del posible daño que pudiera producirse y una forma de aumentar la percepción de control sobre ello. A este supuesto subyace lo que se ha descrito como *fusión pensamiento-acción* (Rachman, 2003) que incluye una doble creencia: (1) pensar en un suceso aumenta la probabilidad de que éste ocurra (e.g., pensar que me contamina aumenta este riesgo); (2) pensar en hacer algo es tanto como hacerlo (e.g., pensar que lo mataría es tanto como matarlo); y f) por último, la ausencia de estrategias metacognitivas tales como la capacidad de reflexión sobre los propios pensamientos intrusivos y los rituales, ser consciente de los supuestos y creencias relativas a la sobreestimación del peligro, su necesidad de control, la función de las estrategias de neutralización, así como ser capaz de valorarlas y conocer las soluciones que pueden ponerse en marcha para afrontarlas contribuye también al mantenimiento de la manifestación de un TOC (Wells, 2000).

2 EVALUACIÓN PARA LA DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS

Una vez concluida la entrevista clínica inicial (ver capítulo 1), si existen sospechas de la presencia de un TOC, el diagnóstico se ultimaría con una evaluación estandarizada mediante una entrevista estructurada. Concluido el diagnóstico inicial, se recomienda realizar una evaluación detallada de los síntomas y las situaciones relacionadas con éstos para lo cual está indicado el uso de listados de síntomas o cuestionarios. La evaluación detallada de los síntomas requiere, por una parte, evaluar el grado de conciencia y sin-sentido que la persona percibe sobre sus síntomas y, por otra, la concreción operativizada de los síntomas.

2.1. Instrumentos de Evaluación Utilizados: Descripción y Evidencias de Fiabilidad y Validez

2.1.1. Descripción

a) Entrevistas Diagnósticas

De las entrevistas estructuradas que se han detallado en el capítulo correspondiente a los trastornos de ansiedad, cualquiera de ellas podría ser utilizada para el diagnóstico del TOC. Sin embargo, de todas ellas dos están indicadas para su diagnóstico: la Entrevista para la Evaluación de los Trastornos de Ansiedad, ADIS, con sus correspondientes versiones para adultos (DiNardo, Brown y Barlow, 1994; Valiente, Sandín y Chorot, 2003a) y niños (Silverman y Albano, 1996; Silverman et al., 2001); y la Entrevista SCID (First, Spitzer, Williams y Gibbon, 1997; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 2002). Ambas han sido detalladas (ver capítulo 5). El principal inconveniente de estas medidas es el tiempo requerido para su administración y el grado de formación y experiencia que se requiere para ser cumplimentadas.

Con el fin de detallar y precisar los síntomas presentes que confirmen los criterios diagnósticos, la entrevista estructurada debe combinarse con escalas que estimen el grado de convicción, fijeza y sinsentido percibido de las cogniciones, así como con listados de conductas que permitan operativizar los síntomas presentes. A continuación se recogen algunos de los instrumentos más utilizados para estos propósitos.

b) Escalas para el Análisis de las Características de las Cogniciones

Las siguientes escalas están indicadas para evaluar el grado de fijeza, sin-sentido y convicción que manifiesta la persona que padece un TOC en relación con sus obsesiones y compulsiones (Tabla 6.1). La evaluación de estas características en relación con el comportamiento obsesivo es un elemento nuclear para el diagnóstico del TOC con importantes implicaciones para el diagnóstico diferencial. Estas características son elementos esenciales que lo diferencian de otras cogniciones intrusivas bastante próximas a la obsesión como las preocupaciones, o incluso las alucinaciones. Es por esta misma razón que conviene evaluar las creencias sobre las obsesiones.

■ Escala de Creencias de Brown BABS (Eisen te al., 1998)

La escala *BABS* es un instrumento breve que consta de 7 ítems con los que se evalúan de forma heteroaplicada el grado de sinsentido y convicción que el paciente mantiene sobre sus cogniciones. Esta diseñada para diferentes trastornos, tales como la dismorfofobia, la hipocondría o el TOC. Para su administración en primer lugar, es necesario establecer la cognición que se pretende evaluar (idea, inquietud, preocupación, obsesión o delirio) y que ha estado presente, al menos, durante la última semana. A continuación, una vez delimitada la cognición, se evalúan los parámetros correspondientes. En este caso, se establecen las obsesiones y compulsiones específicas y se procede a su evaluación. Los siete ítems valoran los siguientes parámetros: 1) convicción, «¿En qué grado está convencido de que su creencia es exacta?»; 2) percepción de la visión de los otros, «¿En qué grado cree que la mayoría de la gente piensa

que esas ideas tienen sentido?»; 3) explicación de diferentes puntos de vista, «¿Cómo explica las diferencias entre su propio punto de vista y el de los otros en relación con sus pensamientos (obsesiones)?»; 4) fijeza/rigidez, «¿En qué grado cree que su creencia está equivocada?»; 5) refutación, «¿En qué medida intenta refutar/probar que su creencia es cierta?»; 6) introspección, «¿En qué medida reconoce que su creencia posee causa psicológica/psiquiátrica?»; 7) pensamiento referencial (ítem opcional que valora en qué medida se trata de una ideación autoreferida y dirigida a uno mismo o que procede del exterior). Cada ítem se acompaña de una escala Likert de 4 puntos de menor a mayor intensidad en la dimensión evaluada.

La suma total de los seis primeros ítems proporciona una puntuación sobre el grado de comprensión y conocimiento de sus pensamientos. Altas puntuaciones indican pobre comprensión. La media obtenida entre sujetos con TOC ha sido de 8.38 (DT = 4.14) (Eisen, Phillips, Coles y Rasmussen, 2004).

■ Escala de Ideas Sobrevaloradas OVIS (Neziroglu y cols, 1999)

La escala de ideas sobrevaloradas se diseñó inicialmente para ser administrada por un clínico aunque también se ha utilizado de forma autoinformada. Evalúa la obsesión que más malestar ocasiona a la persona o que mayor grado de interferencia le produce en su funcionamiento cotidiano mediante los siguientes parámetros: fuerza de convicción (e.g., ¿En qué grado piensas que tú creencia es verdad?), racionalidad (e.g., ¿Cómo de razonable o lógica es tu creencia?), mayor y menor convicción percibida en la última semana, grado de precisión de la creencia (e.g., ¿En qué grado tu creencia es errónea?), adherencia de los otros a la creencia (e.g., ¿En qué grado los otros coinciden con tu creencia?), visión de los otros sobre el pensamiento (e.g., ¿Comparten los otros tu creencia?), eficacia de la compulsión (e.g., ¿En qué grado los rituales sirven para evitar las consecuencias temidas?), insight (e.g., ¿En qué grado crees que tus pensamientos se deben al trastorno?), resistencia (e.g., ¿Cuánta energía empleas en rechazar el pensamiento?), duración del pensamiento (e.g, días, semanas, meses, año).

Cada parámetro se evalúa a través de tres ítems equivalentes cuyas respuestas han de ajustarse a una escala de 10 puntos. Finalmente, se obtiene una puntuación por cada uno de los parámetros anteriores cuya suma total es la que corresponde al resultado de la escala. Puntuaciones medias elevadas indican un nivel elevado de sobrevaloración de los pensamientos obsesivos. No se han establecido puntos de corte.

■ Escala de Fijeza de Creencias (Foa et al., 1995)

Es una escala de 5 ítems diseñados para evaluar el grado de *insight* e irracionalidad que la persona percibe sobre sus miedos obsesivos. Los ítems tienen el objetivo de evaluar la creencia sobre las consecuencias de que ocurran los miedos temidos si no realizan los rituales compulsivos. La escala se centra más en la estimación de la intensidad con la que las personas creen que se producirán los efectos temidos que en la evaluación de la sobrevaloración del miedo temido.

c) Cuestionarios/escalas o Inventarios Globales de Síntomas

En la actualidad, existe un número importante de escalas de síntomas para explorar el trastorno obsesivo compulsivo. Algunas de las más importantes se resumen en la Tabla 6.2. La mayoría de estas

escalas describen listados de pensamientos obsesivos y compulsiones acompañados de una escala Likert que estima de forma graduada la frecuencia o intensidad de estas conductas. Algunas de estas escalas, además de identificar la frecuencia e intensidad de la sintomatología, evalúan diferentes características de la misma tal y como su grado de interferencia en la vida cotidiana, las conductas de evitación que suscitan o el grado de control que la persona pretende ejercer sobre ellas (e.g., Y-BOCS).

El contenido de los ítems es variable según las escalas pero en su mayoría incluyen las temáticas propias del trastorno obsesivo: verificación-comprobación, limpieza-contaminación, lavado, lentitud y repetición, duda-indecisión, acumulación, orden y simetría, obsesiones de daño, conteo o pensamientos de responsabilidad. No obstante, algunas de estas escalas ponen más énfasis en los pensamientos obsesivos o los impulsos (e.g., OCTC) y otras, en cambio, en las conductas compulsivas o rituales (e.g., SOPI). Además, pueden encontrarse algunos instrumentos específicamente diseñados para la evaluación específica de determinada sintomatología como es el caso del *Inventario de Escrupulosidad de Penn PIOS* (Abramowitz, Huppert, Cohen, Tolin y Cahill, 2002).

Aunque alguna de estas escalas fueron originalmente diseñadas para que el evaluador las completara (e.g., Y-BOCS) todas ellas poseen versiones autoinformadas que el propio sujeto puede completar con la supervisión del evaluador. Las versiones autocumplimentadas ahorran tiempo al evaluador y permiten una mayor desinhibición al evaluado para informar con menor pudor, vergüenza o censura, especialmente en determinados contenidos relativos a temáticas sexuales o violentas. No obstante, la recomendación es que las versiones autoinformadas sean revisadas posteriormente por el evaluador a fin de indagar y clarificar con mayor precisión sobre los ítems que indican presencia de sintomatología, sobre aquellos ítems que han quedado sin contestar o que han suscitado alguna duda o confusión en el evaluado.

Es importante que el evaluador tenga presente a tenor de las propiedades psicométricas (e.g., sensibilidad y especificidad, fiabilidad, validez discriminante) y de los criterios diagnósticos, que la mayoría de estos instrumentos son medidas de *screening* o despistaje, es decir, ayudan a indagar y explorar la sintomatología presente pero por sí solos no deben ser utilizados como instrumentos diagnósticos. En general, son una buena medida para cuantificar la intensidad y gravedad del problema pero no suelen contener los criterios temporales o cualitativos propios del diagnóstico categorial. Conviene, por otra parte, utilizar más de una de estas escalas dado que ninguna de ellas en sí misma abarca la totalidad de la sintomatología posible en un caso de TOC. En relación con esta última afirmación, es necesario destacar algunas de las limitaciones presentes en las escalas más utilizadas. Por ejemplo, la escala Y-BOCS no contiene suficientes ítems para explorar los rituales mentales, ni permite diferenciar con exactitud los síntomas del TOC de otros síntomas de similares características, tales como preocupaciones, rumiaciones depresivas o conductas repetitivas impulsivas (e.g., tricotilomanía). El inventario LOY, por citar otro ejemplo, carece de una escala de severidad y evalúa solo la presencia o ausencia de los síntomas. Estas limitaciones deben sumarse a la falta de adecuados parámetros psicométricos que presenten algunas de estas medidas y que se comentarán posteriormente.

Para la evaluación del trastorno obsesivo compulsivo, el lector habrá observado en la Tabla 6.2, que algunos de los instrumentos diseñados para adultos poseen versiones infantiles. Este es el caso de la Escala Obsesiva Compulsiva de Yale Brown para Niños CY-BOCS (Goodman et al., 1989; Scahill et al.,

1997). Se trata de una escala similar a la de adultos que el evaluador administra individualmente al niño con formato de entrevista semiestructurada. A esta escala se añade el Inventario de Obsesiones de Leyton para Niños (Bamber et al., 2002; Flament et al., 1988) y por último el Inventario Obsesivo Compulsivo para Niños CHOCI (Shafran et al., 2003) el cual puede ser utilizado tanto como autoinforme o como escala para padres. Evalúa tanto la sintomatología como la gravedad del TOC en niños y adolescentes. Su formato es bastante similar a la escala CY-BOCS. A estas escalas de síntomas hay que añadir la evaluación del impacto psicosocial que la presencia del TOC posee en el niño, el cual puede ser evaluado mediante el COIS-S (Piacentini, Bergman, Keller y McCracken, 2003; Piacentini, Peris, Bergman, Chang y Jaffer, 2007). Esta medida permitirá evaluar el criterio diagnóstico de significación de la sintomatología.

Tabla 6.1. Principales Instrumentos para el Diagnóstico del TOC: Análisis de las Características de las Cogniciones.

Análisis de las Características de las Cogniciones		
Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Escala de Creencias de Brown BABS* (Eisen et al., 1998).	Individual heteroaplicada. 7 ítems. Adultos.	Grado de sin-sentido y convicción sobre los síntomas mediante 7 componentes: 1) convicción; 2) percepción de la visión de los otros; 3) explicación de diferentes puntos de vista; 4) fijeza/rigidez; 5) refutación; 6) introspección; 7) pensamiento referencial.
Escala de Ideas Sobrevaloradas OVIS (Neziroglu y cols, 1999).	Individual. Auto y heteroaplicada. Escala Likert 10 puntos.	Evalúa las características de la obsesión en los siguientes parámetros: fuerza de convicción; racionalidad; mayor y menor convicción percibida en la última semana; grado de precisión; adherencia de los otros; visión de los otros sobre el pensamiento; eficacia de la compulsión; insight; resistencia; duración.
Escala de Fijeza de Creencias (Foa y Kozak, 1995; Kozak, 1996).	Individual. Heteroaplicada. 5 ítems. Adultos. Escala Likert	Evaluar el grado de <i>insight</i> e irracionalidad que la persona percibe sobre sus miedos obsesivos e intensidad del miedo de que ocurran las consecuencias temidas si no se realizan los rituales compulsivos.

* Altamente recomendados para el diagnóstico del TOC.

Tabla 6.2. Principales Instrumentos para el Diagnóstico del TOC: Análisis de Síntomas.

Análisis de Síntomas		
Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
<p>Escala de Síntomas Obsesivo-Compulsivos de Yale-Brown Y-BOCS-SC (Goodman et al., 1989 a, b; 1999). Versión autoinformada (Baer, 1994; Goodman y Price, 1992). Versión infantil (Goodman et al., 1989; Scahill et al., 1997)*/**</p>	<p>Individual. Autoaplicada o heteroaplicada. Escala de 0 a 4 puntos para evaluar diferentes parámetros.</p>	<p>Listado descriptivo de 50 obsesiones y compulsiones de diferente temática (e.g., agresión, contaminación, sexualidad, etc.) que se evalúan en 6 parámetros mediante una escala de severidad: 1) grado de interferencia en su vida cotidiana y malestar asociado; 2) grado de resistencia y grado de control que el evaluado ejerce sobre ellas; 3) grado de evitación; 4) sobrevaloración de la responsabilidad y culpabilidad; 5) grado de lentitud; 6) grado de indecisión y grado de duda sobre sus percepciones. Finalmente, el evaluador estima el grado de intensidad. Proporciona una puntuación total sobre la gravedad de la sintomatología.</p>
<p>Inventario Obsesivo-Compulsivo de Maudsley MOCI (Hodgson y Rachman, 1977).</p>	<p>Individual o colectiva. Autoaplicada. Consta de 30 ítems. Escala verdadero o falso.</p>	<p>4 subescalas: verificación; limpieza y lavado; lentitud y repetición; duda y conciencia.</p>
<p>Inventario Obsesivo-Compulsivo de Vancouver VOCI*/*** (Thorndarson et al., 2004). Procede de una versión mejorada del MOCI.</p>	<p>Individual o colectiva. Autoaplicada. 55 ítems. Escala Likert de cinco puntos (desde 0 = nada verdadero; 4 = totalmente verdadero). - Adultos.</p>	<p>Seis escalas: contaminación, verificación, obsesiones, acumulación, orden y simetría, e indecisión.</p>
<p>Inventario de Padua Revisado PI-R (Burns, Keortge, Formea y Sternberger, 1996). Versión española (Mataix-Cols, Sanchez-Turet, & Vallejo, 2002).</p>	<p>Individual o colectiva. Autoaplicada 39 ítems. Escala Likert 5 puntos (0 = nada; 4 = mucho).</p>	<p>5 subescalas: obsesiones de contaminación y compulsiones de limpieza, compulsiones de aseo y vestido, compulsiones de comprobación, obsesiones de daño, impulsos de daño.</p>
<p>Inventario Obsesivo Compulsivo Revisado O-CI-R*** (Foa et al., 2002). Versión infantil (Foa et al., 2010).</p>	<p>Individual o colectiva. Autoaplicada .18 ítems. Escala Likert de 5 puntos.</p>	<p>Grado de malestar en 6 Escalas de tres ítems cada una: lavado, verificación, orden, obsesiones, acumulación y neutralización (conteo).</p>

(continúa)

Análisis de Síntomas		
Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Relación de Compulsiones, Obsesiones e Impulsos Patológicos SO-PI (Watson y Wu, 2005).	Autoaplicada. Individual. 47 ítems Escala Likert 6 puntos (1 = totalmente desacuerdo; 6 totalmente de acuerdo).	5 dimensiones: verificación, limpieza, rituales compulsivos, acumulación e impulsos patológicos.
Inventario de Pensamientos Obsesivo Compulsivos OCTC (Bouvard et al., 1997).	28 ítems. Escala Likert 4 puntos según frecuencia.	Grado de malestar en tres dimensiones: a) comprobación/perfeccionismo-orden; b) responsabilidad/miedo de hacer daño a otros; c) lavado/contaminación.
Inventario Obsesivo Compulsivo de Clark y Beck CBOCI (Clark, Antony, Beck, Swinson y Steer, 2005). Versión española Fullana et al. (2005).	Individual. Autoaplicada. 25 ítems. Escala de opción múltiple graduada mediante afirmaciones en 4 niveles de frecuencia/intensidad de 0 a 3.	Evalúa grado de intensidad en dos escalas: obsesiones y compulsiones.
Inventario de Obsesiones de Leyton LOI (Kazarian, Evans y Lefave, 1977). Versión breve LOI-SF (Matthews, Jang, Hami y Stein, 2004).	Autoaplicada. Individual. 69 ítems. Procedimiento de clasificación de tarjetas o versión. Escala presencia (1), ausencia (0). Individual. Versión breve 30 ítems. Versión Infantil 20 ítems.	Evalúa la presencia de síntomas obsesivos (46) y de rasgos obsesivos de personalidad (23). Para los síntomas positivos se administra una escala de cuatro puntos que estima el grado de interferencia de los síntomas en la vida cotidiana.
Inventario Obsesivo-Compulsivo de Florida FOCI (Storch et al., 2007).	Autoaplicada. Individual 25 ítems. Escala presencia ausencia.	Evalúa la presencia de sintomatología mediante 1 escala de 20 ítems y una escala de severidad de 5 ítems (tiempo, interferencia, malestar, control, resistencia).
Inventario Obsesivo Compulsivo para Niños CHOICI ; Shafran et al., 2003).	Autoaplicada o heteroaplicada a padres. 32 ítems. Escala Likert 3 puntos.	Evalúa la sintomatología del TOC y su severidad. Contiene dos partes: 1) compulsiones (10 ítems); 2) obsesiones (10 ítems). Cada sección se evalúa con una escala de severidad de 5 puntos (6 ítems) sobre tres de los síntomas más relevantes.
Escala del Impacto del Trastorno Obsesivo-Compulsivo en Niños. Versión niño (COIS-C), versión padres (COIS-P) (Piacentini et al., 2003).	Autoaplicada o heteroaplicada. 52 ítems. Escala Likert 3 puntos.	Evalúa el grado de interferencia que la sintomatología tiene sobre 4 dominios: escuela, familia, relaciones sociales, y habilidades en la vida cotidiana.

(continúa)

Análisis de Síntomas		
Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Inventario de Escrupulosidad de Penn PIOS (Abramowitz, Huppert, Cohen, Tolin y Cahill, 2002).	Individual. Autoaplicada. 19 ítems. Escala 5 puntos.	Evalúa la escurpulosidad en el contexto del TOC. Contiene dos escalas: miedo al pecado y miedo a Dios.
Inventario de Acumulación Revisado SI-R (Frost, Steketee y Grisham, 2004).	Individual. Autoaplicada. 23 ítems. Escala Likert 4 puntos.	Evalúa los síntomas compulsivos de acumulación mediante tres dimensiones: dificultad de desechar, excesivo desorden/abarrotaamiento de objetos y acumulación compulsiva.
Inventario de Cogniciones de Acumulación Revisado (SCI-R ; Steketee et al., 2000).	Individual. Autoaplicada. 24 ítems. Escala Likert 7 puntos.	Evalúa las creencias sobre las conductas de acumulación y las reacciones emocionales con 4 dimensiones: apego emocional, preocupaciones de memoria, deseo de control, responsabilidad ante las posesiones.

Nota: * Altamente recomendados para el diagnóstico del TOC; *** Altamente recomendados para la evaluación del tratamiento.

2.1.2. Evidencias de Fiabilidad y Validez para el Diagnóstico del TOC

Las entrevistas estandarizadas antes señaladas (ADIS, SCID) son los instrumentos que mayor validez incremental aportan a la exploración inicial de las obsesiones y compulsiones. De estas dos entrevistas la ADIS es la que posee mejores propiedades psicométricas para la evaluación del TOC, el módulo correspondiente a la evaluación del TOC ha mostrado una alta fiabilidad interjueces (Brown et al., 2001) con una buena validez convergente y divergente (Brown, Chorpita y Barlow, 1988). La escala dimensional que contiene para evaluar la gravedad de los síntomas es de gran utilidad y permite además de estimar la intensidad de los síntomas, discriminar sujetos con y sin el trastorno. En cambio, los resultados de la entrevista SCID para la evaluación del TOC se han mostrado inconsistentes (Williams et al., 1992), con una baja fiabilidad particularmente para este trastorno.

Como herramientas diagnósticas, las entrevistas estructuradas son los instrumentos de elección. No obstante, algunos cuestionarios, desde una perspectiva dimensional, son también utilizados para la obtención del diagnóstico y en especial para la estimación de su intensidad y gravedad, aunque en su mayoría se utilizan como medidas de despistaje.

Los instrumentos señalados en el epígrafe anterior han mostrado adecuadas propiedades psicométricas para el cribado de síntomas. Respecto al diagnóstico, como instrumentos recomendados, además

de la entrevista estructurada ADIS están la Escala de Yale-Brown (Y-BOCS) y la Escala de Pensamientos de Brown (BABS) (Abramowitz, 2008). En cuanto a la escala Y-BOCS, es la escala más usada para la evaluación de los síntomas del TOC y su severidad. Muestra de ello son sus numerosas adaptaciones y traducciones a diferentes países. Esta escala ha mostrado buenas fiabilidad interjueces, fiabilidad test-retest y consistencia interna. Su validez convergente con otros instrumentos que evalúan el TOC es elevada aunque su capacidad de discriminación es baja tal y como muestra su alta correlación con los síntomas depresivos así como con otros trastornos de ansiedad. Por otra parte, no existe consenso sobre una solución factorial que dé cuentas de una robusta validez de constructo (Grabill et al., 2008). Como limitaciones de esta escala se han señalado, la falta de elementos que permitan evaluar tanto los rituales mentales (sólo contiene un ítem para tal fin) como las relaciones funcionales entre obsesiones y rituales. A pesar de que evalúa diferentes parámetros para delimitar las características de las obsesiones, esta escala no permite diferenciar los síntomas del TOC de otros síntomas de similares características, tales como preocupaciones, rumiaciones depresivas o conductas repetitivas impulsivas (e.g., tricotilomanía). La escala BABS ha mostrado buena consistencia interna y capacidad discriminativa entre pacientes con y sin TOC (Eisen et al., 1998) y está indicada principalmente para explorar las características de las cogniciones en relación con el grado de fijeza, sin-sentido o convicción que percibe la persona que padece un TOC. En síntesis, de los instrumentos revisados se recomiendan para el diagnóstico del TOC, la ADIS para establecer los criterios según el DSM-IV y las escalas Y-BOCS y BABS para analizar las características de los síntomas.

Del resto de instrumentos, indicar que las principales críticas psicométricas aparecidas en la literatura sobre algunos de ellos (e.g., VOICI, SCOPI, CBOCI) se relacionan con su limitada validez discriminativa (Grabill et al., 2008). Esta limitación dificulta la utilidad de estos instrumentos para identificar la presencia o no del TOC así como su diferenciación de otros trastornos. Las versiones infantiles recogidas han mostrado adecuadas propiedades psicométricas (Gallant et al., 2008; Uher, Heyman, Turner y Shafran, 2008), aunque el Inventario de Obsesiones de Leyton ha mostrado dificultades para la evaluación de la sintomatología y la severidad del TOC en población pediátrica americana (Sthorch et al., 2011).

Respecto a las fuentes informantes, los cuestionarios o escalas completadas por el clínico frente a las autoinformadas tienden a mostrar propiedades psicométricas más variables, dada su mayor dependencia sobre el grado de pericia del evaluador, su meticulosidad y sus potenciales sesgos (Shaffer et al., 1999). No obstante, la información obtenida por el evaluador permite clarificar los síntomas, ahondar en su contenido y en las relaciones funcionales de los síntomas.

Finalmente, antes de concluir sobre el diagnóstico de un caso es importante que el evaluador tenga presente las diferencias y semejanzas entre los síntomas del trastorno que evalúa y los síntomas similares que aparecen en otros trastornos, es decir, conviene, que el evaluador conozca bien aquellos otros trastornos o síndromes con los que debe hacerse el diagnóstico diferencial.

2.2. Diagnóstico Diferencial

El diagnóstico diferencial, en el caso del TOC, debe hacerse a dos niveles, a un nivel sintomático y a un nivel de síndrome o trastorno. Atendiendo a los síntomas más cognitivos, el principal elemento a diferenciar respecto de las obsesiones ha de establecerse en relación con otras cogniciones que comparten un gran número de similitudes con aquellas (e.g., carácter intrusivo, reiteración). Estas cogniciones son fundamentalmente, preocupaciones, «rumiaciones» depresivas, fantasías y delirios. Las primeras a diferencia de las obsesiones, se relacionan con contenidos propios de la vida cotidiana (e.g., salud, desempleo, escuela, finanzas) y no resultan egodistónicas, es decir, la persona no manifiesta un claro malestar por experimentarlas en sí mismas. Las «rumiaciones» depresivas son pensamientos reiterados que denotan una visión negativa de sí mismo y del mundo, suelen girar sobre contenidos relativos a la degradación propia (e.g., «soy un inútil», «no valgo para nada»), la culpabilidad y la desesperanza. Las fantasías suelen ser ideaciones placenteras; en el caso de las fantasías de contenido sexual, a diferencia de las obsesiones, se asocian con un incremento del arousal sexual o excitación. Finalmente, los delirios son alteraciones del pensamiento que no suelen generar malestar y denotan una pérdida de contacto con la realidad. Mientras que las obsesiones se experimentan como pensamientos no deseados o inaceptables a los que la persona reacciona con cierta resistencia, el resto de pensamientos descritos no se ajustan a estas características. Es otra diferencia importante a resaltar que sólo las obsesiones evocan (aunque no siempre) compulsiones y rituales con el fin de neutralizar la ansiedad o el malestar que generan. Respecto de los síntomas más motores, las compulsiones deben ser adecuadamente diferenciadas de otras conductas repetitivas tales como los tics, los comportamientos estereotipados, ciertas conductas impulsivas, o algunas conductas excesivas relacionadas con el juego, la ingesta o el comportamiento sexual. Ninguna de estas conductas es disparada por las obsesiones y su función principal no es la de neutralizar la ansiedad o las consecuencias temidas. Algunas de ellas, arrancarse el pelo o morderse las uñas, responden a un impulso relacionado con la autoestimulación o la falta de regulación y autocontrol. Las conductas excesivas de comer, consumir drogas, jugar o robar, al igual que las anteriores, pueden responder a un impulso incontrolado o a un componente adictivo pero no aparecen en respuesta a pensamientos obsesivos ni poseen un claro carácter egodistónico.

Atendiendo al diagnóstico diferencial desde el análisis de los diferentes trastornos, en la Tabla 6.3 se recogen aquellas alteraciones con las que el TOC puede ser confundido y con las que requiere ser comparado (Tabla 6.3).

Tabla 6.3. Diagnóstico Diferencial en la Evaluación del Trastorno Obsesivo Compulsivo.

Trastorno	Características Diferenciales Respecto del TOC
Trastorno de Ansiedad Debido a Enfermedad Médica.	Obsesiones y compulsiones se consideran una consecuencia de una enfermedad existente.
Trastornos de Ansiedad Inducido por Sustancias.	Obsesiones y compulsiones están relacionadas etiológicamente con el consumo de sustancias.
Trastorno Dismórfico Corporal/ Fobia Específica o Social/ Tricotilomanía*.	El contenido de las ideas y/o rituales está relacionado exclusivamente con estos trastornos (e.g., preocupación por un defecto físico).
Episodio Depresivo Mayor.	El contenido de las obsesiones es congruente con el estado de ánimo depresivo propio de una visión negativa de sí mismo y de su mundo. Los pensamientos no poseen un claro carácter egodistónico.
Ansiedad Generalizada.	Los pensamientos repetitivos se corresponden con preocupaciones excesivas relacionadas con su vida real (e.g., perder un empleo) que la persona las considera como apropiadas.
Hipocondría/Fobia Específica a la Salud.	No existen rituales de lavado o comprobación y las ideas recurrentes se centran en el miedo a padecer o estar padeciendo una enfermedad y a la interpretación de los síntomas y sensaciones físicas.
Trastorno de Tics y Movimientos Estereotipados*.	Su topografía es menos compleja que una compulsión y no existe relación funcional con la obsesión en términos de neutralización de la ansiedad.
Conductas de Alimentación, Consumo de Sustancias, Juego Patológico.	Las conductas proporcionan satisfacción y placer a las personas y no se asocian a la presencia de obsesiones.
Trastorno Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad*.	No existen compulsiones ni obsesiones. Existe una elevada preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.
Esquizofrenia*.	La presencia de los síntomas no tiene carácter egodistónico y existe pérdida del contacto con la realidad.
Trastorno Delirante/ Trastorno Psicótico no Especificado*.	Las obsesiones tienen carácter delirante. El sentido de realidad está afectado.

Nota: TOC = Trastorno obsesivo-compulsivo; * La presencia de criterios diagnósticos para ambos trastornos puede justificar la presencia de ambos diagnósticos simultánea o adicionalmente.

2.3. Comorbilidad

Los trastornos comórbidos más comunes con el TOC son los trastornos del estado de ánimo y los trastornos de control de impulsos. Le siguen la presencia de tics y de trastornos de ansiedad, principalmente la ansiedad generalizada. Entre los sujetos con TOC se ha encontrado también una alta prevalencia de conductas suicidas. Pueden aparecer conjuntamente con el TOC, aunque con tasas de prevalencia no superiores al 10%, el síndrome de Touret y los trastornos de la alimentación (Cruzado, 2011; Ruscio et al., 2010; Torres et al., 2006).

En población infantil, al igual que entre los adultos, el TOC aparece frecuentemente con alteraciones del estado de ánimo, tics y problemas de ansiedad. A diferencia de la población adulta, en este grupo de edad, destaca además de la aparición de tics, la presencia de trastorno por déficit de atención (Scahill, Williams, Schwab-Stone, Applegate, y Leckman, 2006; Sheppard et al., 2010; Zohar, 1999).

3 EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO Y LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO

De acuerdo con los principales modelos explicativos del TOC se ha identificado un conjunto de variables relevantes relacionadas con la aparición y el mantenimiento de la sintomatología de este trastorno. A continuación se detallan estas variables y los instrumentos diseñados para su evaluación.

3.1. Principales Variables Relevantes Implicadas en la Dinámica Funcional del TOC: Variables a Evaluar para el Tratamiento

- *Amenazas o disparadores externos.* Determinados estímulos tales como situaciones específicas (e.g., encuentro con chicas, conducción), objetos (e.g., cuchillos, matrículas) o lugares (e.g., baños públicos) pueden funcionar como disparadores de la ansiedad y de las conductas compulsivas.
- *Cogniciones intrusivas.* Estas cogniciones suelen ser los principales activadores de las conductas compulsivas o rituales. Se trata de contenidos cognitivos no deseados o inaceptables desde el punto de vista moral o de la salud que pueden manifestarse mediante *pensamientos* (e.g., dudas sobre las preferencias sexuales, pensamientos de muerte, enfermedad o accidente de tus seres queridos), *imágenes* (e.g., gérmenes, excrementos) o *impulsos* (e.g., tendencia repentina de hacer daño a los seres queridos). En muchas ocasiones, las personas no quieren describir estos contenidos porque se avergüenzan de ellos o porque temen que el terapeuta no los entienda. Es de gran importancia que el evaluador no manifieste ningún juicio de valor ni verbal ni gestualmente y que intente normalizar la presencia de esos pensamientos. Algunas estrategias para que el evaluador pueda manejar estos miedos son transmitir que son pensamientos muy comunes en las personas

que tienen este tipo de problemas e incluso en el resto de personas sin TOC. Conviene incluso que el evaluador comparta con el evaluado algunos pensamientos intrusivos que haya tenido alguna vez.

- **Consecuencias temidas.** Se refieren a los pensamientos vinculados a las obsesiones cuyo contenido expresa el miedo a lo que pueda ocurrir en caso de que no realice los correspondientes rituales (e.g., mirar el gas 7 veces) o en caso de que sus miedos lleguen a hacerse realidad (e.g., contaminarse por un virus). Estos pensamientos pueden incluir un desastre en la vivienda habitual, la muerte de algún ser querido, la pérdida de propiedades o el deterioro de la salud, entre otros. Evaluar estas cogniciones es de gran valor para el diseño de técnicas de intervención dirigidas a su manejo o desaparición.
- **Creencias o pensamientos disfuncionales.** A los pensamientos obsesivos subyace cierto patrón de pensamientos, tales como creencias, interpretaciones e incluso supuestos sobre la manera de entender el mundo. Todos estos contenidos cognitivos facilitan el mantenimiento de la sintomatología del TOC (OCCWG, 2005; Summerfeldt y Endler, 1998). Se han recogido entre los pensamientos disfuncionales más importantes: la maximización o la sobreestimación de una amenaza percibida (e.g., «es terrible si me contagio de un virus»), la sobre-estimación de la propia responsabilidad asociadas a los sentimientos de culpa (e.g., «si no miro el gas seré el responsable de que ocurra un desastre»), las actitudes perfeccionistas (e.g., «si me equivoco sería terrible»), de excesivo control (e.g., «tengo que revisarlo y comprobarlo todo»), o las actitudes de intolerancia a la incertidumbre (e.g., «no puedo soportar no estar seguro de que he hecho algo»). Dentro de este grupo de creencias se incluyen también las creencias relativas a la *Fusión-Pensamiento-Acción*, anteriormente comentadas (e.g., «si pienso esto ocurrirá», «si pienso esto es como si lo hiciera/ocurriera»).
- **Evitación Pasiva.** No siempre las personas con un TOC presentan rituales; una de las razones es porque aprenden a evitar toda aquella estimulación que le induce ansiedad (e.g., la calle, un baño) o a prescindir de hacer tareas o actividades que le disparan la ansiedad (e.g., tocar ciertos objetos). Por ejemplo, algunos pacientes se quedan recluidos en casa para no contaminarse por la polución de la calle o nunca utilizan un aseo ajeno por miedo a contaminarse.
- **Evitación activa o Rituales.** Cuando la ansiedad es excesiva y la evitación pasiva no resulta eficaz o no es posible llevarla a cabo, muchas personas desarrollan pautas repetitivas y compulsivas a modo de rituales mediante los que neutralizan sus niveles de ansiedad o, en alguna medida, reparan las consecuencias temidas. Estas pautas ritualizadas pueden ser conductas motoras (e.g., lavarse las manos siete veces) o cognitivas (e.g., contar, recitar una oración). En algunas ocasiones, es complicado diferenciar si un pensamiento es una obsesión o un ritual cognitivo. La mejor manera de averiguarlo es evaluar si dicha cognición neutraliza la ansiedad (actuaría como un ritual) o la dispara (actuaría como una obsesión). Una buena estrategia para identificarlo es registrar durante al menos 10 minutos el curso de la ansiedad pidiendo a la persona cada 20-30 segundos que registre sus niveles subjetivos de malestar (USAs). Una vez recogidos los datos, analizar la tendencia creciente o decreciente de su nivel de ansiedad respecto del supuesto ritual. Si el registro muestra que la aparición de esa cognición ha conseguido atenuar la ansiedad, podríamos pensar que se

trata de un ritual, si en cambio ha incrementado el malestar e incluso evocado la aparición de otros rituales es probable que se trate de una obsesión.

- *Acomodación familiar a los síntomas.* La familia, especialmente cuando se trata de niños con TOC, puede funcionar como un importante mantenedor de la sintomatología en la medida que se acomoda a esta y la refuerza/castiga (Calvocoressi et al., 1999). Las formas de acomodación pueden ser numerosas e incluyen actitudes o estrategias pasivas (e.g., contemplar los rituales, esperar que terminen antes de iniciar alguna actividad, evitar estar presentes) o activas (e.g., castigar, recriminar, reforzar).
- *Estrategias metacognitivas.* La presencia de determinadas creencias que las personas mantienen sobre el curso y el resultado de su propio pensamiento, como la existencia de un plan meta-cognitivo (supervisión atencional incrementada sobre los pensamientos intrusivos), están implicadas en el curso del TOC. Estas incluyen ideas preconcebidas sobre la responsabilidad, la fusión pensamiento-acción, el control de pensamientos y su importancia (Clark, Purdon y Wang, 2003; Wells y Cartwright-Hatton, 2004).
- *Indecisión/duda.* La falta de habilidad para la toma de decisiones en un tiempo adecuado en diferentes dominios de la vida y a través de diferentes situaciones. La postergación de decisiones se relaciona con un incremento del tiempo para tomar medidas, un menor uso de adecuadas estrategias, mayor esfuerzo cognitivo empleado en la toma de decisiones y una elevada amenaza percibida ante las situaciones ambiguas (Frost y Shows, 1993; Patalano y Wengrovitz, 2006).
- *Actitudes excesivas de responsabilidad y culpa.* Los sentimientos disfóricos excesivos asociados con el reconocimiento de que se ha violado una norma personal, moral, legal o social se ha vinculado con la presencia del TOC (Kugler y Jonhs, 1992) así como la percepción excesiva de responsabilidad en determinados contextos (Salkovskis et al., 2000).
- *Estrategias de control de los pensamientos.* Las estrategias de control son un intento de disminuir el malestar y deshacerse de los pensamientos intrusivos, no obstante, impiden el procesamiento emocional del pensamiento impidiendo su acceso a la conciencia (Clark, 2004). Esto se traduce en un aumento de la frecuencia y la preocupación del pensamiento intrusivo (Purdon y Clark, 1999).
- *Perfeccionismo.* Las personas con TOC a menudo informan de sus sensaciones de malestar cuando las cosas no están bien hechas, sienten una tendencia excesiva a hacer las cosas de manera perfecta y a sentir que sus acciones no se han realizado todo lo bien que debieran. Suelen poseer elevados estándares personales, altas expectativas y exigencias sobre su ejecución (Frost, Marten, Lahart y Rosenblate, 1990).

3.2. Instrumentos para su Contrastación

La evaluación utilizada para la contrastación de las variables anteriores puede realizarse a través de entrevistas *ad hoc*, registros de conducta y cuestionarios. Los registros y entrevistas no estructuradas

pueden incluir ítems que el propio evaluador diseñe según la problemática específica a evaluar y según el caso. Estas técnicas de evaluación son buenas herramientas para explorar inicialmente el problema y para la obtención de información relevante que permita el análisis de las relaciones funcionales entre el contexto y las variables del sujeto (e.g., obsesiones, rituales, niveles de ansiedad percibidos). En la Tabla 6.4 se proponen algunas preguntas claves para la obtención de esta información y en el Cuadro 6.1 se presenta un autorregistro-ejemplo. El registro debe ser utilizado bien por el paciente o algún familiar a lo largo, al menos, de un par de semanas y debe ir acompañado de instrucciones claras y ejemplificadas sobre cuándo, dónde y cómo debe ser utilizado. Los familiares o incluso el terapeuta durante las sesiones o ante tareas o situaciones simuladas y análogas al contexto cotidiano del paciente pueden observar y registrar las conductas problema.

Tabla 6.4. Posibles Preguntas a Incluir en la Evaluación de las Principales Variables Implicadas en la Conceptualización del TOC.

Contenidos a Evaluar	Preguntas para Evocar los Contenidos a Evaluar
Identificación de Estímulos o Disparadores de la Sintomatología.	¿Qué situaciones te generan ansiedad? ¿Qué situaciones u objetos evitas? ¿Qué situaciones/ objetos disparan tus rituales/manías?
Pensamientos Intrusivos	¿Qué pensamientos pasan por tu cabeza que disparan tu ansiedad o malestar?/¿Qué pensamientos intentas quitarte de la cabeza, evitar, disminuir?
Consecuencias Temidas	¿Qué es lo peor que pudiera ocurrirle si te enfrentas/expones a...(estímulo temido o disparador)?/¿Qué pasaría si no realizas el ritual/manía?/¿Qué pasaría si no haces nada para reducir tu ansiedad?
Evitación Pasiva	¿Qué situaciones evitas para no experimentar miedo o malestar y por qué?/ ¿Qué sucedería si no pudieras evitar tales situaciones?
Evitación Activa: Rituales	¿Qué haces cuando no puedes evitar una situación o estímulo temido? ¿Qué haces para reducir tu miedo o malestar?/ ¿Qué tipo de estrategias mentales utilizas para disminuir pensamientos indeseados?/ ¿Existe alguna manía o alguna conducta con la que consigas reducir tu ansiedad?/ ¿Qué ocurriría si no pudieras llevar a cabo esa conducta?

Cuadro 6.1. Posible Registro para la Evaluación de Variables Funcionales del TOC.

Nombre				
Fecha				
Situación (Desencadenante)	Emoción (0-100) (¿Qué sentí?)	Pensamiento (¿Qué pensé?)	Acción (¿Qué hice?)	Consecuencias (¿Qué pasó después?)

Cuando se pretenden evaluar constructos no directamente observables, la fiabilidad y validez de los registros y entrevistas no estructuradas tiene importantes limitaciones, por lo que se recomienda administrar cuestionarios específicamente diseñados para la evaluación de variables concretas y con propiedades psicométricas probadas. Un listado de cuestionarios para este fin se ha incluido en la Tabla 6.5. En esta tabla aparecen diferentes medidas para la evaluación de las variables más relevantes que se han utilizado para explicar la aparición y el mantenimiento de la sintomatología del TOC.

Tabla 6.5. Variables Relevantes e Instrumentos para la Conceptualización del Trastorno Obsesivo Compulsivo (Contrastación para las Hipótesis de Conceptualización).

Hipótesis	Instrumentos	Dimensiones y Características
Control	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuestionario de Control de Pensamientos TCQ (Wells y Davies, 1994). 	30 ítems. Escala Likert 4 puntos. Evalúa las estrategias de control del pensamiento mediante seis dimensiones: distracción, apoyo social, pequeñas preocupaciones, autocastigo y reevaluación.

(continúa)

Hipótesis	Instrumentos	Dimensiones y Características
<p>Creencias/Pensamientos Disfuncionales:</p> <p>Sobreestimación</p> <p>Excesivo Control</p> <p>Intolerancia a la Incertidumbre</p> <p>Consecuencias Temidas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="501 275 865 336">▪ Cuestionario de Creencias Obsesivas OBQ** (OCCWG, 2005). <li data-bbox="501 516 865 611">▪ Inventario de Creencias Obsesivas ICO (Belloch, Cabedo, Morillo, Lucero y Carrió, 2003). <li data-bbox="501 939 865 1033">▪ Inventario de Interpretación de las Intrusiones III** (OCCWG, 2005). <li data-bbox="501 1213 865 1327">▪ Inventario de Creencias Relacionadas con las Obsesiones IBRO (Freston, Ladouceur, Gagnon y Thibodeau, 1993). 	<p>44 ítems. Escala Likert de 1 (total desacuerdo) a 7 (total acuerdo). Tres escalas: responsabilidad/sobreestimación de la amenaza, perfeccionismo/certidumbre e importancia/control de los pensamientos.</p> <p>58 ítems. Escala Likert de 1 (total desacuerdo) a 7 (total acuerdo). 7 dimensiones: fusión pensamiento-acción tipo probabilidad, perfeccionismo e intolerancia a la incertidumbre, sobreestimación del peligro, fusión pensamiento-acción tipo moral (8 ítems), responsabilidad excesiva e importancia de controlar los pensamientos, sobreestimación de la importancia de los propios pensamientos y rigidez de ideas.</p> <p>31 ítems. Evalúa el grado de acuerdo con diferentes valoraciones negativas o erróneas de los pensamientos relativas a su control, responsabilidad e importancia. Estas valoraciones se puntúan sobre dos pensamientos seleccionados del evaluado.</p> <p>20 ítems. Escala Likert de 6 puntos. Evalúa creencias disfuncionales sobre los pensamientos intrusivos mediante tres dimensiones: responsabilidad exagerada, sobreestimación de la amenaza e intolerancia a la incertidumbre.</p>

(continúa)

Hipótesis	Instrumentos	Dimensiones y Características
Estrategias Metacognitivas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuestionario de Creencias Metacognitivas MCBQ (Clark, Purdon y Wang, 2003). ▪ Cuestionario de Metacognición MCQ (Cartwright-Hatton y Wells, 1997)- Versión abreviada MCQ-30 (Wells y Cartwright-Hatton, 2004). Versión para Adolescentes MCQ-A (Cartwright-Hatton et al., 2004). 	<p>67 ítems. Escala Likert 7 puntos según grado de acuerdo. Evalúa diferentes actitudes ante las obsesiones mediante 3 dimensiones: control del pensamiento, consecuencias percibidas y atributos positivos.</p> <p>94 ítems. Escala Likert 4 puntos. Cinco Dimensiones: creencias positivas sobre la preocupación; incontrolabilidad y peligro; seguridad cognitiva; necesidad de control de los pensamientos; y autoconciencia. Versión abreviada y para adolescentes, 30 ítems y similares dimensiones.</p>
Fusión-Pensamiento- Acción (FPA)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escala de Fusión Pensamiento-Acción TAFS (Shafran, Thordarson y Rachman, 1996). 	<p>19 ítems. Escala Likert de 5 puntos según el grado de acuerdo. Evalúa el grado en que la persona equipara su pensamiento con la acción en dos dimensiones: a) probabilidad de tener un pensamiento inaceptable o perturbador acerca de otra gente hace más probable que suceda; b) FPA moral: tener un pensamiento inaceptable o perturbador es equiparable a realizar la acción.</p>

(continúa)

Hipótesis	Instrumentos	Dimensiones y Características
Responsabilidad/Culpa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escala de Actitud hacia la Responsabilidad RAS (Salkovskis et al., 2000; Steketee, Frost, y Cohen, 1998). ▪ Cuestionario de Interpretaciones de Responsabilidad RIQ (Salkovskis et al., 2000). ▪ Cuestionario de Responsabilidad RAQ 2 (Rachman, Thordarson, Shafran y Woody 1995). ▪ Inventario de Culpa IG (Kugler y Jonhs, 1992). 	<p>26 ítems. Escala Likert 7 puntos según el grado de acuerdo. Evalúa las actitudes y creencias sobre la responsabilidad.</p> <p>44 ítems. Evalúa la reacción a los pensamientos intrusivos presentes en las dos últimas semanas. Consta de dos partes de 22 ítems: 1) frecuencia de ideas de alta y baja responsabilidad sobre los pensamientos. Escala Likert 5 puntos; 2) grado de acuerdo sobre creencias de alta y baja responsabilidad ante los pensamientos. Escala de 0-100.</p> <p>18 ítems. Escala Likert 6 puntos según grado de acuerdo. Dimensiones: responsabilidad para el daño, perspectiva positiva, responsabilidad en contextos sociales y fusión pensamiento-acción.</p> <p>45 ítems. Escala Likert 5 puntos. 3 dimensiones: culpa rasgo, culpa estado, estándares morales.</p>
Actitudes perfeccionistas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ EMP: Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Frost, Marten, Lahart y Rosenblate, 1990). 	<p>35 ítems. Escala Likert 5 puntos. 6 dimensiones: preocupación por los errores, estándares personales, expectativas parentales, críticas parentales, acción sobre las dudas, organización.</p>
Indecisión	<ul style="list-style-type: none"> ▪ FIS. Escala de Indecisión de Frost (Frost y Shows, 1993; Patalano y Wengrovitz, 2006). 	<p>15 ítems. Escala Likert 5 puntos según grado de acuerdo. Evalúa las dificultades en la toma de decisiones. Dos dimensiones para población occidental (ansiedad e indecisión en la planificación) y una más para la oriental (inseguridad).</p>

(continúa)

Hipótesis	Instrumentos	Dimensiones y Características
Acomodación Familiar	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escala de Acomodación Familiar al TOC FAS (Calvocoressi et al., 1999). 	13 ítems y un listado de síntomas del TOC que la familia ha de identificar y puntuar. Los ítems evalúan el grado de acomodación de la familia a los síntomas (e.g, participación en rituales). Escala Likert 4 puntos para evaluar el grado de acomodación.
Evitación de los Estímulos Temidos o Evocadores de Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autorregistros, Observación**/** ▪ Test de Evitación Conductual BATs **/** (Trudel, 1978; Steketee et al., 1996). 	<p>Evalúan las conductas de evitación y los niveles de malestar asociados. Debe incluir al menos la medida de: 1) % de pasos/metras alcanzadas; 2) nivel subjetivo de ansiedad; 3) evitación; 4) rituales asociados.</p> <p>Programación de tareas pautadas que incluyen: tiempo de espera antes de realizar el ritual, aproximación y contacto con los estímulos temidos. Se toman como indicadores: número o porcentaje de pasos de aproximación, niveles subjetivos de ansiedad, nº de conductas de evitación, grado de culminación del ritual (0 = ausencia; 1 = incompleto; 2 = completo). Sumatorio total de las puntuaciones anteriores.</p>

Nota: ** Altamente recomendados para la conceptualización del tratamiento ; *** Altamente recomendados para la evaluación del tratamiento.

3.3. Evidencias de Fiabilidad y Validez de la Evaluación para Conceptualización del Caso

Las entrevistas no estructuradas y los registros, dada su elaboración *ad hoc*, no permiten conocer a priori sus propiedades psicométricas. En general, suelen ser bastante limitadas aunque depende del cuidado y sistematización con el que sean elaborados. Se recomienda el uso de registros muy pautados, que soliciten información muy específica y bien operativizada. A pesar de estas limitaciones, los registros y entrevistas *ad hoc* poseen gran versatilidad, flexibilidad y adaptación al caso para obtener la información requerida, especialmente para el análisis funcional de la sintomatología.

De los instrumentos que se han recogido para la conceptualización del TOC, todos han mostrado evidencias de validez y fiabilidad adecuadas. Todos poseen buena consistencia interna con niveles medios y altos (próximos a .70 o superiores), y la mayoría de ellos cuentan con adecuada fiabilidad test-retest. Su dimensionalidad se ha contrastado mediante análisis factorial y se han asociado significativamente con la presencia de TOC, explicando parte de su sintomatología. De estos instrumentos, dos han sido altamente recomendados por sus propiedades psicométricas y su utilidad clínica (Abramowitz, 2005): el *Cuestionario de Creencias Obsesivas* OBQ (OCCWG, 2005) y el *Inventario de Interpretación de las Intrusiones* III (OCCWG, 2005).

4 EVALUACIÓN PARA EL TRATAMIENTO, SU PROGRESO Y LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

La evaluación del progreso del tratamiento en el caso del TOC y de forma similar a otros trastornos se evalúa en gran medida con los instrumentos utilizados para su diagnóstico y conceptualización. No obstante, no todos los instrumentos diseñados para la evaluación de un trastorno o alguna de sus variables se muestran sensibles a los efectos del tratamiento. En el caso particular del TOC, la mayoría de los instrumentos utilizados para evaluar el progreso del tratamiento y sus efectos se realiza con las escalas de síntomas indicadas para el diagnóstico. Estas escalas permiten estimar la disminución tanto de la frecuencia de cierta sintomatología así como los cambios acontecidos en la intensidad de la misma. Se recomiendan como altamente adecuadas (Abramowitz, 2008) la Escala de Yale-Brown Y-BOCS (Goodman et al., 1989 a, b; Baer, 1994), el Inventario Vancouver VOCI (Thordarson et al., 2004) y el Inventario Obsesivo Compulsivo OCI-R (Foa et al., 2002). Respecto de las escalas que analizan las características de fijación e *insight* de las obsesiones tanto la *Escala de Creencias de Brown* BABS (Eisen et al., 1998) como la *Escala de Fijeza de Creencias* (Foa et al., 1995) se han mostrado sensibles al tratamiento.

Para la evaluación en la disminución de las conductas de evitación y los cambios en las relaciones funcionales, el uso de registros de observación, bien autoinformados o heteroinformados por algún familiar o por el evaluador, también están recomendados. No obstante, como ya hemos comentado sus propiedades psicométricas son más limitadas. Cuando se han estudiado las propiedades psicométricas de registros de evitación conductual que incluyen tareas de aproximación/evitación por pasos los resultados han mostrado buena consistencia interna en el pretest aunque baja en el postest (Steketee, Chambless, Tran y Worden, 1996).

Existe un cuestionario sobre cumplimiento del Tratamiento (*Treatment Adherence Survey-Patient version*, TAS-P (Mancebo et al., 2008) específicamente diseñado para los casos de TOC. Su objetivo es evaluar el cumplimiento del tratamiento en el pasado y el análisis de las razones que han llevado a su abandono, cuando este se produce. Estas razones se agrupan en seis dimensiones: miedo/ansiedad, obstáculos ambientales percibidos, utilidad percibida del tratamiento, creencias sobre la gravedad del trastorno, relación con el terapeuta y cuestiones relacionadas con el estigma y la confidencialidad.

En el caso de los niños, además de las escalas de síntomas, las medidas de impacto e interferencia en la vida cotidiana son una buena medida para evaluar el progreso del tratamiento, es el caso de la Escala del Impacto del Trastorno Obsesivo-compulsivo COIS (Piacentini et al., 2003).

Finalmente, cuando variables específicas vinculadas a la conceptualización del TOC se establecen como objetivos de tratamiento, los instrumentos utilizados para su identificación deben ser utilizados como posttest a lo largo y al final del proceso de intervención. No obstante, estas medidas no se han diseñado para evaluar la eficacia del tratamiento y muchas de ellas no informan de su sensibilidad a los efectos de éste.

5 PROPUESTA DE UN PROTOCOLO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS OBSESIVO-COMPULSIVOS

La evaluación básica del TOC debe incluir instrumentos para el diagnóstico del trastorno, para su conceptualización y planificación de la intervención, y finalmente para evaluar el curso y resultado de dicha intervención. Los instrumentos para la delimitación del problema han de incorporar medidas que exploren los criterios diagnósticos y específicamente la sintomatología y sus características. En la Tabla 6.6 se recoge una selección de un posible grupo de instrumentos básicos para la evaluación de esta alteración.

Tabla 6.6. Protocolo Básico para la Evaluación de los Trastornos Obsesivo-compulsivos.

Evaluación para el Diagnóstico y Delimitación del Problema
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevista Diagnóstica ADIS-IV. ▪ Escala de Creencias de Brown BABS (Eisen et al., 1998). ▪ Escala de Síntomas Obsesivo-Compulsivos de Yale-Brown Y-BOCS-SC (Goodman et al., 1989 a, b). ▪ Inventario Obsesivo-Compulsivo de Vancouver VOCI (Thordarson et al., 2004).
Evaluación para la Conceptualización del Caso
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuestionario de Creencias Obsesivas OBQ (OCCWG, 2005). ▪ Inventario de Interpretación de las Intrusiones III (OCCWG, 2005).
Evaluación para el progreso y eficacia del Tratamiento
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escala de Creencias de Brown BABS (Eisen et al., 1998). ▪ Escala de Síntomas Obsesivo-Compulsivos de Yale-Brown Y-BOCS-SC (Goodman et al., 1989 a, b). ▪ Cuestionario sobre Cumplimiento del Tratamiento TAS-P (<i>Treatment Adherence Survey-Patient version</i>; Mancebo et al., 2008). ▪ Registros de observación.

Nota: ADIS-IV = Entrevista para el diagnóstico de los trastornos de ansiedad en niños.

RESUMEN

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se caracteriza básicamente por la presencia de obsesiones y compulsiones que la persona experimenta como inaceptables, extraños o sin sentido y que generan un elevado malestar. Estas obsesiones y compulsiones están relacionadas y suelen producirse en una secuencia encadenada de intrusión-neutralización-intrusión en la que a veces es complicado diferenciarlas, así como establecer el inicio de la cadena. La presencia del trastorno obsesivo compulsivo es relativamente alta. Se ha estimado una prevalencia alrededor del 2% similar en niños y adultos. Respecto al curso de este trastorno, se inicia generalmente en la adolescencia o principios de la vida adulta, aunque los casos más severos se remontan a la infancia.

Los modelos explicativos del TOC han sido muy diversos e incluyen perspectivas biológicas (e.g., estudios de familias y de gemelos) que indican la existencia de una base genética en la transmisión y manifestación del TOC, así como aproximaciones conductuales (e.g., Modelo Bifactorial de Mowrer, Modelo de Seligman, Teoría de la Incubación de Eysenck, Teoría del Aprendizaje Social de Rachman) y aproximaciones cognitivas (e.g., problemas en el procesamiento de la información, percepciones sobrevaloradas y sesgadas, exceso de responsabilidad y control, estrategias metacognitivas, fusión pensamiento-acción).

La evaluación del TOC se realiza mediante un proceso de formulación y contrastación de hipótesis que incluyen supuestos de diagnóstico y conceptualización del caso así como la valoración del tratamiento. Para el diagnóstico y delimitación del TOC se recomiendan entrevistas estructuradas (e.g., ADIS-IV) y, con el fin de detallar y precisar los síntomas presentes que confirmen los criterios diagnósticos, la entrevista estructurada debe combinarse con escalas que estimen el grado de convicción, fijeza y sinsentido percibido de las cogniciones (e.g., BABS) así como listados de conductas que permitan operativizar los síntomas presentes (e.g., Y-BOCS). Este diagnóstico debe completarse con el diagnóstico diferencial y el patrón de comorbilidad propio de este trastorno.

Se han identificado diversas variables relevantes que explican la dinámica funcional del TOC y para las cuales existen instrumentos específicos de evaluación. De acuerdo con las características del caso, el evaluador debe establecer diferentes hipótesis de conceptualización que posteriormente contrastará mediante los instrumentos indicados. De estos instrumentos, dos han sido altamente recomendados por sus propiedades psicométricas y su utilidad clínica: el *Cuestionario de Creencias Obsesivas (OBQ)* y el *Inventario de Interpretación de las Intrusiones (III)*. Para la evaluación del progreso del tratamiento, se utilizan los instrumentos utilizados para su diagnóstico y conceptualización, como medidas posttest; y registros de observación bien autoinformados o heteroinformados. En el caso de los niños, además de las escalas de síntomas, las medidas de impacto e interferencia en la vida cotidiana son una buena medida para evaluar el progreso del tratamiento.

Finalmente se recomienda el uso de un protocolo básico de evaluación para este trastorno que incluye los instrumentos más relevantes citados anteriormente.

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

- 1) Entre las compulsiones más frecuentes están: a) rituales cognitivos; b) rituales de comprobación; c) rezo.
- 2) Para el diagnóstico del TOC se recomienda el uso de: a) entrevistas estructuradas; b) listados de síntomas; c) a y b.
- 3) ¿Cuál de las escalas siguientes está indicada para estimar el grado de convicción, fijeza y sinsentido percibido de las cogniciones?: a) Inventario Obsesivo-Compulsivo de Florida (FOCI); b) Inventario de Interpretación de las Intrusiones (III); c) Escala de Creencias de Brown (BABS).
- 4) ¿Qué instrumentos aportan mayor validez incremental a la exploración inicial de un TOC?: a) registros de conducta; b) listados de síntomas; c) entrevistas estructuradas.
- 5) Para evaluar el grado en que la persona equipara su pensamiento con la acción se recomienda: a) Cuestionario de Creencias Metacognitivas (MCBQ); b) Escala de Fusión Pensamiento-Acción (TAFS); c) Escala de Actitud hacia la Responsabilidad (RAS).

Soluciones: 1b; 2a; 3c; 4c; 5b

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Abramowitz, J. (2008). Obsessive-compulsive disorder. En J. Hunsley, & E. J. Mash (Eds.), *A guide to assessments that work* (pp. 275-292). New York: Oxford University Press.
- Cruzado, J. A. (2009). Trastorno obsesivo compulsivo. En V. Caballo (2009), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos* (233-265). Madrid: Pirámide.
- Grabill, K., Merlo, L., Duke, D., Harford, K., Keeley, M. L., Geffken, G. R., & Storch, E. A. (2008). Assessment of obsessive-compulsive disorder: A review. *Journal of Anxiety Disorders* 22, 1-17.

Evaluación de los Trastornos del Estado de Ánimo: Trastornos Depresivos y Trastorno Bipolar

Victoria del Barrio Gándara

7

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

1 Introducción

- 1.1. Descripción y Tipos de Depresión
- 1.2. Epidemiología
- 1.3. Factores Etiológicos
- 1.4. Comorbilidad

2 Evaluación para la Contrastación de Hipótesis Diagnósticas y Delimitación del Problema

- 2.1. Evaluación Diagnóstica Categorical
 - 2.1.1. Instrumentos para la Evaluación Categorical
- 2.2. Evaluación Dimensional

3 Características Psicométricas de los Instrumentos de Evaluación para los Trastornos Depresivos

4 Evaluación para la Conceptualización del Caso y la Planificación del Tratamiento

- 4.1. Cautelas para el Diagnóstico

5 Propuesta de un Protocolo Básico para la Evaluación de los Trastornos del Estado de Ánimo

- 5.1. Esquema de la Secuencia a Seguir en la Evaluación de los Trastornos Depresivos

RESUMEN

EXERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

- Realizar adecuadamente las tareas necesarias para enfrentarse a la tarea del diagnóstico de la depresión.
- Ser consciente de las dificultades de la evaluación de los trastornos del estado de ánimo dado el carácter interiorizado de los síntomas y la poca capacidad de comunicación de este tipo de pacientes.
- Tomar decisiones adecuadas tomando como criterios las distintas metodologías para abordar el diagnóstico y, los pros y contras de las mismas.
- Elegir entre los instrumentos estudiados el que mejor se adapte a las condiciones del sujeto atendiendo a sus características psicométricas.

1 INTRODUCCIÓN

La depresión es una alteración emocional que acompaña a las personas desde que se tiene noticia de su historia. La literatura, la filosofía y la ciencia se han ocupado de la explicación de este trastorno. La psicología partió del concepto de Melancolía para referirse a ella, partiendo de la concepción clásica de las alteraciones mentales como alteraciones de los humores característicos de los distintos temperamentos. Actualmente aún hay investigaciones que mantienen la vulnerabilidad para la depresión a partir de personalidades melancólicas (Ambrosini, Stanghellini y Langer, 2011).

Se ha dicho que la depresión es el trastorno mental característico de nuestro tiempo y su coste personal y social es ingente. Se calcula que un porcentaje muy considerable de los pacientes que acuden a las consultas médicas con quejas somáticas se deben a la depresión (Richter, Bittencourt, Keng, Oliveira y Moreschi, 2011).

En el tiempo actual, los manuales diagnósticos incluyen la depresión entre los trastornos afectivos es decir alteraciones centradas en la emoción, tanto en lo que se refiere a la tristeza como a la ira, las dos emociones negativas básicas y por tanto se incluyen la depresión, su opuesto la manía, y la combinación de ambas alternándose.

Aquí nos vamos a centrar especialmente en la patología de la tristeza y en sus formas: Depresión Mayor, Distimia y Otros Trastornos Depresivos y los Trastornos Bipolares, porque el DSMIV-TR los incluye, aunque en el borrador del DSM-5 se constituye en una categoría a parte. Los trastornos Bipolares presentan además problemas de discriminación diagnóstica respecto de los otros trastornos afectivos y por tanto su exposición puede ayudar a un mejor discernimiento. Los Trastornos Afectivos presentan, por tanto, diversas modalidades en función de su aparición, secuencia, intensidad, duración, forma, desencadenante y pronóstico.

Los Trastornos Depresivos pueden ser *reactivos*, es decir, desencadenados por un acontecimiento negativo, pero que en lugar de ser un estado transitorio se convierte en crónico; o pueden ser *espontáneos* y aparecer sin ningún desencadenante constatable. Podría decirse que la depresión es un estado de ánimo negativo que dura más de lo esperable ante la ocurrencia de un acontecimiento negativo; estas perturbaciones suelen llamarse reactivas, y se caracterizan por tener una duración más larga de la que se da en la mayor parte de personas afectadas por un evento negativo (muerte, enfermedad, pérdida, etc).

Por otra parte están las depresiones endógenas que aparecen aparentemente sin desencadenante alguno, pero que incapacitan al sujeto que la padece; normalmente se considera que el desencadenante de estas últimas se liga a alteraciones biológicas, de carácter funcional o genético, que perturban el correcto funcionamiento de los neurotransmisores, especialmente las catecolaminas (norepinefrina, dopamina y serotonina).

1.1. Descripción y Tipos de Depresión

La verdadera depresión clínica es un trastorno afectivo en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante semanas o por más tiempo. Se define la depresión como un estado de ánimo negativo respecto de sí mismo y del mundo circundante y ello afectando a todos los tiempos pasado, presente y futuro. Puede parecer extraña esta referencia al pasado, pero la visión negativa de los acontecimientos afecta a la memoria, a la percepción y a la imaginación, por tanto, la vida de un sujeto deprimido se ve afectada en su totalidad (la antigua preza: «líbranos de los males pasados presentes y futuros» es un ejemplo de esa percepción de mal atribuible a cualquier tiempo). Esta es una alteración con un componente emocional esencial, pero que también se extiende a percepciones, ideaciones, pensamientos distorsionados por la emoción que afecta a cualquier tipo de actividad propia del ser humano.

Esta instalación negativa ha de tener una duración superior a dos semanas, si fuese inferior se consideraría un trastorno transitorio y no un trastorno clínico. No es un episodio pasajero sino que se suele instalar por meses o años en la vida de un sujeto. La sintomatología depresiva, como la de la emoción, tiene aspectos físicos, mentales y sociales y todos ellos pueden ser objeto de evaluación. Además es una afección muy variable en distintos sujetos, puesto que, en algunos, se agudizan los síntomas físicos o los psicológicos y en otros los sociales.

Para hacer un diagnóstico de depresión ha de descartarse previamente que los síntomas no se deban a los efectos secundarios de ingestión de sustancias o enfermedad.

Naturalmente, el diagnóstico de depresión tampoco se debe hacer si la alteración del estado de ánimo se debe a una situación de duelo; en este caso, ese estado se considera una reacción normal, siempre y cuando no se dilate en exceso y, si esto no fuere así, se diagnostica como duelo patológico.

Otro de los requisitos genéricos para considerar que estamos ante un trastorno clínico es que el sujeto se sienta incapacitado para llevar a cabo su vida personal social o laboral. Si un sujeto se siente pesimista, pero funciona en todas sus responsabilidades adecuadamente tampoco se puede hablar de trastorno.

Se pueden distinguir varios tipos de trastornos del estado de ánimo que vamos a presentar a continuación:

- *Depresión Mayor (DM)*, también llamada depresión grave, consiste en una agrupación de síntomas que dificultan la capacidad de trabajar, dormir, estudiar, comer, y disfrutar de las actividades que previamente eran agradables. La depresión grave incapacita a la persona para desenvolverse con normalidad. Un episodio de depresión mayor puede ocurrir solo una vez en el curso de vida de una persona, pero habitualmente tiende a repetirse a lo largo del ciclo vital. Es más frecuente en mujeres que en hombres.
- *Distimia*. La distimia es un tipo crónico de depresión en el cual los estados de ánimo de una persona están regularmente bajos. Sin embargo, los síntomas no son tan agudos, como en el caso de la depresión mayor. Se puede haber tenido antes un episodio de DM remitido durante 2 meses.

Además, tras 2 años en adultos y 1 año en niños de trastorno distímico puede aparecer acompañado de episodios de DM superpuestos, en cuyo caso cabe hacer ambos diagnósticos.

Su característica más esencial es la larga duración de sus síntomas (dos años o más y pueden perdurar de por vida), sin embargo son menos graves que los de la DM. (Fava y Cassano, 2008). No incapacitan totalmente a una persona pero interfieren en una vida normal y sobre todo en el bienestar psíquico. Las personas con distimia también pueden padecer uno o más episodios de depresión grave a lo largo de sus vidas. Algunos expertos consideran la distimia como una secuela de la Depresión Mayor, mientras otros consideran que no es así, puesto que muchos distímicos no comienzan por una DM (Zisook, 1992). Se desconoce la causa exacta de la distimia. Tiende a ser hereditaria. Ocurre también con más frecuencia en mujeres que en hombres.

La Depresión Mayor y el Trastorno Distímico son los trastornos depresivos que se presentan más frecuentemente. Pueden aparecer como episodios únicos, en un momento vital, o tener episodios repetidos a lo largo de la vida de un sujeto. Se calcula que la probabilidad de repetición de un episodio depresivo es del 70% (Nietzel, Speltz, McCauley y Bernstein, 1998). En la Distimia tanto el tratamiento como el seguimiento son más complejos.

Hay trastornos depresivos, menos frecuentes que muestran características levemente diferentes a las descritas anteriormente o pueden desarrollarse en circunstancias especiales. Sobre estas otras formas no hay tanta unanimidad entre los expertos como en las anteriores y son:

- *Depresión Psicótica*, que ocurre cuando una depresión grave se presenta acompañada por algún síntoma de psicosis, tal como ruptura con la realidad y delirios.
- *Depresión Postparto*, aparece tras el alumbramiento, suele ser un episodio de depresión grave o moderada y debe aparecer dentro del primer mes después del parto, aunque algunos expertos la admiten hasta un año después e incluso antes del alumbramiento. Entre el 10 y 20% de las mujeres primerizas padecen depresión postparto (Hayes, Ta, Hurwitz, Mitchell-Box y Fuddy, 2010; Sit, Seltman y Wisner, 2011). Se ha relacionado tanto con cambios hormonales como con el incremento de los niveles de responsabilidad. Se da con una mayor probabilidad en madres muy jóvenes y sin apoyo social.
- *El Trastorno Afectivo Estacional*, es la aparición de un trastorno depresivo durante el invierno, cuando disminuyen las horas de luz solar y suele desaparecer durante la primavera y el verano; aparece en la adolescencia y en ocasiones aparece ligado también a la depresión postparto (Sit, Seltman y Wisner, 2011). Este trastorno puede tratarse eficazmente con terapia de luz, pero el 50% de estos pacientes no responden a la terapia. El aumento de sueño y la ralentización son sus síntomas más característicos. Suelen responder al tratamiento y tienen mejor pronóstico que otros tipos de depresión (Tesar, 2010).
- *Trastorno Premenstrual*. Se da cuando aparecen síntomas graves de depresión, irritabilidad y tensión antes de la menstruación y son más intensos que los que se observan con el síndrome premenstrual (SPM). Aparecen de 5 a 10 días antes de la menstruación y cesan con la aparición de ésta. Esta alteración se ha relacionado con los cambios hormonales de la mujer y con un modo

de vida sedentario. Para su diagnóstico se aconseja un registro diario de síntomas que hará patentes los cambios antes y después de la menstruación. Responde bien al tratamiento y tiene buen pronóstico (Vigod, 2009).

- *Depresión Infantil.* En este caso se trata de un tipo de depresión, que se da en el período de la niñez a la adolescencia. La sintomatología de los niños es similar a la de los adultos, pero, en este caso, la disforia puede estar sustituida por la irritabilidad. Los niños pueden presentar depresión mayor, distimia, y en el caso de adolescentes también la premenstrual y la de postparto y ésta última se da especialmente en madres muy jóvenes.

A pesar de la similitud con la depresión adulta hay que mencionar sus características específicas. En primer lugar hay que concienciar al público y a los profesionales sobre que los niños pueden sufrir depresión y que, por tanto hay que contar con este posible diagnóstico. Hay también peligro de confusión, máxime cuando uno de sus criterios distintivos es la irritabilidad que puede enmascarar la verdadera patología. En segundo lugar hay que tener en cuenta que, a ser posible, se evalúe al niño mismo, puesto que, en trastornos interiorizados, la correlación entre las puntuaciones obtenidas de los adultos y de los niños presentan una baja correlación. En tercer lugar el niño tiene que ser evaluado dos veces en el espacio aproximado de una semana, puesto que la versatilidad emocional infantil es muy alta y hay que estar en condiciones de descartar alteraciones del ánimo transitorias que, por otra parte, son muy habituales en este tipo de población. En cuarto lugar hay que atender a los desencadenantes específicos: hasta los doce años suelen estar en el seno de la familia (e.g., apego, comunicación, disciplina, proyectos) y a partir de ahí en la autoestima, relacionada fundamentalmente con el mundo escolar y social (e.g., rendimiento, apariencia física, éxito en la comunicación con compañeros) (del Barrio, 2007).

- *Ansiedad y Depresión Mixta.* Los sujetos con este trastorno tienen tres o cuatro síntomas, entre los que se incluyen disforia y anhedonia, y otros síntomas propios de la ansiedad. La duración requerida para el diagnóstico es de dos semanas. No se deben cumplir sólo los criterios de depresión o ansiedad por separado.
- *Trastorno Bipolar.* Este tipo de trastorno o alteración maniaco-depresiva, no es tan frecuente como la depresión mayor o la distimia. Se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo que van desde la euforia, en la manía, a estados de ánimo disfóricos, en la depresión; se caracteriza por presentar un trastorno depresivo seguido de un trastorno maníaco. Suelen cronificarse y su carácter fásico equivoca frecuentemente el diagnóstico. En la fase maníaca el sujeto presenta los siguientes síntomas: alta capacidad de distracción, hiperactividad, irritabilidad, hiperautoestima, verborrea, ausencia de sueño, dificultades de discriminación intelectual, autocontrol deficiente y conductas de riesgo. En la fase depresiva los síntomas son los mismos que aparecen en la depresión mayor que se especificarán detenidamente más adelante. Las fases sin tratamiento duran desde 6 meses a un año, aproximadamente.

En muchas ocasiones, si el sujeto busca ayuda en la fase depresiva o en la fase maníaca, el diagnóstico se hace de este trastorno y sólo con el paso del tiempo, y en el caso de que el sujeto busque ayuda en el mismo profesional, es posible corregir el diagnóstico. Por tanto es un proble-

ma que sólo se detecta adecuadamente si se hace un seguimiento largo de la intervención (Vázquez y Jiménez, 2000).

Suele aparecer en la adolescencia y puede presentar distintos tipos: a) *Trastorno bipolar I* cuyas características son el haber tenido al menos un episodio de manía grave entre dos de depresión también graves; b) *Trastorno bipolar II* cuyo episodio de manía es de intensidad leve, mas bien euforia o hipomanía, que alternan con periodos de depresión; y por último c) *Ciclotimia* que consiste en fases alternantes de hipomanía y depresión leve con carácter estacional. Cuando se superponen los síntomas de manía y depresión se denomina *Estado Mixto*

No se ha aislado una causa clara, pero el estrés psíquico o físico y características de personalidad de alta impulsividad y consumo de drogas parecen ser sus factores de riesgo más frecuentes.

1.2. Epidemiología

La depresión, globalmente considerada, afecta puntualmente a un 10% de la población adulta, pero esta cifra se incrementa hasta un 30% si se considera el ciclo vital total, por tanto, como se ve, la cifra inicial llega a triplicarse si se considera la vida en el conjunto de su trayectoria. Naturalmente las cifras varían en función de que se trate de población clínica o general. Se estima que en población clínica la tasa inicial puede alcanzar hasta un 27% (Gómez, Ospina, Castro, Gil y Arango, 2011; Vargas, Villamil, Rodríguez, Pérez y Cortes, 2011)

En Europa se calcula la prevalencia, en población general, entre un 6% y un 16% (ECNP, 2011; King et al., 2008). En España las cifras parece que son más variables; en un reciente trabajo de revisión aparece que las cifras oscilan entre el 9 y el 20% de la población (Cano, Salguero, Mae, Dongil y Latorre, 2012). La mayor parte de las veces las cifras son de prevalencia, pero en un estudio de seguimiento de un año se estableció que la incidencia de DM en población española parece estar en un 11% (Bellón et al., 2011)

La tasa de depresión también es muy variable según el nivel de edad. En niños por debajo de los 12 años puede estar entre un 1% ó 2%, en adolescentes las cifras se elevan a un 13% (del Barrio, 2007), sin embargo otros autores han encontrado cifras mucho más bajas, próximas al 2% (Fonseca, Paino, Lemos y Muñoz, 2011). En ancianos ubicados en residencia las cifras se disparan hasta un 30% (Huang, 2011).

Su duración sin tratamiento es de aproximadamente un año, pero con frecuentes recidivas que se estiman al menos en un 30-40% y además con una tendencia a la cronificación en un 20% de los casos. Se estima que el 60% de adultos depresivos ha tenido un episodio en la niñez (del Barrio, 2007) y haber tenido depresión en la niñez es el predictor más potente de repetición (Monroe, 2010). Esto hace posible, no sólo el tratamiento precoz, sino la previsibilidad de planes de prevención. Esta tarea es muy aconsejable, y no solo principalmente por los costos personales que este padecimiento implica, sino también por los costos sociales que esta alteración ocasiona. Se ha calculado que la depresión representa uno de los mayores costos sociales en lo que respecta a bajas laborales.

Si consideramos la prevalencia por separado de las diversas formas de la depresión tenemos para la depresión mayor 6-7% y para el trastorno distímico 4-5%.

Las cifras hispanoamericanas son un poco más altas: el 13% de los adolescentes presenta DM y el 3% distimia. Esta cifra llega a triplicarse si se considera la vida en su conjunto (Sefarty, Casanueva, Zavala, Andrede, Boffi, Leal, Masaútis y Foglia, 2001).

Normalmente todos los estudios encuentran una proporción 3/1 en la aparición de la depresión entre mujeres y hombres, aunque siempre hay voces críticas (Piccinelli y Wilkinson, 2000), pero los datos apuntan tercamente a una mayor prevalencia femenina a pesar de la aproximación social entre los papeles masculinos y femeninos.

Los trastornos bipolares tienen una frecuencia menor, aproximadamente un 1% de la población en el tipo I y 3% en el tipo II y en el caso de la manía es todavía más bajo (Frías, García, Cervera y Romero, 2011). A diferencia de la depresión, afecta por igual a hombres y mujeres, y generalmente comienza entre los 15 y 25 años.

1.3. Factores Etiológicos

Como en la mayor parte de los trastornos psicológicos no podemos hablar de causa de la depresión sino de factores de riesgo. Se pueden dividir en tres grandes grupos: orgánicos, personales y sociales.

a) Factores Orgánicos

Este es un término amplio que engloba aquellas dimensiones propias del individuo que son intrínsecas a él mismo y que, desde el nacimiento, funcionan como un a priori de conducta. Es aquello en lo que se funda la idiosincrasia propia de cada sujeto, es la estructura somática dada el "hardware" con el que cada cual nace. El organismo es lo primero en el tiempo, se compone de un determinado sistema nervioso y endocrino que regula la percepción del entorno y también la intensidad y velocidad de las respuestas al mismo. Es decir, este primer núcleo es de carácter físico y es innato, no aprendido, y de carácter genético. Se ha aislado el gen 5-HTT, relacionado con el transporte de la serotonina, como el responsable de una proclividad a desarrollar sintomatología depresiva (Young, Smolen, Stallings, Cortley y Hewitt, 2003) y esto se ha constatado también en estudios transculturales (Becerril, Moreno, Mendieta, González, Natera, Pavón y Hernández, 2011). Es evidente que aparece un mayor número de casos en ciertas familias, especialmente en los trastornos bipolares, pero la causa de ello no está suficientemente determinada.

El sueño, que es una función somática, está fuertemente ligado a la depresión y es un problema determinar si comienza antes la depresión o las alteraciones en el sueño. Se considera que el 60% de personas deprimidas presentan alteraciones de sueño (Almeida, Afonso, Yeap, Hankey y Flicker, 2011) y esta relación se da especialmente en dificultades para contraer el sueño, no en el despertamiento precoz. Sin embargo, esto no está tan claro en población infantil en donde los patrones de sueño no aparecen alterados (Moo, Valencia y Ulloa, 2011).

Desde esta posición biologicista se aborda el tratamiento de la depresión con psicofármacos, especialmente con inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS), entre ellos, fluoxetina (Prozac), sertralina (Zoloft), paroxetina (Paxil), fluvoxamina (Luvox), cetalopram (Celexa) y escitalopram (Lexapro). Sin embargo, en los últimos tiempos, hay una corriente crítica sobre ellos que se suma a la antigua preocupación por sus efectos secundarios y por su eficacia relativa. El *Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group of the London School of Economics* ha publicado en 2010 un informe acerca de la eficacia de los antidepresivos y sostiene que es equiparable al placebo. Esto es especialmente grave en el caso de los adolescentes, en donde se ha percibido en los últimos años un aumento de las tasas de suicidio en los individuos tratados con antidepresivos (Cheung, Emslie y Mayes, 2005; Kirsch, 2011).

Curiosamente las características fisiológicas de la emoción tales como conductancia cutánea o ritmo cardíaco correlacionan débilmente con la información verbal sobre la emoción (Eysenck, 1975). Esto se ha explicado por la dificultad de provocar estados verdaderamente emocionales en situación de laboratorio que es en donde se llevan a cabo este tipo de evaluaciones.

b) Factores Personales

Las características de temperamento y personalidad emergen de la estructura corporal previa. En principio el temperamento está fuertemente relacionado con ese «a priori» de respuesta, fundamentalmente ligado a las emociones, y que condiciona la conducta de acercamiento-huída así como la intensidad de esas respuestas. Los pioneros de la investigación temperamental subrayaban también aspectos perceptivos como persistencia y duración de la atención (Thomas, Chess y Birch, 1968), pero, en las investigaciones posteriores, se conservan fundamentalmente los aspectos ligados a la intensidad de la respuesta, es decir nivel de activación o «drive» (Kelvin et al., 1996). Concretamente las características temperamentales relacionadas con depresión son el bajo nivel de actividad, baja intensidad de reacción, retraimiento, mal humor y poca ritmicidad (Thomas, Chess y Birch, 1968). La inhibición conductual es considerada jerárquicamente la de mayor rango en la explicación de la depresión (Colder, Mott y Berman, 2002; Muris, Meesters y Spindre, 2003) así como su consecuencia, la conducta evitativa (Kapman y Poutanen, 2011).

Especialmente en niños, se ha encontrado repetidamente esta relación entre temperamento y depresión. Nosotros no hemos encontrado correlación con ritmicidad, pero sí con rigidez y poca persistencia; de todas ellas, la correlación más intensa, es la que aparece con el temperamento globalmente considerado (Carrasco y del Barrio 2007a).

En población adulta y muy acorde con los resultados en otros países, se ha encontrado que el factor de personalidad que mejor predice la depresión es el neuroticismo (Carrillo, Rojo y Staats, 1996). Y lo mismo ocurre en población infantil (Carrasco y del Barrio, 2007b). También la autoestima es un factor de riesgo puesto que su ausencia en el niño y adolescente es un magnífico predictor de la depresión en el adulto (Heinonen, Räikkönen y Kelticangsd, 2005).

Importa constatar que se ha detectado una alta correlación entre empatía y depresión (Thoma, Zalewski, von Revention, Norra y Daun, 2011), parece ser que los sujetos excesivamente empáticos

encuentran en ello más motivos de depresión, porque no solo están expuestos a las propias experiencias negativas, sino también a las de los otros.

c) Factores Sociales

Como el primer ámbito de socialización es la familia, cuanto más joven es el sujeto, mayor impacto tienen los factores familiares tales como apego, hábitos de crianza, relaciones parentales, ambiente doméstico y salud mental paterna (del Barrio, 2007) y en ello hay unanimidad total entre autores de diferentes culturas.

Respecto a otros factores sociales los datos son más variables, dado que las distintas sociedades hacen que los factores culturales potencien de distinta manera aquellos elementos sociales. Por ejemplo, algunas investigaciones asocian la depresión con un bajo nivel socioeconómico y otros no. Sin embargo, parece que la balanza se inclina por asociar la depresión con bajos niveles de cualificación laboral y bajos ingresos económicos. Sin embargo parece que el dinero protege mejor a las mujeres que a los hombres (Kosidou, Dalma, Lundberg, Hallqvist, Isacson y Magnusson, 2011).

Otro de los elementos que se han relacionado con depresión son los acontecimientos vitales negativos, considerando que la falta de refuerzos es el origen de la depresión. Efectivamente se ha encontrado que los acontecimientos negativos predicen la depresión (Cosmina et al., 2011). En población española los acontecimientos más potentes son, en adultos, las desadaptaciones familiares, especialmente abuso, y los problemas de salud (Carrillo, Rojo y Staats, 1996) y en niños los problemas familiares y la depresión materna (Cosmina et al., 2011; Gómez, 2003; Moreno, del Barrio y Mestre, 1995).

En un reciente estudio sobre población española, partiendo de 39 posibles factores de riesgo, se han aislado diez como los más habituales e importantes: sexo femenino, edad, altos niveles de ansiedad, abuso en la infancia, depresión previa, salud, insatisfacción laboral, consumo de fármacos antiestrés y como escudos, entorno satisfactorio y problemas en la convivencia doméstica (Bellón et al., 2011).

1.4. Comorbilidad

La depresión tiene una alta tasa de comorbilidad especialmente con todas las alteraciones de emociones negativas tales como la ira y el miedo, pero sobre todo con los trastornos de ansiedad. Es frecuente que un ansioso no sea deprimido, pero es sumamente infrecuente que un deprimido no sea ansioso. Los afectos negativos tienen una zona de comunidad que con frecuencia hace fácil la implicación de los mismos. En el modelo tripartito se encuentra una gran comunidad entre la ansiedad y la depresión. La diferencia esencial entre las mismas se funda en que en la ansiedad puede haber afecto positivo y en la depresión no.

Así la comorbilidad más alta de la depresión en población adulta la hallamos con la ansiedad y esto ocurre también desde edades muy precoces (Austin y Chorpita, 2004; del Barrio, 2007). En adultos, se estima que la comorbilidad de depresión y ansiedad alcanza el 60% (Conway Compton, Stinson y Grant, 2006; González, Ángel y Avendaño, 2011; Yonkers y Samson, 2008)

2 EVALUACIÓN PARA LA CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Como la depresión es una perturbación emocional, su evaluación ha de llevarse a cabo mediante la exploración de todos los canales de expresión de la emoción: fisiológico, introspección verbal y observación conductual, como han señalado muchos expertos y desde hace tiempo (Eysenck, 1975).

La parte de los concomitantes físicos de la depresión se han llevado a cabo especialmente desde la medicina y la psiquiatría y los hallazgos más consistentes son: la relación con las tasas de cortisol, los patrones de las ondas cerebrales y la hormona de crecimiento. Estos son análisis que se llevan a cabo en el ámbito médico.

La meta en la evaluación de la depresión es localizar los posibles casos de depresión (despistaje) y determinar no sólo el tipo sino la severidad de la sintomatología de los sujetos considerados como casos depresivos (diagnóstico). Cuando se aborda esta tarea desde el campo de la Psicología se suele hacer mediante registros para la observación de conducta o mediante cuestionarios. La primera estrategia se lleva a cabo al final del proceso diagnóstico, para especificar las características del trastorno en un sujeto dado; la segunda, que utiliza el autoinforme, necesita escoger cuidadosamente el instrumento a utilizar. Para ello es necesario plantearse, en primer lugar, las características del sujeto (edad, nivel cultural etc.) y en segundo lugar, las del instrumento que puede adaptarse mejor o peor a la detección o despistaje del trastorno o a precisar mejor su severidad y tipo.

Aquí nos vamos a centrar en el estudio de la información obtenida mediante informes verbales y la observación de la conducta, aunque, como la depresión es un trastorno interiorizado y la mayor parte de su sintomatología no es conductual, sino sentimental, el acceso mejor que tenemos a los sentimientos proviene de la información verbal que los sujetos proporcionan sobre sus estados de ánimo. Esto no quiere decir que no se lleven a cabo registros de conducta en la evaluación de la depresión sino que la mayor parte de los instrumentos que se usan son los de lápiz y papel.

Cuando se aborda la tarea de evaluar la depresión específicamente es porque, en las etapas previas del proceso diagnóstico, hemos encontrado datos que nos han orientado en esta dirección. Por tanto, el paso siguiente es escoger cuidadosamente los instrumentos adecuados para determinar si efectivamente estamos ante un caso de depresión y cuál es el tipo de depresión que tenemos delante a fin de cuantificar su grado de intensidad.

Las posibilidades de evaluación son similares a otros trastornos: encontrar en el sujeto la sintomatología que nos permita hacer la hipótesis de que estamos ante un sujeto deprimido. En este punto hay que decidir si queremos utilizar el método categorial o dimensional. En el primer caso utilizaremos criterios y entrevistas, y en el segundo, cuestionarios y observación mediante registros de conducta.

Para tomar este tipo de decisiones, el profesional debe tener en cuenta el coste, el tiempo que consumen y la cobertura que proporcionan ambos métodos. Es decir hay que preocuparse de la efectividad del proceso que se va a iniciar.

Afortunadamente existe una variedad de instrumentos, en ambos campos, perfectamente adaptados que vamos a listar a continuación, exponiendo aquellos que son más frecuentemente usados.

Es evidente que esos primeros datos que nos han permitido elaborar una hipótesis de depresión, se pueden haber obtenido de una entrevista inicial o también de cuestionarios genéricos, algunos de los cuales ya se han expuesto en el tema 1 dentro de los instrumentos genéricos y entrevistas estructuradas diagnósticas. Entre ellos destacamos para la evaluación de los trastornos depresivos, Cuestionario TEA Clínico, CTC (Arribas, Corral y Pereña, 2010), Inventario Clínico de la Personalidad de Millon MCMI-III (Millon, Davis y Millon, 1997; Tellegen, 1982; Tellegen et al., 2008; Ed. española, Sánchez-López et al., 2007), Inventario Multifásico de Personalidad, MMPI-2-RF (Ben-Porath y Tellegen, 2008) o la Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescents DICA (Herjanic y Campbell, 1977; adaptación española Ezpeleta, 1995).

2.1. Evaluación Diagnóstica Categorical

Como ya hemos indicado en otros capítulos, la evaluación categorial representa una concepción dicotómica de los trastornos usando criterios de los que se busca presencia o ausencia de los mismos en los individuos sometidos a examen. Tienen la ventaja de que se han convertido en un lenguaje común que todo el mundo usa y conoce. Vamos a presentar los criterios diagnósticos de sólo tres tipos de depresión: depresión mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo disruptivo (que aparece en la infancia) (ver Tabla 7.1).

Tabla 7.1. Criterios Diagnósticos de los Trastornos Depresivos Básicos (APA, 2000).

Depresion Mayor
<p>A. Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante dos semanas con cambios a peor en dos áreas: Humor deprimido y Falta de interés: 1) Humor depresivo (en niños y adolescentes puede ser humor irritable); 2) Importante disminución del interés por todo casi todos los días; 3) Descenso de peso sin dieta o ganancia de peso, o incremento o descenso del apetito casi a diario (las ganancias de peso no son válidas para niños); 4) Insomnio, hipersomnia casi a diario; 5) Entrecimiento o agitación psicomotora; 6) Fatiga o pérdida de energía casi diaria; 7) Sentimientos de inutilidad o culpa; 8) Capacidad disminuida para pensar o concentrarse; 9) Pensamiento recurrentes de muerte y suicidio.</p> <p>B. Los síntomas no cumplen los criterios de un episodio mixto.</p> <p>C. Los síntomas causan malestar, deterioro social, laboral o en otras áreas importantes.</p> <p>D. Los síntomas no son efectos de una sustancia o enfermedad.</p> <p>E. Los síntomas no se explican por duelo y persisten más de 2 meses o acusada incapacidad funcional en ausencia de medicación, delirios, alucinaciones o humor incongruente.</p>

(continúa)

Distimia

- A. Humor depresivo durante la mayor parte de los días al menos dos años. En niños y adolescentes puede ser humor irritable.
- B. Presencia de dos o más de los siguientes síntomas: 1) Pérdida o aumento del apetito; 2) Insomnio y hipersomnía; 3) Falta de energía o fatiga; 4) Baja autoestima; 5) Mala concentración o dificultades para tomar decisiones; 6) Sentimientos de desesperanza.
- C. Durante dos años (sólo 1 en niños y adolescentes) tiene los síntomas de los criterios A y B por lo menos durante dos meses en ese tiempo.
- D. No ha habido nunca una DM durante los dos años antes del episodio (1 año para niños y adolescentes). El trastorno no se explica mejor por una Depresión Mayor duradera o por una DM en remisión parcial.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco, episodio mixto o episodio hipomaniaco y nunca se han cumplido los criterios de trastorno ciclotímico.
- F. La alteración no aparece exclusivamente en el trascurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.
- G. Los síntomas no se deben a efectos de una sustancia, droga, medicamentos o a enfermedad.
- H. Los síntomas causan un malestar clínicamente o deterioro social, laboral o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Trastornos Depresivo Disruptivo

- A. Reacciones catastróficas y explosivas ante estresores comunes: 1. Las rabietas se manifiestan verbal y conductualmente; 2. La reacción es desproporcionada a la provocación; 3. La respuesta está desajustada con el nivel evolutivo.
- B. La frecuencia media es dos veces por semana.
- C. El humor entre los episodios de rabietas es: 1 Muy negativo y a diario (irritado, airado, triste); 2. Este humor es observable por otros (padres, maestros, compañeros).
- D. Los criterios A y C deben estar presentes al menos 1 año y por lo menos 3 años con criterios A y C.
- E. Las rabietas deben estar presentes al menos en dos contextos (casa, escuela, ocio) y severas al menos en uno de ellos.
- F. La edad de comienzo es desde los 6 años o la equivalente en desarrollo.
- G. El comienzo debe ser antes de los 10 años.
- H. I. Estas conductas no aparecen en un episodio Psicótico, Depresión Mayor o Distimia y no se explican mejor por otro trastorno (Desarrollo, Posttraumático, Estrés de separación o Ansiedad). Tampoco puede coexistir con Trastorno de oposición desafiante, Trastorno de Conducta o Hiperactividad. Los síntomas no son debidos a efectos fisiológicos de drogas o a condiciones médicas o neurológicas.

La Depresión mayor puede presentar dos formas: episodio único o episodio con recidivas que se caracteriza por la aparición de dos o más episodios. Se debe especificar en el diagnóstico, si el episodio ha tenido un inicio temprano (antes de 21 años) o tardío (después de los 21).

El DSM 5 conserva la misma estructura, pero ordena de forma diferente los criterios y hace un mayor énfasis en los grados de severidad que en los de duración para la distinción entre la DM y los trastornos

psicóticos; el trastorno distímico se mantiene inalterado, sin embargo se añaden otros trastornos como el trastorno disfórico premenstrual y los que se listan a continuación en la Tabla 7.2 (ver Tabla 7.2).

Tabla 7.2. Criterios Diagnósticos de Otros Trastornos Depresivos (APA, 2000).

Trastorno Disfórico Premenstrual
<p>A. Se da durante al menos 1 año aparece antes de la menstruación y desaparece después de ella con cinco o más de los siguientes síntomas: 1-Fuerte labilidad afectiva; 2-Irritabilidad, ira, o incremento de conflictos; 3-Ánimo deprimido, desesperanza, sentimientos de culpa; 4-Ansiedad, tensión, nerviosismo, exclusión; 5-Descenso de interés en actividades habituales, casa, trabajo, ocio; 6-Sensación subjetiva de descenso de la atención; 7-Letargia, fatiga o falta de energía, cansancio; 8-Cambios importantes en apetito (más o menos); 9-Insomnio o hipersomnio; 10-Sensación subjetiva de aplastamiento o pérdida de control; 11-Otros síntomas físicos como hinchazón, dolores musculares.</p> <p>B. Los síntomas causan interferencias en el hogar, trabajo, escuela y actividad social.</p> <p>C. No se deben a otro trastorno como D. Mayor, Distimia T. de pánico, T. personalidad.</p> <p>D. Los Criterios A, B, y C se deben dar al menos durante dos ciclos, aunque el diagnóstico puede hacerse provisionalmente.</p> <p>E. Los síntomas no se deben a ingestión de sustancias o medicación.</p> <p>F. No debería hacerse el diagnóstico con toma de anticonceptivos, pero si se diesen los síntomas, se podría hacer el diagnóstico.</p>
Trastorno Estacional
<p>A. Se da en otoño e invierno.</p> <p>El resto de Síntomas son compartidos con Depresión Mayor.</p>
Depresión Post-parto
<p>A. Se da en el periodo de postalumbamiento.</p>

2.1.1. Instrumentos para la Evaluación Categorical

Es evidente que los criterios diagnósticos pueden ser aplicados directamente por los evaluadores, sin embargo, la experiencia ha mostrado cómo este método tiene una escasa validez concordante si se comparan los diagnósticos de distintos evaluadores, usando este método. Por tanto, se han buscado técnicas como entrevistas estructuradas o semi-estructuradas que pueden mejorar la toma de datos y también la fiabilidad y validez de los mismos. Vamos a listar las más conocidas y utilizadas tanto en población adulta como infantil (ver Tabla 7.3). Muchas de estas entrevistas, ya recogidas en el tema 1, tienen un carácter multidimensional y no son específicas para la evaluación de la depresión. Destacan entre las diseñadas exclusivamente para la depresión, la Entrevista para los Trastornos Afectivos y la Esquizofrenia SADS (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*; Spitzer y Endicott).

1987) y la Escala Hamilton para Depresión Ham-D (*Hamilton Scale for Depression*; Hamilton, 1960, 1967).

Tabla 7.3. Principales Entrevistas para el Diagnóstico de los Trastornos Depresivos.

Identificación	Características
Entrevista para los Trastornos Afectivos y la Esquizofrenia SADS (<i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia</i>). Basada en DSM-III (Spitzer y Endicott, 1987). Basada en DSM-III-R (Ambrosini, 2000). Versión para niños K-SADS .	Evalúa Depresión Mayor y Trastorno Distímico, Manía, Hipomanía y Esquizofrenia.
Entrevista Diagnóstica DIS (<i>Diagnostic Interview Schedule</i> ; Robins et al., 1981).	Entrevista estructurada evalúa hasta 30 trastornos clínicos según criterios DSM-III.
Entrevista Mixta de Diagnóstico Internacional CIDI (<i>Composite International Diagnostic Interview</i> ; OMS, 1993, 1997). Adaptación española Rubio et al, 1991).	Evalúa, según criterios DSM-IV y ICD-10, Trastornos de ansiedad, Pánico y Depresión Mayor. Además valora severidad, prevalencia, uso de servicios, medicación y tratamiento.
Entrevista Clínica Estructurada de Depresión SCID (<i>Structured Clinical Interview for Depression</i> ; Spitzer Williams, Gibbon y First, 1998).	Evalúa según criterios DSM-III-R: Psicoticismo, T. afectivos, Abuso de sustancias Ansiedad, T. somatoformas, T. de alimentación, T. de ajuste y T. de personalidad.
Escala de Depresión Infantil Revisada CDRS-R (Poz-mansky et al., 1984). Adaptación española Toro (1988).	Individual. Entrevista semiestructurada, 18 ítems. Tiempo variable. Evalúa escolaridad, retraimiento, sueño, capacidad de diversión, apetito, fatiga, quejas, irritabilidad, culpabilidad, autoestima, distimia, ideación mórbida, llanto, suicidio, habla, hipoactividad y labilidad de humor.
Escala Hamilton para Depresión Ham-D (<i>Hamilton Scale for Depression</i> ; Hamilton, 1960, 1967)*.	Evalúa con formato de entrevista la severidad e intensidad de la sintomatología depresiva a través de 17 ítems.

* La escala Hamilton Ham C a pesar de ser una escala es administrada con formato de una mini-entrevista. Resulta especialmente útil para aquellos sujetos que no colaboran en su evaluación.

2.2. Evaluación Dimensional

Como ya hemos venido señalando, la mayor parte de la evaluación de la depresión se hace mediante cuestionarios que permiten la toma de datos con una cierta celeridad y objetividad. Otra ventaja es que al ser los cuestionarios muy frecuentemente aplicados en la investigación sus características psico-

métricas están cuidadosamente estudiadas. Es también claro que se ajustan mejor al carácter interiorizado de los síntomas de depresión. Por otra parte el método de cuantificación permite una evaluación de los síntomas cuantitativa y cualitativamente lo que lo hace especialmente útil para determinar la eficacia de las intervenciones. Listaremos los instrumentos más usados y conocidos para población adulta (Tabla 7.4) y para población infantil y especial (Tabla 7.5).

Tabla 7.4. Principales Instrumentos Específicos para la Evaluación de los Trastornos Depresivos en Adolescentes y Adultos.

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Escala de Depresión de Zung ZSDS (Zung Self-Rating Scale; Zung, 1965).	Autoinforme, 20 ítems formulados positiva y negativamente al 50%. Escala de 1-4 en función de la frecuencia con que se presenta cada síntoma.	Evalúa la severidad de la sintomatología. La mayor parte de los ítems se centran en aspectos somáticos. La puntuación total obtenida por cada sujeto se divide por 80 (puntuación máxima posible) y se multiplica por 100. Se considera depresión leve una puntuación entre 50-59.
Cuestionario Estructural Tetradiimensional para la Depresión CET-DE (Alonso Fernández, 1986).	Individual, 15' Adolescentes y adultos.	Humor depresivo, Anergia, Discusión y Ritmopatía.
Escala de Depresión de Hamilton HDRS (Hamilton Depression Rating Scale; Hamilton, 1960; 1967). Adaptada al castellano por Conde y Cols. (1984).	Heteroaplicada y calificada por el observador. Versión inicial 24 ítems, Versión modificada en 1967, 21 ítems.	Se centra en «cuantificar» la sintomatología depresiva en pacientes ya diagnosticados de depresión. No tiene puntos de corte, ya que no está indicada para el diagnóstico. Se suelen aceptar los puntos de corte entre 13 y 18 como criterio de inclusión en ensayos clínicos.
Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression scale; Radloff, 1977).	Autoinforme, 15', 24 ítems.	Evalúa la severidad de la sintomatología depresiva (Punto de Corte = 16).

(continúa)

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Inventario de Depresión de Beck BDI (<i>Beck Depression Inventory</i> ; Beck, et al., 1961; 1978; adaptación española Vázquez y Sanz, 1999a). BDI-II (Beck et al., 1996; 2011a; adaptación española de Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortín y Vázquez, 2005). Versión abreviada de 13 ítems FastScan (Beck et al., 2011b; Guy, 1976).	Autoinforme, 15'. Adultos y adolescentes. La sintomatología se evalúa con 21 ítems formulados cada uno de ellos con ítems de distinta intensidad (0-3-4). El sujeto evaluado escoge el que mejor le describe. Versión breviada 13 ítems.	Despistaje de la sintomatología y severidad. Orientación cognitiva para la evaluación de la depresión. También cubre aspectos somáticos y sociales. A partir de 14 puntos se considera una puntuación indicativa de problema y a partir de 29 se considera un nivel severo.
Inventario de Depression Estado Rasgo IDER (Spielberger, 2009).	Individual y colectiva, 20 ítems. Autoinforme, Adultos y Adolescentes. 10'.	Tres dimensiones: depresión estado (grado de afectación actual); depresión rasgo (proclividad a la frecuente aparición de los síntomas) y eutimia.
Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión CECAD (Lozano, Cueto y Lozano, 2009).	Individual y colectiva, 50 ítems. Escala <i>Likert</i> cinco alternativas. 20'. A partir de 7 años. Baremos para niños, jóvenes, adultos y ancianos	Evalúa las dimensiones de ansiedad, depresión, inutilidad, irritabilidad y problemas de pensamiento.
Escala de ansiedad y depresión hospitalaria HADS (Hospital Anxiety and Depression; Zigmond y Snaith, 1983; Snaith, 2003). Adaptación española Terol et al. (2007).	Individual y colectiva, 20'.	Depresión y Ansiedad.

Tabla 7.5. Principales Instrumentos Específicos para la Evaluación de los Trastornos Depresivos en Niños y Adolescentes, y Poblaciones Especiales.

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Para Niños y Adolescentes		
Inventario de Depresión Infantil CDI (Kovacs, 1992). Adaptación española, del Barrio y Carrasco (2004).	Individual y colectiva, 27 ítems. 20'; 7-15 años. Aplicación a padres, niños y maestros.	Disforia y Autoestima negativa.
Inventario de Depresión Infantil CDI-2 (Kovacs, 2010). Adaptación del Barrio et al., 2002).	Individual y colectiva, 10 ítems, 5'. Aplicación a padres, niños y maestros.	Disforia.
Escalas de Reynolds RADS y RCDS (Reynolds, 1987 y 1989). Adaptación española (del Barrio et al., 1996).	Individual y colectiva, 30 ítems, 13-18 y 9-12 años. Escala Likert 4 puntos.	Evalúa la sintomatología depresiva en 5 dimensiones: dependencia y preocupación; desmoralización; síntomas exteriorizados y quejas somáticas; humor depresivo y pesimismo; y anhedonia.
Escala de Depresión para Niños CDS (Lang y Tisher, 1994).	Individual y colectiva, 8-16 años. 66 ítems, 40'.	Depresión y Eutimia.
Escala de Síntomas Preescolar. PRESS (<i>Preschool Symptoms Self Report</i> ; Martini, 1987). Adaptación española Domenech y Jané (1998).	Individual, 25 láminas. Aplicación a padres, niños y maestros.	Depresión y Eutimia.
Para Poblaciones Especiales		
Escala de Depresión Postnatal de Edingburg EPDS (<i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i> ; Cox et al., 1987).	Autoinforme, 10 ítems, 5'.	Despistaje de la sintomatología depresiva.
Escala Geriátrica de Depresión GDS (<i>Geriatric Depression Scale</i> ; Yesavage et al. 1982). Forma abreviada Broekman et al. (2011).	Autoinforme, 30 ítems. Forma abreviada de 7 ítems.	Despistaje de la sintomatología depresiva.
Autoinforme para la Evaluación de Depresión en Personas con Retraso Mental SRDQ (<i>Self Report Depression Questionnaire</i> ; Reynolds y Baker, 1988).	Autoinforme. Individual. 32 ítems. Edad mental igual o superior a 5 años. Tiempo de aplicación variable.	Cognitiva, Afectiva y Somática.

Últimamente están apareciendo una serie de estudios sobre escalas de despistaje en Atención Primaria, ya que muchos médicos reciben pacientes cuyo problema no es físico, sino psicológico y, de ellos, un 90% presentan sintomatología depresiva. Algunas de estas escalas son: la Escala Analógico Visual EAV (Cordero, Ramos, Gutierrez y Zamarro, 2011) y la Escala de Estrés Psicológico de Kessler K-10 (*Kessler Psychological Distress*; Kessler, 2001). Ambas autoinformes y diseñadas para la evaluación de la intensidad de la sintomatología depresiva.

Cuando se da un trastorno bipolar hay que aplicar cuestionarios de depresión en la fase depresiva y de manía en la fase maníaca. Su finalidad es determinar la severidad del problema, frecuencia, proporción y circunstancias de los episodios excesivamente eufóricos. En la Tabla 7.6 se recogen algunos de los instrumentos más importantes para la evaluación de la sintomatología maniaca.

Tabla 7.6. Principales Instrumentos para la Evaluación de la Manía.

Identificación	Características y Aspectos que Evalúa
Escala Administrada-Clínicamente para Manía CARS (<i>Clinician-Administered Rating Scale for Mania</i> ; Altman, Hedeker, Janicak, Peterson y Davis, 1994). Versión castellana Liviano (1999).	14 ítems. Escala Likert 5 puntos. Evalúa la intensidad de la sintomatología en dos subescalas: manía y psicótica. Excluye la sintomatología ansiosa y depresiva.
Cuestionario de Trastornos Afectivos MDQ (<i>Mood Disorder Questionnaire</i> ; Hirschfeld et al., 2000, 2005).	Instrumento de cribado para el T. Bipolar I. 13 ítems sobre sintomatología con escala dicotómica. 2 ítems generales.
Escala para la Evaluación de la Manía (Bech, Rafaelsen y Bolwing, 1978). Adaptación española Bobes et al. (2004).	11 ítems. Escala Likert 5 puntos. Heteroaplicada.
Escala para la Manía de Young, YMRS (Young, Biggs, Begler et al., 1978). Adaptación española Colom et al. (2002).	11 ítems. Heteroaplicada. Evalúa la sintomatología maniaca relativa a la última semana.

3 CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PARA LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS

Como ya se ha indicado en otros capítulos la consideración de la fiabilidad y la validez de los instrumentos difiere si se ha optado por el método Categorical o Dimensional. En el primer caso, tanto la validez como la fiabilidad son más débiles, porque se trata de presencia o ausencia de unos pocos síntomas considerados como criterios; y en esto está la dificultad, porque la elección de esos criterios suele ser el consenso, por tanto, con una base inestable, desde un punto de vista científico. Sin embargo, como el método dimensional valora en un continuo a partir de una pluralidad de síntomas estudiados la

probabilidad de error es menor. Además, en este caso, cada síntoma es analizado en relación con los otros, afín de comprobar su homogeneidad con la dimensión a valorar (fiabilidad interna) y también es posible analizar si ese conjunto de síntomas proporciona los mismos datos cuando es repetidamente usado (estabilidad de la medida). La validez puede tener un mayor acercamiento en ambos métodos, pero siempre la validez concurrente de los instrumentos dimensionales es superior a la de los categoriales (Bruns, Walsh, Owen y Snell, 1997).

Fiabilidad

Vamos a considerar la adecuación de algunos de los instrumentos listados anteriormente y fundamentalmente de los más usados en la práctica clínica y con adaptaciones españolas.

La consistencia interna del BDI es de 0.92 y la estabilidad test-retest tiende a ser más baja, 0.60, se supone que por el efecto de la repetición de la prueba (Beck, Steer y Brown, 1996). Un reciente trabajo sobre el BDI sostiene que las dos últimas formas BDI-I y II han mejorado sensiblemente la consistencia de la prueba (Botella y Ponte, 2011). La adaptación española tiene también una buena fiabilidad (Sanz y Vázquez, 1998).

El CES-D tiene una buena consistencia interna entre 0.85 y 0.90 y una estabilidad entre .51-.67 que es sólo moderada (Radloff y Loke, 2008) y lo mismo ocurre con versiones aplicadas a población hispanoparlante con un alfa de 0.83 (González et al., 2011).

El HDRS de Hamilton tiene una consistencia interna de 0.76-0.92 (Reynolds y Kobak, 1995).

La ZSDS tiene una consistencia interna de 0.73-0.79 (Biggs, Wylie y Ziegler, 1978).

La GDS alcanza una fiabilidad mediante el alfa de Cronbach de 0.88 y 0.75 en test-retest (Sivrioglu, Sivrioglu, Ertan, Ertan et al, 2009).

Validez

El CES-D tiene una buena validez concurrente 0.73-0.89 con el SCL-90 (Radloff y Loke, 2008); en población hispanoparlante la validez discriminante entre grupos alcanza una significación de .001, y con la misma en concurrente (González et al., 2011). Su sensibilidad es 87% y la especificidad del 73% (Breslau, 1985).

El BDI II tiene una validez concurrente con el Hamilton de 0.71 (Beck, Steer y Brown, 1996). Su sensibilidad es del 94% y su especificidad del 92% (Arnau et al., 2001).

La ZSDS tiene una validez concurrente con la escala de Hamilton entre 0.68-0.76 y se advierte una mayor correlación entre puntuaciones altas que bajas (Biggs, Wylie y Ziegler, 1978).

La EAV tiene una buena validez concurrente con la escala de Hamilton (0.63) y tiene la ventaja de ser muy breve y autoaplicada (Cordero, Ramos, Gutierrez y Zamarro, 2011).

La GDS alcanza una validez discriminante del 95% y con un punto de corte de 9-10 se alcanza el mejor equilibrio entre sensibilidad 0.75 y especificidad 0.69 (Sivrioglu et al, 2009).

Se ha comparado la validez de la GDS de 30 y la de 15 ítems respectivamente, un meta-análisis muestra que la especificidad y sensibilidad de la GDS15 es superior a la de 30 y también es mejor para su uso en despistaje; por tanto, dada su menor duración y el tipo de población a la que es destinada su eficacia es mayor indiscutiblemente (Michell, Rizzo y Meader, 2010).

En resumen se puede decir que los cuestionarios expuestos tienen unas características psicométricas adecuadas y aceptables. Respecto a las propiedades psicométricas para niños están altamente recomendadas para el diagnóstico y la delimitación del problema: K-SADS y CDRS-R como entrevistas y como cuestionarios el CDI, y la RADS. Para adultos se recomienda la entrevista SCID y como cuestionarios el BDI-II. En el caso del trastorno bipolar se han recomendado las entrevistas SCID y SADS (para adultos) y K-SADS (para niños).

4 EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO Y LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO

Es evidente que una vez realizada la evaluación básica que nos permite emitir un diagnóstico fiable de depresión, nos podemos plantear, si no han sido suficientemente claros los datos obtenidos por las entrevistas, ahondar en la evaluación de las distintas áreas que se han detectado como deficitarias. Esto tiene dos ventajas, la primera proyectar más individualizadamente las líneas del tratamiento y la segunda es que se pueden usar estos instrumentos para la evaluación de la eficacia de la intervención, puesto que se refieren a las zonas concretas de intervención.

Pongámonos en el caso de una mujer gravemente deprimida a causa de un maltrato severo. Como es usual en estos casos el área más afectada es la autoestima, los pensamientos negativos y las habilidades sociales. Sería pertinente evaluar separadamente estas áreas. En la Tabla 7.7 se recogen algunos de los instrumentos que podrían ser utilizados para la evaluación de las principales variables y factores de riesgo asociados a la depresión. Siguiendo los tratamientos que se han mostrado eficaces para la intervención de la depresión (Estupiñá y Labrador, 2012; Follete y Greenberg, 2006), se incluyen instrumentos para la evaluación de los siguientes componentes: activación conductual, autoestima, cogniciones y creencias (distorsiones, supuestos, actitudes disfuncionales), estrategias de afrontamiento y competencia interpersonal (asertividad, habilidades sociales, solución de problemas). Estas variables son de interés para la conceptualización del problema y la planificación de la intervención.

Tabla 7.7. Variables Relevantes e Instrumentos para la Conceptualización de los Trastornos Depresivos (Contrastación para las Hipótesis de Conceptualización).

Instrumentos	Dimensiones y características
Actividades Placenteras	
<ul style="list-style-type: none"> • Autorregistros. 	Registro de actividades con estimación de placer, esfuerzo y agrado en escalas subjetivas.
Autoestima	
<ul style="list-style-type: none"> • Listado de Adjetivos para la Evaluación del Autoconcepto, LAEA (Garaigordobil, 2012). 	Niños y adultos. Listado de 57 adjetivos. Escala Likert 4 puntos. Evalúa el autoconcepto físico, social, emocional e intelectual.
<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de Evaluación Multimedia y Multilingüe de la Autoestima, EMMA (Ramos y Santamaría, 2011). 	Niños y adolescentes. 30 ítems. Corrección informatizada. Disponible en diferentes lenguas. Evalúa la autoestima global y las facetas académica socioemocional y deportiva.
Habilidades Sociales	
<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Habilidades Sociales EHS (Gismero, 2002). 	Adolescentes y Adultos. 33 ítems. Evalúa la conducta asertiva en diferentes situaciones sociales y de interacción interpersonal.
<ul style="list-style-type: none"> • Inventario de Asertividad IA (Gambrill y Richey, 1975). 	40 ítems. Evalúa por cada ítem el grado de malestar y la probabilidad de respuesta ante diferentes situaciones sociales e interpersonales.
Socialización Familiar	
<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Socialización Parental en la Adolescencia ESPA29 (Musitu y García, 2001). 	Evalúa mediante 29 situaciones cotidianas el estilo de socialización de los padres en las escalas de Aceptación/implicación, y Coerción/Imposición que resultan en 4 tipologías: Autoritativo, indulgente, autoritario o negligente.

(continúa)

Instrumentos	Dimensiones y características
Ansiedad y Estrés	
<ul style="list-style-type: none"> • Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad ISRA (Tobal y Cano, 1994) • Escala Revisada de Ansiedad Manifiesta para Niños CMAS-R (Reynolds y Richmond, 1985) • Inventario Infantil de Estresores Cotidiano IIEC (Trianes et al., 2009). • Escalas de Apreciación del Estrés, EAE (Fernández-Seara y Mielgo, 1992). 	<p>22 situaciones y 24 respuestas representativas. A partir de 16 años. 4 dimensiones de ansiedad: ante la evaluación, interpersonal, fóbica y vida cotidiana.</p> <p>37 ítems. Escala si/no. 6-19 años. 5 Dimensiones: fisiológica, preocupación/hipersensibilidad, inquietud/concentración social y mentira/deseabilidad social.</p> <p>25 ítems que agrupa los distintos estresores en tres escalas: salud (12 ítems), escuela e iguales (6 ítems) y familia (7 ítems).</p> <p>Evalúa distintos acontecimientos en la vida. 4 escalas: general, ancianos, socio-laboral y en la conducción.</p>
Cogniciones (Distorsiones, Atribuciones, Supuestos, Actitudes...)	
<ul style="list-style-type: none"> • Test de Estrategias Cognitivo Emocionales MOLDES (Hernández-Guanir, 2010). • Cuestionario de Distorsiones Cognitivas para Niños, CDCN-1 (Bas y Andrés, 1994). • Cuestionario de Estilo Atribucional KASTAN-R, CASQ (<i>Children's Attributional Style Questionnaire</i>; Seligman et al., 1984). • Cuestionario del Estilo Atribucional ASQ (Peterson et al., 1982). • Inventario de la Triada Cognitiva CTI (<i>Cognitive Triad Inventory</i>; Beckham, Leber, Watkins, Boyer y Cook, 1986). Versión española Bas y Andrés (1994). • Cuestionario de Esquemas – Forma reducida SQ-SF (<i>Schema Questionnaire-Short Form</i>; Young y Brown, 1994). Versión española Calvete et al. (2005). 	<p>87 ítems. Adolescentes y Adultos. Evalúa diferentes estrategias cognitivo emocionales tales como autoconfianza, motivación, control emocional, precisión y supervisión, atribuciones, etc.</p> <p>11 ítems cada uno de los cuales expresa una distorsión cognitiva (sobregeneralización, polarización, inferencia arbitraria, pensamiento dicotómico...). Escala de respuesta dicotómica Si/no.</p> <p>48 ítems. Escala Likert. Evalúa las atribuciones causales positivas y negativas en tres dimensiones: interna-externa, estable-inestable, global-específica.</p> <p>36 ítems. Escala Lickert 7 puntos. Estilo atribucional.</p> <p>Evalúa la representación esquemática que el sujeto posee con respecto a sí mismo, a su mundo y a su futuro. 30 ítems. Escala tipo Lickert de 7 puntos.</p> <p>75 ítems. Escala likert de seis puntos. Evalúa diferentes esquemas de pensamiento: privación, emocional, imperfección, vulnerabilidad al peligro, apego, fracaso, subyugación, autosacrificio, abandono, abuso y dependencia.</p>

(continúa)

Instrumentos	Dimensiones y características
Cogniciones (Distorsiones, Atribuciones, supuestos, actitudes...)	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuestionario de Pensamientos Automáticos – Revisado ATQ-R (Kendall y Hollon, 1989). (Calvete y Connor-Smith, 2005). 	40 ítems . Escala Likert 5 puntos. Medida cognitiva de frecuencia de pensamientos automáticos asociados con el ánimo depresivo (pensamientos automáticos positivos, pensamientos de insatisfacción, auto-concepto negativo y dificultad en el afrontamiento).
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escala de Actitudes Disfuncionales DAS (Weissman y Beck, 1978). Adaptación española Sanz y Vázquez (1993). 	40 ítems. Escala Likert 4 puntos. Necesidad de logro, dependencia/necesidad de aprobación y autonomía.

4.1. Cautelas para el Diagnóstico

En primer lugar un profesional que aborda la evaluación de un trastorno ha de plantearse seriamente la elección de instrumentos teniendo en cuenta su costo, el tiempo de aplicación, las características del sujeto y la cobertura que proporcionan del trastorno.

Los estudios muestran que la depresión es un trastorno que tiene dificultades diagnósticas. Normalmente se diagnostican muchos casos, pero también se cometen dos tipos de errores: se infradiagnostica (falsos negativos), pero también se sobrediagnostica (falsos positivos). Se estima que esto llega a representar el 26% de los casos (Aragonés, Pinol, Labad, Masdeu, Pino y Cervera, 2004). Esto se debe a varias razones. En primer lugar hay que tener en cuenta que una persona con depresión es poco tendente a la comunicación. Por tanto, si se ha utilizado la entrevista, hay que cerciorarse que el sujeto se ha encontrado cómodo y ha hablado con fluidez de sus problemas. Se debe indagar en la vida del sujeto a fin de localizar con precisión el comienzo del problema y el tipo de acontecimientos que han podido desencadenarlo. Esto es especialmente importante para discernir si hay un posible trastorno bipolar o una depresión. En el caso que se suponga la posible existencia de una manía previa se debe preguntar si hay casos familiares de trastorno bipolar y cuanto tiempo duran las fluctuaciones de estado de ánimo. También se debe hacer especial hincapié en detectar si ha habido algún episodio depresivo previo en la vida del sujeto, puesto que las repeticiones son un elemento más para juzgar la gravedad del caso y planificar más adecuadamente el tratamiento.

Si se usan cuestionarios, se debe escoger aquel que se adapte mejor a las circunstancias personales y sociales del sujeto. Se ha de analizar si se advierte tendencia de respuesta y coherencia en la contestación a los diferentes ítems. Es conveniente hacer un análisis de las respuestas en orden de orientar más individualmente el tratamiento.

Es también conveniente tener en cuenta que muchas personas deprimidas están en circunstancias especiales, ya que pueden salir de una enfermedad o estar sujetos a discapacidades permanentes. En estos casos hay que hacer adaptaciones de los instrumentos o ampliar el equipo de evaluación.

personas competentes en el trastorno que nos ocupa. Es importante tener en cuenta que muchos jóvenes con una capacidad mental límite, perciben por primera vez su limitación y es frecuente que desarrollen una depresión. Normalmente este tipo de personas pueden presentar, asociada a la depresión, irritabilidad, como en el caso de los niños, y es necesario tenerlo en cuenta para no errar el diagnóstico (Morin, Cobigo, Rivard y Lepine, 2010).

Tanto los criterios como los instrumentos de evaluación de la depresión nos proporcionan información sobre los síntomas que presenta un sujeto y la intensidad de los mismos, pero con estos datos no tenemos materia suficiente para elaborar un diagnóstico de depresión. Se debe tener cuidado con los instrumentos elaborados antes de los ochenta, porque enfatizan excesivamente los aspectos somáticos y pueden generar falsos negativos por ausencia de ítems dedicados a otra sintomatología (Yonkers y Samson, 2008).

Hay cuestiones esenciales sobre duración, repetición de episodios, incapacitación para las actividades cotidianas y atribución de su situación afectiva que deben ser recogidas individualmente de cada paciente. El evaluador debe detenerse en recabar datos sobre estos temas, puesto que le serán de suma utilidad para determinar ante qué tipo de depresión se encuentra y si es o no una depresión.

Hay que tener en cuenta que la fatiga, inapetencia y desvinculación de intereses, síntomas típicos de la depresión, pueden estar asociados con otras causas, por tanto no se debe emitir un diagnóstico de depresión sin que el paciente haya pasado por una revisión médica que descarte una base orgánica de esta sintomatología (anemia, cáncer, tiroides, demencias etc.). Hay que evaluar con cuidado la ansiedad para no equivocar el diagnóstico dada la alta tasa de comorbilidad entre ambas patologías.

Naturalmente hay que investigar si el cliente consume algún tipo de droga puesto que en este caso la sintomatología podría estar vinculada a esta ingesta.

Dada la alta comorbilidad de la depresión con la ansiedad es conveniente aplicar un instrumento de afecto positivo (Felicidad) puesto que, como ha demostrado la teoría del tripartito, la discriminación mejor entre ansiosos y deprimidos es que estos últimos, a diferencia de los primeros, no presentan afecto positivo (Watson, Clark, Lee y Stasik, 2011).

Por otra parte, como ya indican los criterios diagnósticos, no se puede hablar de depresión, si hay un diagnóstico previo de un trastorno como esquizofrenia, psicoticismo etc. ya que éstos prevalecerían sobre el de depresión.

Otra dificultad se centra en discriminar entre una depresión mayor y trastorno distímico ya que sus síntomas son muy semejantes. Comienzo del episodio, duración, persistencia y severidad son los factores determinantes para su distinción. La distimia es de menor intensidad y mayor duración, es decir tiene un carácter crónico; sin embargo, estos elementos son difíciles de precisar dada la idiosincrasia del paciente deprimido y sus dificultades para recordar y atender.

Hay también otra serie de trastornos distintos que pueden ser confundidos con una depresión. Ramírez y col. (2006) hacen una buena recopilación de ellos (ver Tabla 7.8).

Tabla 7.8. Posibles Alternativas Diagnósticas a la Depresión.

Trastornos Alternativos	Contrastación
Trastorno bipolar.	Explorar trastornos de manía previos.
Trastornos de ansiedad.	Dada su comorbilidad explorar cuál ha precedido a cuál.
De reacción de duelo.	Comprobar si han transcurridos más de dos meses.
Trastornos de adaptación.	Localizar el episodio estresante y duración.
Trastornos de sueño.	Comprobar si la fatiga diurna se puede deber a la existencia de este trastorno.
Trastornos esquizofrénicos.	Comprobar si en el paciente aparecen delirios o alucinaciones.
Quejas somáticas.	Comprobar que el estado de ánimo no se funda en temores hipocóndricos.
Demencia y pseudodemencia	Confirmar por exploración neurológica y psicológica que no existe demencia.
Trastornos sexuales	En la depresión se da un descenso de la libido, pero con distintas características que la de un trastorno sexual.

Para evitar cometer errores diagnósticos hay que asegurarse de tener en cuenta todas estas cuestiones y comenzar descartando las depresiones derivadas de enfermedades físicas y también de trastornos psíquicos primarios como esquizofrenia o trastorno bipolar. Una vez establecido que se trata de un trastorno depresivo, hay que determinar su tipo en función de la relación habida entre los criterios y sus características.

En último término, el deber de un evaluador es discriminar con precisión si el sujeto evaluado tiene otro tipo de trastorno psíquico o físico, si está pasando por un período de duelo transitorio o, si verdaderamente es una depresión, y de qué tipo se trata. Estos son datos fundamentales para plantearse el tratamiento y el pronóstico del trastorno.

5 PROPUESTA DE UN PROTOCOLO BÁSICO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

Una vez que se tiene en cuenta todo lo expuesto anteriormente hay que aplicar este conocimiento al caso concreto que un profesional ha de evaluar y por tanto han de seguirse unos pasos que sucesivamente nos conducirán a un buen diagnóstico.

Se ha de partir de un instrumento genérico que nos permita descartar otras alteraciones seguido de un instrumento específico que permita confirmar el diagnóstico. Una vez consolidado éste se puede analizar cada una de las variables afectadas más específicamente y una vez hecho esto si hay zonas difusas se impone un registro de conducta que permita cuantificar la frecuencia de las conductas alteradas y el contexto en las que se producen.

Tabla 7.9. Protocolo Básico para la Evaluación de los Trastornos Depresivos.

Evaluación para el Diagnóstico y Delimitación del Problema
<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista diagnóstica: SADS (adultos) y K-SAD (niños). • Autoinformes: BDI (adultos) y CDI (niños).
Evaluación para la Conceptualización del Caso y Planificación del Tratamiento
<ul style="list-style-type: none"> • Autoestima: LAEA (adolescentes y adultos), y EMMA (niños). • Habilidades Sociales: EHS (adolescentes y adultos), IA (Adultos). • Satisfacción Familiar: ESFA (adolescentes y adultos). • Estrategias Cognitivo-emocionales: MOLDES (adolescentes y adultos). • Cogniciones: KASTAN-R, ASQ, CTI, DAS, SQ-SF, CDCN-1. • Ansiedad: ISRA (adultos) y CMAS-R (niños). • Estrés: IIEC (niños), EAE (adultos). • Registros conductuales <i>ad hoc</i> y autorregistros (Salidas, actividades, pensamientos etc..).

Nota: SADS = Entrevista para Trastornos Afectivos y Esquizofrenia; K-SADS (versión infantil); BDI = Inventario de Depresión de Beck; CDI = Inventario Depresión Infantil; LAEA = Listado de Adjetivos para Evaluación del Autoconcepto; EMMA = Cuestionario Evaluación Multimedia y Multilingüe de la Autoestima; EHS = Escala de Habilidades Sociales; IA = Inventario de Asertividad; ESFA = Escala de Socialización Parental para Adolescentes; MOLDES = Test Estrategias Cognitivo Emocionales; KASTAN-R = Cuestionario de Estilo Atribucional; ASQ = Cuestionario de Estilo Atribucional; CTI = Inventario de la Triada Cognitiva; DAS = Escala de Actitudes Disfuncionales; SQ-SF = Cuestionario de Esquemas; CDCN-1 = Cuestionario de Distorsiones Cognitivas; ISRA = Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad; CMAS-R = Escala Revisada de Ansiedad para Niños; IECI = Inventario de Estresores Cotidianos; EAE = Escalas de Apreciación del Estrés.

5.1. Esquema de la Secuencia a Seguir en la Evaluación de los Trastornos Depresivos

Normalmente se comienza la evaluación con una entrevista de recepción en donde se constatan las quejas del sujeto, sus demandas. El profesional de la psicología esboza una primera hipótesis que somete a falsación, comenzando el proceso de evaluación y diagnóstico del caso. El proceso sigue evaluando las características personales y funcionales de la depresión detectada. En este punto se pueden incluir registros (actividades lúdicas, ejercicio físico, pensamientos negativos intrusivos, etc.) y análisis funcional con el antes y después de los momentos álgidos de malestar emocional (desencade-

nante, conducta, consecuencias) que permitan construir un plan de intervención individualizada y al mismo tiempo utilizarlos como línea base para la evaluación de la eficacia del tratamiento.

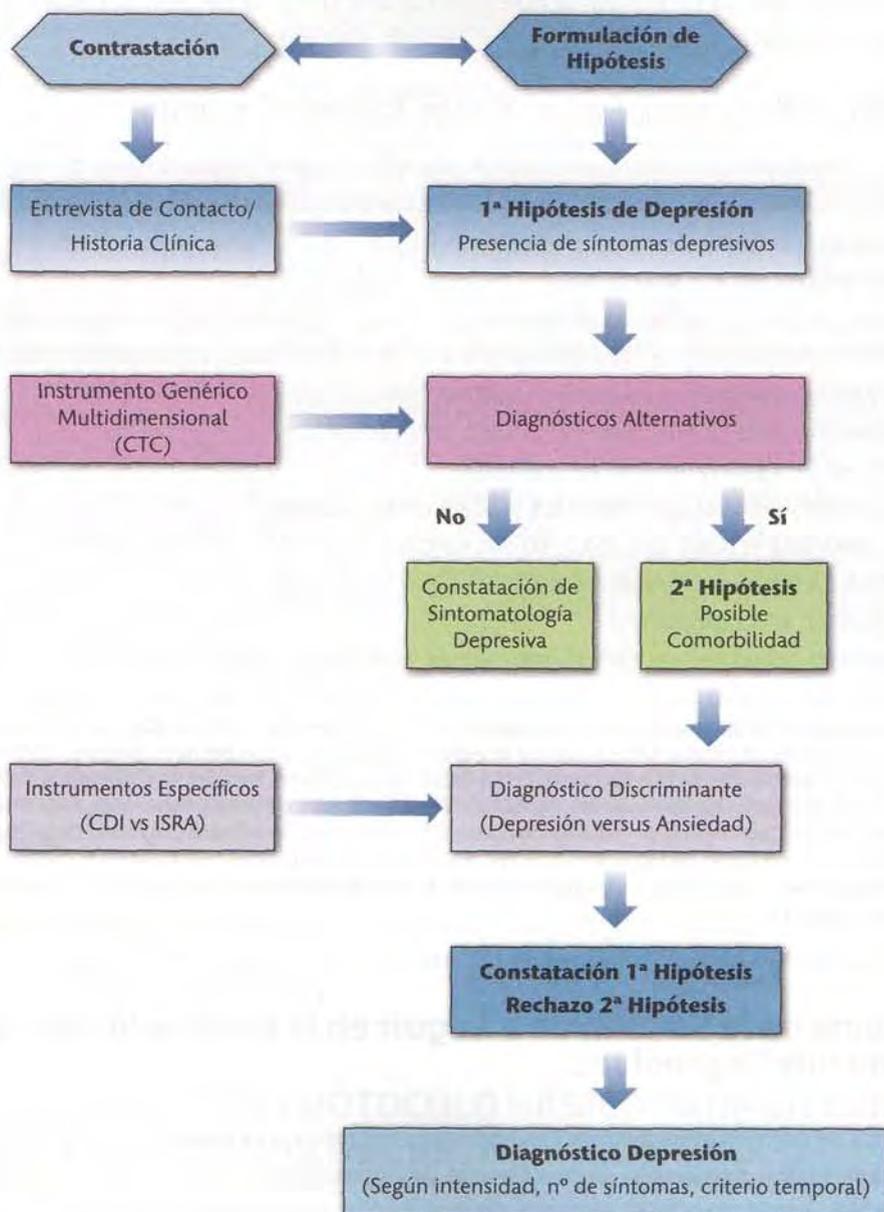


Figura 7.1. Secuencia de la Evaluación de la Depresión.

RESUMEN

Se introduce el tema de la depresión ubicándola entre los trastornos afectivos, es decir, como una alteración eminentemente emocional, cuyas características, discriminantes básicos por tanto, son la Disforia (tristeza) y la Anhedonia (ausencia de placer).

El paso siguiente es exponer los distintos tipos de depresión, proporcionando sus características esenciales en función de su duración, edad de aparición, circunstancias desencadenantes y grado de disfuncionalidad que producen en el sujeto respecto de la vida diaria.

A continuación se abordan los dos grandes tipos de perspectivas desde donde abordar el diagnóstico: la categorial y la dimensional. En el primer caso se proporcionan los criterios diagnósticos de los diferentes tipos de depresión y las entrevistas generadas para constatar la presencia y ausencia de los criterios en los sujetos a diagnosticar. En el segundo caso se exponen aquellos instrumentos que han resultado ser más fiables y válidos en la aplicación clínica.

Se propone una secuencia diagnóstica que pueda servir al lector como guía en el proceso de evaluación de la depresión y se hace un recuento de los escollos que puedan aparecer a la hora de esa aplicación ya derivados de los problemas del sujeto como de los instrumentos escogidos.

Por último se advierte de cuáles son los trastornos confundibles y alternativos a la depresión y se proporcionan, para evitar errores comunes, las claves para hacer un buen diagnóstico discriminante.

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

Escoja de las siguientes afirmaciones la opción que mejor se ajuste a la información dada en el texto.

- 1) El sentimiento de inutilidad o culpa es: a) un criterio esencial para el diagnóstico de la depresión; b) un criterio posible para el diagnóstico de la depresión; c) un criterio que sólo aparece en adultos.
- 2) Los síntomas de la depresión infantil son: a) distintos a la de la adulta; b) iguales a la de la adulta; c) semejantes a la de la adulta.
- 3) Respecto a la duración de la distimia respecto a la depresión mayor (DM): a) La distimia dura más que la DM; b) La distimia dura menos que la DM; c) La distimia dura igual que la DM.
- 4) Respecto de la depresión mayor señala la opción más adecuada: a) no repite; b) La depresión mayor puede tener episodios repetidos; c) La depresión mayor se mantiene siempre.
- 5) a) Se considera que el 60% de personas deprimidas presentan alteraciones de sueño; b) Se considera que el 40% de personas deprimidas presentan alteraciones de sueño; c) Se considera que el 20% de personas deprimidas presentan alteraciones de sueño.
- 6) a) El Cuestionario TEA Clínico, CTC es una escala de Depresión; b) El Cuestionario TEA Clínico, CTC evalúa una pluralidad de trastornos; c) El Cuestionario TEA Clínico, CTC es un cuestionario de trastornos afectivos.
- 7) a) La discriminación mejor entre ansiosos y deprimidos es la presencia de disforia; b) La discriminación mejor entre ansiosos y deprimidos es la presencia de agitación motora; c) La discriminación mejor entre ansiosos y deprimidos es la presencia de felicidad.
- 8) a) El trastorno bipolar ha de durar 1 semana; b) El trastorno bipolar ha de durar 2 meses; c) El trastorno bipolar tiende a cronificarse.
- 9) a) Entrevista para los Trastornos Afectivos y la Esquizofrenia tiene una sola forma aplicable a adultos y niños; b) Entrevista para los trastornos afectivos y la esquizofrenia no puede aplicarse más que en caso de esquizofrenia; c) Entrevista para los trastornos afectivos y la esquizofrenia tiene una forma adulta y una infantil.
- 10) a) La Escala de Hamilton es heteroaplicada por el evaluador; b) La Escala de Hamilton es una heteroaplicada por compañeros; c) La Escala de Hamilton es autoplicada.

Soluciones: 1b, 2c, 3a, 4b, 5a, 6b, 7c, 8c, 9c, 10a

Evaluación de los Trastornos Relacionados con el Trauma y Otros Estresores

8

Miguel Ángel Carrasco Ortiz

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

1 **Introducción**

- 1.1. Descripción
- 1.2. Epidemiología y Curso
- 1.3. Factores Etiológicos y Factores Asociados

2 **Evaluación para la Delimitación del Problema: Contrastación de Hipótesis Diagnósticas**

- 2.1. Instrumentos de Evaluación Utilizados
 - 2.1.1. Instrumentos para la Identificación de Estresores
 - 2.1.2. Instrumentos para el Diagnóstico y la Delimitación de los Trastornos
 - 2.1.3. Listado de Síntomas y Escalas de Estimación para la Sintomatología
- 2.2. Evidencias de Fiabilidad y Validez para el Diagnóstico y Delimitación de los Trastornos
- 2.3. Diagnóstico Diferencial
- 2.4. Comorbilidad

3 **Evaluación para la Conceptualización del Caso y la Planificación del Tratamiento**

- 3.1. Instrumentos para su Contrastación
- 3.2. Evidencias de Fiabilidad y Validez de la Evaluación para la Conceptualización del Caso

4 **Evaluación para el Tratamiento, su Progreso y los Resultados de la Intervención**

5 **Propuesta de un Protocolo para la Evaluación de los Trastornos Relacionados con el Trauma y el Estrés**

RESUMEN

EXERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

- Identificar los trastornos más frecuentes que derivan de acontecimientos vitales estresantes menores, mayores y traumáticos.
- Diferenciar las características de cada uno de los trastornos derivados del estrés, conocer su prevalencia, patrón de comorbilidad y curso.
- Saber formular hipótesis para la contrastación empírica de estas alteraciones de acuerdo con los factores de riesgo y las variables que las explican.
- Conocer los principales instrumentos para el diagnóstico o delimitación, la conceptualización y la evaluación del tratamiento de los trastornos derivados del estrés.
- Seleccionar los instrumentos más adecuados según las características del caso a evaluar.

1 INTRODUCCIÓN

1.1. Descripción

Dentro de los trastornos relacionados con acontecimientos estresantes se han incluido hasta la fecha fundamentalmente dos: el trastorno de estrés agudo (TEA) y el estrés postraumático (TEPT). No obstante, la vivencia de acontecimientos estresantes (experiencia propia u observada) puede generar numerosas y variadas reacciones psicopatológicas que no siempre responden a las alteraciones graves antes mencionadas y que pueden asentarse en desórdenes de ajuste o trastornos desadaptativos (TA), trastornos disociativos (TD) o en reacciones traumáticas inespecíficas (Friedman, 2011).

Entre la población infantil, aquellos niños que experimentan interacciones estresantes (e.g., rechazo, hostilidad, maltrato, etc.) con sus figuras de referencia (e.g., padre, madre, abuelo, cuidador) pueden desarrollar conductas de apego inapropiadas o desajustadas que se enmarcan en lo que se ha denominado el Trastorno Reactivo de Apego, pero también en un patrón de conductas desinhibidas de aproximación e implicación con personas desconocidas incluso en contextos extraños o no familiares para el niño, lo que se ha etiquetado como *Trastorno de Desinhibición Social* (APA, 2012). La rica y controvertida discusión sobre qué trastornos debieran incluirse bajo el epígrafe de trastornos relacionados con el trauma escapa al objetivo de este tema (para una revisión, Friedman et al., 2011). En lo que parecen estar de acuerdo un gran número de autores es que los trastornos antes mencionados no están bien clasificados dentro de la categoría general de trastornos de ansiedad y que todos ellos parecen poseer un denominador funcional y etiológico común que hace pensar que se trate de un mismo fenómeno que al tiempo los distancia de los generalmente aceptados como trastornos de ansiedad.

Nos centraremos en los trastornos más claramente vinculados a estresores específicos o a acontecimientos traumáticos claramente identificables. Sin embargo, esto no significa que el resto de trastornos no esté asociado a situaciones estresantes, como es lo habitual, sino que no lo están de una manera tan específica o directa, ni forman parte de sus criterios diagnósticos.

En la Tabla 1 se describen brevemente las principales alteraciones relacionadas con acontecimientos estresantes que podemos entender dentro de una gradación creciente que oscila entre una reacción intensa, que emerge en el primer mes después de acontecido el suceso (TEA), y una reacción grave pero prolongada en el tiempo (TEPT) pasando por un posible patrón desadaptativo de menos gravedad psicopatológica (TA). Los síntomas son comunes para niños y adultos a excepción de algunas manifestaciones de reexperimentación que en niños y jóvenes se expresan mediante juegos repetitivos o escenas relacionadas con el trauma y sueños de terror de contenido irreconocible.

Se recogen también dos de las reacciones infantiles principales resultado de una alteración vincular asociada a un patrón de interacción estresante con el cuidador de referencia: Trastorno Reactivo de Apego y Trastorno de Desinhibición Social.

Dentro del TEPT se establecen diferentes tipos: 1) atendiendo a la sintomatología predominante: *tipo disociativo* (embotamiento, amnesia, flashback), caracterizado por una sobre-modulación de la

emoción (hiperactividad medial prefrontal e inhibición de la amígdala); y el *subtipo hiperarousal* (contable/intrusivo), caracterizado por una infra-modulación de la emoción (hipoactivación medial-frontal y activación de la amígdala); 2) atendiendo a un criterio temporal: *subtipo agudo* (su duración es inferior a tres meses); *subtipo crónico* (duración superior a tres meses); *subtipo diferido*, la sintomatología aparece, al menos, seis meses después de la aparición del acontecimiento traumático, generalmente desencadenado por algún otro estresor (e.g., divorcio, pérdida). Entre los trastornos adaptativos cabe especificar cuando es agudo (la alteración dura menos de 6 meses) o crónico (la alteración dura 6 meses o más). Además de esta especificación se describen diferentes subtipos en función de la sintomatología predominante: con estado de ánimo depresivo, con ansiedad, mixto (con ansiedad y estado de ánimo depresivo), con trastorno de comportamiento, con alteración mixta de las emociones y el comportamiento, y el no especificado.

En la literatura sobre trauma, aunque esto no parece que vaya a incluirse en la próxima versión de DSM-V, se recoge un patrón de sintomatología traumática más grave y compleja que emerge en aquellas personas que han vivido experiencias acumulativas de violencia interpersonal, tales como maltrato infantil (físico, sexual, psicológico...) o que han sido expuestas a situaciones vitales traumáticas por periodos prolongados (e.g., guerra, genocidio, prostitución...). A este patrón se le ha denominado *Trastorno de Estrés Postraumático Complejo* o *Trastorno por Estrés Extremo No Especificado de Otra Forma* (DESNOS; *Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified*; Pelcovitz, Van der Kolk, Roth, Mandel, Kaplan y Resick, 1997; Van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday y Spinazzola, 2005). Su manifestación clínica responde a la combinación de la sintomatología propia del TEP y el trastorno límite de personalidad (Briere y Spinazzola, 2005): autopercepciones alteradas (problemas de identidad, autoregulación, relaciones interpersonales, suicidio), disociación, alteraciones del estado de ánimo (depresión, ansiedad, ira y agresión), abuso de sustancias e hiperreactividad fisiológica. Este patrón suele aparecer en personas más vulnerables al efecto del estrés cuyas experiencias traumáticas se acumulan desde edades muy tempranas. Unido a estas experiencias traumáticas tempranas aparecen las alteraciones del vínculo con las figuras de referencia y su generalización en la vida adulta al resto de personas significativas (e.g., parejas, hijos, amigos) que dificultan el establecimiento de relaciones seguras y estables (Allen, 2001; Muller, Sicoli y Lemieus, 2000).

Tabla 8.1. Descripción de los Principales Trastornos Relacionados con Estresores.

Tipo de Trastorno	Descripción
Trastorno de Estrés Agudo	Reacción intensa a la presencia o vivencia de un acontecimiento traumático caracterizado por síntomas disociativos (embotamiento, desrealización, despersonalización, amnesia), reexperimentación del suceso, conductas de evitación y síntomas intensos de ansiedad. Esta sintomatología emerge en las cuatro primeras semanas después del suceso y tiene una duración mínima de tres días.
Trastorno de Estrés Postraumático	Aparición de un patrón de síntomas caracterizados por re-experimentación (e.g., recuerdos, sueños, ilusiones, alucinaciones, flashback), hiperactivación fisiológica (hipervigilancia, irritabilidad, sobresalto, falta de concentración, insomnio) y evitación a los estímulos asociados con el evento traumático sufrido o presenciado.
Trastornos Adaptativos	Aparición de síntomas emocionales o conductuales clínicamente significativos en respuesta a un agente estresante psicosocial identificable. Estas conductas se caracterizan por una adaptación inadecuada superior a lo esperable dada la naturaleza del estresor. Los síntomas deben presentarse durante los tres meses siguientes al inicio del estresor.
Trastorno Reactivo de Apego	Patrón marcadamente alterado y evolutivamente inapropiado de conductas de apego que se manifiestan antes de los 5 años de edad. El niño da muestras escasas de preferencia hacia una figura discriminada de apego de la que busca apoyo, protección, consuelo y cuidado. La alteración aparece como un patrón consistente de conducta emocionalmente retraída e inhibida en la que el niño raramente dirige conductas de apego hacia algún adulto o cuidador.
Trastorno de Desinhibición Social	Patrón de conducta en la que el niño activamente se aproxima e interactúa con adultos desconocidos dando muestras de excesiva familiaridad, aproximación, deseos de acompañarle sin vacilación y ausencia de conductas de autorización ante el adulto de referencia antes de aventurarse a irse con un desconocido. Por su parte, el cuidador muestra un patrón de conductas inadecuadas de crianza consistentes en excesivo castigo y falta de atención de las necesidades emocionales, físicas o de seguridad del niño.
Trastorno de Estrés Extremo (Trauma complejo/DESNOS)	Patrón de sintomatología traumática más grave y compleja resultante de experiencias acumulativas de violencia interpersonal y/o situaciones vitales traumáticas prolongadas que se manifiesta con sintomatología propia del estrés postraumático y el trastorno límite de la personalidad: autocapacidades alteradas, disociación, alteraciones de estado de ánimo, abuso de sustancias e hiperreactividad fisiológica.

El trastorno complejo DESNOS (*Disorders of Extreme Stress not Otherwise Specified*) y los trastornos de apego detallados no están recogidos en el manual estadístico de la APA DSM-IV.

1.2. Epidemiología y Curso

Se estima que entre el 50-60% de las personas han experimentado, al menos, un suceso traumático en sus vidas (e.g., accidentes de tráfico, agresiones sexuales, catástrofes naturales, guerras, terrorismo etc.) especialmente entre los 25 y 45 años. Afortunadamente, no todos ellos desarrollan una alteración mental (Norris y Slone, 2007). La epidemiología de los trastornos relacionados con los acontecimientos traumáticos varía en función de la alteración a la que hagamos referencia. En el TEPT la prevalencia en población general si se considera en periodos largos varía entre 6,8 al 12% y tomando un punto transversal la prevalencia está entre el 1 y 3% (Kessler, Chiu, Demler y Walters, 2005; Norris y Slone, 2007). No obstante, las tasas de prevalencia de las personas que desarrollan un TEPT han oscilado en función del estresor (Echeburúa, Corral y Amor, 1998) desde el 12,3% (accidente de tráfico) hasta 57,3% (agresiones sexuales). En general, se trata de una alteración más prevalente en mujeres y en adultos jóvenes (Norris y Slone, 2007). Su curso tiende a ser crónico y más de una tercera parte de estos diagnósticos permanecen cinco años más tarde (Kessler et al., 1995; Prigerson, Maciejewski y Rosenheck, 2001, 2005).

En población infantil, la prevalencia es del 1% si se analiza en un momento puntual. Cuando se analiza la prevalencia a lo largo de la vida del niño asciende hasta el 6 o 10%. No obstante, la mayoría de los trabajos centran su evaluación en niños mayores de 10 años. Cuando se analizan muestras infantiles que han sufrido acontecimientos traumáticos variados, en general, se estima una prevalencia de TEPT del 36% (Fletcher, 1996; Yule y Smith, 2008).

Cuando nos referimos a estresores menores que generan problemas adaptativos, la prevalencia es distinta. Los trastornos adaptativos poseen una prevalencia que oscila entre el 5 y el 20% aunque su curso es temporal y tiende a desaparecer antes de los seis meses si el estresor y sus consecuencias han cesado. Se da en similar proporción en hombres y mujeres (APA, 2001; Despland, Monod y Ferrer, 1995). En niños y adolescentes la prevalencia oscila entre el 4 y el 18% aunque parece ser más alta que en adultos (Almquist, Kumpulainen y Ikaheimo, 1998; Bird, Gould y Yager, 1989).

La prevalencia del trastorno de estrés extremo (DESNOS) estimada a partir de las historias de trauma en población clínica oscila entre el 40 y 70% (Saxe et al., 1993, 1994; Van der Kolk, 2003). Entre las personas que han experimentado vivencias traumáticas, la presencia de un trastorno de estrés extremo (DESNOS) puede aparecer hasta en el 57% de los casos. En un número importante de estas víctimas aparece además una historia de trauma temprano añadido (42%).

La presencia de apego inseguro en población normal se estima alrededor del 40% (15% evitativo, 15% desorganizado, 9% ambivalente) (Van IJzendoorn, Schuengel y Barkermans-Kranenburg, 1999). En aquellos casos de niños que han sufrido experiencias traumáticas, por ejemplo maltrato, estos porcentajes se estiman en el doble o el triple, principalmente cuando se refieren al apego desorganizado.

1.3. Factores Etiológicos y Factores Asociados

Uno de los modelos más comprehensivos de las alteraciones relacionadas con el estrés es el *Modelo procesual del estrés* de Lazarus y colaboradores (Lazarus, 1966, 1993; Lazarus y Folkman, 1984). Desde una perspectiva interaccional, el estrés es el resultado de un conjunto de transacciones entre diferentes componentes que incluyen: demandas psicosociales (sucesos vitales), evaluación cognitiva, respuestas del organismo, variables disposicionales, apoyo social y estatus de salud.

Otros modelos que han explicado los trastornos por estrés son: (a) los modelos de condicionamiento, por los que el estresor o el suceso traumático se asocia por condicionamiento clásico con las respuestas incondicionadas de ansiedad. Posteriormente, mediante un proceso de generalización de estímulos estas respuestas condicionadas se extienden a diferentes situaciones (Barlow, 2002; Mowrer, 1960); y (c) los modelos del procesamiento de la información que invocan a la activación de determinados esquemas (Epstein, 1991; Horowitz, 1976; Janoff-Bulman, 1992) los cuales guían la percepción e interpretación de los acontecimientos, llevan a la valoración del acontecimiento como amenazante (Ehlers y Clark, 2000) y generan un procesamiento emocional inadecuado (Foa y Jaycox, 1999; Foa y Riggs, 1993) que dificulta la integración cognitiva y emocional de los acontecimientos vividos. Algunos de estos modelos de procesamiento, además de poner el énfasis en las cogniciones (e.g., esquemas previos, valoraciones o las interpretaciones del acontecimiento), explican gran parte de la sintomatología traumática mediante procesos de memoria y representación. Estos procesos actúan, bien activando una estructura de miedo almacenada en la memoria que produce las reacciones de ansiedad (Foa y Jaycox, 1999), o bien mediante la codificación particular de la información en una memoria traumática que asocia erróneamente determinados estímulos con el peligro (Foa y Rothbaum, 1998) y que almacena la información de una manera fragmentada y desorganizada. Otros modelos basados en la memoria han encontrado que la información traumática se almacena paralelamente según su contenido en un sistema dual (Brewin y Holmes, 2003): memoria verbal (elementos cognitivos que permiten una narración del acontecimiento y emociones experimentadas en el trauma) y memoria situacional (sonidos, señales y respuestas corporales que no pueden ser comunicadas ni fácilmente integradas en otras estructuras de memoria). La aparición de la sintomatología traumática, según estos modelos, podría entenderse como un fallo en el procesamiento adecuado de la información acontecida y codificada inadecuadamente en la memoria. La recuperación supone la integración y elaboración de la información así como el ajuste con creencias y supuestos adaptativos. Las cogniciones desadaptativas, la fragmentación del recuerdo y las conductas de evitación son elementos esenciales en la obstaculización de un procesamiento adecuado que debe ser reparado.

A estos modelos explicativos hay que sumar los factores de riesgo que hacen más probable la aparición de un trastorno asociado a un acontecimiento estresante. Entre ellos están, ser mujer, joven, poseer bajo nivel intelectual o educativo, pertenecer a una minoría racial o étnica, o a una clase socioeconómica baja; tener antecedentes psiquiátricos, bajo apoyo social y estar expuesto a estresores vitales adicionales (Brewin et al., 2000; King et al., 2004).

De acuerdo con Bowlby (1973) las experiencias de maltrato en la infancia facilitan la construcción de modelos de representación del yo y de los otros (*Modelos Internos de Trabajo*) resultantes de la inter-

acción del niño con sus figuras de referencia. Estos modelos de representación reflejan el grado en que el niño cree que las figuras de apego pueden ser fuentes de apoyo y protección en momentos de necesidad y en qué grado es aceptado por ellas. Dichas representaciones son interiorizadas por el niño a lo largo de su vida configurando una percepción del yo y de los otros que determina su capacidad para afrontar el estrés (Bretherton, 1995). Las teorías de apego sostienen que el apego inseguro es el resultado de interacciones niño-adulto caracterizadas por la desconfianza, la falta de responsividad y falta de accesibilidad del niño a sus figuras de referencia (Bartholomew y Horowitz, 1991; Bowlby, 1980). Existe evidencia que muestra que aquellas personas que han experimentado una historia de maltrato infantil (estresor vital grave) muestran una mayor probabilidad en la vida adulta de manifestar un apego inseguro y de desarrollar un estrés postraumático (Alexander, 1992; Alexander, Anderson, Brand, Schaeffer, Grelling y Kretz, 1998).

2 EVALUACIÓN PARA LA DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS

Para la delimitación de los trastornos derivados de acontecimientos estresantes existen dos grupos fundamentales de instrumentos. Un grupo destinado a la identificación de los estresores y otro grupo diseñado para la evaluación de su impacto, es decir, de las consecuencias psicopatológicas y sintomatología. Veamos a continuación cada uno de ellos.

2.1. Instrumentos de Evaluación Utilizados

2.1.1. Instrumentos para la Identificación de Estresores

La delimitación y diagnóstico de una alteración relacionada con una vivencia estresante, tienen como condición necesaria la identificación inicial del acontecimiento o acontecimientos que lo desencadenaron o al que se le atribuye gran parte de la aparición de la sintomatología. Estos acontecimientos pueden variar desde un estresor cotidiano (o un conjunto de ellos) hasta acontecimientos vitales de mayor impacto en cuyo extremo figuran los acontecimientos vitales traumáticos (ver Tabla 8.2). Para la evaluación de estos estresores de los que pueden derivarse desde trastornos adaptativos hasta trastornos postraumáticos existe un gran número de instrumentos que se recogen en las Tablas 8.3, 8.4 y 8.5. Estos instrumentos incluyen bien escalas, listados o cuestionarios, en su mayoría autoinformados, o bien entrevistas (Tabla 8.6) que son administradas por un evaluador entrenado. Existen versiones para población infantil o adolescente y para población adulta. Algunos son informados por el propio sujeto y en el caso de los niños, algunos están diseñados para ser cumplimentados por sus padres o cuidadores de referencia (Tabla 8.7).

Tabla 8.2. Clasificación de los Acontecimientos Vitales Estresantes.

Estresores	Descripción
No Traumáticos	
Menores-Cotidianos	Estresores puntuales de baja-media intensidad que se repiten en el quehacer cotidiano pero que se limitan a un periodo de tiempo limitado (e.g., tráfico, discusiones pareja/jefe, exceso trabajo puntual).
Menores-Crónicos	Estresores de baja-media intensidad que perduran a lo largo de un periodo de tiempo significativo (e.g., enfermedad crónica, situación de estrés laboral sostenido).
Traumáticos	
Intensos y Extraordinarios (Trauma Simple)	Acontecimientos aislados extraordinarios y de alta intensidad (e.g., catástrofes naturales, violación, accidente de tráfico, ataque terrorista, guerra).
Moderados Acumulativos (Trauma Complejo)	Acontecimientos de victimización de media-alta intensidad repetidos y prolongados en el tiempo que a menudo se remontan a la infancia (e.g., abuso sexual en la infancia, secuestros, torturas, violencia doméstica, violencia contra mujeres, acoso escolar, acoso laboral).

Los listados de acontecimientos están referidos a distintos tipos de sucesos según su grado de impacto y excepcionalidad. Esto incluye acontecimientos satisfactorios y/o contrariedades diarias de distintas áreas de la vida cotidiana (e.g., familia, trabajo, estudios, economía, salud, etc.) acompañadas de una escala tipo Likert para valorar el grado de severidad o malestar del acontecimiento vivido. La corrección de las escalas proporciona una puntuación numérica que permite estimar el nivel de estrés cotidiano percibido y el número de acontecimientos aversivos o apetitivos experimentados. En el caso de los instrumentos para la evaluación de los acontecimientos estresantes mayores, el formato y estructura es similar pero cambia el tipo de acontecimiento evaluado. En este caso, más que referirse a contrariedades diarias o cotidianas (e.g., sobrecarga en el trabajo, discusiones con la pareja, problemas con el tráfico, etc.) los acontecimientos se refieren a eventos relevantes que han ocurrido a lo largo de un periodo de tiempo dado (e.g., último año) tales como ruptura de pareja, cambio de vivienda, pérdida de trabajo, un problema de salud, hospitalización, etc.

Los instrumentos diseñados para la evaluación de acontecimientos traumáticos suelen recoger información sobre acontecimientos amenazantes para la integridad física o psicológica de la persona y con un elevado impacto sobre la vida presente y futura de las personas. Algunos solicitan información adicional que permiten valorar los moderadores de dicho impacto: nivel de exposición al acontecimiento (eg., protagonista, testigo), edad de la persona cuando ocurre, daño recibido, elementos contextuales (personas, apoyos...). Además, en muchos casos, contienen ítems referidos a las reacciones o síntomas experimentados tras el acontecimiento.

Tabla 8.3. Principales Instrumentos para la Identificación de Acontecimientos Estresantes Diarios (Sucesos Menores).

Identificación	Características y Aspectos que Evalúan
Para Adultos	
Cuestionario de Estrés Diario CED (Santed, Chorot y Sandín, 1991). Versión abreviada CED-44 .	60 ítems que evalúan las satisfacciones y/o contrariedades diarias de distintas facetas de la vida cotidiana de las personas (familia, trabajo, estudios, economía, etc.). Consta de dos escalas tipo Likert (una para la valoración negativa y otra para la positiva) con rango de 0 a 3.
Escala de Contratiempos Diarios HS (Kanner, Coyne, Schaefer y Lazarus, 1981).	117 situaciones molestas que incluyen diferentes áreas de la vida, trabajo, salud y medio ambiente.
Escala de Contratiempos y Satisfacciones HSUP (DeLongis, Folkman y Lazarus, 1988).	53 ítems con una escala Likert de 4 puntos de 0 (nada o no aplicable) a 3 (máxima aplicabilidad). Permite una escala global de contratiempos y otra escala de salud.
Cuestionario Sobre Experiencias Recientes de la Vida SRLE (Kohn y Macdonald, 1992). Versión adolescentes (Kohn PM, Milrose JA, 1993).	41 ítems que evalúan los diferentes acontecimientos de estrés del último mes, agrupados en seis ejes temáticos: social/cultural, relacionado con el tiempo, rechazo social, victimización, trabajo y finanzas. Cada ítem se evalúa con una escala Likert de 5 puntos que resultan en una puntuación global de estrés.
Escala de Estrés Percibido EPP (Cohen, Kamarak y Mermeistein, 1983). Versión española Remor y Carrobles (2001).	14 ítems con 4 opciones de respuesta graduadas de mayor a menor nivel. Evalúa el grado en que las personas encuentran que su vida es impredecible, incontrolable o está sobrecargada.
Escala de Acontecimientos Estresantes Cotidianos DLSS (Kearney, Drabaman y Beasley, 1993).	30 ítems que evalúan la severidad y sentimientos de acontecimientos cotidianos en niños y adolescentes.
Inventario Cotidiano de Acontecimientos Estresantes DISE (Almeida, Wethington y Kessler, 2002).	Evalúa acontecimientos estresantes de la vida cotidiana en las últimas 24 horas. Se puede utilizar en formato de entrevista o autoaplicada. Tras cada pregunta se solicita una breve información sobre la duración, el tiempo y solapamiento con otros acontecimientos del día y nivel de estrés experimentado. La descripción se corrige de acuerdo con un sistema de categorías.
Escala de Contrariedades y Satisfacciones LQalt-DHU (Flipp, 1994).	56 ítems que evalúan la frecuencia y severidad de las dos subescalas (contrariedades y satisfacciones) en el último mes. Obtiene una puntuación por cada subescala.

(continúa)

Identificación	Características y Aspectos que Evalúan
Para Adultos	
Escala de Acontecimientos Displacenteros UES (Lewinsohn, Mermelstein, Alexander y MacPhillamy, 1985).	20 ítems con una escala Likert de 5 puntos. Evalúa la frecuencia de acontecimientos displacenteros en el último mes (e.g, ser insultado, carecer de suficiente dinero...).
Inventario de Estrés Diario para Adultos DSI (Brantley, Catz y Boudreaux, 1997). Versión adolescentes DSI-A (Huete, 2001).	48 ítems con una escala Likert de 3 puntos. Evalúa frecuencia e intensidad de los estresores comunes cotidianos en las 24 horas previas.
Para Niños y Adolescentes	
Inventario Infantil de Estresores Cotidiano IIEC (Trianes et al., 2009).	25 ítems que agrupa los distintos estresores en tres escalas: salud (12 ítems), escuela e iguales (6 ítems) y familia (7 ítems).
Cuestionario de Estrés para Niños SIC (Osika et al., 2007).	Diseñado para detectar los niveles de estrés en escolares de 9 a 12 años. Consta de 21 ítems de los que se obtienen una puntuación global de estrés de naturaleza cotidiana.

Tabla 8.4. Principales Instrumentos para la Identificación de Acontecimientos Estresantes Mayores (Sucesos Mayores).

Identificación	Características y Aspectos que Evalúan
Para Adultos	
Escala de Reajuste Social SRRS (Holmes y Rahe, 1967). Adaptación española González de Rivera et al. (1983).	61 ítems que evalúan los acontecimientos que alteran en distinta medida el estado habitual de las personas a las que se le presentan. Se valora de 1 a 100 según la intensidad de la reacción emocional, impacto, estrés o cambio que pueden inducir en un individuo normal.
Cuestionario de Sucesos Vitales CV (Sandín y Chorot, 1987).	Evalúa la ocurrencia y la intensidad del estrés percibido que suscitan 62 acontecimientos vitales en los últimos 12 meses. Cada ítem se presenta con una escala de 10 puntos de menor a mayor intensidad referidos a los siguientes dominios: trabajo, pareja, familia, salud, residencia, social, legal, finanzas.
Escala de Acontecimientos Estresantes Mayores (Forman, Edson y Hagan, 1983).	29 acontecimientos vitales no deseados de los últimos 6 meses referidos a los siguientes dominios: familia, escuelas, problemas interpersonales.

(continúa)

Identificación	Características y Aspectos que Evalúan
Para Adultos	
Escala de Acontecimientos Vitales LQAlt-LE (Filipp, 1992).	Evalúa la ocurrencia e intensidad de estrés percibido de 15 acontecimientos vitales negativos y dos positivos (matrimonio y ser abuelos).
Para Niños y Adolescentes	
Escala de Acontecimientos Multiculturales para Adolescentes MESA (Gonzales, Gunnoe, Jackson y Samaniego, 1996).	82 ítems agrupados en 8 categorías: cambio de familia, conflicto familiar, compañeros, conflictos, escuela, discriminación, victimización, economía.
Inventario de Estrés Hispano HSI . Versión adolescente HSI-A (Cervantes et al., 2012).	160 ítems verdadero/falso. Para aquellos ítems verdaderos se puntúa el nivel de intensidad según una escala Likert de 5 puntos. 5 escalas: economía familiar, cultura y educación, conflicto cultural, inmigración, discriminación-racismo, inmigración familiar, violencia comunidad, drogas.
Escala Breve de Acontecimientos Vitales Adolescentes BALLES (Shahar et al., 2003).	36 ítems. Escala Likert 4 puntos. Seis escalas: familia, amigos y compañeros, actividades extraescolares, escuela y trabajo, salud y apariencia física. Cada escala tiene 6 ítems, 3 positivos y 3 negativos.

Tabla 8.5. Principales Listados/Escalas para la Identificación de Acontecimientos Traumáticos en Adultos.

Identificación	Características y Aspectos que Evalúan
Acontecimientos Traumáticos-Listados/Escalas para Adultos	
Listado de Acontecimientos Vitales LEC (<i>National Center for PTSD</i>).	Cribado de 17 potenciales acontecimientos traumáticos y sus niveles de exposición (eg., protagonista, testigo).
Cuestionario de Eventos Traumáticos TEQ (Vrana y Lauterbach, 1994).	11 ítems que evalúan diferentes acontecimientos (e.g., accidente grave, lesión o muerte de un ser querido...). Para cada acontecimiento se evalúa: frecuencia, edad en el momento del acontecimiento, grado de lesión, grado de amenaza vital, grado de traumatización en el momento que ocurrió y en el momento actual. Escala Likert de 7 puntos para aquellas preguntas que evalúan intensidad. Existe una versión militar que incluye 3 ítems adicionales: ser un prisionero, observar o participar en atrocidades.

(continúa)

Identificación	Características y Aspectos que Evalúan
Acontecimientos Traumáticos-Listados/Escalas para Adultos	
Cuestionario de <i>Screening</i> de Eventos Vitales Estresantes SLESQ (Goodman, Corcoran, Turner, Yauan y Green, 1998).	13 acontecimientos traumáticos: 11 específicos y 2 generales. Para cada acontecimiento se pide que indiquen: si ocurrió o no (sí o no), edad en el momento del acontecimientos y otros parámetros específicos como: frecuencia, duración, si alguien murió o fue hospitalizado. Está indicada para fines de despistaje.
Cuestionario de Eventos Traumáticos Vitales TLEQ (Kubany et al., 2000)	23 ítems. 22 acontecimientos potencialmente traumáticos (e.g., accidente de tráfico, abuso sexual, enfermedad mortal). Se evalúa si el acontecimiento ocurrió o no y la frecuencia del mismo. Para los que ocurrieron se solicita: información sobre el miedo experimentado, grado de indefensión u horror en respuesta a lo sucedido, edad en la que ocurrió por primera vez y la fecha de la última vez que ocurrió. Presencia de lesión y tipo de perpetrados (e.g., familiar o desconocido). Se solicita identificar el acontecimiento que más malestar causó de todos los señalados.
Listado Revisado de Estresores Vitales LSC-R (Wolfe, Kimerling, Brown, Chrestman y Levin, 1996).	Recoge 30 acontecimientos potencialmente traumáticos. Además pregunta por la edad del sujeto cuando el suceso tuvo lugar y el malestar experimentado en el último año.
Cuestionario de Experiencias Traumáticas TQ (Escalona et al., 1997). Versión española González et al., 2000).	17 sucesos traumáticos. 9 ítems para evaluar el grado de afectación del suceso. 18 ítems dicotómicos que evalúan la sintomatología de reexperimentación, hiperactivación y evitación.
Listado de Acontecimientos Vitales LEC (Blake et al., 1995; Gray et al., 2004).	17 ítems. Diseñada para el despistaje de 16 acontecimientos potencialmente traumáticos y un ítem que evalúa algún otro acontecimiento vital extraordinario no recogido en los anteriores. Para cada ítem se explora si el acontecimiento le sucedió directamente o como testigo, qué aprendieron sobre el suceso y si éste es o no aplicable a su experiencia. No evalúa ni la gravedad del suceso ni las reacciones durante el mismo.
Evaluación del Trauma para Adultos TAA (Resnick, Falsetti, Kilpatrick y Freedy, 1996).	13 ítems de acontecimientos potencialmente traumáticos. Incluye 3 ítems que preguntan sobre otras experiencias estresantes específicas. Cada ítem va seguido de las siguientes cuestiones: edad y frecuencia del acontecimiento, percepción de amenaza, miedo, indefensión u horror experimentados durante el acontecimiento. Los ítems están conductualmente operativizados. Se ha usado en versión entrevista y autoinforme.

(continúa)

Identificación	Características y Aspectos que Evalúan
Acontecimientos Traumáticos-Listados/Escalas para Adultos	
El Inventario Comprensivo de Trauma-104 (Hollifield et al., 2005). Versiones inglesa, Kurda y Vietnamita.	Evalúa la frecuencia e intensidad de acontecimientos relacionados con la guerra y las poblaciones refugiadas. 104 ítems con una escala Likert de 5 puntos relativos a sucesos que se organizan en 12 escalas: daño psicológico; daño físico; detención y maltrato intencional; trauma sexual; testigo de maltrato o muerte; Escuchas sobre daño o muerte; privación y discriminación; traición; violencia doméstica; desplazamiento; separación y aislamiento; dificultades en la emigración. Recoge información del impacto del suceso, miedo experimentado, amenaza a la integridad física.
Cuestionario de Trauma de Harvard HTQ (Hollifield et al., 2002; Mollica et al., 1992).	17 ítems relativos a sucesos traumáticos con 4 opciones de respuesta: experimentado, visto, oído, no experimentado.

Tabla 8.6. Entrevistas para la Identificación de Acontecimientos Traumáticos.

Identificación	Características y Aspectos que Evalúan
Para Adultos	
Entrevista Estructurada de Trauma STI (Draijer y Langeland, 1999)	Evalúa las experiencias traumáticas infantiles además de la disfunción parental (abandono o no disponibilidad), la separación temprana (antes de 12 años), ser testigos de violencia interparental y, el maltrato físico y sexual antes de los 16 años.
Escala de Estrés Traumático TSS (Norris, 1990; Norris et al., 2004).	Evalúa 10 potenciales acontecimientos traumáticos. Para cada acontecimiento se incluyen 12 preguntas que examinan las dimensiones de alcance o grado de afectación, pérdida, amenaza a la vida, daño físico, culpa y familiaridad. También se le pide que mencione aquellos acontecimientos que han cambiado su vida, (residencia, trabajo, relaciones) y 4 preguntas exploratorias sobre la sintomatología traumática.
Cuestionario Breve de Trauma BTQ (Schnurr, Vielhauer, Weathers y Findler, 1999).	10 acontecimientos. Incluye cuestiones sobre el peligro percibido y el daño recibido durante el acontecimiento que permitan delimitar el carácter traumático del suceso según DSM-IV. Se administra con formato de entrevista.
Entrevista Estructurada de Sucesos Estresantes de Alta Magnitud (Kilpatrick et al., 1998).	Explora los acontecimientos vitales de alta magnitud a lo largo de la historia del sujeto : violación, asalto sexual, físico u otros actos violentos, desastres naturales o combates militares. El evaluado debe seleccionar los tres sucesos más traumáticos vividos y el de más baja magnitud pero potencialmente traumático.

(continúa)

Identificación	Características y Aspectos que Evalúan
Para Niños y Adolescentes	
Entrevista de Maltrato Infantil CMI (Briere, 1992).	Evalúa las experiencias de maltrato (presencia/ausencia) a través de diferentes acontecimientos relacionados con el maltrato sexual, físico, abandono y ser testigo de violencia doméstica.

Tabla 8.7. Principales Listados/Escalas para la Identificación de Acontecimientos Traumáticos en Niños y Adolescentes.

Identificación	Características y Aspectos que Evalúan
Autoinforme ROME (Wolfe y McGee, 1994)	Medida retrospectiva del pasado de victimización infantil. Incluye 5 escalas: (1) prácticas de crianza positiva; (2) maltrato psicológico; (3) maltrato físico; (4) violencia doméstica; y (5) maltrato sexual.
Cuestionario de Trauma Infantil CTQ (Bernstein, Stein y Newcomb, 2003; Scher, Stein, Asmundson, McCreary y Forde, 2001). Versión breve (Bernstein et al., 2003).	38 ítems. Escala Likert 5 puntos. Explora las historias de trauma infantil relacionadas con el maltrato emocional, sexual, físico y el abandono. Permite una valoración de la intensidad de las experiencias sufridas. Existe una versión breve de 28 ítems.
Perfil de la Historia de Trauma/Pérdida (Pynoos y Steinberg, 2004; Pynoos et al., 2008; Stolbach, Dominguez, Rompala y Gazibara, 2008).	Evalúa la historia de trauma infantil relativa a maltrato sexual, maltrato físico, abandono, maltrato emocional, ser testigo de violencia doméstica o maltrato, no vivir con la madre o en un hogar sustituto. Combina el autoinforme para la evaluación de la sintomatología interiorizada (e.g., TEPT y depresión) y el informe de los padres/cuidadores primarios para síntomas exteriorizados junto con la evaluación del clínico. Permite una puntuación agregada de disociación procedente de todos los informantes.
Cuestionario de Trauma Autoinformado para Adolescentes (Horowitz, Weine y Jekel, 1995).	Evalúa diferentes acontecimientos traumáticos y sintomatología organizados en tres secciones: a) Sección 1: características demográficas, familia, compañeros, drogas, alcohol y sexualidad; b) Sección 2: violencia doméstica y comunitaria; c) Sección 3: explora los síntomas y criterios diagnósticos del TEP. El cuestionario es leído por el entrevistador.
Escala de Exposición al Abuso Sexual ASES (Spaccarelli, 1995).	28 ítems. Evalúa la ocurrencia de 14 tipos de abuso sexual en adolescentes e identifica la relación con cada tipo de perpetrador. Utiliza las partes del cuerpo para describir el tipo de abuso sobre partes de un muñeco anatómico. Las respuestas son categorizadas en tres variables: gravedad, n° total de abusos informados y parentesco del abusador.

(continúa)

Identificación	Características y Aspectos que Evalúan
Listado de Estresores Relacionados con el Abuso Sexual C-SARS (Spaccarelli, 1995).	70 ítems dicotómicos sí/no. Evalúa tres tipos de acontecimientos estresantes asociados con el abuso sexual: específicos, relacionados y revelación pública.
Inventario de Conducta Sexual Infantil CSBI-I (Friedrich, 1992)	38 ítems. Escala Likert 4 puntos. Evalúa la presencia e intensidad de las conductas sexuales de los niños en los últimos 6 meses. 3 subescalas: total, desarrollo relacionado con la conducta sexual, abuso sexual específico. Es informado por una cuidadora mujer.
Incidencia de Acontecimientos Traumáticos a lo Largo de la Vida LITE -Versión padres y estudiantes) (Greenwald, 1999).	A partir de 8 años. Es una herramienta de despistaje breve. 16 ítems relativos a un rango de acontecimientos traumáticos potenciales y pérdidas. Además recoge información sobre frecuencia, edad e impacto emocional. Puede ser utilizada como autoinforme o entrevista.
Encuesta de Exposición de los Niños a la Violencia Comunitaria (Richters y Saltzman, 1990).	6- 10 años. 54 ítems. Evalúa la frecuencia de 20 formas de victimización infantil comunitaria, bien como testigo o participante. Dos escalas: victimización directa por violencia y violencia observada en los otros. Informan los padres.
Inventario para el Despistaje de Acontecimientos Traumáticos TESI-PRR / TESI-SRR (<i>Traumatic Events Screening Inventory</i> ; Ippen et al., 2002; Ribbe, 1996).	6 – 18 años versión autoinformada; 0-6 años versión para padres. También existe la versión de entrevista para clínicos. 24 ítems Evalúa la exposición a diferentes acontecimientos traumáticos que incluyen daños previos, hospitalización, violencia doméstica y comunitaria, desastres, accidentes maltrato físico y sexual. Valora la amenaza que el suceso supone a la integridad física del niño y las reacciones de éste al mismo (miedo extremo, indefensión, horror, agitación o confusión).

Estos instrumentos no permiten la realización de un diagnóstico, tan solo permiten la identificación de los estresores acontecidos pero cuya presencia en el diagnóstico de algunos trastornos (e.g, TEPT) es condición necesaria. Una vez identificado el estresor o el conjunto de ellos, el diagnóstico al que mejor responda la sintomatología presente de la persona evaluada requiere el uso de instrumentos específicos que permitan contrastar las hipótesis diagnósticas sobre la presencia de una alteración adaptativa o postraumática. Ello requiere el uso de entrevistas diagnósticas y listados de síntomas o escalas de estimación que se detallan en los epígrafes siguientes. En aquellos casos en los que el evaluador no cuente con instrumentos sistematizados para esta evaluación debe evaluar mediante entrevista no estructurada los diferentes criterios diagnósticos que describen el trastorno del que se trate según se describen en los manuales de referencia.

Entre los diez acontecimientos traumáticos más frecuentes que se han señalado están (Carragher et al., 2010): una muerte cercana inesperada, ver a alguien muerto o que ha sido mal herido o asesinado, un asalto sexual, ser asaltado, retenido o amenazado con un arma, un accidente de tráfico grave, violencia doméstica, una enfermedad mortal, ser acosado o tener a alguien cercano con una experiencia tra-

mática (eg., rapto, tortura, violación). En los niños los trastornos de estrés postraumático suelen derivarse fundamentalmente de experiencias de abuso sexual (Keane y Barlow, 2002). No obstante, entre adolescentes, los traumas identificados con más frecuencia en población americana son: ser dañados por una pelea, ser apuñalados o disparados, ser testigos de algún acontecimiento traumático, ser asaltados, el ataque de un perro, el suicidio de un ser querido, un accidente de tráfico, el intento de secuestro o un ataque sexual.

2.1.2. Instrumentos para el Diagnóstico y la Delimitación de los Trastornos

Para el diagnóstico y la delimitación de los trastornos existen entrevistas estructuradas multidimensionales que evalúan un gran número de trastornos, entre los que se incluyen módulos para la evaluación de las alteraciones derivadas de estresores y entrevistas específicas que solo abarcan este tipo particular de trastornos. Además de las entrevistas existen listados de síntomas, inventarios o cuestionarios. En ambos casos, se encuentran versiones para población infantil o adulta y algunos de ellos solo permiten el *screening* o despistaje de los trastornos pero no su diagnóstico.

Las entrevistas multidimensionales como la ADIS-IV (Di Nardo et al., 1994) (versión adultos y niños), la SCID-IV (First et al., 2000), la CIDI (World Health Organization, 1990), la DIS (Diagnostic Interview Schedule; Robins et al., 1988) y las entrevistas para niños y adolescentes como SCARED (Muris et al., 1999), la NIMH DISC 2.3 (*National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule for Children*; Robins et al., 1996), la DICA (Reich, 2000) o la CAPA (Angold y Costello, 2000) contienen un módulo específico para la evaluación de los trastornos postraumáticos bien en población adulta o infantil según las respectivas versiones. Sus características pueden ser consultadas en el capítulo correspondiente a los trastornos de ansiedad. Además de estas entrevistas estructuradas multidimensionales que abarcan un mayor número de trastornos, se han diseñado entrevistas específicamente para evaluar la sintomatología postraumática (e.g., CAPS, PSSI, SIP...) y que se detallan en la Tabla 8.8. La mayoría de ellas contienen una escala de frecuencia e intensidad referidas a los criterios diagnósticos del trastorno, los cuales están centrados en los tres bloques de síntomas característicos del TEPT: reexperimentación, evitación y activación.

Dentro de los trastornos de estrés postraumático, para la evaluación del trauma complejo existe un instrumento específico, la Entrevista Estructurada para el Trastorno de Estrés Extremo SIDES (*Structured Interview for Disorders of Extreme Stress*; Pelcovitz et al., 1997). Se trata de una entrevista con 48 ítems, con una escala dicotómica de sí/no, referidos a diferentes síntomas actuales e históricos que se agrupan en siete escalas: (I) regulación del afecto y los impulsos; (II) atención o conciencia; (III) somatización; (IV) alteraciones en la autopercepción (e.g., yo como dañado, ineficaz, vergüenza, culpa); (V) alteraciones en la percepción del perpetrador; (VI) alteraciones en las relaciones con los otros (e.g., desconfianza, victimización; y (VII) sistema de significados (e.g., desesperanza). La fiabilidad de estas escalas fue superior a .76 excepto en la escala V (alteraciones en la percepción del perpetrador) cuya fiabilidad fue de .53. La escala fue diseñada para maximizar las diferencias entre un grupo de sujetos víctimas de catástrofes y un grupo de víctimas con traumas interpersonales. No obstante, la evaluación de este tipo

de trastorno quizás requiera la utilización de diferentes instrumentos cada uno dirigido a evaluar cada una de las dimensiones que describen esta alteración, muchos de los cuales se describen en el epígrafe correspondiente a la conceptualización del caso.

Tabla 8.8. *Entrevistas Diagnósticas y de Despistaje para la Evaluación del Trastorno de Estrés Postraumático.*

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Para Adultos		
<p>Escala TEPT Administrada por clínicos CAPS (Blake et al., 1990; Weathers et al., 2001). Versión española González et al. (2000). Versión Infantil CAPS-CA (Nader, Kriegler, Blake, Pynoos, Newman y Weathers, 1996).</p>	<p>Adultos. 34 ítems. Dos escalas una de frecuencia y otra de intensidad. Duración 30-60 minutos.</p>	<p>Evalúa los 17 criterios diagnósticos DSM-IV y la severidad del TEPT en cuatro escalas: reexperimentación, evitación, anestesia emocional e hiperactivación. Además evalúa los síntomas asociados de culpa y disociación.</p>
<p>Entrevista de la Escala de Síntomas TEPT PSS-I (Foa, Riggs, Dancu y Rothbaum, 1993; Foa, Riggs y Gershuny, 1995).</p>	<p>Adultos. Escala Likert 4 puntos de severidad de los síntomas sobre las dos semanas previas. Duración de 20 minutos.</p>	<p>Evalúa la frecuencia e intensidad de la sintomatología del TEP según los criterios DSM-IV. Proporciona una puntuación total y otra por subescalas: evitación/activación, embotamiento e intrusión. Especialmente recomendada para víctimas de violencia sexual.</p>
<p>Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997).</p>	<p>Adultos. 17 ítems. Escala Likert 3 puntos según frecuencia e intensidad.</p>	<p>Evalúa criterios diagnósticos, gravedad e intensidad de la sintomatología TEPT en tres escalas: reexperimentación, evitación e hiperactivación.</p>
<p>Entrevista Estructurada para el TEPT SIP (Davidson, Smith y Kudler, 1989).</p>	<p>Escala Likert. 10-30 minutos. Contiene algunas preguntas de ensayo.</p>	<p>Evalúa la severidad de los 17 criterios TEPT junto con 2 ítems para la evaluación de la culpa.</p>

(continúa)

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Para Niños y Adolescentes		
Índice TEP para DSM-IV UCLA (Pynoos, Rodríguez, Steinberg, Stuber y Frederick, 1998; Steinberg, Brymer, Decker y Pynoos, 2004).	Según versiones (niños menores de 12 años, adolescentes y padres) se usa con formato de entrevista o de cuestionario. El número de ítems varía según las versiones. Posee una escala Likert de 5 puntos.	Instrumento de despistaje para explorar los criterios del TEPT DSM-IV. Contiene un grupo de ítems referidos a la presencia de sucesos potencialmente traumáticos, otro grupo referido a la percepción de amenaza y peligro a la integridad física, horror y desesperanza, y otro grupo de ítems que exploran la sintomatología traumática. Permite explorar la intensidad de los síntomas.
Índice TEP para Niños (Saigh, 2000, 2002, 1996).	43 ítems con una escala dicotómica para cada uno de ellos. Edad 7 a 18 años. 5-15 minutos. Obtiene una puntuación total del daño y un diagnóstico global.	Evalúa los criterios DSM-IV para el TEP y los diferentes tipos. 5 subescalas: 1ª evalúa exposición a acontecimientos traumáticos y reacción; 2ª y 3ª sintomatología de reexperimentación, evitación y embotamiento, e hiperactivación. Las dos últimas exploran diferentes áreas de estrés (e.g., escuela, familia...).
Escala Revisada del Impacto de Acontecimientos Traumáticos para Niños CITES-R (Wolfe, Gentile, Michienzi, Sas y Wolfe, 1991).	78 ítems. Entrevista. 40 minutos.	Evalúa el TEP y sexualización en niños abusados sexualmente. 4 dimensiones: 1) síntomas TEP; 2) erotismo; 3) atribución del abuso; y 4) reacciones sociales.

Para el diagnóstico de los trastornos adaptativos no todas las entrevistas diagnósticas contienen un módulo específico para su evaluación. Por ejemplo, la *Entrevista Internacional de Diagnóstico Compuesta* (Kessler y Ustun, 2004) o la entrevista clínica *Clinical Interview Schedule* CIS (Lewis, Pelosi, Araya, 1992) o la *Entrevista de Trastornos de Ansiedad* ADIS no lo contienen. En cambio la SCID-IV (First et al., 2000) es de las pocas que específicamente contienen una sección concreta para la evaluación de los trastornos adaptativos. Ahora bien, de acuerdo con las normas de esta sección el diagnóstico de TA no podrá ser realizado salvo que el diagnóstico para otra alteración no pueda hacerse. La escasez de entrevistas diagnósticas que incorporen una evaluación específica de los trastornos adaptativos ha favorecido el uso de listados u otros instrumentos de despistaje para su evaluación.

Respecto a los trastornos del vínculo mencionados para su posible inclusión en la próxima versión DSM-5 (Trastorno Reactivo de Apego y Trastorno de Apego Social Desinhibido) aún no se han generado

entrevistas estructuradas que permitan su diagnóstico. La evaluación de aquellos ha de centrarse en la observación y constatación de la presencia de los criterios diagnósticos que definen estas alteraciones y que se detallan en las Tablas 8.9 y 8.10.

Tabla 8.9. Descripción de los Criterios Diagnósticos del Trastorno Reactivo de Apego según DSM-5 (APA, 2012).

Trastorno Reactivo de Apego
<p>A. Un patrón marcadamente alterado y evolutivamente inapropiado de conductas de apego manifiesto antes de los 5 años de edad, en la que el niño escasa o mínimamente se inclina preferencialmente por una figura de apego para la búsqueda de apoyo, confort o protección. El trastorno aparece como un patrón consistente de conducta emocionalmente retraída e inhibida en la que el niño escasa o mínimamente dirige las conductas de apego hacia algún cuidador adulto lo que queda puesto de manifiesto por lo siguiente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Escasa o mínimamente busca ser tranquilizado ante el malestar. 2) Escasa o mínimamente responde a los intentos de ser tranquilizado ante el malestar. <p>B. Una alteración social y emocional persistentes caracterizada por al menos dos de los siguientes síntomas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Relativa falta de responsividad social y emocional a los otros. 2) Afecto positivo limitado. 3) Episodios de irritabilidad inexplicable, tristeza o miedo lo cual es evidente durante interacciones no amenazantes con cuidadores adultos. <p>C. No cumple los criterios para el trastorno de espectro autista.</p> <p>D. El cuidado patológico es manifiesto por al menos un comportamiento de entre los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Persistente desatención de las necesidades emocionales básicas del niño para el confort, la estimulación y el afecto (e.g., negligencia/abandono). 2) Persistente desatención de las necesidades físicas básicas del niño. 3) Repetidos cambios del cuidador primario que impide la formación de un apego estable (e.g., cambios frecuentes en el cuidador/educador de referencia en un centro asistencial). 4) Crianza y crecimiento en contextos inusuales tales como instituciones con elevadas ratios cuidador/niño que limitan las oportunidades para formar apegos selectivos. <p>E. Se presume que el cuidador en el Criterio D es responsable de la conducta alterada en el Criterio A (e.g., las alteraciones en el Criterio A se inician tras el patrón de conductas de cuidado patológicas en el Criterio D).</p> <p>F. El niño tiene una edad evolutiva de al menos 9 meses.</p>

Tabla 8.10. Descripción de los Criterios Diagnósticos del Trastorno de Apego Social Desinhibido según DSM-5.

Trastorno de Apego Social Desinhibido

- A. Un patrón de conducta en la que el niño activamente se aproxima e interacciona con adultos desconocidos exhibiendo al menos dos de los comportamientos siguientes:
 - 1) Reticencia reducida o inexistente para aproximarse e interactuar con adultos desconocidos.
 - 2) Conducta familiar excesiva (violación física o verbal de los límites culturalmente sancionados).
 - 3) Comprobación disminuida o inexistente de la presencia del cuidador adulto después de correr o aventurarse en algún riesgo, incluso en contextos no familiares.
 - 4) Deseos de irse con un adulto desconocido sin ninguna o mínimas dudas.
- B. La conducta en A no está limitada a la impulsividad como en un TDAH pero incluye una conducta socialmente desinhibida.
- C. El cuidado patológico se manifiesta por al menos uno de los siguientes comportamientos:
 - 1) Persistente fracaso en satisfacer las necesidades emocionales básicas del niño para el confort, la estimulación y el afecto (e.g., abandono).
 - 2) Persistente fracaso en proporcionar seguridad física y psicológica al niño.
 - 3) Persistente castigo físico u otros tipos de comportamiento parental extremadamente incompetente.
 - 4) Repetidos cambios de cuidador primario que limitan las oportunidades para formar apegos estables (e.g., cambios frecuentes en el educador del centro).
 - 5) Crianza o crecimiento en contextos que limitan las oportunidades para formar apegos selectivos (e.g., instituciones con elevadas ratios cuidador/niño).
- D. Se presume que el cuidador en el Criterio C es responsable de la conducta alterada en el Criterio A (e.g., las alteraciones en el Criterio A se inician tras el patrón de conductas de cuidado patológicas en el Criterio C).
- E. El niño tiene una edad evolutiva de al menos 9 meses.

2.1.3. Listado de Síntomas y Escalas de Estimación para la Sintomatología

Con similar contenido a las entrevistas diagnósticas, están las escalas o listados autoinformados que, a diferencia de las entrevistas, son cumplimentados por el propio sujeto como autoinformes. A veces, pueden ser cumplimentados por los padres o cuidadores primarios en el caso de población infantil. No sorprende encontrar algunas escalas que se utilizan indistintamente como entrevistas o como cuestionarios autoinformados. Para la evaluación del TEPT se han generado numerosas escalas, listados, cuestionarios o inventarios. Una selección de éstas se describe en la Tabla 8.11 para la población adulta y en la Tabla 8.12 para la población infantil y adolescente. Los ítems de estos instrumentos permiten la identificación de síntomas propios de los criterios diagnósticos del trastorno y una estimación de su intensidad y gravedad. Mediante los puntos de corte establecidos se establece la presencia o no del diagnóstico. Existen escalas diseñadas para adultos así como para niños y adolescentes. En

estas últimas se adapta el lenguaje al nivel de comprensión del evaluado y el contenido de los ítems cambia adecuándose a la manifestación propia de los síntomas en la población infantil.

Tabla 8.11. Listados/Escalas para la Evaluación del TEP para Adultos.

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Listados/Escalas de Síntomas Autoaplicados para TEPT		
Escala Revisada del Impacto del Estresor IES-R (Weiss y Marmar, 1997). Adaptación española Báguena et al. (2001).	Adultos. 22 ítems. Escala Likert 4 puntos. 10 minutos.	Evalúa los criterios diagnósticos DSM-IV, la intensidad de los síntomas y el malestar percibido en tres subescalas: intrusión (eg., flashbacks), evitación e hiperactivación.
Escala Diagnóstica Postraumática PDS (Foa et al., 1997).	Adultos. 49 ítems. 10-15 minutos. Escala Likert.	Identifica los acontecimientos traumáticos más estresantes. Evalúa la amenaza e indefensión percibida, la intensidad y frecuencia de los síntomas TEPT del DSM-IV y el daño funcional. Recoge un listado de 11 acontecimientos y preguntas sobre cuál de ellos es el que más ha impactado.
Listado de Síntomas PCL (Weathers et al., 1993).	Adultos. 17 ítems. Escala dicotómica y escala Likert. Dos versiones: para población civil (PCL-C) y militar (PCL-M).	Evalúa la severidad de los síntomas en el último mes de evitación y reexperimentación.
Escala de Trauma de Davidson DTS (Davidson, 1997). Versión española González et al. (2000).	Adultos. 17 ítems. Escala Likert 4 puntos. 11 minutos.	Evalúa la frecuencia y severidad de los síntomas DSM-IV en la última semana. Los síntomas de reexperimentación están referidos a un acontecimiento específico previamente informado.
Listado de Síntomas de Los Ángeles LASC (King, King, Leskin y Foy, 1995). Versión Adolescentes (Foy, Wood, King, King y Resnick. 1997)	Adultos. 43 ítems. Escala Likert. 15 minutos. Posee versión para adolescentes.	Evalúa los criterios diagnósticos DSM-IV y su gravedad. Además evalúa el grado de malestar global y problemas de desajuste asociados al trauma.
Escala Mississippi para Combatientes (Keane et al., 1988)	Adultos. 35 ítems. 10-15 minutos. Escala Likert.	Evalúa presencia y severidad de síntomas DSM-IV, para el TEPT.

(continúa)

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Listados/Escalas de Síntomas Autoaplicados para TEPT		
Inventario Penn de Estrés Postraumático (Hammarberg, 1992).	26 ítems. Cada ítem consta de cuatro frases graduadas en 4 niveles de frecuencia/intensidad referidas a la última semana.	Evalúa algunos de los síntomas del TEPT. Se obtiene una puntuación total que refleja el grado de severidad del trastorno y un punto de corte para el diagnóstico.
Listado de Síntomas del TEP PCL-C (Weathers, Huska y Keane, 1991). Versión para civiles. Adaptación española (Miles, Marshall y Schell, 2008).	17 ítems. Escala Likert 5 puntos.	Evalúa los grupos de síntomas de reexperimentación, evitación, hiperactivación, embotamiento/disforia.
Cuestionario de Acontecimientos Perturbadores DEQ (Kubany et al., 2000).	20 ítems referidos a los últimos 30 días. Escala Likert de 5 puntos.	Evalúa los criterios DSM-IV del TEPT y su intensidad en diferentes escalas: reexperimentación; embotamiento/evitación; hiperactivación; 3 ítems sobre culpa, ira y pena.
Evaluación Global del Estrés Posttraumático EGEP (Crespo y Gómez, 2011).	62 ítems. A partir de 18 años. Escala Likert.	Permite el diagnóstico DSM-IV y la caracterización del TEPT agrupado en: acontecimientos traumáticos, sintomatología y funcionamiento del individuo.

Tabla 8.12. Listados/Escalas para la Evaluación del TEP para Niños y Adolescentes.

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Escala Pediátrica de Estrés Emocional (Saylor et al., 1999).	Niños 2-10 años. 21 ítems. Informada por padres. Escala Likert 4 puntos. Medida despistaje.	17 ítems de síntomas generales y 4 específicos del trauma. 4 escalas: ansiedad; retraimiento; miedo; conducta exteriorizada.
Escala de mi Peor Experiencia MWES (Hyman, Snook, Berna, DuCette y Kohr 1996).	9-18 años. 21 acontecimientos valorados con seis cuestiones cada uno. 20-30 minutos. Puede ser usada por diversas etnias y poblaciones.	Dos partes: 1ª) contiene 21 acontecimientos que se valoran mediante 6 cuestiones; 2ª) Frecuencia y duración de 150 pensamientos, sentimientos y conductas experimentadas después del trauma. Se obtienen 3 puntuaciones: 1) total; 2) índice de inconsistencia; 3) puntuación resultante de los criterios DSM IV (impacto y reexperimentación) y varias subescalas (depresión, indefensión, somática, conducta oposicionista, hipervigilancia, disociación y desajuste global).
Escala de Síntomas TEPT CPSS (Foa, Johnson, Feeney y Treadwell, 2001) CPSS.	8-18 años. Individual o colectiva. 15 minutos. Escala Likert 4 puntos.	Evalúa los criterios DSM-IV en el último mes. 3 escalas de síntomas (reexperimentación, evitación, hiperactivación). Añade 7 ítems dicotómicos para valorar el funcionamiento dañado.
Informe de Síntomas del TEP por el Niño CROPS o por los Padres PROPS (Greenwald y Rubin, 1999).	6-18 años. CROPS = 25 ítems; PROPS = 30 ítems. Formato autoinforme o entrevista. 5 minutos. Escala Likert 3 puntos.	Medida despistaje de los síntomas TEP referidos a los 7 días previos.
Listado de Síntomas de Trauma para Niños Jóvenes TSCYC (Briere, 2001).	3 – 12 años. 90-ítems. Informada por padres o cuidadores. 15-20 minutos.	Contiene 2 escalas de puntuación para estimar la validez del informante y 8 escalas clínicas para medir las consecuencias del trauma: intrusión, evitación, arousal, preocupación sexual, disociación, ansiedad, depresión, e ira/agresión.

(continúa)

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Listado de Síntomas de Trauma para Niños TSCC (Briere, 1996)	8-16 años. Autoinformada. 54 ítems. Proporciona puntuaciones T. 15 – 20 minutos.	Evalúa el impacto del trauma. Contiene 2 escalas de puntuación para estimar la validez del informante y 6 escalas clínicas: ansiedad, depresión, ira, estrés posttraumático, disociación, preocupación sexual.

Para la evaluación de los trastornos adaptativos se utilizan las escalas de síntomas generales de depresión o ansiedad, tales como la Escala de Depresión de Zung (Zung, 1965) o la Escala HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*; Zigmond y Snaith, 1983). Si bien, estas escalas permiten estimar la sintomatología del TA en alguna medida, debido a su solapamiento con la depresión no se recomienda su uso para el diagnóstico.

Las escalas que evalúan el apego o el vínculo afectivo no están diseñadas para la evaluación de los trastornos del vínculo antes mencionados, más bien permiten la estimación de un tipo particular de apego (ej., seguro, evitativo, ambivalente desorganizado) o una puntuación de la intensidad del vínculo dentro de un continuum de apego seguro-inseguro (ver Tabla 8.13). Dentro de estas medidas cabe mencionar diferentes técnicas de evaluación: observación (e.g., Situación extraña de Ainsworth et al., 1978); entrevistas (e.g., *Attachment Adult Interview*, AAI; George, Kaplan y Main, 1985); escalas heteroinformadas (e.g., *Attachment Behaviour Q-set*; Waters, 1995; Waters y Deane, 1985); técnicas de contar historias (*MacArthur Story Stem Battery*, MSSB; Bretherton y Oppenheim, 2003) y cuestionarios (e.g., Cuestionario de Relación, RQ; Bartholomew y Horowitz, 1991). Estos últimos pueden tomar diferentes formatos según las edades de las personas evaluadas: para niños se utiliza principalmente la observación de conductas en situaciones estructuradas o, las técnicas de completar historias o entrevistas; para adolescentes o adultos suelen emplearse cuestionarios o entrevistas. Para una revisión actualizada puede consultarse el monográfico de Sierra (2012) sobre el vínculo afectivo de apego.

En relación con los problemas de vínculo relacionados con las experiencias de trauma destaca la técnica de completar historias *Story Stem Assessment Profile* (SSAP; Hodges, Steele, Hillman y Henderson, 2003; Román, 2010) que ha sido utilizada y adaptada para la evaluación de niños con historia de maltrato infantil. Su sistematización en la codificación y corrección proporcionan buenos niveles de fiabilidad.

Tabla 8.13. Selección de Instrumentos para la Evaluación de la Calidad del Apego y los Modelos Internos.

Técnica	Instrumento	Características
Observación por un Experto	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Situación Extraña de Ainsworth et al. (1978). 12-20 meses. ▪ <i>Preschool Strange Situation</i> (Cassidy y Marvin, 1987). 2-4 años. ▪ <i>Preschool Assessment of Attachment PAA</i> (Crittenden, 1992). 2-6 años. ▪ <i>Attachment Classification System for kindergarten-age Children</i> (Main y Cassidy, 1988). 6 años. ▪ Sistema de Codificación de la Interacción Temprana Materno-infantil CIT-MI-R (Cerezo y Trenado, 2006). 	<p>Exploran las conductas de separación-reunión ante 8 situaciones que derivan de la inclusión del niño en un lugar extraño, su interacción con una persona desconocida y de breves separaciones de su madre. Se valora la conducta del niño ante su madre, su conducta exploratoria y sus reacciones emocionales.</p> <p>Sistema de codificación de la interacción madre-hijo en una secuencia de situaciones de juego libre. Conductas del niño: juego, llanto/quejas, pasividad/apatía. Conductas de la madre: sensible, intrusiva, protectora, indiferente.</p>
Escala de Observación Heteroinformada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Attachment Behaviour Q-set</i> (Waters, 1995; Waters y Deane, 1985). 1-5 años. ▪ Existen versiones adaptadas a cuestionarios (Chisholm et al., 1995). 	<p>Basado en la técnica Q. Consta de 90 tarjetas que describen diferentes conductas típicas de apego seguro, cada una de las cuales lleva asignado un valor. De la selección de las tarjetas que son aplicables al niño se obtendrá una determinada puntuación indicativa del grado de apego seguro.</p>
Completar historias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>MacArthur Story Stem Battery MSSB</i> (Bretherton y Oppenheim, 2003). A partir de 3 años. ▪ <i>Attachment Doll-Play Interview ADI</i> (Oppenheim, 1997). ▪ <i>Story Stem Assessment Profile SSAP</i> (Hodges, Steele, Hillman y Henderson, 2003; Román y Palacios, 2010). 4-8 años. 	<p>Contienen grupos de historias relativas a situaciones estresantes para el niño y éste ha de completar y/o dar respuesta a un grupo de cuestiones. La narración de los niños se corrige a partir de un sistema de categorías o indicadores de apego seguro e inseguro.</p>

(continúa)

Técnica	Instrumento	Características
Entrevistas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Friends & Family Interview FFI</i> (Steele y Steele, 2005). Adolescentes. ▪ <i>Attachment Adult Interview AAI</i>; George, Kaplan y Main, 1985). Versión para niños <i>CAI</i> (Target, Fonagy y Shmueli-Goetz, 2003). 	<p>Entrevista semiestructurada que recoge información sobre los propios sujetos y sus relaciones con padres y amigos.</p> <p>Entrevistas que evalúan retrospectivamente las experiencias de apego de la persona con sus figuras de referencia, la valoración e interpretación de las mismas así como la regulación emocional suscitada al recordar los recuerdos. El conjunto de emociones evaluadas es un indicador del sistema de regulación emocional de la persona y de su representación mental del apego relacionado al sistema de cuidado.</p>
Cuestionarios	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuestionario de Relación RQ (Bartholomew y Horowitz, 1991). ▪ Cuestionario de Relaciones de Pareja CRP (Brennan, Clark y Shaver, 1998). Adaptación española Alonso-Arbiol et al. (2007). 	<p>Evalúan el grado de ansiedad y/o evitación que suscitan las relaciones interpersonales configurando 4 tipos de apego: seguros, preocupados, temerosos y desvalorizados.</p>

2.2. Evidencias de Fiabilidad y Validez para el Diagnóstico de los Trastornos Relacionados con Estresores

La mayoría de los instrumentos mencionados en este capítulo poseen estudios psicométricos con adecuadas propiedades, aunque entre ellos existen algunos que por su uso más frecuente en la investigación han acumulado un mayor número de evidencias de validez y fiabilidad.

Una de las medidas altamente recomendadas para el diagnóstico de los trastornos son las entrevistas estructuradas. Por ejemplo, para el diagnóstico del TEPT por sus buenas propiedades psicométricas se recomienda el uso de la entrevista SCID-IV (First et al., 2000). Esta entrevista contiene un módulo específico que permite una evaluación de la presencia-ausencia de los síntomas. Sin embargo, no permite estimar la severidad o intensidad de la alteración. Respecto al módulo TEPT de la entrevista ADIS, los niveles de fiabilidad interjueces son razonables pero no elevados. La SCID-IV es también una de las pocas entrevistas que permite el diagnóstico de los trastornos adaptativos de una forma estructurada, por lo que es de uso recomendado. Para la población infantil, el módulo específico de TEPT de la entrevista CAPA (Angold y Costello, 2000) ha mostrado excelentes propiedades psicométricas.

Como instrumentos específicos para el diagnóstico del TEPT también se recomiendan especialmente la CAPS (*Clinician Administered PTSD Scales*), la escala PDS (*Posttraumatic Diagnostic Scale*; Foa et al.,

1997) y el listado de síntomas PCL (*PTSD Checklist*; Weathers et al., 1993). Para niños el Inventario TEP de Saigh o el listado de síntomas TSCC de Briere et al. (1996) poseen muy buenas propiedades que hacen recomendable su uso.

El resto de escalas han mostrado utilidad clínica para la delimitación y el diagnóstico de estas alteraciones y sus propiedades psicométricas son aceptables.

En lo que respecta al diagnóstico, es importante la estandarización y baremación de las medidas de diagnóstico para la evaluación del trauma. Esto permite la obtención de indicadores de sensibilidad (verdaderos positivos) y especificidad (verdaderos negativos) de las medidas para la valoración psicométrica de las mismas y para su utilidad clínica. Desafortunadamente, no todas estas medidas están baremadas ni cuentan con puntos de corte para el diagnóstico.

Sobre la evaluación de los trastornos del vínculo, dado que no contamos aún con entrevistas estructuradas para tal fin, se recomienda el uso de instrumentos validados que faciliten una evaluación del grado de apego seguro-inseguro de la persona combinado con una valoración clínica de los criterios diagnósticos.

2.3. Diagnóstico Diferencial

El diagnóstico diferencial de los trastornos relacionados directamente con un estresor ha de hacerse con aquellos otros trastornos que presentan una sintomatología similar y que puedan estar en conexión con dicho estresor. Dos de los criterios básicos para diferenciar estos trastornos del resto son, por una parte, las peculiaridades de la sintomatología propia del estrés; y por otra, la presencia inequívoca de un estresor como desencadenante a partir del cuál aparece esta sintomatología. Dada la alta comorbilidad de estas alteraciones esta tarea se hace más compleja. En la Tabla 8.14 se recogen las principales alteraciones con las que el diagnóstico diferencial debe hacerse de acuerdo con el DSM-IV-TR (APA, 2000).

Una vez establecidos los diagnósticos en relación con aquellos que pudieran presentar una sintomatología más similar, conviene establecer qué tipo de alteración es la que más se ajusta al caso. Los diferentes tipos y especificaciones de estos diagnósticos ya se describieron al inicio del capítulo.

Tabla 8.14. Diagnóstico Diferencial en la Evaluación de los Trastornos Asociados al Estrés.

Trastornos a Diagnosticar	Trastornos a Diferenciar
Trastorno de Estrés Agudo	a) <i>Trastorno mental debido a una enfermedad médica</i> (hay un daño físico que justifica la sintomatología); b) <i>Trastorno relacionado con sustancias</i> (la adicción a la sustancia o su ingesta explica la sintomatología); c) <i>Trastorno psicótico breve</i> (existen síntomas psicóticos); d) <i>Trastorno depresivo mayor</i> (predomina tristeza y anhedonia. Si aparecen conjuntamente debe considerarse diagnóstico adicional); e) exacerbación de cualquier trastorno preexistente al estresor (considerar conjuntamente ambos trastornos).
Trastorno por Estrés Postraumático	a) <i>Trastorno por estrés agudo</i> (los síntomas aparecen y se resuelven en las primeras 4 semanas posteriores al acontecimiento traumático); b) <i>Trastornos adaptativos</i> (el estresor es de baja intensidad y no hay síntomas propios de una reacción traumática); c) <i>Trastorno obsesivo-compulsivo</i> (existen pensamientos intrusos que el individuo reconoce como inapropiados y no se relacionan con un estresor particular); d) <i>Simulación</i> (existen ganancias secundarias y/o compensaciones económicas); e) <i>Esquizofrenia, trastornos psicóticos u otros trastornos con sintomatología psicótica, delirium o trastornos relacionados con sustancias</i> en los que aparecen alteraciones de la percepción (los flashbacks deben diferenciarse de las ilusiones, alucinaciones u otras alteraciones perceptivas).
Trastornos Adaptativos	a) <i>Trastorno no especificado</i> (bien no existe un estresor identificable, o bien los síntomas perduran más de los seis meses tras la aparición del estresor y, éste y sus consecuencias han cesado); b) <i>Trastorno por estrés postraumático o estrés agudo</i> (en ambos aparece sintomatología grave específica y el estresor ha sido extremo o de gran intensidad); c) <i>Duelo</i> (las reacciones a la muerte de un ser querido son las esperables y no se prolongan más de lo que cabría esperar – de 6 meses a un año); d) <i>Reacciones no patológicas al estrés</i> (el malestar experimentado no es superior al esperable y no causa un deterioro significativo de la actividad social o laboral). Tan sólo puede diagnosticarse conjuntamente con otro trastorno del Eje I si este último no es fruto de una reacción al estresor (e.g., TOC).

2.4. Comorbilidad

El patrón de comorbilidad de las alteraciones que surgen seguidas de la exposición de estresores se caracteriza por tres grupos de trastornos (Friedman et al., 2011): a) aquellos caracterizados por anomalías en el circuito del miedo que media el procesamiento de los estímulos amenazantes y temidos y, que llevan a la hiperactivación fisiológica y la evitación (trastorno de pánico, fobia específica y fobia social); b) los trastornos interiorizados tales como los trastornos afectivos, disociativos y otros trastornos de ansiedad (e.g., trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de ansiedad generalizada); y

c) los trastornos exteriorizados como el abuso de sustancias, personalidad antisocial y problemas de conducta.

Específicamente, de todos los trastornos evaluados, el TEPT es uno de los que presenta un patrón de comorbilidad más grave y más variado (Brown, Campbell, Lehman, Grisham y Mancill, 2001). Entre los síndromes clínicos más frecuentemente asociados con esta alteración está el trastorno depresivo, la ansiedad generalizada y la adicción al alcohol. En menor medida, la fobia social y el TOC (Brown et al., 2001; Kessler et al., 2005). En relación con los trastornos de personalidad, se ha encontrado el trastorno por evitación, el paranoide y el obsesivo compulsivo como los tres más frecuentemente vinculados al TEPT (Bollinger, Riggs, Blake y Ruzek, 2000). Los problemas disociativos y somáticos suelen también aparecer unidos a las experiencias traumáticas de estrés (Foa, Stein y McFarlane, 2006; Frey, Klest y Allard, 2005). Se estima que 1/3 de las personas con TEPT muestran sintomatología disociada y que esta sintomatología está relacionada con acontecimientos estresantes en la vida temprana.

Los trastornos adaptativos suelen presentarse en el 50% de los casos conjuntamente con trastornos de depresión mayor o TEPT (Maercker, Forstmeier y Enzler, 2008), también son frecuentes el abuso de sustancias (Greenberg, Rosenfeld y Ortega, 1995). Con frecuencia aparecen conductas suicidas (Taggart, O'Grady y Stevenson, 2006) y sorprendentemente no es una alteración significativamente comórbida con los duelos complicados (Casey y Bailey, 2011).

3 EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO Y LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO

Los modelos explicativos de los trastornos mentales asociados a los acontecimientos estresantes destacan la presencia de diferentes variables implicadas en su aparición y mantenimiento. Se mencionarán las principales variables y su fundamentación en la explicación de estos trastornos.

En primer lugar, la ocurrencia de determinados *acontecimientos vitales estresantes*. Como se ha señalado, estos acontecimientos pueden oscilar desde pequeños sucesos cotidianos de baja intensidad, hasta acontecimientos de mayor impacto que alteran el funcionamiento cotidiano, generan un malestar significativo e incluso pueden proveer una ruptura en el curso vital de una persona. Por tanto, el grado de relevancia del suceso es una primera variable a evaluar en la conceptualización de estos trastornos. Obviamente, todo este impacto estará mediado o moderado por la experiencia percibida en el que las *cogniciones* jugarán un papel fundamental: significados, atribuciones, valoraciones, interpretaciones, supuestos básicos y creencias. La experiencia de un acontecimiento traumático incide sobre dos supuestos básicos relativos a la visión del mundo o del yo: una visión del mundo como un lugar inseguro («el mundo es completamente peligroso») y una visión del yo como un ser incapaz («yo soy completamente incompetente»). Además se han identificado diversas cogniciones vinculadas a la vivencia de acontecimientos estresantes que deben ser objeto de evaluación (ver Tabla 8.15) y que se asocian a emociones de culpa, rabia, ira-agresión, miedo o desesperanza. La ira y la culpa relacionadas con el trauma son

emociones comúnmente informadas por las víctimas ante la supervivencia propia frente a la pérdida de un compañero o ser querido, o frente a la responsabilidad asumida por el trauma (Kubany y Manke, 1995). Estas emociones parecen dificultar la recuperación y evolución del tratamiento así como la gravedad de la sintomatología del TEPT (Owens, Steger, Whitesell y Herrera, 2009).

Al igual que las cogniciones y las emociones señaladas, las *estrategias y estilos de afrontamiento* (enfrentación, distanciamiento, aceptación, evitación, etc.) serán los responsables de que la aparición de un acontecimiento tenga un impacto diferencial en el estado psicológico de la persona (Endler y Parker, 1990b; Lazarus, 1993). Como se ha indicado en la investigación reiteradamente, las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción o en la evitación son las que particularmente se asocian a peores consecuencias psicológicas (Glass, Flory, Hankin, Kloos y Turecki, 2009; Krause, Kaltman, Goodman y Dutton, 2008) frente a las estrategias centradas en el afrontamiento directo (Blake, Cook y Keane, 1992).

Tabla 8.15. Principales Cogniciones a Evaluar en Relación con una Experiencia Traumática.

Cogniciones	Ejemplos
Visión Negativa del Mundo.	«El mundo es completamente peligroso».
Visión Negativa del Yo.	«Yo soy completamente incompetente».
Cogniciones sobre el Control y Tolerancia de la Ansiedad.	«No puedo tolerar la ansiedad, ésta me volverá loco/a»; «La ansiedad no puede ser controlada»; «No puedo soportar la ansiedad»; «La ansiedad es dañina, me volverá loco/a», «no puede ser controlada», «no soy capaz de controlarla».
Cogniciones sobre la Reexperimentación.	«Cada vez que pienso que el trauma está ocurriendo otra vez»; «Pensar en el trauma es peligroso».
Cogniciones de Culpa.	«No hice lo suficiente para evitar lo que sucedió»; «yo lo provoqué»; «merecía morir antes que mi amigo».
Creencias de Indefensión.	«No puedo hacer nada», «haga lo que haga no tiene solución».
Otras Cogniciones.	Recuerdos de señales, sonidos y respuestas corporales; contenidos verbales (narración-memoria verbal, organización y estructuración del recuerdo).

Elementos previos de *vulnerabilidad* pueden dilatar las consecuencias del estrés (Eysenk, 1991; Grotzer-Maticke y Eysenck, 1991), contribuir a su mantenimiento y, por tanto, también conviene evaluarlos (e.g., baja autoestima, elevados niveles de neuroticismo, afecto negativo, resistencia, dependencia, actividad fisiológica, alexitimia). La *alexitimia* (dificultad de identificar y describir emociones), entendida más como un estado que como un rasgo, puede manifestarse como una manera de contener y afrontar la ansiedad y el afecto negativo en supervivientes de experiencias traumáticas (Badura, 2003).

El *apoyo social* ha sido una de las variables que más evidencia ha encontrado como amortiguador del estrés (Brewin et al., 2000; King et al., 1999; Solomon y Mikulincer, 1990) y coherentemente otros elementos favorecedores de este apoyo social, tales como las *habilidades interpersonales* o los *recursos sociales disponibles* (Rodin y Salovey, 1989).

Por otra parte, la evaluación de los trastornos relacionados con acontecimientos traumáticos debe incorporar la exploración de los síntomas disociativos y somáticos. Es clara la evidencia que muestra que ciertas manifestaciones del estrés agudo (e.g., flashback, amnesia, embotamiento, despersonalización, desrealización, reducción de la conciencia de su entorno) y del TEPT (e.g., flashback, amnesia, enajenación-desapego) se corresponden con sintomatología disociada. Estas reacciones disociativas (ver capítulo correspondiente) pueden manifestarse con diferentes niveles de intensidad, en función de la(s) experiencia(s) traumática(s) y pueden ir desde un cuadro sintomático de estrés agudo o postraumático hasta un trastorno disociativo de la identidad (González, 2010; van der Haret, Njenhwa y Steele, 2008). De manera similar ocurre con las alteraciones somáticas; es clara la evidencia que muestra las asociaciones entre las experiencias traumáticas y la somatización (Foa, Stein y McFarlane, 2006; van der Kolk, Pelcovitz, Roth, Mandel, McFarlane y Herman, 1996).

El *control atencional* y el *control percibido* de las situaciones de estrés son también dos variables relacionadas con las alteraciones postraumáticas. La primera hace referencia a la facilidad en el cambio de foco, distracción o desimplicación atencional la cual es útil para regular las respuestas emocionales tanto automáticas (ej., vigilancia) como reflexivas (e.g., impulsos) (Derryberry y Reed, 2002; Metcalfe y Mischel's, 1999). Esta habilidad parece estar implicada en la aparición del estrés postraumático (Barden y Orcutt, 2011; Pineles, Shipherd, Mostoufi, Abramovitz y Yovel, 2009) y en la recuperación tras la exposición a experiencias traumáticas (Bardeen y Read, 2010). La segunda, el control percibido, es el grado en el que la persona cree que los acontecimientos que acontecen pueden ser manejados, lo que parece disminuir las respuestas al estrés y el impacto psicopatológico (Huether, 1998).

Otras variables que se han incluido en los modelos explicativos de los trastornos derivados del estrés pueden consultarse en Sandín (2010a) y Buceta, Bueno y Mas (2001).

Finalmente, el *impacto en el funcionamiento cotidiano* y el *deterioro social*, laboral o de otras áreas importantes en la actividad de la persona es también una consecuencia de estas alteraciones que dificultan la recuperación, contribuyen al mantenimiento de la sintomatología y principalmente refuerzan la convicción de incompetencia de la propia persona y de su visión negativa del mundo. Es en estas alteraciones un área importante de evaluación.

En general, cualquier experiencia estresante debe contemplar estas variables, pero especialmente en los casos de traumas complejos la conceptualización del caso debe ir más allá de la intervención sobre la mera sintomatología propia del TEPT e intervenir sobre otros factores añadidos que incluyen variables de regulación emocional y variables interpersonales.

3.1. Instrumentos para su Contrastación

Una selección de los instrumentos que pueden ser utilizados para la evaluación de las variables implicadas en los modelos explicativos de los modelos de estrés se ha recogido en la Tabla 8.16. La mayoría de estos instrumentos son cuestionarios autoinformados. Estos instrumentos pueden obviamente combinarse con autorregistros, narraciones y entrevistas elaboradas *ad hoc* según las características de cada caso y el problema específico a evaluar. Por razones de espacio sólo se han propuesto algunos de los instrumentos más relevantes, a modo de ejemplos, no obstante existen numerosos instrumentos en cada uno de los constructos señalados que pudieran también utilizarse. En la Tabla 8.17 se adjuntan algunas versiones para población infantil y adolescente de estos instrumentos.

Tabla 8.16. Variables Relevantes e Instrumentos para la Conceptualización de los Trastornos Derivados del Estrés (Contrastación para las Hipótesis de Conceptualización).

Hipótesis	Instrumentos	Dimensiones y Características
Evitación Conductual	Test Conductuales y Autorregistros en Vivo.	Programación de un itinerario en coche, autobús o a pie por diferentes lugares de una ciudad. Registro de Unidades Subjetivas de Ansiedad.
Procesamiento Emocional (Disociación y Somatización)	Escala de Experiencias Disociativas DES (Bernstein y Putnam, 1986; Carlson y Putnam, 1993). Para otros instrumentos ver capítulo correspondiente.	28 ítems que evalúan experiencias disociativas de amnesia, despersonalización, desrealización, imaginación, absorción. Escala de 10-100 puntos que indican porcentajes de frecuencia. Tres factores: disociación amnésica, imaginación-absorción, despersonalización-desrealización.
	Cuestionario de Disociación Somatoforme SDQ-20 (Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart y Vanderlinden, 1996). Versión abreviada SDQ-5 (5 ítems).	Autoinforme. 20 ítems. Escala Likert 5 puntos. Evalúa la disociación somatoforme. El contenido de los ítems se refiere a fenómenos disociativos corporales negativos (e.g., analgesia) y positivos (e.g., dolores específicos localizados).

(continúa)

Hipótesis	Instrumentos	Dimensiones y Características
Esquemas y Cogniciones: Atribuciones, Creencias, Percepción de Peligro/Amenaza, Anticipaciones, Percepción de Control, Control Atencional	Narraciones del Acontecimiento Vivido. Autorregistros.	Registro de situaciones evocadoras, pensamientos, emociones. Descripción de vivencias, recuerdos, imágenes.
	Inventario de Cogniciones Postraumáticas PTCI (Foa et al., 1999).	33 ítems. Escala Likert 7 puntos. 3 escalas: cogniciones negativas sobre el yo; sobre el mundo y autculpa.
	Escala de Estrés Percibido PSS (<i>Perceived Stress Scale</i> ; Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983). Versión española Remor y Carrobbles (2001).	14 ítems. Escala Likert 5 puntos. Evalúa la capacidad para controlar diferentes situaciones estresantes en el último mes.
	Escala de Control Atencional ACS (Derryberry y Reed, 2002).	20 ítems. Evalúan la habilidad de flexibilidad del control atencional. 3 factores: cambio atencional, foco atencional o concentración, y control pensamiento.
Alteraciones Emocionales: Ira, Culpa, Agresión, Ansiedad Social y Depresión)	Inventario de Culpa Relacionado con el Trauma TRGI (Kubany et al., 1996).	32 ítems. Escala Likert 5 puntos. 3 subescalas: culpa global; malestar; y cogniciones de culpa.
	Inventario de Ira STAXI (Miguel-Tobal, Casado, Can-Vinde y Spielberger, 2001). Versión infantil STAXI-NA (Del Barrio, Spielberger y Aluja, 2005).	A partir de 16 años. 49 ítems. Escala Likert 4 opciones. Evalúa la experiencia, expresión y control de la ira en sus manifestaciones estado y rasgo. Escalas y subescalas: Ira-estado (sentimiento de ira, expresión física de la ira, expresión verbal de la ira), Ira-rasgo (temperamento de ira y reacción de ira); expresión, y control de la ira (expresión interna y externa, y control interno y externo).
	Cuestionario de Agresión AQ (Buss y Perry, 1992). Versión española Andreu, Peña y Graña (2002). Versión adolescente (Santesteban y Alvarado, 2009).	29 ítems. Escala Likert 5 puntos. 4 Escalas: agresión física, agresión verbal, ira, hostilidad.
	Inventario de Depresión de Beck BDI (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). BDI-II (Beck, Steer y Brown, 1996, 2011a). Adaptación española BDI (Sanz y Vázquez, 1998). BDI-II (Sanz, Perdingón y Vázquez, 2003). Versión Infantil CDI (Kovacs, 2004)	29 ítems. Escala Likert 5 puntos. 4 Escalas: agresión física, agresión verbal, ira, hostilidad.

Hipótesis	Instrumentos	Dimensiones y Características
Apoyo Social	Listado de Evaluación de Apoyo Interpersonal ISEL (Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983).	40 ítems dicotómicos que evalúan la disponibilidad percibida de los otros. Se exploran 4 dominios: apoyo tangible, valoración-consejo, autoestima y pertenencia.
	Cuestionario de Apoyo Social CAS (Bernal et al., 2003)	9 ítems con escala Likert 5 puntos. Evalúan el apoyo social necesitado (emocional, interpersonal y material) y la satisfacción con dicho apoyo.
Estilos y Estrategias de Afrontamiento, y Regulación Emocional	Cuestionario de Afrontamiento Revisado WCQ (Folkman y Lazarus, 1985).	66 ítems. Escala Likert 4 puntos. Evalúa la frecuencia en la que una persona afronta diferentes dificultades.
	Escala de Resistencia Connor-Davidson CD-RISC (Connor y Davidson, 2003).	25 ítems. Escala Likert 5 puntos. Evalúa la habilidad para afrontar la adversidad.
	Inventario de Estrategias de Afrontamiento CSI (Tobin et al., 1989).	72 ítems. Escala Likert 5 puntos. Evalúa las estrategias de afrontamiento ante estresores específicos. 3 dimensiones: implicación-desimplicación, focalización-problemas, focalización-emociones.
	Inventario de Afrontamiento de Situaciones Estresantes CISS (Endler y Parker, 1990a, 1994, 1999).	48 ítems. Escala Likert 5 puntos. Evalúa estrategias de afrontamiento centradas en la tarea, en la emoción y la evitación como rasgos.
	Escala de Expectativas Generales para la Regulación del Humor Negativo NMR (Catanzaro y Mearns, 1990).	30 ítems. Escala Likert 5 puntos. Evalúa las creencias sobre la habilidad para contener, reducir o tolerar los sentimientos de tristeza.
	Escala de Dificultades para Regular la Emoción DERS (Gratz y Roemer, 2004).	41 ítems. Escala Likert 5 puntos. Evalúa las dificultades en la regulación emocional en diferentes dominios: (a) conciencia y comprensión de las emociones; (b) aceptación emociones; (c) habilidad para implicarse en metas y frenar impulsos; (d) acceso a estrategias de regulación.
Dificultad Funcional	Escala de Inadaptación IG (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000).	0-30 puntos), cada uno de los cuales se puntúa de 0 a 5 y mide el grado en que un suceso determinado afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y relación familiar. El tiempo medio de administración oscila entre 5 y 10 minutos.

Hipótesis	Instrumentos	Dimensiones y Características
Variables Disposicionales	Escala Revisada de Alexitimia de Toronto TAS-R (Taylor, Bagby y Parker, 1992).	23-items. Escala Likert 5 puntos. El contenido se relaciona con dificultades para describir los sentimientos y pensamiento orientado externamente.
	Cuestionario de Personalidad de Eysenck EPQ-R (Eysenck, Eysenck y Barrett, 1985).	100-items dicotómicos. 4 escalas: neuroticismo, extraversión, psicoticismo y deseabilidad social.
	Cuestionario de Personalidad NEO-PI-R (Costa y McCrae, 1992). Versión breve NEO-FFI . Adaptación española Tea Ediciones.	240 ítems. Escala Likert 5 puntos. 5 Escalas: neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad. Versión reducida 60 ítems.
	Escalas de Afecto Positivo y Negativo PANAS (Watson, Clark y Tellegen, 1988). Versión española (Sandín et al., 1999). Versión infantil PANASN (Sandín, 2003).	20 ítems. Evalúa afecto positivo y afecto negativo. Escala Likert tres puntos.
	Escala de Actividad de Jenkins JAS (Jenkins, Zyzanski y Rosenman, 1971). Versión para estudiantes STAS-H (Bermúdez, Sánchez-Elvira y Pérez García, 1991).	52 ítems. Evalúa el patrón de respuesta Tipo A. 3 escalas: impaciencia, implicación en el trabajo, Esfuerzo/competitividad.
	Test de Orientación Vital LOT (Scheier y Carver, 1985). Versión española (Otero, Luengo, Romero Gómez y Castro, Ferrando, Chico y Tous, 2002).	10 ítems en escala Likert de 5 puntos. 6 ítems distractores. Evalúa optimismo disposicional. 2 Factores: optimismo y pesimismo.
	Escala de Locus de Control de Rotter (1966). Adaptación española (Pérez García, 1984).	29 ítems. Escala dicotómica. Evalúa el lugar de control interno o externo según la percepción de contingencia entre la propia conducta y la aparición de determinados resultados.
	Escala de Resistencia Disposicional Scale-II (Sinclair, Oliver, Ippolito y Ascalon, 2003).	18 ítems. Evalúa control, compromiso y desafío.
	Escala de Personalidad Resistente (Bermúdez, 1997).	20 ítems. Escala Likert 10 puntos. Evalúa el grado de compromiso y de percepción de las situaciones como desafíos o retos y no como amenazas.

Tabla 8.17. Principales Versiones Infantiles de los Instrumentos para la Conceptualización del Caso.

- Cuestionario de Agresión **AQ** para Adolescente (Santesteban y Alvarado, 2009).
- Inventario de Ira para Niños y Adolescentes **STAXI-NA** (Del Barrio, Spielberger y Aluja, 2005).
- Inventario de Depresión **CDI** (Kovacs, 2004).
- Butensky-Waldron Interview **BWI** para Patrón de Conducta Tipo A en Adolescentes (Butensky, Farralli, Heebner y Waldron, 1976).
- Cuestionario Big Five de Personalidad **BFQ-N** (Barbarelli, Caprara y Rabasca, 2006).
- Inventario de Personalidad **EPQ-J** (Eysenck y Eysenck, 1975). Versión adaptada TEA 1997.
- *Child Dissociative Scale* **CDC** (Putman et al., 1993).
- Escala de Afrontamiento para Adolescentes **ACS** (Frydenberg y Lewis, 1997).
- Escalas de Afecto Positivo y Negativo para Niños **PANASN** (Sandín, 2003).
- Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil **TAMAI** (Hernández, 1998).

3.2. Evidencias de Fiabilidad y Validez para la Evaluación de la Conceptualización del Caso

Excepto los instrumentos de elaboración *ad hoc*, el resto de cuestionarios e instrumentos recogidos para la conceptualización de los trastornos relacionados con el estrés han mostrado adecuadas propiedades psicométricas. Todos ellos cuentan con estudios de validez y fiabilidad que dan apoyo científico para su uso.

4 EVALUACIÓN PARA EL TRATAMIENTO, SU PROGRESO Y LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

La evaluación del tratamiento diseñado para los trastornos derivados del estrés puede realizarse con la obtención de medidas posttest de los instrumentos previamente utilizados para la delimitación del problema o para su conceptualización. El cambio de estas puntuaciones nos permitiría ver la evolución del caso. Obviamente, los instrumentos que han servido exclusivamente para la identificación de acontecimientos vitales estresantes pasados no están indicados para evaluar el tratamiento, salvo aquellos que contienen escalas que evalúan la sintomatología del trastorno. En este sentido, es recomendable utilizar instrumentos que contengan escalas de intensidad (e.g., escalas Likert) que permitan identificar no sólo la presencia/ausencia de sintomatología sino los cambios en su grado de aparición. Para ello, se han recomendado en el caso de los trastornos de estrés postraumático la CAPS, el PCL y el PDS; y para los trastornos adaptativos escalas de ansiedad y depresión (e.g., Inventario de Ansiedad Estado Rasgo STAI; Escala de Ansiedad de Beck, BAI; Inventario de Depresión de Beck).

Además de los instrumentos que evalúan la sintomatología, aquellos utilizados en la conceptualización del caso que han identificado variables relevantes implicadas en el problema (e.g., culpa, procesamiento emocional, afrontamiento) deben ser utilizados a lo largo del tratamiento, especialmente cuando se han implementado técnicas de intervención dirigidas a la modificación de dichas variables.

Otros instrumentos indicados para la evaluación de los efectos del tratamiento son aquellos que evalúan el impacto del trauma o del estrés en el funcionamiento de la vida cotidiana. Medidas dirigidas a evaluar el grado de inadaptación en diferentes áreas de la vida (familia, pareja, trabajo) serán también de utilidad para evaluar los resultados del tratamiento.

5 PROPUESTA DE UN PROTOCOLO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL TRAUMA Y EL ESTRÉS

A continuación en la Tabla 8.18, se recoge una selección de los principales instrumentos que pueden utilizarse para la identificación o diagnóstico de los trastornos relacionados con el trauma así como para su conceptualización y la evaluación de su tratamiento. La selección incluye los instrumentos más utilizados y al menos uno para cada uno de los puntos esenciales que debe incorporar la evaluación de este tipo de trastornos. No obstante, dada la casuística y el elemento particular que desee evaluarse habría que recurrir a los otros instrumentos correspondientes. Entre los instrumentos, se han intercalado las versiones de adultos y de niños.

Tabla 8.18. *Protocolo Básico para la Evaluación de los Trastornos Derivados del Estrés.*

Evaluación para el Diagnóstico y delimitación del problema
<ul style="list-style-type: none"> • Escala TEPT Administrada por Clínicos CAPS (Blake et al., 1990). Para niños CAPS-CA (Nader et al., 1996). • Entrevista SCID-IV (First et al., 2000) para Trastornos Adaptativos. • Escala Diagnóstica Postraumática PDS (Foa et al., 1997). • Listado de Síntomas PCL (Weathers et al., 1993). • Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (Echeburúa et al., 1997). • Escala Pediátrica de Estrés Emocional (Saylor et al., 1999). Versión española Echeburúa, Amor y Corral (2005). • Cuestionario de Estrés Diario CED (Santed et al., 1991). Versión abreviada CED-44. • Escala de Estrés Percibido EPP (Cohen et al., 1983). Versión española Remor y Carrobles (2001). • Cuestionario de Sucesos Vitales CSV (Sandín y Chorot, 1987). • Cuestionario de Eventos Traumáticos Vitales TLEQ (Kubany et al., 2000). • Inventario Infantil de Estresores Cotidiano IIEC (Trianes et al., 2009).

(continúa)

Evaluación para la Conceptualización del Caso

- Escala de Experiencias Disociativas **DES** (Bernstein y Putnam, 1986; Carlson y Putnam, 1993) Versión Infantil *Child Dissociative Scale* **CDC** (Putman et al., 1993).
- Inventario de Culpa Relacionado con el Trauma **TRGI** (Kubany et al., 1996).
- Inventario de Ira **STAXI** (Miguel-Tobal, Casado, Can-Vindel y Spielberg, 2001). Versión infantil **STAXI-NA** (Del Barrio, Spielberg y Aluja, 2005).
- Inventario de Depresión **BDI-II** (Beck et al., 1996, 2011a). Versión infantil **CDI** (Kovac, 2004).
- Inventario de Afrontamiento de Situaciones Estresantes **CISS** (Endler y Parker, 1999).
- Inventario de Cogniciones Postraumáticas **PTCI** (Foa et al., 1999).
- *Story Stem Assessment Profile* **SSAP** (Hodges, Steele, Hillman y Henderson, 2003; Román, 2010) (Sólo para niños).
- *Structured Interview for Disorders of Extreme Stress*, **SIDES** (Pelcovitz et al., 1997).

Evaluación para el progreso y eficacia del Tratamiento

- Escala TEPT Administrada por Clínicos **CAPS** (Blake et al., 1990). Para niños **CAPS-CA** (Nader et al., 1996).
- Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (Echeburúa et al., 1997).
- Escala Pediátrica de Estrés Emocional (Echeburúa et al., 2005; Saylor et al., 1999).
- Escala de Inadaptación **IG** (Echeburúa et al., 2000).
- Readministrar los instrumentos señaladas para la conceptualización del trastorno, según el caso.

RESUMEN

La experiencia de acontecimientos estresantes tiene indudables consecuencias sobre la salud física y psicológica. Existe un grupo de trastornos mentales que se vinculan más específicamente a estos estresores. Entre ellos, se recogen en el presente capítulo, el trastorno de estrés agudo (TEA), el estrés postraumático (TEPT), los trastornos desadaptativos (TA) y, particularmente para la población infantil, los trastornos de apego (trastorno reactivo de apego y trastorno de desinhibición social).

La epidemiología de los trastornos relacionados con los acontecimientos traumáticos varía en función de la alteración a la que hagamos referencia. Se estima que entre el 50-60% de las personas, al menos han experimentado un suceso traumático en sus vidas aunque no todos ellos desarrollan una alteración mental.

Uno de los modelos más comprehensivos de las alteraciones relacionadas con el estrés es el modelo procesual del estrés de Lazarus y colaboradores, pero también estas alteraciones se han explicado desde los modelos de condicionamiento, el modelo de indefensión aprendida y los modelos del procesamiento de la información. A estos modelos explicativos hay que sumar los factores de riesgo que hacen más probable la aparición de un trastorno asociado a un acontecimiento estresante (e.g., ser mujer, joven, poseer bajo nivel intelectual o educativo, pertenecer a una minoría racial o étnica, o a una clase socioeconómica baja; tener antecedentes psiquiátricos, bajo apoyo social y estar expuesto a estresores vitales adicionales).

Para la delimitación de los trastornos derivados de acontecimientos estresantes existen dos grupos fundamentales de instrumentos: un grupo destinado a la identificación de los estresores y otro grupo diseñado para la evaluación de su impacto. Estos instrumentos incluyen bien escalas, listados o cuestionarios, en su mayoría autoinformados, o bien, entrevistas. Para el diagnóstico y la delimitación de los trastornos existen entrevistas estructuradas multidimensionales, listados de síntomas, inventarios o cuestionarios. En muchos de los casos, se encuentran versiones para población infantil o adulta. Respecto a los trastornos del vínculo mencionados su evaluación ha de centrarse aún en la observación y constatación de la presencia de los criterios diagnósticos. No obstante, existen escalas que evalúan el apego dentro de un continuum de vínculo seguro-inseguro. La mayoría de los instrumentos mencionados en este capítulo poseen estudios psicométricos con adecuadas propiedades, aunque entre ellos existen algunos que por su uso más frecuente en la investigación han acumulado un mayor número de evidencias de validez y fiabilidad.

El diagnóstico diferencial de los trastornos relacionados directamente con un estresor ha de hacerse con aquellos otros trastornos que presentan una sintomatología similar y que puedan estar en conexión con dicho estresor. En estos casos, dada la alta comorbilidad de estas alteraciones esta tarea se hace bastante compleja.

Los modelos explicativos de los trastornos mentales asociados a los acontecimientos estresantes destacan la presencia de diferentes variables implicadas en su aparición y mantenimiento. Esto implica que en la evaluación del caso se atienda a variables tales como el tipo de aconteci-

(continúa)

miento vital experimentado, cogniciones, emociones de culpa, rabia, ira-agresión, miedo o desesperanza, estrategias y estilos de afrontamiento, variables de vulnerabilidad, alexitimia, apoyo social, control atencional y control percibido, e impacto en el funcionamiento cotidiano y el deterioro social. Además la evaluación para la conceptualización del caso debe incorporar la exploración de los síntomas disociativos y somáticos. Los instrumentos utilizados para ello son en su mayoría cuestionarios autoinformados que pueden combinarse con autorregistros, narraciones y entrevistas elaboradas *ad hoc*.

La evaluación del tratamiento diseñado para los trastornos derivados del estrés puede realizarse con la obtención de medidas posttest de los instrumentos previamente utilizados para la delimitación del problema, para su conceptualización o para la evaluación del impacto del estrés en el funcionamiento de la vida cotidiana.

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

- 1) Atendiendo a la sintomatología predominante del TEPT se diferencian los subtipos: a) disociativo e hiperrarousal; b) agudo y diferido; c) agudo y crónico.
- 2) En los casos de traumas complejos, la evaluación para la conceptualización del caso debe evaluar: a) sintomatología propia del TEPT; b) variables de regulación emocional e interpersonales; c) a y b.
- 3) Uno de los modelos más comprensivos de las alteraciones relacionadas con el estrés es el Modelo: a) de condicionamiento; (b) de indefensión aprendida; c) procesual del estrés de Lazarus.
- 4) La delimitación y diagnóstico de una alteración relacionada con una vivencia estresante tienen como condición necesaria: a) la identificación inicial del(los) acontecimiento(s) desencadenante(s); b) el uso de una entrevista estructurada; c) la aparición de sintomatología disociativa.
- 5) Una de las medidas altamente recomendadas para el diagnóstico del TEPT en adultos es la entrevista estructurada: a) CAPA; b) SCID-IV; c) ADIS.

Soluciones: 1a; 2c; 3c; 4a; 5b

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Keane, T., Silberbogen, A., & Weierich, M. (2008). Post-traumatic stress disorder. En J. Hunsley, & E. J. Mash (Eds.), *A guide to assessments that work* (pp. 293-318). New York: Oxford University Press.
- Echeburúa, E., Corral, P., & Amor, P. (2011). Trastorno de estrés postraumático y trastorno de estrés agudo. En V. E. Caballo, I. C. Salazar, & J. A. Carroble (2011). *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 266-285). Madrid: Pirámide.
- Caballo, V., Valenzuela, J., Anguiano, S., Iruetia, M. J., Salazar, I., & López, C. (2008). La evaluación del estrés y los trastornos de adaptación. En V. Caballo (Dr.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos* (321-338). Madrid: Pirámide.

Evaluación de las Conductas Suicidas y Autolíticas

9

Victoria del Barrio Gándara
Miguel Ángel Carrasco Ortiz

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

1 Introducción

- 1.1. Descripción de las Conductas Suicidas
- 1.2. Epidemiología
- 1.3. Factores Asociados: Etiológicos, Desencadenantes y Protectores

2 Evaluación para la Delimitación del Problema: Contrastación de Hipótesis del Riesgo y la Presencia de Suicidio y Conductas Autolíticas

- 2.1. Instrumentos de Evaluación
- 2.2. Evidencias de Validez y Fiabilidad para la Evaluación del Riesgo y la Detección de Conductas Suicidas

3 Evaluación para la Conceptualización del Suicidio y la Planificación del Tratamiento

- 3.1. Principales Variables Relevantes Implicadas: Instrumentos para su Evaluación y Evidencias de Validez y Fiabilidad

4 Evaluación para la Valoración del Tratamiento, su Progreso y los Resultados de la Intervención

5 Propuesta de un Protocolo para la Evaluación del Riesgo y las Conductas Suicidas

RESUMEN

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

- Obtener información básica de las características y factores de riesgo de las conductas suicidas.
- Identificar el perfil de alto riesgo de un potencial suicida en el contexto clínico.
- Conocer los instrumentos básicos para la detección y el riesgo suicida.
- Evaluar las variables implicadas en la formulación de un caso de suicidio y en su intervención.
- Ser consciente de las limitaciones de la evaluación para predecir el riesgo suicida.
- Componer un protocolo básico a partir de los instrumentos que han mostrado mejores propiedades psicométricas.

1 INTRODUCCIÓN

El 10 de septiembre de 2003 la Organización Mundial de la Salud declaró el suicidio como un problema de salud pública y desde entonces, ese es el día de la prevención del suicidio. El suicidio es naturalmente un problema grave de salud ya que es una de las pocas circunstancias en las que un paciente psicológico pierde la vida, porque él mismo se infringe este castigo. Por tanto, hay una doble razón para analizar cuidadosamente este tema: en primer lugar, por salvaguardia de la vida del sujeto, en segundo, por reto profesional.

El suicidio, salvo en alguna cultura oriental, está mal visto, se considera un fracaso y una cobardía, a menudo, se oculta su existencia, por tanto es sumamente difícil tener una cuantificación exacta de este problema. Se estima que existe un 50% de casos más que los registrados oficialmente como tales y mucho más con los intentos frustrados de suicidio. Su ocurrencia es más frecuente en sociedades desarrolladas, donde curiosamente las necesidades primarias de conservación de la vida están mejor garantizadas, sin embargo, en las sociedades más elementales y precarias el *primum vivere* se impone más fuertemente.

El primer teórico que trató el tema del suicidio fue Durkheim quien mantuvo que la principal causa del suicidio es la soledad, pero a lo largo del tiempo y del estudio se han ido listando muchas otras: estrés, crisis amorosas, fallo de autoestima (Miranda, Cubillas, Román y Abril, 2009), desesperanza (Acosta, Aguilar, Cejas, Gracia, Caballero y Siris, 2009), falta de objetividad en la evaluación de las situaciones, psicosis o depresión. Todas ellas tienen un denominador común: una pérdida, ya sea del entendimiento o, de una persona o cosa valorada. El individuo que la sufre no sabe afrontar la situación y escoge como solución la desaparición.

Se podría considerar el suicidio como un error en la toma de decisiones a la hora de solucionar un problema o bien una consecuencia de una fuerte alteración emocional que no permite un análisis eficiente.

1.1. Descripción de las Conductas Suicidas

Las conductas suicidas se refieren a un conjunto de pensamientos y conductas que la persona lleva a cabo con el propósito fundamental de autoinfringirse un daño deliberado y directo para provocarse la muerte. Dentro de estas conductas se pueden diferenciar (Nock, Wedig, Janis y Deliberto, 2008; O'Carrol, Berman, Mans, Moscicki, Tanney y Silverman 1996; Rud y Joiner, 1998): a) *Suicidio* (la persona se infringe intencionalmente un daño con la intención de provocarse la muerte que finalmente alcanza); b) *Intento de suicidio* (el resultado de la conducta intencional de provocarse la muerte no la alcanza finalmente. Las consecuencias de este intento pueden o no generar lesiones); c) *Suicidio instrumental* (manifestaciones públicas de comportamientos potencialmente autolesivos cuyo propósito no es alcanzar deliberadamente la muerte sino lograr otros fines como mostrar el deseo de muerte, llamar la atención, comunicar un esta-

do emocional extremo...); d) *Amenaza de suicidio*. Toda acción interpersonal verbal o no que comunica o sugiere la posibilidad de suicidio futuro; e) *Ideación suicida*. Pensamientos sobre comportamientos intencionados para poner fin a la propia vida que trascienden los pensamientos pasivos de muerte; y f) *planificación suicida*, formulación de métodos y planes concretos para llevar a cabo el suicidio.

El DSM-IV (APA, 2000) no reconoce un código específico independiente del resto de trastornos para las conductas suicidas o autolíticas, más bien las contempla como síntomas de otras alteraciones (e.g., depresión, trastorno de personalidad límite). En cambio, en la propuesta del DSM-V (APA, 2012) se incluyen dos categorías referidas como trastornos independientes con entidad propia: 1) Autolesión no suicida (*Non suicidal self injury*) y 2) Trastorno de la conducta suicida (*Suicidal behavior disorder*) que se describen brevemente en la Tabla 9.1.

En los próximos epígrafes nos centraremos en las conductas suicidas o el suicidio.

Tabla 9.1. Descripción de las Conductas Autolesivas Propuestas en el DSM-V (APA, 2012)*.

<p>Autolesión No Suicida (<i>Non Suicidal Self Injury</i>)</p>	<p>A) La persona se infringe intencionalmente daños (e.g., cortes, quemaduras, cuchilladas, rozaduras excesivas) que ocasionan dolor, sangrados o moretones sobre la superficie de su cuerpo a lo largo de 5 o más días en el último año. No se trata de conductas socialmente aceptadas (e.g., piercing, tatuajes) ni comunes (e.g., morderse las uñas) cuyo daño esperado es mínimo o insignificante; B) Estas conductas de daño intencional están asociadas al menos a dos de las siguientes condiciones: 1) precipitante psicológico inmediatamente anterior a la conducta (e.g., dificultades interpersonales, pensamientos o sentimientos negativos, tensión, depresión, ansiedad, autocrítica); 2) sentido de urgencia irresistible previa a la conducta; 3) preocupación; 4) respuesta contingente (existe la expectativa de superar una dificultad interpersonal o un estado negativo tras la emisión de la conducta o poco después).</p>
<p>Trastorno de la Conducta Suicida (<i>Suicidal Behavior Disorder</i>)</p>	<p>A) Los individuos han iniciado una conducta con la expectativa que le ocasionará la propia muerte dentro de los últimos 24 meses; B) la conducta no cumple los criterios para una conducta autolesiva no suicida; C) el término intento de suicidio se aplica a los individuos quienes inician la conducta y sobreviene por la interrupción a tiempo de un tercero o porque el individuo cambia de intención y decide buscar ayuda. El acto no se inicia durante un estado delirante o de confusión. Y el acto no se realiza exclusivamente por una causa política o religiosa.</p>

Nota: * DSM-V versión provisional.

1.2. Epidemiología

Las cifras sobre el suicidio son variables e inseguras, puesto que su reconocimiento y denuncia no siempre se hace, además hay que distinguir entre intentos de suicidio y suicidio consumado con resultado de muerte.

Parece que un 1% de la población americana ha intentado suicidarse una vez en la vida y algunos estudios en población latina lo elevan al 3 por 100.000 (Souza, Alves, Silva, Lino, Silva, Nery y Casotti, 2011), sin embargo la asistencia médica por intentos de suicidio sólo afecta al 0.13% de la población (Borges, Medina, Orozco, Orozco, Ouéda, Villatoro y Fleiz 2009). La relación de esta conducta por sexos es de 1 hombre y 3 mujeres si se trata sólo de intentos; cuando se trata de suicidio consumado la proporción es la inversa (Medina, Piernagorda y Rengifio, 2010). Hay datos que revelan que el 25 por 100.000 de los que inician una acción suicida consigue su intento y esto tiene además una variabilidad estacional: hay más casos en primavera y sobre todo en Navidades.

Se estima que el 1 por 100.000 de las personas se suicida en las sociedades subdesarrolladas; y se considera que del 20 al 30% de los suicidios lo comenten enfermos mentales. De este porcentaje entre el 70 y 80% se asocia a una depresión grave y el resto a enfermedad mental, especialmente esquizofrenia o trastorno de personalidad esquizoide. En población española adolescente se ha encontrado que el 81% de los sujetos con depresión grave presentan también una ideación suicida seria (Sanchís y Simón, 2012) y exactamente la misma cifra se ha encontrado también en población norteamericana (Cubillas, Román, Abril y Galaviz, 2012).

Por otra parte, hay contextos en donde el suicidio aparece en mayor proporción. Hay más en zonas urbanas que rurales, y con distintas características de modos y tiempos (García, Montoya, López, López, Montoya, Arango y Palacio, 2011). Su incidencia es mayor en oriente que en occidente y parece que también decrece en poblaciones con religiones monoteístas (católicos, judíos y musulmanes...), florece en épocas de cambios (crisis tanto económicas como de valores) y, curiosa y coherentemente, decrece durante las guerras. La situación de encarcelamiento parece también incrementar el riesgo de suicidio (Espriella, 2010). Se suicidan más los hombres solteros y las mujeres casadas (Borges et al., 2009).

Hay diferentes datos sobre la edad en el que el suicidio es más frecuente. En principio parecía que las cifras más altas se daban en la vejez, pero más recientemente parece que el 60% de los casos se dan entre la franja de 15 a 25 años y representan el 28% de los suicidios en todas las edades (Borges et al., 2009; Chávez, Macías y Luna, 2011).

Los individuos que son más violentos tienden a desarrollar esta conducta más frecuentemente. Los varones a menudo son más agresivos e impulsivos, y no pocas veces actúan bajo la influencia de alcohol y drogas. A su vez, la agresividad puede conducir a la soledad, y ésta constituye un factor de riesgo para el comportamiento suicida.

De todos los suicidas sólo el 5% tiene serio intento de morir y este deseo correlaciona con el método utilizado. Los varones usan más el arma de fuego y las mujeres barbitúricos (Fageda, Pujiula, Farrés, Sánchez y Vieta, 2009; González, Rodríguez, Aristizabal, García, Palacio y López, 2010; Medina, Piernagorda y Rengifio, 2010).

Parece que las tasas de suicidio van en aumento. En un interesante estudio que ha investigado el tema en población brasileña desde 1980 a 2006 se advierte un incremento del 25% (Macente y Zandonade, 2011).

En la prevalencia de población infantil y adolescente se pueden apreciar algunas diferencias. Antes de la adolescencia el suicidio infantil es muy infrecuente. Previamente a la adolescencia aunque se da muy excepcionalmente nunca hay que dar por supuesto que un niño pequeño no puede hacerlo, ya que en la literatura aparecen casos muy precoces por debajo de los 10 años. En niños españoles de 9-12 años hemos encontrado que un 1.3% de ellos contestan con un sí al ítem «quiero matarme» y un 25% contestan afirmativamente al ítem «he pensado alguna vez en matarme» (del Barrio y Mestre, 1989a y b); en niños de 9 años el porcentaje es del 3% para intención y el 12% para ideación (Viñas, Canals, Gras, Ros y Domenech (2002); las cifras medias parecen moverse en un 8% (Souza, Ores, Oliveira, Cruzeiro, Silva, Pinheiro y Horta, 2010) y datos muy parecidos se encuentran en población mexicana (Miranda, Cubillas Román y abril, 2009). Naturalmente esto no es lo mismo que un intento de suicidio real, pero es algo que ha de ser tenido en cuenta por la gravedad de la posibilidad que representa. En México se ha encontrado un 7% en varones y el 17% en chicas de intentos de suicidio lo que es una cifra alarmante (González Forteza, Ramos, Caballero y Wagner, 2003).

El suicidio, hay que recordarlo, en la mayor parte de los casos juveniles es silente; el 85% de los chicos que si han cometido suicidio habían pasado desapercibidos para su entorno familiar y escolar. Entre 5 y 14 años la tasa de suicidio es del 0.8 por 100.000 y en la adolescencia el 11.1 por 100.000; ente 15 y 16 años sube a un 2 o 3%. En España, el Instituto Nacional de Estadística solo proporciona el dato bruto de número de suicidios, sin porcentajes, y éste alcanzaría 281 en un rango de edad entre 5 y 24 años. En la adolescencia el suicidio es más frecuente y ya es la primera causa de muerte entre jóvenes de 15 a 19 años. El mayor pico aparece entre 14-16 años cuando la impulsividad y, los cambios corporales y biográficos alcanzan el punto máximo.

La tasa de suicidio adolescente ha sufrido un incremento del 14% (US Public Health Service, 1999), aunque en los últimos tiempos parece que se advierte un pequeño retroceso, patente en casi todos los países excepto Japón, China, Polonia e Irlanda.

1.3. Factores Asociados: Etiológicos, Desencadenantes y Protectores

Los factores que originan y se asocian al suicidio son muy plurales, aunque parece que en el 45% de los casos los motivos son las relaciones interpersonales (Chávez, Macías y Luna, 2011). No obstante, basándose en estudios *post-mortem* de los suicidas, se ha mostrado que el suicidio está genéticamente regulado a través del procesamiento de la serotonina (Du, Du, Faludi, Palkovits, Bakish y Hrdina, 2000). En este tipo de estudios también se han encontrado alteraciones en áreas cerebrales del hipotálamo (Meza y Teraiza, 2009).

La edad es otro de los elementos que explica la variabilidad de los motivos. Como el suicidio también se da en la niñez, en ese caso, las causas más comunes están relacionadas con el ambiente familiar (García, Quintanilla, Sánchez, Morfín y Cruz, 2011), concretamente: dificultades escolares, privación emocional, excesivas expectativas paternas y crisis de identidad (Moral y Sirvent, 2011; Rosales, Córdova, y Villafaña, 2011). En los sujetos jóvenes las rupturas amorosas son el desencadenante

más frecuente del suicidio. En la edad adulta, la enfermedad, las responsabilidades, los cambios de fortuna y la presión social son los motivos más habituales; mientras que en la vejez lo es la enfermedad y la soledad.

Parece que ciertas variables de personalidad como el neuroticismo y la falta de control emocional incrementan la probabilidad de la conducta suicida (Rozanov y Mid'ko, 2011); en esto influyen las bases biológicas.

De una manera consistente, se ha señalado que la existencia de ideación suicida es también un predictor potente para la realización de un intento de suicidio (Joiner et al., 2005) y los intentos, a su vez, predicen, en muchos casos, la consecución (Lecrubier, 2002). Por tanto, la detección de la ideación suicida en poblaciones adolescentes es un aspecto esencial en la tarea de prevención.

Entre todas las perturbaciones la depresión es el antecedente más frecuente en los comportamientos suicidas. Nock et al. (2008) mantienen que la depresión no sólo aumenta el riesgo de conductas suicidas sino que incrementa la posibilidad de hallar otros trastornos como problemas de control de impulsos, toxicomanías y ansiedad, patologías que suelen estar relacionadas con un riesgo significativamente más elevado de pensamientos suicidas. Todo ello hace evidente la importancia de la evaluación previa de la sintomatología depresiva (ver capítulo correspondiente) y de las conductas suicidas que es lo que específicamente se aborda en este capítulo.

A propósito de las relaciones entre alteración mental y conductas suicidas, Apter et al. (1995) distinguieron dos tipos de conducta suicida: una más interna, asociada con severa depresión y –aparentemente– en jóvenes con depresión mayor o anorexia nerviosa; y la externa, manifestada a través de comportamientos violentos en jóvenes con trastorno de conducta. Cuando se asocian los dos trastornos, depresión mayor y trastorno de conducta, aumenta el riesgo de que el suicidio sea completado. La relación entre depresión y comportamientos suicidas queda recogida en muchas investigaciones en todo el mundo (del Barrio, 2007; Díaz-Atienza, Prados y Ruíz-Veguilla, 2004; Domènech-Llaberia, 2005; Gould et al. 1998; Plagiario, 1995; Shaffer et al., 1996; Stein, et al., 1998).

Otros autores hacen mayor hincapié en aspectos cognitivos como la ideación de suicidio (Buendía, Riquelme y Ruiz, 2004), tanto de pensamientos fugaces como fantasías autodestructivas, que a menudo pueden acabar en planes concretos para matarse (Bonner y Rich, 1988). Este proceso suicida pasa desde el inicio de una ideación suicida pasiva a etapas más activas de contemplación y planificación del propio suicidio, así como por la planeación, la preparación y la ejecución del intento hasta llegar a su consumación (Bonner y Rich, 1988). Beck, Steer, Kovacs y Garrison (1985) sostenían que el sujeto pasa de pensar a planear y desear el acto suicida. Entre los rasgos que pueden incrementar la aparición del suicidio a lo largo de este proceso se encuentran la agresividad, la impulsividad, el alcohol y la droga por sus efectos desinhibitorios (Souza et al., 2010) y, naturalmente, todo ello propiciado por la escasa capacidad previa de afrontamiento.

Recientemente se está llamando la atención sobre un nuevo factor de riesgo que es internet, puesto que es un modo rápido de comunicación que puede tanto expandir la idea de suicidio como su prevención (Moreno y Banco, 2012).

Específicamente en población Infantil, los estudios que han analizado las causas de suicidio se basan fundamentalmente en adolescentes y concluyen que las tasas medias, las diferencias de sexo y los desencadenantes (conducta previa de intento de suicidio, neuroticismo, depresión, enfermedad mental alcohol y droga) se parecen a los de la población adulta (Valadez, Amezcua, González y Alfaro, 2009). También los trastornos de personalidad, la agresión y la impulsividad. Naturalmente esta impulsividad está ligada a factores temperamentales con base genética (Turecki, 2005) y ha de ser tenida muy en cuenta, porque eleva no solo el riesgo de suicidio sino el número de intentos, (Horesh, Orbach, Gohelf, Efrati y Apter, 2003). En niños españoles de 9 años la ideación suicida es significativamente más alta en los que tienen puntuaciones elevadas en depresión, baja autoestima, desesperanza y mal clima familiar (Viñas, Canals, Gras, Ros y Domenech, 2002). Por otra parte, la búsqueda de sensaciones, tan característica de los adolescentes, es un factor de riesgo más (Palacios, Sánchez y Andrade, 2010).

Entre todos esos factores, los familiares tienen un peso mayor. Randell, Wen-Ling, Herting y Eggert (2006) han encontrado que el conflicto con los padres, las metas familiares desorganizadas y la depresión familiar elevan considerablemente el riesgo de suicidio entre adolescentes. Respecto de los estilos de crianza se ha constatado consistentemente que el autoritarismo y la negligencia paterna elevan los niveles de suicidio en adolescentes y lo mismo se ha encontrado en población española (Palacios, 2010). También se ha advertido que los factores de riesgo actúan de diferente manera para varones y mujeres (McGee, Williams y Nada-Raja, 2001). Haber tenido anteriores intentos de suicidio es un factor de riesgo ya que el 32% de ellos se suicidan (Kovacs, Goldston y Gatsonis, 1993).

El 50% de suicidios infantiles se da en hogares de padre único. Pfeffer (2001) hace una revisión de los factores de riesgo del suicidio infantil y juvenil en la investigación precedente y enumera los ya conocidos: sexo, edad, psicopatología, problemas de relación interpersonal, problemas familiares, patología familiar y facilidad de acceso a armas letales. Estudios más recientes muestran que, de todos ellos, la depresión, la psicosis y las circunstancias sociales precarias son los más potentes predictores del acto suicida (Vinnerljung, Hjern y Lindblad, 2006). Dentro de las psicosis la esquizofrenia presenta las mayores tasas de suicidio y parece que entre los esquizofrénicos tienen más riesgos aquellos que presentan sintomatología depresiva y especialmente desesperanza (Acosta, Aguilar, Cejas, Gracia, Caballero y Siris, 2009).

Como contrapartida a estos factores desencadenantes, están los factores protectores que hacen menos probable la conducta suicida, entre estos se han señalado: tener familia de apoyo, tener hijos, creencias religiosas, estar casado, tener un entorno vecinal protector y tener ayuda profesional (Castro-Rueda, Rangel, Camacho y Rueda, 2010; Lizardi et al, 2007).

A modo de resumen se compilan en la Tabla 9.2 los principales factores de riesgo asociados a las conductas suicidas. En la tabla observará que se han destacado los factores asociados a un alto riesgo de suicidio. Por otra parte, se indica el nivel de falsos positivos (probabilidad/porcentaje de pronosticar falso riesgo suicida asociado a ese factor). Considerando el conjunto de estos factores, el perfil de riesgo extremo para el suicidio resulta de la combinación de: ideación suicida (pensamientos y deseos de morir), planificación inmediata con un método letal disponible, malestar emocional intenso, falta de apoyo (aislamiento), conflictiva familiar/social, escasas razones para vivir, desesperanza, trastorno mental (trastorno depresivo, bipolar, ansiedad severa, abuso de sustancias, psicosis o comorbilidad) y

ausencia de factores de protección (hijos, responsabilidades familiares, religiosidad, satisfacción vital, apoyo social y adecuadas habilidades de afrontamiento, buena alianza y adherencia al tratamiento).

Tabla 9.2. Principales Factores de Riesgo de las Conductas Suicidas.

Factores Sociodemográficos***	Factores Psicopatológicos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mujeres(Intentos); Hombres (Actos). ▪ Adolescentes/Ancianos. ▪ Viudos/solteros/separados (varones). ▪ Desempleados. ▪ Inmigrantes. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastorno mental+/**: depresión, T. bipolar, esquizofrenia, abuso o dependencia de sustancias, T. personalidad límite, T. personalidad antisocial, T. personalidad esquizoide, anorexia. ▪ Presencia de comorbilidad+/**.
Factores Médicos y Salud Física	Factores Cognitivos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Problemas crónicos de salud: Sida, artritis-reumatoide, hemodiálisis... ▪ Problemas en el procesamiento de la serotonina. ▪ Presencia de agitación/desinhibición por efectos de antidepressivos (Inhibidores de la recaptación de serotonina). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desesperanza+/**. ▪ Ideación suicida+/**. ▪ Planificación suicida+/**. ▪ Indefensión. ▪ Pensamiento polarizado (visión túnel). ▪ Rigidez y restricción de alternativas.
Factores Históricos (Antecedentes)	Factores Emocionales
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antecedentes familiares de suicidio. ▪ Historia de relaciones familiares altamente exigentes y poco afectuosas. ▪ Intentos previos de conductas suicidas o autolesivas+. ▪ Historia de victimización sexual o de violencia. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intensos sentimientos de Culpa. ▪ Emocionalidad sobrecontrolada o hiperagitada. ▪ Sentimientos de soledad.
Factores Vitales	Factores Ambientales/circunstanciales
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pérdidas importantes recientes+ (objetos, personas, capacidades, rupturas amorosas...). ▪ Luchas con temas sexuales (e.g., orientación sexual). ▪ Crisis de identidad. ▪ Abuso físico o sexual presente/**. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Disponibilidad de medios letales (cuchillos, armas, cuerdas, fármacos...)+. ▪ Ausencia de vigilancia o supervisión. ▪ Mejora repentina tras ingreso en urgencia psiquiátrica. ▪ Divulgación-contagio por Internet. ▪ Señales de aviso: despedidas, regala posesiones, insinuaciones sobre la muerte, repara rupturas personales. ▪ Circunstancias sociales o económicas precarias.

(continúa)

Factores Sociales/Interpersonales/Familiares	Factores de Personalidad **
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aislamiento+. ▪ Falta de apoyo social. ▪ Relaciones familiares autoritarias y negligentes. ▪ Conflicto entre los padres. ▪ Depresión familiar. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elevado neuroticismo. ▪ Problemas de autocontrol/autorregulación. ▪ Baja autoestima. ▪ Búsqueda de sensaciones en adolescentes.

Nota: Se asocia con un nivel de Falsos positivos: *Moderado; **Alto, *** Extremo (Fowler, 2012); + Indicadores de alto o extremo riesgo.

2 EVALUACIÓN PARA LA DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS DEL RIESGO Y LA PRESENCIA DE SUICIDIO Y CONDUCTAS AUTOLÍTICAS

El primer objetivo de la evaluación es determinar la existencia de las conductas suicidas. Hay que tener en cuenta que la prevención total del suicidio, mediante su evaluación, no es posible. El suicidio es una conducta fluyente que cambia según las circunstancias, por tanto, cuando se evalúan las conductas suicidas, afortunadamente aparecen muchos falsos positivos y esto hay que tenerlo en cuenta antes de iniciar cualquier tipo de evaluación. Cuando se llevan a cabo autopsias psicológicas, una vez consumado el suicidio, se hace patente la alta prevalencia de patología psiquiátrica en los sujetos suicidas y, algo sumamente interesante, muchos pacientes no verbalizan sus intenciones a no ser que se les pregunte directamente. Por esta razón es recomendable la inclusión de preguntas directas que aborden explícitamente este asunto en la historia clínica del paciente, independientemente de la presencia o no de factores de riesgo. Incluimos una relación de preguntas ejemplos para la evaluación de las principales conductas suicidas (Tabla 9.3).

Tabla 9.3. Preguntas Ejemplo para la Evaluación de las Conductas Suicidas.

<p>Cuestiones Generales para Introducir el Tema</p>	<p>¿Alguna vez has sentido que vivir no merece la pena? ¿Has deseado alguna vez ir a dormir y no despertar más?</p>
<p>Ideación Suicida (Frecuencia, Duración, Intensidad)</p>	<p>¿Has pensado alguna vez en hacerte daño? ¿Has deseado alguna vez estar muerto? ¿Has tenido pensamientos de quitarte la vida o suicidarte? ¿Con qué frecuencia piensas en el suicidio (diariamente, semanalmente, mensualmente)? ¿Cuánto duran esos pensamientos? ¿Cómo de intensos son esos pensamientos en una escala de 1 a 10? ¿Has intentado suicidarte? ¿Has pensado en la muerte recientemente?</p>

(continúa)

Intencionalidad	¿Querrías hacerte daño deliberadamente? ¿Crees que en el futuro lo harías? ¿Has intentado hacerte daño deliberadamente?
Planificación/Control	¿Has pensado cómo suicidarte (cuándo, dónde, cómo)? ¿Tienes a tu alcance algún medio para hacerlo (cuchillos, fármacos, cuerdas...)? ¿Crees que podrías controlarlo? ¿Con qué frecuencia sientes que pierdes el control? ¿Cuando pierdes el control se debe a alguna droga o sustancia que tomas?
Tentativas/ Intentos Previos	¿Puedes describir qué sucedió? (identificar lugar, disparadores, consumo o no de sustancias, método y grado de letalidad) ¿Qué pensamientos estabas teniendo antes de intentarlo? ¿Había otras personas presentes? ¿Qué pensaste que sucedería? ¿Buscaste ayuda después de intentarlo o alguien acudió a hacerlo? ¿Habías planeado ser descubierto o te encontraron accidentalmente? ¿Cómo te sentiste después (aliviado, arrepentido)? ¿Recibiste tratamiento? ¿Ha cambiado tu visión de las cosas después de esto? ¿han cambiado algo las cosas? ¿Lo habías intentado más veces en el pasado? ¿con qué frecuencia? ¿cuándo fue la última vez? ¿Puedes describir qué pensamientos tuviste en el momento que ibas a suicidarte? ¿Qué te llevó a eso? ¿qué sucedió después?

El valor predictivo de las señales de aviso que comúnmente se han establecido como indicadores de suicidio (e.g., escribir una carta, despedirse, regalar objetos personales, restaurar rupturas familiares...) se ha cuestionado por su falta de evidencia empírica (Rudd et al., 2006) y la errónea idea de que hablar explícitamente de las conductas de suicidio incrementa el malestar o la probabilidad de que la persona las lleve a cabo debe ser desterrada por su falta de rigor. Muy por el contrario, la recomendación que la mayoría de las guías de evaluación sobre el suicidio recomiendan (AACAP, 2001; APA, 2003; García-Nieto et al., 2012; Jayaram y Herzog, 2009; O'Connor, Warby, Raphael y Vassallo, 2004; SAFE-T, 2012) es la evaluación clara y directa de dos áreas: el riesgo suicida y las conductas suicidas. Estas últimas se centran en tres constructos principales: la ideación suicida, la planificación suicida y los intentos previos de suicidio. Respecto a estos últimos, cuando hay constancia de un intento reciente de suicidio conviene además considerar los siguientes parámetros (Fernández, Pera y Fernández, 2012): *Letalidad del método* utilizado tanto objetiva como subjetiva (convicción sobre el riesgo de muerte); *Rescatabili-*

dad (posibilidad de ser descubierto); *Reacción ante el fracaso del intento* (grado de alivio –o no– al ser salvado); *Intencionalidad* (propósito instrumental –o no– del comportamiento suicida); *Planificación* (grado de organización y/o preparación para realizar el intento); *Circunstancias* (existencia de acontecimientos psicológicos, vitales o ambientales que desencadenaron el comportamiento suicida).

Para la evaluación de estos constructos se han diseñado diferentes estrategias e instrumentos que detallaremos en el epígrafe siguiente.

2.1. Instrumentos de Evaluación

Entre los instrumentos diseñados para la delimitación de las conductas suicidas podemos encontrar fundamentalmente entrevistas (estructuradas y semiestructuradas) (Tabla 9.4) y autoinformes (e.g., escalas de puntuación o cuestionarios) (Tabla 9.5). La mayoría de ellos están diseñados con dos propósitos: la evaluación del riesgo suicida, cuya principal función es identificar los factores que aumentan la probabilidad futura de cometer un acto suicida (e.g. Escala de Ideación Suicida SSI) y la evaluación de las conductas suicidas propiamente dichas. Éstas incluyen la ideación suicida, la planificación y las características de los intentos suicidas dentro de las que se analizan los métodos utilizados, la letalidad de los actos o los precipitantes (e.g., Entrevista Semiestructurada para la Autopsia Psicológica SSIPA). Ambos propósitos tienen la finalidad de prevenir los actos suicidas futuros y sus consecuencias, sin embargo, el foco de la evaluación es diferente según uno u otro: para la evaluación del riesgo se atiende a los factores de riesgo (Tabla 9.2) mientras que el análisis de las conductas suicidas se centran en la ideación, planificación y análisis de la topografía y las circunstancias acontecidas en los intentos previos realizados (ver Tablas 9.4 y 9.5). No obstante, dado que las conductas suicidas previas (ideación, planificación, intentos) son también factores de riesgo, muchos de los instrumentos incorporan todos los elementos antes citados.

Dentro de estos instrumentos hay que diferenciar también aquellos que permiten una evaluación general de las conductas suicidas (e.g., SITBI) de aquellos que evalúan en profundidad la presencia, gravedad, frecuencia y características de alguna de ellas (e.g., SSI) o de los que permiten obtener solo una primera aproximación del riesgo suicida (e.g., Escala de Riesgo Suicida de Plutchik).

Tabla 9.4. Principales Entrevistas para la Delimitación de las Conductas Suicidas.

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Entrevista De Pensamientos y Conductas Autolesivas SITBI (<i>The Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview</i> ; Nock, Holmberg, Photos y Michel, 2007). Versión para padres de adolescentes.	169 ítems. Versión abreviada 72 ítems. Adultos y Adolescentes. Cada pregunta se valora con diferentes parámetros. Requiere preparación previa y entrenamiento.	Evalúa ideación, planes, expresiones e intentos suicidas. Cada pregunta valora diferentes parámetros de severidad, frecuencia, métodos usados, función, probabilidad futura de aparición, factores desencadenantes (familia, amigos, trabajo/escuela) y asociados (impulsividad, droga, estado mental).
Entrevista de Autolesiones e Intento Suicida SASII (<i>Suicide Attempt Self-Injury Interview</i> ; Linehan, Comtois, Brown, Heard y Wagner, 2006).	31 ítems. Adultos. Dispone de versión informatizada. Requiere un alto coste de tiempo para su administración. Diseñada para el Trastorno límite de Personalidad.	Analiza la topografía de los intentos de suicidio: expectativas de resultados, método, letalidad del método, consecuencias físicas, tratamiento médico, planificación previa, factores antecedentes y consecuentes.
Escala de Ideación Suicida SSI (<i>Scale for Suicide Ideation</i> ; Beck, Kovacs y Weissman, 1979). Versión autoinformada BSI (Beck y Steer, 1991) Versión española (Fernández .et al., 2000).	21 ítems. Escala Likert 3 puntos. Auto y heteroinformada. Adultos y niños. Semiestructurada. 10 minutos.	Frecuencia y severidad de los Pensamientos suicidas. Tiene cuatro escalas: actitud hacia la vida y la muerte; pensamientos y deseos suicidas; proyecto o intento de suicidio; realización del intento proyectado.
Escala de la Peor Ideación Suicida SSI-W (<i>Scale for Suicide Ideation-Worst</i> ; Beck, Brown y Steer, 1997).	Adultos y Adolescentes. 18 ítems. Adaptada de la SSI y con similares características de formato.	Evalúa la ideación suicida en el peor momento en la vida de la persona. Dos factores. Preparación y Motivación.
Escala de Ideación Suicida Modificada MSSI (<i>Modified Scale for Suicide Ideation</i> ; Miller, Norman, Bishop y Dow, 1986).	18 ítems (13 idénticos a la SSI). Adultos Igual formato SSI.	Evalúa las dimensiones de la SSI y además el coraje y competencia para intentar hablar y escribir sobre la muerte. Tres factores: deseo suicida, preparación para un intento, capacidad percibida para el intento.

(continúa)

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
<p>Escalas Potenciales de Suicidio Infantil CSPS (<i>Child Suicide Potential Scales</i>; Pfeffer, Conte, Plutchik y Jereff, 1979).</p>	<p>Semiestructurada. Preguntas de si/no referidas a los últimos 6 meses.</p>	<p>Presencia y severidad de las conductas suicidas mediante ocho escalas: conducta suicida, acontecimientos precipitantes, conducta y afecto reciente, antecedentes familiares, conducta y afecto pasado, concepto de muerte en el niño, funcionamiento del yo y mecanismos de defensa. Clasifica la gravedad en un rango de 5 puntos</p>
<p>Entrevista Semiestructurada para la Autopsia Psicológica SSIPA (<i>Semi-Strutured Interview for Psychological Autopsy</i>; Werlang y Botega, 2003.) Adaptación española García et al., (2010).</p>	<p>69 ítems. Entrevista a familiares. Combina preguntas abiertas y dicotómicas (si/no).</p>	<p>Cuatro módulos: precipitantes, motivación, letalidad e intencionalidad. Se analiza la información obtenida mediante un Formulario de Toma de Decisión siguiendo un algoritmo que representa el razonamiento clínico de cada evaluador.</p>
<p>Entrevista Clínica Guiada para Adultos y Adolescentes SAAP (<i>Suicidad Adult Assesment Protocol</i>; Fremouw, Tyner, Strunk, Musick, 2008). Versión ancianos SOAP (Fremouw, McCoy, Tyner y Musick, 2009).</p>	<p>28 ítems. Adultos y Adolescentes. Escala tres puntos según riesgo (bajo, medio alto o extremo).</p>	<p>Estima el riesgo de suicidio (bajo, moderado, alto, extremo) a través de un listado de factores de riesgo estáticos no modificables (e.g. factores históricos y demográficos) y dinámicos o modificables (e.g., factores clínicos, contextuales y protectores).</p>
<p>Escala de Evaluación Suicida SUAS (<i>The Suicidal Assessment Scale</i>; Stanley, Tänskman-Bendz, Stanley, 1989). Adaptación española Niméus, Alsen, y Tänskman-Bendz (2001).</p>	<p>20 ítems. Semiestructurada. Escala Likert 5 puntos. Punto de corte = 39.</p>	<p>Evalúa riesgo de suicidio en sujetos con intentos previos, especialmente útil para seguimiento. Subescalas: afecto, estado corporal, control, afrontamiento, reactividad emocional, y pensamiento y comportamiento suicida.</p>

Tabla 9.5. Principales Autoinformes para la Delimitación de las Conductas Suicidas.

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Cuestionario de Conducta Suicida SBQ (<i>Suicidal Behavior Questionnaire</i> ; Linehan, 1991). Versión Reducida SBQ-14 (Linehan, 1996). Versión infantil SBQ-C (Cotton y Range, 1993).	90 ítems. Adultos, Adolescentes y niños.	Evalúa ideación suicida actual, pasado y futuro, intentos de suicidio, conductas autolesivas, amenazas de suicidio pasado, intentos futuros y probabilidad de muerte futura.
Cuestionario de Autolesiones SIQ (<i>Self-Injury Questionnaire</i> ; Santa Mina et al., 2006). Versión para Adolescentes (Reynolds, 1988). Versión para niños SIQ-JR .	30 ítems. Adultos, Adolescentes o niños (10 ítems) según versiones.	Evalúa la frecuencia, tipo y funciones de las conductas autolesivas. También incluye evaluación del trauma infantil.
Inventario de riesgo suicida (IRIS, Hernández y Lucio, 2006).	75 ítems. Escala Likert para la primera parte (40 ítems) y dicotómica para la segunda (35 ítems). Aplicación 15 minutos.	Evalúa la estimación de riesgo de suicidio en adolescentes mediante las siguientes áreas. Sección A: ideación suicida, satisfacción en la vida, dificultades interpersonales y dificultades en la escuela. Sección B: signos de alerta, planeación e intención suicida, malestar personal, psicológico y desesperanza.
Escala de Riesgo Suicida de Plutchik RS (<i>Risk of Suicide</i> ; Plutchik et al., 1989). Versión española (Rubio et al., 1998).	15 ítems. Escala sí/no.	Evalúa Riesgo de suicidio: intensidad de la ideación actual, sentimientos de depresión y desesperanza, y tentativa.
Índice de Suicidio Potencial para Niños y Adolescentes CASPI (<i>Child-Adolescent Suicidal Potential Index</i> ; Pfeffer, Jiang y Kakuma, 2000).	10 minutos. 6-18 años. 30 ítems. Escala sí/no.	Se enmarca en los últimos 6 meses. Tres subescalas: depresión impulsiva ansiosa, ideación suicida, malestar familiar.
Escala de Puntuación de Depresión de Montgomery MADRS (<i>Asberg Depression Rating Scale</i> ; Montgomery y Asberg, 1979).	Tiene 10 ítems. Heteroaplicada o Autoaplicada. Escala Likert 4 puntos. Fácil de aplicación por su brevedad y especificidad.	Evalúa el estado de ánimo de los pacientes, sentimientos de malestar, sueño, apetito, capacidad de concentración, iniciativa, implicación emocional, el pesimismo y ganas de vivir. Estima el riesgo de suicidio en pacientes deprimidos.

A modo de información y recopilación recogemos un conjunto de instrumentos utilizados para la evaluación de las conductas suicidas que el lector puede consultar (Tabla 9.6).

Tabla 9.6. Listado de Otros Instrumentos para la Evaluación del Suicidio.

- Escala de Suicidio de Paykel **PSS** (*Paykel Suicide Scale*; Paykel y Myers, Lindenthal y Tanner, 1974).
- Escala de la Autosupervisión de la Ideación Suicida **SMSI** (*Self-Monitoring Suicidal Ideation Scale*; Clum y Curtin, 1993).
- Escala de Probabilidad Suicida **SPS** (*Suicide Probability Scale*; Cull y Gill, 1988).
- Inventario de Ideación Suicida Positivo y Negativo **PANSI** (*Positive and Negative Suicide Ideation Inventory*; Osman, Gutierrez, Kopper, Barrios y Chiro, 1998).
- Cuestionario Adulto de Ideación Suicida **ASIQ** (*Adult Suicide Ideation Questionnaire*; Reynolds, 1991 a y b).
- Escala de Ideación Suicida **SIS** (*Suicide Ideation Scale*; Rudd, 1989).
- Cuestionario de Conductas Autolesivas **SHBQ** (*Self-Harm Behavior Questionnaire*; Gutiérrez, Rodríguez y García, 2001).
- Inventario de Autodaño Intencional **DSHI** (*Deliberate Self-Harm Inventory*; Gratz, 2001).
- Entrevista de Conductas Suicidas **SBI** (*Suicide Behaviors Interview*; Reynolds, 1990).
- Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio **C-SSRS** (*Columbia-Suicide Severity Rating Scale*; Posner et al., 2011).
- *Columbia Suicide Screen* **CSS** (Shaffer et al., 2004).
- *Harkavy Asnis Suicide Scale* **HASS** (Harkavy, Friedman y Asnis, 1989).
- *International Suicide Prevention Trial (InterSePT) Scale for Suicidal Thinking (ISST)*. (Lindenmayer et al., 2003).
- Escala **SAD PERSONS** (*SAD PERSONS Scale*; Patterson et al., 1983).
- Escala de Impresión Clínica Global para Gravedad de Riesgo Suicida **CGI-SS** (*Clinical Global Impresión for Severity of Suicidality*; Lindenmayer et al., 2003).
- Escala de Daño Médico **MDS** (*Medical Damage Scale*; Beck et al., 1975).
- Escala de Ideación Suicida **SIS** (*The Suicidal Ideation Scale*; Rudd, 1989).
- Evaluación de los Pensamientos Autodestructivos de Firestone **FAST** (*The Firestone Assessment of Self-Destructive Thoughts*; Firestone y Firestone, 1996).
- Entrevista de Conductas Suicidas **SBI** (*Suicidal Behaviors Interview*; Ivanoff y Jang, 1991).
- Escala de Rescate-Riesgo (*Risk-Rescue Rating*; Weisman & Worden, 1972, 1974).
- Registro de Severidad de Lesiones Autoinflingidas **SIISF** (*Self-Inflicted Injury Severity Form*; Potter, Kresnow, Powell, O'Carroll, Lee, Frankowski, Swann, Bayer, Bautistay Briscoe, 1998).
- Escalas de Letalidad **LS** (*Lethality Scales*; Beck, Beck y Kovacs, 1975).
- Cuestionario de Screening de la Ideación Suicida **SIS-Q** (*The Suicidal Ideation Screening Questionnaire*; Cooper-Patrick, Crum y Ford, 1994).

2.2. Evidencias de Validez y Fiabilidad para la Evaluación del Riesgo y la Detección de Conductas Suicidas

A pesar del número de instrumentos con los que contamos para la detección de las conductas suicidas y la evaluación del riesgo al suicidio aún no existe ninguno que permita evaluar con exactitud el riesgo inminente de suicidio. Como se ha comentado, la primera dificultad es que la conducta suicida es una conducta variable en el tiempo y muy dependiente de elementos contextuales (Rudd et al., 2006). Pero además, los factores de riesgo identificados están asociados a niveles moderados y altos de falsos positivos y muy especialmente los factores estáticos (no modificables) tales como los demográficos o históricos (Fowler, 2012). En cambio, la presencia de ideación suicida, alteración afectiva y cognitiva junto con la historia de intento de suicidio previo permiten mejorar la predicción futura de éste (Borges, Angst, Nock, Ruscio y Kessler, 2008; Cha et al., 2010; Fowler et al., in press). No obstante y por las razones aludidas, tanto los cuestionarios como las entrevistas de que disponemos parecen ser mejores instrumentos para descartar el riesgo de suicidio (cuando se constata la ausencia de factores de riesgo y conductas suicidas) que para predecirlo y su mejor función parece ser la de servir de herramientas de despistaje y exploración inicial de las conductas suicidas.

La elección de entrevistas o autoinformes debe estar motivada por el objetivo de la evaluación (despistaje, análisis detallado de las conductas suicidas o de los factores de riesgo) y por las ventajas e inconvenientes asociados a cada uno de ellos. Si bien la entrevista es más flexible y permite aclarar y profundizar sobre los contenidos, son más costosas y requieren cierto entrenamiento. En cambio, los autoinformes aunque son menos costosos no pueden ser utilizados en aquellos casos en los que haya una sintomatología grave que afecte a los procesos de atención y concentración. Además, la falta de correspondencia hallada entre la información obtenida por entrevista (tendente a una mayor detección de conductas suicidas) y autoinforme hace recomendable el uso combinado de ambos procedimientos. Incluso la obtención de información procedente de otras fuentes, como familiares u otros profesionales de la salud con los que la persona se relacione (e.g., enfermeros, médicos...) son de gran utilidad para obtener datos de contraste que valide la información obtenida.

Por tanto, la evaluación del suicidio requiere una estrategia comprehensiva que incorpore diferentes fuentes y métodos con el fin de compensar las limitaciones de validez predictiva de los instrumentos existentes (Brown, 2002). Al mismo tiempo la información obtenida por estas medidas debe ser analizada conjuntamente con los factores de riesgo y protección presentes en el evaluado.

La mayoría de los instrumentos aquí recogidos presentan buenos niveles de consistencia interna, validez concurrente y discriminativa. No obstante, su validez predictiva es la que más se resiente. Entre los instrumentos que más apoyo empírico han recibido y que dentro de estas dificultades son de recomendado uso (Brown, 2002; Nock, Wedig, Janis y Deliberto, 2008) están las entrevistas de Ideación suicida de Beck (SSI, SSI-W, MMSI), SITBI y SASII, el cuestionario autoinformado SBQ y BSI. Para niños el CSPS y SIQ/SIQ-J.

En suma y a pesar de estas recomendaciones los evaluadores deben ser muy cautos con la utilización de los instrumentos que evalúan las conductas suicidas a la hora de establecer predicciones de riesgo.

Y estos instrumentos deben ser usados dentro de una evaluación comprensiva que incorpore diferentes métodos y fuentes de información.

3 EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL SUICIDIO Y LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO

Una de las formas más frecuentes de conceptualizar el suicidio es mediante un modelo complejo de diátesis-estrés en que confluyen variables de vulnerabilidad genética y acontecimientos vitales adversos que dañan el desarrollo y la función de los sistemas neurobiológicos de regulación de la conducta afectiva y la función cognitiva. Las crisis suicidas serían la reacción a las dificultades de manejo de los acontecimientos vitales estresantes en un intento drástico de reducir las situaciones de dolor, miedo, rechazo social, etc. Dentro de este modelo el conjunto de factores de riesgo (personales o contextuales) ya expuestos formaría parte de esa transacción diátesis-estrés. Por tanto, la evaluación para la formulación de los problemas suicidas y la planificación del tratamiento va más allá de la mera identificación y detección de las conductas problema y trasciende hasta el conjunto de variables que se han encontrado asociadas con su origen y mantenimiento.

Principalmente han sido objeto de interés para la planificación del tratamiento aquellas variables que son susceptibles de ser modificadas y que a continuación señalaremos.

3.1. Principales Variables Relevantes Implicadas: Instrumentos para su Evaluación y Evidencias de Validez y Fiabilidad

Del conjunto de variables asociadas a las conductas suicidas se han incluido en la formulación de estos problemas suicidas para la planificación de la intervención las siguientes:

- *Desesperanza*. La desesperanza se refiere al conjunto de expectativas negativas que la persona tiene sobre su futuro y su bienestar. Este constructo incluye, además de esas expectativas, sentimientos negativos sobre el futuro, escasa motivación y resignación para intentar superar las dificultades y los problemas acontecidos (Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974; Steer, Beck y Brown, 1997). Este constructo se ha mostrado como uno de los más importantes predictores de la conducta suicida y sobre el que es imprescindible intervenir en los casos de suicidio.
- *Alteraciones psicopatológicas*. La evidencia ha demostrado que los trastornos patológicos y su comorbilidad son algunos de los más importantes factores de riesgo de las conductas suicidas, especialmente aquellos que tienen una incidencia más directa sobre los estados emocionales (e.g., depresión, ansiedad intensa) y el autocontrol o desinhibición (e.g., abuso de sustancias, agitación, psicosis). En este sentido se recomienda el diagnóstico de los trastornos psicopatológicos presentes mediante entrevista estructurada (e.g., la entrevista SCID-CV; First, Spitzer, Williams

y Gibbon, 1997) junto con la medida de la intensidad depresiva (e.g., BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996, 2011a) y el nivel de ansiedad (e.g., BAI; Beck & Steer, 1993). Por tanto, la intervención sobre las alteraciones psicopatológicas de base debe ser uno de los principales objetivos en la planificación del tratamiento de la conducta suicida.

- **Razones para vivir.** El conjunto de valores y razones que justifiquen la permanencia en la vida ha mostrado ser un importante factor de protección (Ivanoff, Jang, Smyth y Linehan, 1994; Linehan, Goodstein, Nielsen y Chiles, 1983). Entre ellas, se han incluido las creencias sobre el afrontamiento y la supervivencia, la familia, los hijos, el sentido moral y religioso, las repercusiones y la desaprobación social.
- **Variables sociocognitivas.** Actitudes, creencias y procesos sociocognitivos implicados en la intención de llevar a cabo conductas autolíticas, tales como la autoeficacia percibida y las actitudes favorables (afectivas, instrumentales, de aprobación/desaprobación social) y la percepción de control sobre la realización del acto suicida pueden ser modificadas para disuadir de la acción suicida (O'Connor, Armitage y Gray, 2006)
- **Miedo a la muerte y tolerancia al dolor.** La ausencia de miedo a la muerte y, el incremento a la toleración al dolor y la adversidad son variables que discriminan entre aquellas personas que realizan tentativas de los que simplemente desean la muerte (Smith, Cukrowicz, Poindexter, Hobson y Cohen, 2010; Van Orden, Witte, Gordon, Bender y Joiner, 2008). La intervención sobre estas variables junto con la disminución de la percepción de autoeficacia para llevar a cabo la acción suicida reduce su riesgo.
- **Alianza terapéutica.** El establecimiento del vínculo entre evaluador/terapeuta y el mantenimiento de una buena alianza es un elemento que mejorará la implicación y el compromiso del paciente con su recuperación y el tratamiento (ver instrumentos del capítulo 1 para su evaluación).
- **Grado de apoyo y seguridad del ambiente habitual de la persona.** Proporcionar un ambiente seguro y de protección que brinden la oportunidad a la persona de acceder fácilmente a fuentes de apoyo (familiar, amigo, servicios de urgencia...), el bloqueo y control de la disponibilidad de métodos letales (e.g., armas, fármacos, cuerdas, gas...).
- **Impulsividad, hostilidad y agresión.** Los problemas de control de impulsos y las emociones de ira y hostilidad son precursores y facilitadores de la conducta impulsiva. El análisis de estas variables y su modificación aumentarían el control emocional de la ira y los impulsos de autoagresión presentes en un gran número de modelos de la conducta suicida (Conner et al., 2003; Mann et al., 1999).
- **Pensamientos distorsionados.** Los errores cognitivos y pensamientos distorsionados tales como la maximización, la sobregeneralización, el pensamiento dicotómico, la abstracción selectiva, etc... implicados en la modulación de la intensidad depresiva (Beck, 1967, 1987) tienen un efecto sobre la conducta suicida que conviene identificar para la planificación de la intervención. Todo ello se justifica bajo la asunción de que los pensamientos y las expectativas positivas son amortiguadores del afecto negativo (ver capítulo correspondiente a alteraciones afectivas).

- *Habilidades de resolución de problemas.* La identificación de los problemas, su correcta delimitación, la búsqueda de alternativas para su afrontamiento y la elección de la alternativa más adecuada son estrategias de utilidad para resolver conflictos que pueden estar en la base de la problemática que preocupa o precipita al suicidio.
- *Acontecimientos estresantes.* La presencia de acontecimientos traumáticos pasados que arrastren recuerdos tormentosos, sentimientos de culpa o sobrecarga pueden ser disparadores de la conducta suicida (ver capítulo correspondiente al trauma).
- *Funcionalidad.* El análisis de la funcionalidad instrumental de las conductas suicidas debe ser evaluado. Los actos suicidas pueden funcionar como estrategias de regulación emocional, escape a una situación percibida como insuperable, afrontamiento a un estado de indefensión, estrategia de autocastigo o reparadora ante elevados sentimientos de culpa. El análisis de los antecedentes (e.g., precipitantes, disparadores) y consecuentes (e.g., reforzadores) de la conducta suicida ayudaría a entender el papel y la funcionalidad de las conductas autolíticas, en general, y las suicidas en particular (Linehan et al. 2006).

No existe una correspondencia exacta entre cada una de estas variables y los instrumentos que la evalúan. Algunas de estas medidas se han obtenido bien por registros o preguntas pautadas dentro de una entrevista, o bien, con instrumentos multidimensionales en el que se recogen diferentes variables.

Una selección de algunos instrumentos que pueden utilizarse para la conceptualización y formulación de los casos de suicidio se recogen en la Tabla 9.7. Los lectores pueden remitirse a los capítulos correspondientes de este manual para el análisis en profundidad de alguna de las variables citadas en donde éstas han sido ampliamente abordadas (e.g., acontecimientos traumáticos, alteraciones depresivas, problemas de control de impulsos, abuso de sustancias...).

Tabla 9.7. Variables Relevantes e Instrumentos para la Conceptualización de los Comportamientos Suicidas (Contrastación para las Hipótesis de Conceptualización).

Identificación	Características y Aspectos que Evalúa
Cogniciones, Actitudes y Creencias	
Escala Multiactitudinal de la Conducta Suicida MAST (<i>Multi-Attitude Suicide Tendency Scale</i> ; Osman, Barrios, Pank y Osman, 1994).	Autoinforme. 14-24 años. 10 minutos 30 ítems. Escala Likert 5 puntos. Evalúa actitudes hacia la muerte y la vida con 4 escalas: atracción y repulsión a la vida, atracción y repulsión a la muerte.

(continúa)

Identificación	Características y Aspectos que Evalúa
Cogniciones, Actitudes y Creencias	
<p>Cuestionario de Creencias Actitudinales sobre el Comportamiento Suicida, CCCS, Ruiz Hernandez, Navarro-Ruiz, Torrente Hernandez y Rodríguez González, 2005). Versión argentina de Desuque, Vargas y Lemos, 2011).</p>	<p>Adultos. Autoinforme. Consta de 18 ítems. Escala Likert 7 puntos. Estructura interna de cuatro factores: legitimación del suicidio, suicidio en enfermos terminales, dimensión moral del suicidio y el propio suicidio.</p>
<p>Escala de Desesperanza de Beck BHS (<i>Hopelessness Scale</i>; Beck y Steer, 1988). Traducción al español Bas y Andrés (1994).</p>	<p>Adolescentes y Adultos. 20 ítems verdadero/falso. Evalúa el grado de pensamientos positivos futuros a lo largo de la última semana. 5 minutos. Tres dimensiones: (1) sentimientos sobre el futuro; (2) pérdida de motivación; (3) expectativas de futuro.</p>
<p>Inventario de Razones para Vivir LRFL (<i>The Reasons for Living Inventory</i>; Linehan, Goodstein, Nielsen y Chiles, 1983). Versión abreviada 12 ítems BRFL (Ivanoff, Jang, Smyth y Linehan, 1994). Versión para Adolescentes CSRLI (<i>College Student Reasons for Living Inventory</i>; Westefeld, Cardin y Deaton, 1992).</p>	<p>Autoinforme. 48 ítems. Escala Likert 6 puntos. Evalúa las razones para vivir que disuaden del suicidio. Las subescalas incluyen: creencias de supervivencia y afrontamiento; responsabilidad a la familia, preocupaciones por los hijos, miedo al suicidio, miedo a la desaprobación social y objeciones morales.</p>
Conductas de Hostilidad, Agresión e Impulsividad	
<p>Escala de Impulsividad de Barratt BIS (<i>Barrat Impulsivity Scale</i>; Patton, Stanford y Barratt, 1995).</p>	<p>Autoinforme. 30 ítems. Escala Likert 4 puntos. Evalúa varios componentes de la impulsividad: atencional, motor, no-planificación. Proporciona una puntuación por escala y una puntuación general de impulsividad.</p>
<p>Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee, BDHI (<i>Buss-Durkee Hostility Inventory</i>; Buss y Durkee, 1957). Versión hispana Oquendo et al. (2001).</p>	<p>Autoinforme. 75 ítems. Verdadero y falso. Evalúa diferentes componentes de la hostilidad y los sentimientos de culpabilidad asociados. 8 subescalas: Violencia, Hostilidad indirecta, Irritabilidad, Negativismo, Resentimiento, Recelos, Hostilidad verbal y Culpabilidad.</p>
<p>Cuestionario de Agresión AQ (Buss y Perry, 1992). Adaptación española, Andreu Peña y Graña (2002).</p>	<p>Versión autoinformada. Jóvenes de 18 a 20 años. 52 ítems. Nivel global de Agresión. Subescalas: Agresión física, Agresión verbal, Ira y Hostilidad.</p>

(continúa)

Identificación	Características y Aspectos que Evalúa
Conductas de Hostilidad, Agresión e Impulsividad	
<p>Inventario de Expresión de Ira Estado Rasgo STAXI (Spielberger, 1999). Adaptación española Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Casado y Spielberger, 2001). Versión Infantil, STAXI-NA (Spielberger, 1999). Adaptación española Del Barrio, Aluja y Spielberger (2004).</p>	<p>55 ítems versión adulta. 49 ítems versión infantil con escala de 1 a 3. Para niño y adolescente. Evalúa la Ira como emoción estado o rasgo y el afrontamiento.</p>
Funcionalidad de las Conductas Suicidas	
<p>Entrevista Autolesiva de Intento Suicida (<i>Suicide Attempt Self-Injury Interview</i>; Linehan et al. 2006).</p>	<p>Contiene 6 ítems de despistaje, 9 preguntas abiertas y 22 ítems cerrados. 6 escalas: intento de suicidio, influencia interpersonal, alivio emocional, comunicación, letalidad, probabilidad de rescate.</p>
<p>Entrevista de Conductas y Pensamientos Autolesivos SITBI (Nock et al. 2007).</p>	<p>Ver Tabla 9.4.</p>
<p>Evaluación Funcional de la Mutilación FASM (<i>Functional Assessment of Self-Mutilation</i>; Lloyd et al. 1997).</p>	<p>Autoinforme. 22 ítems. Escala Likert 4 puntos. Evalúa los métodos, frecuencia y funciones de las conductas autolíticas a partir de 22 razones diferentes agrupadas en 4 factores: reforzamiento negativo, reforzamiento positivo, reforzamiento social positivo, reforzamiento social negativo.</p>
<p>Registros Situación-Pensamiento-Emoción mediante Evaluación Ecológica Momentánea o Método EMA (<i>Ecological Momentary Assessment</i>; Munsch, Meyer, Milenkovic, Schlup, Margraf y Wilhelm, 2009; Stone y Shiffman, 1994).</p>	<p>Mediante este procedimiento se evalúan las experiencias cotidianas y los estados psicológicos de los individuos en su ambiente natural. Completan los autorregistros tras un periodo de tiempo especificado (generalmente al final del día), tras la aparición de señales aleatorias (e.g., alarmas, avisos en el ordenador) o tras la aparición de acontecimientos particulares (e.g., pelea, encuentro con pareja).</p>
Múltiples Variables de Conceptualización	
<p>Escala de Probabilidad Suicida SPS (<i>Suicide Probability Scale</i>; Cull y Gill, 1988).</p>	<p>Autoinforme. 36 ítems. Escala Likert 4 puntos. 10 minutos. Evalúa 4 dimensiones: ideación suicida, desesperanza, autoevaluación negativa y hostilidad. Proporciona una puntuación de probabilidad suicida.</p>

Los instrumentos recogidos en la Tabla 9.7 poseen adecuadas evidencias de fiabilidad y validez de constructo. Todos ellos han sido estudiados en relación con comportamientos suicidas y las variables que evalúan han demostrado una significativa conexión y relación con éstos. De todos ellos los que más respaldo empírico han obtenido para la evaluación de la formulación y conceptualización del suicidio (Nock et al., 2008) son la Escala de la Desesperanza (DES), la Escala Multiactitudinal de la Conducta Suicida MAST y el Inventario de Razones para Vivir LRFL (en sus diferentes versiones).

4 EVALUACIÓN PARA LA VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO, SU PROGRESO Y LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

La evaluación de las conductas autolíticas y suicidas son de gran relevancia en el contexto del tratamiento. Tradicionalmente la intervención sobre estos problemas se ha centrado más en la prevención y por tanto, en la identificación de las conductas presentes, su frecuencia y su severidad. Existen escasos trabajos que hayan evaluado los cambios de las conductas suicidas por efecto del tratamiento, excepto en el contexto de la intervención de trastornos depresivos. Por esta razón, la existencia de tratamientos basados en la evidencia dirigidos a los comportamientos suicidas y el desarrollo de instrumentos para su evaluación son hasta la fecha limitados.

Entre los instrumentos para la valoración del tratamiento, podemos incluir, aquellos instrumentos diseñados para la evaluación de la presencia y riesgo suicidas que han mostrado sensibilidad al tratamiento y, en consecuencia, pueden ser utilizados como medidas para evaluar los efectos de la intervención; y los instrumentos que específicamente se han diseñado para evaluar los resultados y el seguimiento de una intervención. Entre los primeros, podemos citar los siguientes:

- Entrevista de Pensamientos y Conductas Autolesivas **SITBI** (*Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview*; Nock, Holmberg, Photos y Michel, 2007).
- Escala de Ideación Suicida **SSI** (*Scale for Suicide Ideation*; Beck, Kovacs y Weissman, 1979). Versión autoinformada **BSI** (Beck y Steer, 1991) Versión española (Fernández, Sainz, González et al., 2000)
- Escala de Ideación Suicida Modificada **MSSI** (*Modified Scale for Suicide Ideation*; Miller, Norman, Bishop y Dow, 1986).
- Escala de Desesperanza de Beck **BHS** (*Hopelessness Scale*; Beck y Steer, 1988). Traducción al español Bas y Andrés (1994).
- Entrevista Autolesiva de Intento Suicida (*Suicide Attempt Self-Injury Interview*; Linehan et al. 2006a).
- Escala de Probabilidad Suicida **SPS** (*Suicide Probability Scale*; Cull y Gill, 1988).

Dentro del grupo de instrumentos diseñados específicamente para la evaluación de los resultados del tratamiento y su seguimiento se detallan en la Tabla 9.8 alguno de los más relevantes: Escala de la Monitorización de la Ideación Suicida **SMSI** (*Self-Monitoring Suicidal Ideation Scale*; Clum y Curtin,

1993); Registro del Estado del Suicidio **SSF** (*Suicide Status Form*; Jobes, Jacoby, Cimboric y Husted, 1997) y la Entrevista del Historial Parasuicida **PHI** (*Parasuicide History Interview*; Linehan, Wagner y Cox, 1983).

A estos instrumentos se pueden añadir el uso de registros diarios que informen de las conductas problema, tales como *tarjetas diario* que monitoricen la presencia de ideación suicida y conductas autolíticas específicas (Linehan, 1993), además de medidas que exploren la intensidad de la sintomatología depresiva y ansiosa (e.g., BDI o BAI).

Tabla 9.8. Instrumentos para la Valoración, Progreso y Seguimiento del Tratamiento.

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Escala de la Monitorización de la Ideación Suicida SMSI (<i>Self-Monitoring Suicidal Ideation Scale</i> ; Clum y Curtin, 1993).	3 ítems de la escala SIS. Escala Likert de 4 y 5 puntos. Se administra diariamente.	Evalúa la intensidad, duración y nivel de control sobre el intento suicida («He tenido pensamientos de intentar un suicidio»).
Registro del Estado del Suicidio SSF (<i>Suicide Status Form</i> ; Jobes, Jacoby, Cimboric y Husted, 1997).	Adultos. 12 ítems. 6 autoinformados, 6 puntuados por el clínico. Likert 5 puntos. 5-10 minutos.	Evalúa sufrimiento, presiones externas (estresores), malestar emocional, desesperanza, baja autoconciencia y riesgo global de suicidio.
Entrevista del Historial Parasuicida PHI (<i>Parasuicide History Interview</i> ; Linehan, Wagner y Cox, 1983).	Adultos. 48 ítems. Entrevista.	Evalúa la topografía, frecuencia, intensidad y letalidad del método de las conductas autolíticas y suicidas tanto en el intento de suicidio reciente como en los intentos previos. 4 factores: intento suicida, riesgo médico, impulsividad e instrumentalidad (funcionalidad).

Los anteriores instrumentos mencionados para la evaluación de los resultados del tratamiento han mostrado buenas evidencias de fiabilidad y validez y se han utilizado para la evaluación de los cambios producidos tras el tratamiento de las conductas suicidas y autolíticas. Sus puntuaciones han mostrado cambios pre-post tratamiento indicando adecuada sensibilidad a la intervención.

Finalmente, subrayar que una de las recomendaciones para evaluar los resultados del tratamiento es la reevaluación a lo largo de la intervención del riesgo suicida y la seguridad del paciente. Medidas de algunos de los principales factores de riesgo son esenciales para evaluar la evolución del tratamiento y sus resultados. Por ejemplo, son buenos indicadores de ello, las medidas repetidas de la ideación suicida, planificación y tentativas, la desesperanza y, la intensidad depresiva y ansiosa. En el contexto de una psicosis, es importante evaluar también el contenido de las alucinaciones.

Esta reevaluación debe realizarse periódicamente, pero especialmente tras sesiones en las que hayan surgido situaciones de descarga emocional, revelación de conflictos o acontecimientos traumáticos, discontinuidad de la medicación o intentos previos. En el caso de estos últimos la evaluación debe realizarse con especial cautela.

Con el fin de amortiguar las limitaciones de la evaluación de los resultados del tratamiento sobre conductas suicidas, se recomienda el uso de instrumentos sistematizados con apoyo empírico que informen de la evolución y el cambio producido de la forma más rigurosa posible.

5 PROPUESTA DE UN PROTOCOLO PARA LA EVALUACIÓN DEL RIESGO Y LAS CONDUCTAS SUICIDAS

Existen diferentes propuestas que sintetizan el procedimiento básico para la evaluación del suicidio (APA, 2003; García-Nieto et al., 2012; Jayaram y Herzog, 2009; O'Connor, Warby, Raphael y Vassallo, 2004; SAFE-T, 2012). De acuerdo con las diferentes guías consultadas, se recomiendan incluir, al menos, los siguientes pasos:

1. Evaluar objetivamente las conductas suicidas: ideación, intención, plan, letalidad, conductas autolíticas, acceso a medios (fármacos, armas, cuchillos...) y seguridad de la persona.
2. Realizar un examen mental (apariencia, memoria, afecto, orientación, psicomotricidad, conciencia, pensamiento, lenguaje...).
3. Evaluar los antecedentes e historia de enfermedad, suicidio familiar y tratamientos previos.
4. Evaluar alteraciones mentales presentes mediante un diagnóstico multiaxial. Especial atención a los trastornos de abuso de sustancias, agitación, depresión, T. bipolar, ansiedad, psicosis y problemas de control de impulsos.
5. Evaluar los sistemas de apoyo social (e.g., aislamiento, personas significativas, relaciones conflictivas).
6. Evaluar las pérdidas recientes (e.g., muerte, relaciones, trabajo, movilidad).
7. Evaluar problemas de salud, legales y laborales.
8. Estimar el riesgo de suicidio (valorar factores de riesgo y factores de protección).
9. Reevaluar periódicamente los factores de riesgo modificables si se inicia una intervención.

Estas recomendaciones pueden ser contrastadas con la selección de instrumentos básicos que se incluyen, a modo de resumen, en la Tabla 9: instrumentos para la detección y evaluación del riesgo suicida, instrumentos para la conceptualización del problema e instrumentos para la valoración del tratamiento y su evolución. Dentro de esta selección se recogen las versiones para niños y adolescentes.

Tabla 9.9. Protocolo Básico para la Evaluación de las Conductas Suicidas.

Evaluación para la Delimitación del problema
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escala de Ideación Suicida SSI (<i>Scale for Suicide Ideation</i>; Beck et al., 1979). Versión autoinformada BSI (Beck y Steer, 1991) Versión española (Fernández et al., 2000). ▪ Escala de Ideación Suicida Modificada MSSI (<i>Modified Scale for Suiide Ideation</i>; Miller et al., 1986). ▪ Entrevista de Pensamientos y Conductas Autolesivas SITBI (<i>Self-Injurious Thoughts and Behaviors Interview</i>; Nock et al., 2007). ▪ Entrevista de Autolesiones e Intento Suicida SASII (<i>Suicide Attempt Self-Injury Interview</i>; Linehan et al., 2006). ▪ Cuestionario de Conducta Suicida SBQ (<i>Suicidal Behavior Questionnaire</i>; Linehan, 1991). <p>PARA NIÑOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Escalas Potenciales de Suicidio Infantil CSPS (<i>Child Suicide Potential Scales</i>; Pfeffer, Conte, Plutchik y Jerrett, 1979). ▪ Cuestionario de Conducta Suicida-Versión infantil SBQ-C (Cotton y Range, 1993). ▪ Cuestionario de Autolesiones SIQ (<i>Self-Injury Questionnaire</i>; Santa Mina et al., 2006). Versión para Adolescentes (Reynolds, 1988). Versión para niños SIQ-JR.
Evaluación para la Conceptualización del Caso
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escala de Desesperanza de Beck BHS (<i>Hopelessness Scale</i>; Beck y Steer, 1988). Traducción al español Bas y Andrés (1994). ▪ Escala Multiactitudinal de la Conducta Suicida MAST (<i>Multi-Attitude Suicide Tendency Scale</i>; Osman et al., 1994). ▪ Inventario de Razones para Vivir LRFL (<i>The Reasons for Living Inventory</i>; Linehan et al., 1983). Diferentes versiones BRFL (Ivanoff et al., 1994). Adolescentes CSRLI. ▪ Registros funcionales (antecedentes-conductas problema-consecuentes).
Evaluación para la Conceptualización del Caso
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escala de la Monitorización de la Ideación Suicida SMSI (<i>Self-Monitoring Suicidal Ideation Scale</i>; Clum y Curtin, 1993). ▪ Escala de Evaluación Suicida SUAS (<i>The Suicidal Assessment Scale</i>; Stanley et al., 1989). ▪ Registro del Estado del Suicidio SSF (<i>Suicide Status Form</i>; Jobes, Jacoby, Cimboric y Hustead, 1997). ▪ Entrevista del Historial Parasuicida PHI (<i>Parasuicide History Interview</i>; Linehan et al., 1983). ▪ Evaluación de la intensidad depresiva (e.g., Inventario de Depresión de Beck, BDI-II) y Ansiosa (Inventario de Ansiedad de Beck, BAI). ▪ Reevaluar los factores de Riesgo modificables. ▪ Reevaluar las variables de conceptualización identificadas como problemáticas.

RESUMEN

El suicidio es un problema grave de salud mediante el que una persona pierde la vida. Las conductas suicidas se refieren a un conjunto de pensamientos y conductas que la persona lleva a cabo con el propósito fundamental de autoinfligirse un daño deliberado y directo para provocarse la muerte. Dentro de estas conductas se puede diferenciar: suicidio, intento de suicidio, suicidio instrumental, ideación suicida y planificación suicida.

Parece que un 1% de la población americana ha intentado suicidarse una vez en la vida y algunos estudios en población latina lo elevan al 3 por 100.000, sin embargo, la asistencia médica por intentos de suicidio sólo afecta al 0.13% de la población. La relación de esta conducta por sexos es de 1 hombre y 3 mujeres si se trata sólo de intentos; cuando se trata de suicidio consumado la proporción es la inversa. Además estas conductas tienen una variabilidad estacional que se incrementa en periodos primaverales y en Navidad. Los grupos de población con mayor riesgo son los comprendidos entre 15 y 25 años. Específicamente en la adolescencia el suicidio es más frecuente y es la primera causa de muerte entre jóvenes de 15 a 19 años.

Los factores que originan y se asocian al suicidio son muy plurales e incluyen variables genéticas, familiares, biográficas, demográficas, afectivas, cognitivas, de personalidad, interpersonales y psicopatológicas, entre otras. El perfil de riesgo extremo para el suicidio resulta de la combinación de: ideación suicida, planificación inmediata con un método letal disponible, malestar emocional intenso, falta de apoyo (aislamiento), conflictiva familiar/social, escasas razones para vivir, desesperanza, trastorno mental (trastorno depresivo, bipolar, ansiedad severa, abuso de sustancias, psicosis o comorbilidad) y ausencia de factores de protección (hijos, responsabilidades familiares, religiosidad, satisfacción vital, apoyo social y adecuadas habilidades de afrontamiento, buena alianza y adherencia al tratamiento).

La evaluación de la delimitación del riesgo y la presencia de suicidio incluye la evaluación clara y directa de dos áreas: el riesgo suicida y las conductas suicidas. Estas últimas se centran en tres constructos principales: la ideación suicida, la planificación suicida y los intentos previos de suicidio. Entre los instrumentos diseñados para ello podemos encontrar fundamentalmente entrevistas y autoinformes. Estos instrumentos aún presentan importantes limitaciones de validez predictiva lo que sugiere aumentar al máximo la cautela para establecer predicciones de riesgo y usarlos dentro de una evaluación comprehensiva que incorpore diferentes métodos y fuentes de información. Los instrumentos recomendados y de más uso por su apoyo empírico son las entrevistas de Ideación suicida de Beck (SSI, SSI-W, MMSI), SITBI y SASII, el cuestionario autoinformado SBQ y BSI; para niños el CSPS y SIQ/SIQ-J.

Una de las formas más frecuentes de conceptualizar el suicidio es mediante un modelo complejo de diátesis-estrés. Dentro de este modelo la evaluación se dirige a un conjunto de variables susceptibles de ser modificadas tales como: desesperanza, alteraciones psicopatológicas, razones para vivir, variables sociocognitivas, miedo a la muerte y tolerancia al dolor, alianza terapéutica, grado de apoyo y seguridad del ambiente habitual de la persona, impulsividad, hostilidad y agre-

(continúa)

sión, pensamientos distorsionados, habilidades de resolución de problemas y acontecimientos estresantes. La evaluación de estas variables se ha realizado mediante autorregistros, preguntas pautadas dentro de una entrevista o cuestionarios multidimensionales. De todos ellos, los que más respaldo empírico han obtenido para la evaluación de la formulación y conceptualización del suicidio son la Escala de la Desesperanza (DES), Escala Multiactitudinal de la Conducta Suicida MAST y el Inventario de Razones para Vivir LRFL.

Entre los instrumentos para la valoración del tratamiento podemos incluir aquellos instrumentos diseñados para la evaluación de la presencia y riesgo suicidas que han mostrado sensibilidad al tratamiento junto con los instrumentos que específicamente se han diseñado para evaluar los resultados y el seguimiento de una intervención. Alguno de los instrumentos más relevantes diseñados específicamente para la evaluación de los resultados del tratamiento y su seguimiento son: Escala de la Monitorización de la Ideación Suicida SMSI, Registro del Estado del Suicidio SSF y la Entrevista del Historial Parasuicida PHI. A esto se añade la recomendación de reevaluar a lo largo de la intervención el riesgo suicida y la seguridad del paciente.

De acuerdo con las diferentes guías consultadas, se recomienda incluir la evaluación de determinados componentes y se propone un protocolo básico de evaluación que integre los principales instrumentos.

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

- 1) ¿En cuál de los siguientes contextos el suicidio aparece en mayor proporción? a) zonas rurales; b) occidente; c) épocas de cambios.
- 2) Un aspecto esencial para la prevención del suicidio en adolescentes es la detección de: a) ideación suicida; b) autoinspección; c) reflexividad.
- 3) Respecto a la evaluación del riesgo suicida: a) es posible su total prevención; b) está asociada a un elevado número de falsos positivos; c) Se asocia a una baja prevalencia de patología psiquiátrica.
- 4) ¿Cuál de los siguientes instrumentos permite una primera aproximación al riesgo suicida? a) Entrevista de Pensamientos y Conductas Autolesivas SITBI; b) Escala de Ideación Suicida SSI; c) Escala de Riesgo Suicida de Plutchik.
- 5) Una de las recomendaciones para evaluar los resultados del tratamiento es la evaluación: a) puntual del riesgo suicida; b) de medidas repetidas de la ideación suicida; c) de la psicosis.

Soluciones: 1c, 2a, 3b, 4c, 5b

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- APA (2003). *American Psychiatric Association Practice Guideline for the Assessment and Treatment of Suicidal Behavior*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Bobes, J., Giner, J., & Saiz, J. (Eds.). (2011). *Suicidio y psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. Madrid: Tricastels.
- Ferrer, E., Álvarez, M., & Atienza, G. (2010). *Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida: Evaluación y tratamiento* (Capítulos 4, 5, y 6). Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Evaluación de los Trastornos del Espectro de la Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos

Victoria del Barrio Gándara
Miguel Ángel Carrasco Ortiz

10

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

1 Introducción

- 1.1. Delimitación de la Esquizofrenia y sus Tipos
- 1.2. Epidemiología
- 1.3. Factores de Riesgo

2 Evaluación para la Delimitación del Problema: Contrastación de Hipótesis Diagnósticas

- 2.1. Instrumentos Utilizados: Descripción, Validez y Fiabilidad
 - 2.1.1. Entrevistas Diagnósticas
 - 2.1.2. Escalas de Puntuación y Cuestionarios
 - 2.1.3. Evidencias de Validez y Fiabilidad para el Diagnóstico
- 2.2. Diagnóstico Diferencial
- 2.3. Comorbilidad

3 Evaluación para la Conceptualización del Caso y la Planificación del Tratamiento

- 3.1. Principales Contenidos a Evaluar para el Tratamiento
- 3.2. Instrumentos para su Contrastación
- 3.3. Evidencias de Fiabilidad y Validez para la Evaluación de la Conceptualización del Caso

4 Evaluación para el Tratamiento, su Progreso y los Resultados de la Intervención

5 Propuesta de un Protocolo para la Evaluación de los Trastornos del Espectro Esquizofrénico

RESUMEN
EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN
BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

Se pretende que el estudiante tenga información suficiente para abordar la evaluación clínica de las esquizofrenias, lo que implica:

- Tener conciencia de la dificultad de evaluación de este tipo de sujetos que con frecuencia no prestan colaboración para ello.
- Delimitar con precisión los tipos de trastornos para que su sintomatología no pueda confundirse e inducir a diagnósticos erróneos.
- Conocer los instrumentos más adecuados para llevar a cabo el proceso diagnóstico.
- Conocer los escollos que pueden aparecer en el trascurso de la tarea evaluativa a fin de proporcionar una experiencia vicaria en el manejo de este tipo de trastornos.

1 INTRODUCCIÓN

1.1. Delimitación de la Esquizofrenia, sus Tipos y Otros Trastornos Psicóticos

La esquizofrenia es probablemente una de las afecciones más graves y duraderas que puede padecer el ser humano. Consiste esencialmente en una perturbación del concepto de realidad tal y como es compartida por la mayor parte de la gente.

Tradicionalmente se la ha denominado locura, y consiste en la incapacidad para la autonomía y la aparición de conductas extrañas tanto a nivel afectivo, conductual y verbal; la exclusión social es una de sus más terribles consecuencias. Bleuler (1911-1950) definía la esquizofrenia como un grupo de psicosis, con brotes crónicos que incapacitan al sujeto para llevar una vida normal. Actualmente, los nuevos fármacos, al suprimir alguno de sus síntomas más alarmantes, han logrado que el rechazo social haya menguado y también que muchos de los afectados, tras terapias de prevención terciaria, puedan incorporarse a una vida casi normal. Sin embargo, la disfunción que la esquizofrenia infringe a quienes la padecen se extiende a su vida personal, laboral, social concediéndole un carácter sumamente incapacitante y una inquietante tendencia a la cronificación. Es un dato a tener en consideración que alrededor del 70% de los esquizofrénicos permanece soltero y, en la mayor parte de los casados, la esquizofrenia ha aparecido después del matrimonio. Su aparición puede ser súbita, lo que se denomina brote esquizofrénico, o paulatina, en este caso el sujeto comienza lentamente una transformación de su conducta hasta que llega a niveles patológicos.

Su manifestación clínica puede resumirse en tres conjuntos de síntomas: a) síntomas positivos (alucinaciones, ideas delirantes, síntomas motores o comportamiento catatónico); b) síntomas negativos o residuales (alogia o pobreza de lenguaje/pensamiento, abulia-apatía, anhedonia y aplanamiento afectivo o embotamiento, asociabilidad, problemas atención); c) síntomas de desorganización (lenguaje desorganizado o trastorno formal del pensamiento, conductas desorganizadas, afecto inapropiado). Además de estos síntomas es frecuente que la esquizofrenia se asocie a un deterioro de las habilidades cognitivas lo que incluye problemas en la atención, la concentración, la velocidad psicomotora, el aprendizaje, y la memoria, así como alteraciones de las funciones ejecutivas (e.g., pensamiento abstracto, resolución de problemas) (ver Tabla 10.1).

Tabla 10.1. Criterios Diagnósticos para los Distintos Tipos de Trastornos Esquizofrénicos.

Esquizofrenia
<p>A. Dos o más de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Delirios. 2. Alucinaciones. 3. Lenguaje. 4. Catatonía. 5. Desorganización. 6. Síntomas Negativos. <p>B. Disfunción social o ocupacional.</p> <p>C. Al menos 6 meses.</p> <p>D. Exclusión de Trastornos afectivos o esquizoafectivos.</p> <p>E. Exclusión de consumo de sustancias.</p> <p>F. Se puede diagnosticar esquizofrenia en casos de autismo si hay alucinaciones o delirios.</p>
Tipo Paranoide
<p>A. Con ideas delirantes o alucinaciones auditivas.</p> <p>B. No suele haber lenguaje desorganizado, conducta desorganizada o catatónica, o afecto inadecuado.</p>
Tipo Desorganizado
<p>A. Con lenguaje desorganizado. Comportamiento desorganizado. Afecto inadecuado.</p> <p>B. No se cumplen criterios de catatonía.</p>
Tipo Catatónico
<p>A. Dos o más de los siguientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Inmovilidad motora: catalepsia o estupor. 2. Actividad excesiva. 3. Negativismo. 4. Posturas extrañas. 5. Ecolalia.
Tipo. Indiferenciado
<p>Se cumplen los criterios A, pero ninguno específico.</p>
Tipo Residual
<p>A. Ausencia de ideas delirantes, Alucinaciones, Lenguaje desorganizado, Catatonía.</p> <p>B. Con Síntomas Negativos, Percepciones extrañas.</p>

De todos los síntomas de esta perturbación quizás los más característicos sean las alucinaciones y los delirios que aparecen en todas las culturas acompañando a los trastornos psicóticos.

Los *delirios*, son alteraciones del pensamiento consistente en creencias erróneas que habitualmente provienen de malinterpretaciones de percepciones o experiencias que se trastocan e interpretan de manera equivocada. Estas ideas pueden ser de todo tipo, religiosas, de salud, bélicas, persecutorias, estas últimas son las más frecuentes. Los estudio transculturales han hecho notar como los delirios varían de unas culturas a otras y hay temas (como los extraterrestres) de los que puede fecharse su aparición. Se podría sostener que cada cultura o época tiene delirios, pero con un *idearium* característico.

Las *alucinaciones*, por el contrario, a pesar de que se fijan en alguno de los sentidos (e.g., auditivas, visuales, táctiles, olfativas) no tienen apoyo perceptivo y aparecen de la nada. «Oír voces» es, sin duda, la alucinación más habitual.

Con todo ello el camino de investigación a recorrer sobre la psicosis es ingente y sus últimas causas permanecen todavía en un camino de consolidación sin datos absolutamente concluyentes, excepto su origen en alteraciones de tipo orgánico.

Se distinguen varios tipos de esquizofrenias aunque el DSM-5 prefiere hablar del espectro esquizofrénico en donde se incluyen las formas posibles de manifestarse (esquizofrenia, esquizotipia, esquizofreniforme, psicótico breve, delirios, esquizoafectivos, esquizofrenia atenuada, psicoticismo inducido por sustancias, psicoticismo asociado a condiciones médicas desconocidas, catatonía, otros trastornos psicóticos, psicoticismo no especificado, catatonía no especificada). Expondremos las distintas formas de presentarse la esquizofrenia según el último DSM publicado (DSM-IV-TR; APA, 2000) y una breve descripción de cada uno de ellos (ver Tablas 10.1 y 10.2); como puede constatarse los tipos no son idénticos, pero se conservan los principales.

Tipo Paranoide

Se caracteriza por tener una sintomatología de alucinaciones y delirios, por eso también se llama trastorno delirante, que afecta a las percepciones y creencias, pero no al entendimiento. Una persona que padece esquizofrenia paranoide puede llevar a cabo tareas y empresas sin dificultad y si sus síntomas no son muy violentos, puede incluso pasar desapercibido, siempre que no haga patentes sus creencias. Normalmente el contenido de las alucinaciones se centra en ideas persecutorias, ideas de peligro, espionaje, predestinación o grandiosidad. Generalmente, el centro de la perturbación es el pensamiento y la percepción. Su capacidad de relaciones interpersonales se encuentra muy afectada. En ocasiones, puede llegar a tener conductas violentas alentadas por sus ideas persecutorias y en ocasiones esa violencia la vuelve contra sí mismo. Los intentos de suicidio en este tipo de población son relativamente frecuentes. Su aparición es más tardía que los demás tipos de esquizofrenia y tiende a cronificarse, aunque, como ya se ha dicho, es más fácil que conserven capacidad de auto-mantenerse

Tipo Desorganizado

Consiste fundamentalmente en una conciencia de extrañeza respecto de sí que produce una profunda desorganización de la percepción externa e interna que conduce a la despersonalización. Normal-

mente tiene una sintomatología ligada a problemas de lenguaje y conducta en donde la desorganización es su característica más relevante. Suele manifestarse mediante síntomas precoces y le antecede una personalidad premórbida que evoluciona lentamente hasta el comienzo de la perturbación propiamente dicha.

Tipo Catatónico

El campo de afectación es principalmente motor y puede ser de carácter variable, puesto que la sintomatología puede ser hiperquinética o por el contrario llegar hasta el estupor. Si se da hiperactividad, ésta no se orienta a ningún propósito y es ajena a las circunstancias ambientales, pero puede llegar a ser peligrosa para sí mismo o para los otros. Si se produce hipoactividad es insensible a cualquier estimulación o sugestión y frecuentemente adopta posturas raras o inconvenientes, manierismos, estereotipias, etc. Presenta también síntomas de afectación del lenguaje que suelen ser verborrea, ecolalias o coprolalia.

Tipo Indiferenciado

Es un tipo de perturbación cuya sintomatología no reúne todos los criterios propios de la esquizofrenia ni los de los diferentes subtipos.

Tipo Residual

Es una forma leve que puede seguir a un brote agudo. Suelen desaparecer las alucinaciones y los delirios, pero, si se mantienen, son más atenuados. Sin embargo, hay síntomas que permanecen, especialmente, la ausencia de afectividad y la desorganización intelectual. Se considera que es un episodio en período de remisión y las personas afectadas mantienen un nivel de ejecución que les permite una vida autónoma.

En la Tabla 10.2 se recoge una breve descripción del conjunto de trastornos incluidos dentro de los trastornos del espectro esquizofrénico y otros trastornos psicóticos (DSM-V; APA, 2012).

Tabla 10.2. Descripción de los Principales Trastornos del Espectro Esquizofrénico.

Tipo de Trastorno	Descripción
Esquizotípico de la Personalidad.	Alteraciones fundamentales en el funcionamiento de la personalidad (identidad, autocontrol, empatía, intimidad) y la presencia de rasgos patológicos de personalidad (excentricidad, disregulación cognitiva y perceptiva, experiencias y creencias inusuales, desapego, afectividad negativa).
Delirante.	Presencia de delirios por al menos 1 mes. Si aparecen alucinaciones son de tipo táctiles y olfatorias y congruentes con el contenido delirante.

(continúa)

Tipo de Trastorno	Descripción
Psicótico Breve.	Presencia de síntomas psicóticos por al menos 1 día y no más de un mes. Tras la sintomatología se retorna a un estado premórbido de funcionamiento.
Inducido por Sustancias.	Presencia de síntomas psicóticos debido al consumo de sustancias.
Asociado a una Condición Médica.	La presencia de síntomas se deriva por la presencia de una condición médica identificable.
Esquizofreniforme.	Presencia de los criterios de la esquizofrenia con una duración entre 1 y 6 meses.
Esquizoafectivo.	Se conjugan los criterios de la esquizofrenia y del Trastorno de Depresión Mayor.
Esquizofrenia.	Presencia de delirios, alucinaciones o discurso desorganizado durante un mes. Además pueden aparecer síntomas negativos y psicomotores. La afectación derivada de los síntomas debe persistir al menos 6 meses.

1.2. Epidemiología

La esquizofrenia es un problema que afecta al 1% de la población con un rango entre 0.5 y 2% según qué tipo de poblaciones y países (Addington et al., 2007); su incidencia no es alta, pero la gravedad de la alteración ha producido una copiosa investigación sobre sus causas, evaluación y tratamiento.

La edad de aparición es la edad adulta excepto las *hebefrenias* que se llaman así porque aparecen en jóvenes, pero su aparición es muy rara y en descenso.

1.3. Factores de Riesgo

Todos los expertos están de acuerdo respecto del origen biológico de la esquizofrenia (sus síntomas son idénticos en todas las culturas), pero también en el hecho de que un ambiente estresante puede desencadenar su aparición en individuos vulnerables. Los factores genéticos parecen tener una fuerza explicativa especial en este trastorno, prueba de ello son los datos sobre diferentes casos dentro de una misma familia y los datos procedentes de estudios de gemelos monocigóticos, los cuales han aislado unos cuantos genes responsables de la aparición de la esquizofrenia (Rosa, Peralta, Cuesta, Zarzuela, Serrano, Martínez y Fañanás, 2004). Además, apoyando esta tesis, la epidemiología ha mostrado que los hermanos monocigóticos desarrollan ambos esquizofrenia en un 100%, los hijos de ambos padres esquizofrénicos en un 90%, los hermanos en un 50%, los que tienen un solo progenitor esquizofrénico

en un 50%, sobrinos un 25%, mientras que la esposa que comparte ambiente, pero no genes un 0.96% (Barch, 2005). Estos datos hablan por si solos.

Entre los factores físicos estructurales se han aislado alteraciones fundamentalmente en el área prefrontal del córtex, en el tamaño de los ventrículos (Galderisi et al., 2000), en la sustancia blanca frontal y parietal de la sustancia gris y en la glía (Murray, McDonald y Bauns, 2002).

Se cree que, en un importante número de casos, ya sea a causa de los genes o de agentes patógenos, éstos actúan durante la gestación, especialmente hacia el 5º mes de embarazo. Esto se ha deducido, porque la mayor parte de los esquizofrénicos nacen en primavera y la temporada de invierno es cuando los agentes patógenos externos están más activos. Una de las consecuencias de estos ataques es una reducción cerebral en la zona del hipocampo que llega a alterar la función cerebral normal (Kendler y Prescott, 2006).

Naturalmente, desde el principio se ha estudiado la hipótesis funcional de una afectación de los neurotransmisores, principalmente de la norepinefrina y la serotonina. Las neuroimágenes han corroborado diferencias entre cerebros normales y patológicos, consistentes en una baja actividad de la dopamina en las áreas prefrontales de los esquizofrénicos (Taber, Lewis y Hurley, 2001).

Por otra parte, se ha relacionado el estrés con la aparición de los episodios, como por ejemplo, el sometimiento del niño a un alto clima negativo emocional en el seno de la familia (Hoyle, 2007), pero especialmente en el caso del estrés prenatal de la madre en los primeros meses de gestación cuando se están generando las estructuras cerebrales relacionadas con la plasticidad sináptica (Sickmeier y Hoffman, 2002). En este sentido, también se ha hallado que los perniciosos efectos de un estrés físico, como carencias nutricionales de la madre, pueden afectar al feto en el período de gestación (St. Claire et al. 2005), aunque también hay muchos estudios de la vulnerabilidad que provocan agentes patógenos como la meningitis durante la pregnancy (Cannon y Keller, 2006).

Muchas de estas afecciones del funcionamiento del sistema nervioso quedan silentes hasta la adolescencia en donde comienza el funcionamiento global de todas las funciones cerebrales y la conclusión del proceso de mielinización. Esto explicaría la baja incidencia de la esquizofrenia en la niñez.

Por último, se han aislado también factores de riesgo ambientales como puede ser, por ejemplo, el consumo de drogas (Van Os, Bank, Anisen, Bijil, De Graaf y Verdoux, 2002). Sin embargo, este es un factor ambiental que se combina también con factores orgánicos, puesto que la droga puede activar esos mecanismos latentes que suponen una vulnerabilidad orgánica previa a la ingesta.

Se ha señalado también la mayor incidencia de la esquizofrenia en clases sociales deprimidas, pero esto más que un factor ambiental parece estar relacionado con la acumulación de los factores de riesgo orgánicos que acumulan los estratos sociales más bajos en todas las sociedades, puesto que los factores patógenos tienen una peor prevención e intervención.

2 EVALUACIÓN PARA LA DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS

La evaluación de la esquizofrenia comienza como la de cualquier otro trastorno, es decir, se advierten algunos signos en la primera entrevista de contacto y se inicia una evaluación genérica que confirme este primer esbozo diagnóstico usando instrumentos más específicos que confirmen la hipótesis y permitan determinar el tipo de trastorno ante el que nos encontramos.

Como ya hemos venido señalando, la evaluación para el diagnóstico se puede abordar con una metodología categorial o dimensional. La evaluación categorial consiste en la aplicación de los criterios diagnósticos pertinentes ya sean los contenidos en el DSM o del ICD (CIE en español). En este caso presentaremos los del DSM-IV-TR que permiten identificar cada uno de los distintos tipos de esquizofrenias, puesto que el DSM-5 y el ICD-11, aún en elaboración, no se han publicado todavía y sus categorías pueden transformarse (ver Tabla 10.1). La mayoría de estos criterios son evaluados mediante entrevistas estructuradas o semiestructuradas. La evaluación dimensional, en cambio, se centra en el análisis de la sintomatología y en la cuantificación de su nivel de gravedad. Para llevar a cabo este tipo de evaluación se emplean generalmente listados de síntomas, cuestionarios o inventarios. Ambos grupos de instrumentos se analizan a continuación.

2.1. Instrumentos Utilizados: Descripción, Validez y Fiabilidad

2.1.1. Entrevistas Diagnósticas

Estos instrumentos se construyen siguiendo los criterios de los distintos sistemas diagnósticos, vamos a mencionar algunas de las entrevistas específicas más conocidas que permiten la detección de alteraciones psicóticas. Las características de estas entrevistas pueden ser consultadas en capítulos previos (e.g., capítulo de evaluación de los trastornos de ansiedad).

- Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (*Composite International Diagnostic Interview*; CIDI; OMS, 1993; Rubio, Bravo y Canino, 1991). Existe una versión autoadministrada (WHO, 1997).
- Entrevista SCID-I (versión investigación; First, Spitzer, Williams y Gibbon, 1995) y SCID-CV (versión clínica; First, Spitzer, Williams y Gibbon, 1997; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 2002). De sus seis módulos, dos de ellos están referidos a las alteraciones psicóticas, uno evalúa los episodios psicóticos y otro los trastornos. Existe una versión autoinformada para el despistaje de las alteraciones.
- Entrevista SADS (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia*) para los trastornos afectivos y la esquizofrenia (Endicott y Spitzer, 1978). Esta entrevista está diseñada principalmente para la evaluación de trastornos psicóticos y afectivos. Existe también una versión para niños, la entrevista K-SADS (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children*; Ambrosini, 2000).

- Examen del Estado Presente PSE-10 (*Present State Examination*; Luria y Berry, 1979; Wing et. al, 1974). Adaptación al castellano por Vázquez-Barquero (1993). Se trata de un instrumento incorporado en una batería de evaluación clínica denominada SCAN (*Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry*; WHO, 1997). Una de las partes de esta entrevista está diseñada para la evaluación de los trastornos psicóticos y el grado de afectación funcional de los pacientes. Permite una corrección informatizada.
- Entrevista Diagnóstica DIS (*Diagnostic Interview Schedule*; Robins et al., 1995). Originalmente fue diseñada para la evaluación de alteraciones en contextos forenses, por lo que su validez clínica está cuestionada. Evalúa la sintomatología mediante preguntas de Si/No acompañadas, en caso afirmativo, de cuestiones complementarias sobre la duración e intensidad de la sintomatología. Permite la corrección informatizada y cuenta con una versión autoadministrada de cribado.

Para la evaluación de la sintomatología psicótica en niños y adolescentes, además de la entrevista K-SAD ya mencionada, pueden utilizarse las siguientes: a) Entrevista DICA para Niños y Adolescentes (*Diagnostic Interview for Children and Adolescent*; Herjanic y Reich, 1982; Reich, 2000); b) Entrevista de Evaluación Psiquiátrica para Niños y Adolescentes CAPA (*The child and adolescent psychiatric Assessment*; Angold, 1994; Angold y Costello, 2000). Versión para niños (CAPA-N) y para padres (CAPA-P); y la entrevista para niños y adolescentes ISCA (*The Interview Schedule Children and Adolescents*; Kovacs, 1997; Sherrill y Kovacs, 2000).

2.1.2. Escalas de Puntuación y Cuestionarios

Desde una perspectiva dimensional, las escalas de puntuación y los cuestionarios se han diseñado para la detección y valoración de la sintomatología y su gravedad. Algunas de ellas permiten el diagnóstico de las alteraciones mediante el establecimiento de puntos de corte, aunque su principal objetivo está en el análisis de la sintomatología, su fenomenología e intensidad más que en el diagnóstico.

En la Tabla 10.3 se incluyen las principales escalas y cuestionarios para la evaluación de los trastornos del espectro esquizofrénico. Algunos de estos instrumentos son de aplicación autoinformada (e.g., *Cuestionario Oviedo para la Evaluación de la Esquizotipia* Esquizo-Q) o heteroinformada con formato de entrevista (e.g., *Escala Psiquiátrica Breve BPRS*), pero otros pueden ser aplicados indistintamente (e.g., *Escala de Síntomas Positivos y Negativos del Síndrome de Esquizofrenia PANSS*). No obstante, aquellos aplicados con formato de entrevista no se engloban dentro de las entrevistas estructuradas diagnósticas, no sólo por su formato sino también porque se centran fundamentalmente en la sintomatología y manifestaciones clínicas del espectro esquizofrénico más que en los criterios diagnósticos recogidos en los manuales clasificatorios.

El contenido de estos instrumentos incluye una amplia variedad de sintomatología tanto positiva (e.g., delirios, alucinaciones, síntomas motores) como negativa (e.g., alogia, abulia-apatía, anhedonia, embotamiento afectivo) o desorganizada (e.g., lenguaje alterado, conductas desorganizadas, afecto inapropiado). Sin embargo, algunas escalas están más centradas en la sintomatología negativa y en los

síntomas residuales (e.g., *Escala para la Evaluación de Síntomas Negativos SANS*) o en otro tipo de sintomatología diferente a la propiamente psicótica (e.g., *Escala de Depresión de Calgary para la Esquizofrenia CDSS*) característica de las fases posteriores a los episodios psicóticos activos. Cabe mencionar en este sentido las escalas referidas a síntomas básicos característicos del *síndrome defectual* (sintomatología negativa persistente congruente con la depresión) relativo a las quejas de los sujetos tras un episodio agudo y a la sintomatología más relacionados con la vulnerabilidad del sujeto a la enfermedad (e.g., *Escala de Embotamiento Emocional SEB* o el *Inventario Psicopatológico de Frankfurt FCQ*).

Tabla 10.3. Principales Escalas y Cuestionarios para la Delimitación de los Trastornos de Espectro Esquizofrénico.

Identificación	Aplicación y Formato	Contenido/Dimensiones
<p>Escala Psiquiátrica Breve BPRS* (<i>Brief Psychiatric Rating Scale</i>; Overall y Gorham, 1962). Versión niños BPRS (Overall y Gorham, 1988). Versión española Peralta y Cuesta (1994).</p>	<p>18 ítems: 12 síntomas psicóticos, 6 afectivos. Heteroadministrada por clínicos. Escala Likert 7 puntos. 20-30 minutos.</p>	<p>Evalúa la severidad de los síntomas durante la semana previa. Incluye síntomas psicóticos (e.g., alucinaciones, delirios) y afectivos (depresión, hostilidad, ansiedad) y de contenido cognitivo-conductual (e.g., preocupaciones, desorganización, manierismos). Evalúa la respuesta al tratamiento farmacológico.</p>
<p>Escala de Síntomas Positivos y Negativos del Síndrome de Esquizofrenia PANSS* (<i>The Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia</i>; Kay, Fiszbein y Opler, 1987a, 1987b). Versión infantil Kiddie-PANSS (Fields, Kay y Grosz, 1994). Versión española Peralta y Cuesta (1994b). Versión en formato de entrevista SCI-PANSS (Opler et al., 1992).</p>	<p>30 ítems. Escala Likert 7 puntos. Heteroadministrada por entrevista semiestructurada o autoadministrada. 30-40 minutos.</p>	<p>3 subescalas: síntomas Positivos (7 ítems), Negativos (7 ítems), Mixta-general (16 ítems) que incluye diferentes síntomas psicopatológicos. El punto de corte de la escala general es de 52. Es especialmente buena para la evaluación de los síntomas positivos más que los negativos.</p>
<p>Escala para la Evaluación de Síntomas Positivos SAPS (<i>Scale for the Assessment of Positive Symptoms</i>; Andreasen, 1984).</p>	<p>30 ítems. Escala Likert 5 puntos. Permite una puntuación global y por grupo de síntomas. Heteroinformada. 30-60 minutos.</p>	<p>Evalúa los síntomas positivos de la esquizofrenia: alucinaciones, delirios, conducta extravagante, trastornos del pensamiento. Evalúa la respuesta al tratamiento.</p>

(continúa)

Identificación	Aplicación y Formato	Contenido/Dimensiones
<p>Escala para la Evaluación de Síntomas Negativos SANS (<i>Scale for the Assessment of Negative Symptoms</i>; Andreasen, 1983)*.</p>	<p>20 ítems. Escala Likert 5 puntos. Permite una puntuación global y por grupo de síntomas. Heteroinformada. 30-60 minutos.</p>	<p>Evalúa los síntomas negativos de la esquizofrenia: pobreza afectiva, abulia-apatía, alogia, anhedonia, problemas de sociabilidad, dificultades de atención.</p>
<p>Escala de Síntomas Psicóticos PSYRATS (<i>Psychotic Symptoms Rating Scales</i>; Haddock, McCarron, Terrier y Farager, 1999). Versión española González, Sanjuan, Cañete, Echánove y Leal (2003).</p>	<p>17 ítems. Escala Likert 5 puntos.</p>	<p>Evalúa principalmente síntomas positivos mediante dos subescalas: Alucinaciones auditivas (11 ítems) y Delirios (6 ítems). Los parámetros para evaluar las alucinaciones son: frecuencia, duración, localización, intensidad, grado de convicción del origen, contenido negativo, ansiedad evocada, intensidad ansiedad, grado de repercusión y control. Los delirios se evalúan con los parámetros: frecuencia de preocupación, duración, convicción, intensidad de ansiedad, interferencia en la vida.</p>
<p>Escala de Signos y Síntomas de la Enfermedad Psicótica SSPI (Liddle, Ngan y Duffield, 2002).</p>	<p>20 ítems. Escala Likert 5 puntos. Entrevista semiestructurada referida a criterios (15 cuestiones directas).</p>	<p>Evalúa síntomas y signos referidos a tres síndromes: Pobreza psicomotora (baja actividad, afecto plano, pobreza motora y verbal); Desorganización (afecto inapropiado, pensamiento formal desorganizado); Distorsión de la realidad (alucinaciones y delirios).</p>
<p>Cuestionario Oviedo para la Evaluación de la Esquizotipia ESQUIZO-Q (Fonseca, Muñiz Lemos y Villazón, 2011).</p>	<p>51 ítems. Escala Likert 5 puntos. Adolescentes (14-18 años).</p>	<p>10 escalas que cubren los criterios diagnósticos: ideas de referencia, pensamiento mágico, experiencias perceptivas extrañas, pensamiento y lenguaje raros, ideación paranoide, anhedonia física, anhedonia social, comportamiento raro, falta de amigos íntimos y ansiedad social excesiva.</p>

(continúa)

Identificación	Aplicación y Formato	Contenido/Dimensiones
Escala de Embotamiento Emocional SEB (<i>Scale of Emotional Blunting</i> ; Abrams y Taylor, 1978). Adaptación española Peralta, Cuesta y León (1991).	16 ítems. Escala Likert 4 puntos.	Evalúa los síntomas negativos y persistentes congruentes con un estado depresivo (<i>Síndrome defec-tual</i>). Se centra en aspectos afectivos, conductuales y cognitivos del afecto restringido.
Inventario Psicopatológico de Frankfurt FCQ (<i>Frankfurt Com-plaint Questionnaire</i> ; Süllwold y Herrlich, 1897). Adaptación española (Cuesta et al., 1995; Jimeno, Jimeno y Vargas, 1996).	98 ítems. Escala verdadero/falso. Heteroinformada.	Evalúa los síntomas y experiencias subjetivas sobre el déficit cogniti-vo: pérdida de control, percepción simple y compleja, lenguaje, pen-samiento, movimiento, falta de au-tomatismo, anhedonia-ansiedad, pobre estimulación sensorial.
Escala de Depresión de Calgary para la Esquizofrenia CDSS (<i>Cal-gary Depression Scale for Schizoph-renia</i> ; Addington, Addington y Schissel, 1990). Adaptación espa-ñola Ramirez et al. (2001).	9 ítems. Heteroaplicada con for-mato de entrevista semiestructura-da. Escala Likert 4 puntos.	Evalúa sintomatología depresiva: depresión, desesperanza, baja au-toestima, ideas de culpa, desper-tar precoz, sintomatología matuti-na y conducta suicida.
Escala de Síntomas Prodrómicos SOPS (<i>Scale for the Assessment of Prodromal Symptoms</i> ; McGlasham, Miller y Woods, 2001). Adaptación española Lemos et al. (2006).	19 ítems. Escala Likert 7 puntos.	Evalúa la sintomatología mediante 4 subescalas temáticas: síntomas positivos, síntomas negativos, des-organización y generales.
Escala Clínica de Impresión Esqui-zofrénica Global CGI-SCH (<i>Clini-cal Global Impression-Schizophre-nia Scale</i> ; Haro et al., 2003).	10 ítems. Escala Likert 7 puntos. Heteroaplicada.	Dos escalas: una de gravedad de los síntomas (5 ítems) y otra de grado de cambios (5 ítems). Pro-porciona información cualitativa sobre síntomas positivos, negati-vos, cognitivos y depresivos.

2.1.3. Evidencias de Validez y Fiabilidad para el Diagnóstico de los Trastornos del Espectro Esquizofrénico

Respecto a la fiabilidad, en este área de la evaluación clínica se pueden encontrar las mayores discrepancias diagnósticas de la psicología y la psiquiatría, por tanto, conviene aquilatar la fiabilidad de los instrumentos usados para elaborar un diagnóstico preciso (Faraone et al., 2006). Por ello, el diagnóstico de estos trastornos implica obtener un amplio rango de información que incluya tanto estados subje-

tivos como observación conductual e informes sobre el funcionamiento en diferentes áreas de la vida del paciente. El diagnóstico también debe incluir preguntas sobre la duración de la sintomatología. Dadas las limitaciones de muchas personas afectadas por estos trastornos para proporcionar información es necesaria la obtención de información complementaria por otras fuentes. La obtención de información procedente por varias fuentes y el uso de criterios diagnósticos objetivos proporcionados por entrevistas estructuradas aumentan la fiabilidad de los diagnósticos y su validez.

Los instrumentos aquí recogidos para el diagnóstico y el análisis de la sintomatología de los trastornos del espectro esquizofrénico han mostrado evidencias de fiabilidad y validez adecuadas. Sin embargo, de todos ellos son altamente recomendables (Mueser y Glynn, 2008): entre las entrevistas, la *Entrevista del Estado Presente PSE* (Luria y Berry, 1979; Wing et. al, 1974) y la *Entrevista SCID-CV* (First, Spitzer, Williams y Gibbon, 1997; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 2002); entre las escalas de puntuación destacan por sus mejores propiedades psicométricas la *Escala Psiquiátrica Breve BPRS* (Overall y Gorham, 1962; Overall y Gorham, 1988) y la *Escala de Síntomas Positivos y Negativos del Síndrome de Esquizofrenia PANSS* (Kay, Fiszbein y Opler, 1987a).

2.2. Diagnóstico Diferencial

Dada la similitud entre los trastornos esquizofrénicos y algunos de los trastornos de personalidad (e.g., esquizoide, esquizotípico, paranoide o límite) es conveniente tener en cuenta las características discriminativas de ambos. La principal diferencia entre estos dos grupos de trastornos es la presencia de alucinaciones y delirios en los primeros y la ausencia de ellas en los segundos.

Otros trastornos de los que hay que diferenciar las alteraciones del espectro esquizofrénico son (APA, 2000; Tolbert, 1996):

- Trastornos psicóticos debidos a una enfermedad médica o inducidos por una alteración física o una droga (e.g. cocaína o anfetaminas) que justifiquen la presencia de los síntomas.
- Trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos. Los síntomas psicóticos solo aparecen exclusivamente en periodos de estado de ánimo triste.
- Trastorno esquizoafectivo. Aparecen episodios depresivos en congruencia con la fase activa de la esquizofrenia.
- Trastorno esquizofreniforme o trastorno psicótico breve. Duración restringida de los síntomas.
- Trastorno delirante. Ausencia de alucinaciones.
- Trastornos generalizados del desarrollo. Aparición en la infancia, ausencia de alucinaciones y delirios.

2.3. Comorbilidad

Se considera que un 90% de los sujetos esquizofrénicos presentan algún grado de comorbilidad lo que hace especialmente complicada su diagnosis (Perkins, Stroup y Liberman, 2008). Es especialmente importante la comorbilidad con la depresión o afecto negativo y con el consumo de sustancias. La esquizofrenia puede desarrollarse con cierta frecuencia a partir de un trastorno de personalidad (e.g., esquizoide, esquizotípico, paranoide, límite) o de un trastorno obsesivo-compulsivo. Es frecuente el riesgo de suicidio y en menor medida el estrés postraumático.

Además existe un grupo de problemas no estrictamente psicológicos asociados a la esquizofrenia, entre los que destacan los trastornos infecciosos (e.g., hepatitis, SIDA), la victimización por violencia y la indigencia. Aunque la naturaleza de estos problemas es de carácter más médico y psicosocial, tiene indudables implicaciones para la evaluación y el tratamiento psicológico.

3 EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO Y LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO

3.1. Principales Contenidos a Evaluar para el Tratamiento

La evaluación para la conceptualización de los trastornos del espectro esquizofrénico y la consecuente planificación del tratamiento requieren al menos explorar las siguientes áreas (Mueser y Glynn, 2008):

a) Análisis de la Sintomatología Presente y Creencias Asociadas

El análisis de los síntomas requiere identificar las manifestaciones clínicas actuales tanto propias del trastorno (e.g, alucinaciones, delirios) como asociadas (e.g., sintomatología depresiva). Es importante delimitar la sintomatología positiva y negativa y analizar sus particularidades. En el caso de la sintomatología positiva, es importante evaluar las distorsiones y creencias erróneas sobre ésta (e.g., interpretación negativa o catastrófica de sus propios síntomas, atribuciones internas-externas de sus experiencias) y la relación entre la interpretación de su sintomatología y las emociones (e.g., ansiedad, tristeza, ira) así como sus conductas defensivas (e.g., aislamiento, suspicacia). Conviene identificar las capacidades de afrontamiento de los pacientes sobre esta sintomatología. Es también importante identificar los niveles de convicción, de frecuencia y de preocupación o malestar respecto de los síntomas y los efectos que estos tienen sobre la conducta. Para la recogida de esta información es imprescindible el uso de registros situación-pensamiento-emoción en el que se identifiquen los sucesos que anteceden a los síntomas y sus consiguientes interpretaciones, efectos emocionales y conductuales.

Para el análisis particular de la sintomatología se recomienda el uso de listados de síntomas, tales como los que se recogen en la Tabla 10.3. Para el análisis de las creencias y pensamientos ver el apartado de cogniciones recogido en la Tabla 10.4.

b) Adherencia a la Medicación y al Tratamiento

La mayoría de las personas con trastornos psicóticos requieren de medicación, lo que supone cierta consistencia en la toma de los fármacos prescritos y un adecuado control y seguimiento de la medicación administrada y sus efectos. El principal problema es la dificultad de estas personas para adherirse al tratamiento y garantizar su control y seguimiento.

La evaluación de esta adherencia suele realizarse mediante preguntas directas al paciente (e.g., ¿Con qué frecuencia olvidas tomar la medicación?) o mediante autoinformes que incluyen la evaluación de motivos o razones por las que se produce esta falta de adherencia. Los factores relacionados con la adherencia y la continuidad en la medicación incluyen, creencias sobre la medicación y la enfermedad, implicación familiar, supervisión de los servicios sanitarios, miedo o no a la medicación y la accesibilidad a la misma.

c) Funcionamiento y Adaptación

Uno de los efectos fundamentales de los trastornos del espectro esquizofrénico es la disminución del ajuste y el adecuado funcionamiento de la persona en sus diferentes contextos (e.g., personal, familiar, laboral y social). Esto interfiere sus niveles de adaptación para la vida independiente, eficaz y autónoma. Las habilidades de autocuidado se ven alteradas así como las habilidades sociales, habilidades del manejo cotidiano (dinero, transporte, cuidado de las propiedades), el contacto regular con amigos, el grado de satisfacción con las relaciones interpersonales y las actividades de ocio y tiempo libre.

Dado que en muchos casos el paciente no proporciona una información fiable sobre estos contenidos, el gran reto del evaluador es obtener información precisa sobre la afectación de estos dominios. Una alternativa a la información suministrada por el paciente es la obtención de información mediante los familiares más cercanos u otros profesionales como su médico habitual o los trabajadores sociales.

d) Valoración Subjetiva de Bienestar y Calidad de Vida

Es importante valorar la actitud propia de la persona hacia su propia enfermedad y la valoración subjetiva de sus circunstancias. Se trata de explorar el grado en el que las personas están satisfechas con sus circunstancias vitales y generan actitudes positivas hacia su recuperación.

e) Actitudes Familiares

La familia es un elemento fundamental para la eficaz intervención de un trastorno esquizofrénico. Gran parte de los programas de intervención que han resultado eficaces en los síntomas psicóticos realizan una intervención con la familia, para implicarla en la recuperación del paciente, potenciar su apoyo y conocimiento de la enfermedad (Lemos, Vallina, Fonseca, Paño y Fernández, 2012). Son contenidos relevantes a evaluar sobre el entorno familiar, el grado de culpabilidad hacia la enfermedad, nivel de estrés, conductas de autosacrificio, habilidades de solución de problemas, recursos y necesidades, habilidades de comunicación, establecimiento de límites interpersonales, clima familiar, grado de estructuración y predictibilidad del entorno familiar, creencias sobre la enfermedad y estigmatización, grado de implicación y apoyo al afectado.

f) Estado Neurológico

Uno de los grupos de síntomas que incluye la esquizofrenia está relacionado con un declive en el funcionamiento cognitivo (Heaton et al., 1994). Esto incluye dificultades en procesos atencionales y de concentración, memoria y aprendizaje y, alteraciones de las funciones ejecutivas (e.g., pensamiento abstracto y solución de problemas). La exploración de estas funciones cognitivas es un predictor del grado de adaptación social, de ahí su gran importancia.

g) Riesgos Asociados: Abuso de Sustancias, Riesgo de Violencia, Suicidio

Existen algunos riesgos asociados a la esquizofrenia que en algunos casos deben ser evaluados. Se podrían citar tres riesgos principales que con frecuencia necesitan ser explorados: el abuso de sustancias, el riesgo de suicidio y el riesgo de violencia. El 50% de personas con esquizofrenia desarrollan dependencia al consumo de sustancias en algún momento a lo largo de la enfermedad (Regier et al., 1990). Este consumo afecta a la gravedad de los síntomas y la efectividad del tratamiento.

Los comportamientos suicidas aparecen también con frecuencia entre las personas con esquizofrenia (Inskip, Harris y Barraclough, 1998). La presencia de alteraciones afectivas y la pérdida de control sobre ellas parecen estar en la base de estos comportamientos que se convierten en una de las causas más comunes de muerte entre esta población. Es pues recomendable la inclusión de medidas que valoren tanto la ideación como la planificación de conductas suicidas.

Aunque la asociación entre enfermedad mental y riesgo de violencia ha sido sobreestimada respecto de lo que ocurre en la realidad (Montañés-Rada, Martín-Ramírez y De Lucas-Taracena, 2006), la presencia de determinadas alucinaciones persecutorias, delirios paranoides o el consumo de sustancias pueden llevar a cometer ciertos actos violentos con mortales consecuencias (Arbach y Andrés-Pueyo, 2007). Especialmente, el abuso de sustancias se ha mostrado como el principal riesgo de violencia asociada a la enfermedad mental (Weiss y Kohler, 2006). La evaluación del riesgo de violencia más recomendada en la actualidad es la correspondiente a un enfoque mixto clínico-actuarial que se realiza mediante guías de valoración del riesgo, en las que se incluyen una serie de factores de riesgo previamente identificados (Martín y Carrasco, 2011). Una de las más conocidas es la *Guía para la Valoración del Riesgo de Comportamientos Violentos HCR-20* (Webster et al., 1997). Traducida en castellano por Hilterman y Andrés-Pueyo (2005).

3.2. Instrumentos para su Contrastación

Para la evaluación de estos diferentes contenidos y la obtención de información más sistematizada sobre ellos se proponen diferentes cuestionarios cuyas principales características se resumen en la Tabla 10.4. Es importante considerar que la información obtenida mediante estos instrumentos, sea completada con la administración de registros de conducta autoaplicada o heteroaplicada. Ello permitiría explorar los contenidos específicos propios de caso a evaluar.

Tabla 10.4. Variables Relevantes e Instrumentos para la Conceptualización de los Trastornos del Espectro Esquizofrénico (Contrastación para las Hipótesis de Conceptualización).

Hipótesis / Instrumentos	Dimensiones y Características
Análisis de Síntomas	
(Ver Tabla 10.2)	Síntomas positivos, síntomas negativos y desorganizados.
Creencias/Pensamientos Disfuncionales/ Metacognición	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escala de Creencias de Brown BABS (Eisen et al., 1998). 	Individual heteroaplicada. 7 ítems. Adultos. Grado de sin-sentido y convicción sobre los síntomas mediante 7 componentes: 1) convicción; 2) percepción de la visión de los otros; 3) Explicación de diferentes puntos de vista; 4) Fijeza/rigidez; 5) Refutación; 6) Introspección; 7) Pensamiento referencial.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuestionario de Metacognición MCQ (Cartwright-Hatton y Wells, 1997)- Versión abreviada (MCQ-30; Wells y Cartwright-Hatton, 2004). Versión para Adolescentes MCQ-A (Cartwright-Hatton et al., 2004). 	94 ítems. Escala Liker 4 puntos. Cinco Dimensiones: creencias positivas sobre la preocupación; incontrolabilidad y peligro; seguridad cognitiva; necesidad de control de los pensamientos; y autoconciencia. Versión abreviada y para adolescentes 30 ítems similares dimensiones.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registros de conducta. 	Situación, pensamiento, emoción
Adherencia a la Medicación	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escala de Puntuación de las Influencias de la Medicación ROMI (<i>Rating of Medication Influences Scale</i>; Weiden et al., 1994). 	Entrevista semiestructurada y Autoinforme. 32 ítems. Escala Likert 4 puntos. Tres dimensiones: razones para la implicación (7 ítems autoinformados); razones para la no implicación (14 ítems autoinformados); juicio del evaluador sobre implicación/no implicación (10 ítems heteroinformados).
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inventario de Actitud a la Medicación DAI (<i>Drug Attitude Inventory</i>; Hogan et al. 1983). 	Autoinforme. 30 ítems verdadero/falso (Versión abreviada 10 ítems). Evalúa las respuestas subjetivas positivas y negativas del paciente a la medicación.

(continúa)

Hipótesis / Instrumentos	Dimensiones y Características
Funcionamiento y Adaptación	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevista-Escala de Vida Independiente ILSS (Cyr, Toupin, Lesage y Valiquette; 1994; Wallace, Liberman, Tauber y Wallace, 2000). ▪ Escala de Funcionamiento Social SFS (Birchwood, Smith, Cochrane, Wetton y Copes-take, 1990). ▪ Evaluación de las Fortalezas, Intereses y Metas del cliente CASIG (Lecomte, Wallace, Caron, Perreault y Lecomte, 2004). ▪ Escala de Calidad de Vida QLS (Heinriches, Hanlon y Carpenter, 1984). Adaptada al castellano Rodríguez et al. (1992). ▪ Escala de Habilidades Comunitarias Multimodal MCAS (Barker, Barron y McFarlane, 1994; Corbiere et al., 2002; Hendryx, Dyck, McBride y Whitbeck, 2001). 	<p>Entrevista heteroaplicada o escala autoinformada. 70 ítems. Evalúa el grado de habilidades instrumentales necesarias para vivir independiente (cuidado personal, apariencia, ropa, cuidado de las propiedades, compra y preparación de comida, mantenimiento de la salud, manejo del dinero, transporte, ocio, búsqueda de trabajo y mantenimiento del trabajo).</p> <p>Entrevista breve que evalúa los siguientes dominios: implicación social y re-trainamiento, comunicación interpersonal, habilidades para vivir independiente, conducta social apropiada, competencia y ocupación. Cada dominio posee escalas normativas.</p> <p>Entrevista heteroaplicada o escala autoinformada. Evalúa la actuación de diferentes áreas: manejo del dinero, vocación, preparación de comida, transporte, amigos, ocio, higiene personal y cuidado de las propiedades. Cada área contiene de 4 a 9 ítems dicotómicos.</p> <p>Entrevista semiestructurada. 21 ítems. Escala Likert 7 puntos. 45 minutos. Evalúa el funcionamiento y participación del paciente en su vida actual a través de 4 escalas: cognitiva, relaciones interpersonales, roles ocupacionales y de vida cotidiana. Alta sensibilidad al tratamiento.</p> <p>17 ítems. Escala Likert 5 puntos. Heteroaplicada. Evalúa diferentes dominios para el ajuste y el funcionamiento independiente, competencia social e integración comunitaria.</p>
Valoración Subjetiva de Bienestar y Calidad de Vida	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escala de Evaluación de la Recuperabilidad RAS (Giffort, Schmook, Woody, Vollen-dorf y Gervain, 1995; Ralph, Kidder y Phillips, 2000). 	<p>41 ítems. Escala Likert 5 puntos. Evalúa dimensiones relativas a: esperanza, significado de la vida, calidad de vida, síntomas y apoderamiento (<i>empowerment</i>).</p>

(continúa)

Hipótesis / Instrumentos	Dimensiones y Características
Valoración Subjetiva de Bienestar y Calidad de Vida	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevista de Calidad de Vida de Lehman (Lehman, Kernan y Postrado, 1995; Lehman, 2000). Versión abreviada TL-30 (Lehman, 2006). 	<p>183 ítems. Escala Likert 7 puntos. Evalúa el grado de satisfacción del paciente en varias facetas de su vida: situación vital, red social, economía, empleo.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuestionario Sevilla de Calidad de Vida CSCV (Giner, Ibáñez, Baca, Leal y Bobes, 1995; Giner, Ibáñez y Baca, 1997). 	<p>59 ítems. Autoinformado. Escala Likert 5 puntos. Explora 12 áreas: aprehensión cognitiva, energía, control interno, expresión emocional, expresión, extrañamiento, miedo a perder el control, hostilidad, automatismo, satisfacción vital, autoestima y armonía.</p>
Actitudes Familiares	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevista de Familia de Camberwell CFI (<i>Camberwell Family Interview</i>; Hogarty et al., 1991; Montero y Ruiz (1992). 	<p>Entrevista semiestructurada. Informa un familiar clave. Duración 1, 5 horas. Evalúa el clima emocional de la familia de pacientes mentales crónicos. Dos secciones: Sección A (Tiempo de Contacto cara-cara del paciente con otros miembros de la familia, impacto de la enfermedad en varios aspectos de la vida familiar) y Sección B (Síntomas, relaciones de pareja o familia, preguntas adicionales sobre actitud del familiar hacia la enfermedad, percepción de la misma, opinión sobre el pronóstico y las actitudes sobre la duración de la estancia en el hospital. Proporciona una puntuación de frecuencia de comentarios críticos desfavorables y 3 puntuaciones globales (hostilidad, sobreimplicación emocional y afecto).</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevista de Carga Familiar Objetiva y Subjetiva ECFOS-II (Vilaplana et al., 2007). Adaptada del FBIS (<i>Family Burden Interview Schedule</i>; Tessler y Gamache, 1995). 	<p>Evalúa la carga y coste familiar en diferentes dimensiones: ayuda en actividades cotidianas, contención realizada, gastos económicos, impacto sobre la vida del cuidador; motivos de preocupación del paciente, ayuda disponible; efectos percibidos sobre su salud. Cada dimensión se evalúa con una escala Likert de 4 o 5 puntos.</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escala de Rechazo del Paciente PRS (Kreisman, Simmens y Joy, 1979; Kreisman et al., 1988). 	<p>24 ítems. Evalúa e grado de aceptación, amor, crítica, decepción y rechazo de los familiares hacia el paciente.</p>

(continúa)

Hipótesis / Instrumentos	Dimensiones y Características
Estado Neurológico	
<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico Neuropsicológico de Adultos Luria-DNA (Manga, 2000). 	<p>Individual. 50 minutos. A partir de 7 años. Evalúa las áreas: Visoespacial, lenguaje, memoria, procesos intelectuales y atención.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Escala de Memoria de Wechsler WMS-III (Wechsler, 2004). 	<p>Individual. Tiempo 1,5 horas. De 16 a 89 años 11 pruebas (5 opcionales). Memoria inmediata, memoria de trabajo, memoria demorada. Todas ellas en modalidad visual y auditiva y con dos tipos de tareas (recuerdo y reconocimiento).</p>
<ul style="list-style-type: none"> Escala de Inteligencia para Adultos WAIS-III (Wechsler, 1997, 1999). 	<p>16-89 años. Individual. 80-110 minutos. Baremos por intervalos de edad. Escalas de Inteligencia Verbal (información; vocabulario; aritmética; semejanzas; comprensión; (letras y números) y Manipulativa (figuras incompletas; cubos; matrices; historietas; clave de números: codificación; clave de números: aprendizaje incidental; clave de números: copia; búsqueda de símbolos y rompecabezas).</p>
Riesgos Principales Asociados: Violencia, Suicidio, Adicción	
<ul style="list-style-type: none"> Guía para la Valoración del Riesgo de Comportamientos Violentos HCR-20 (Webster et al., 1997; adaptación de Hilterman y Andrés-Pueyo, 2005). 	<p>20 ítems valorados según frecuencia o intensidad de 0 a 2. Evalúa 20 factores de riesgo, agrupados en 3 subescalas: Histórica (10 ítems); Clínica (5 ítems); Gestión del riesgo (5 ítems). Permite una puntuación por escala y una puntuación total indicativa del riesgo de violencia global.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Escala de Uso de Alcohol (AUS) y Escala de Uso de Drogas (DUS) (Drake, et al., 1990). 	<p>Evalúan el consumo de sustancias de los últimos seis meses sobre una escala Likert de 5 puntos basadas en los criterios DSM para la gravedad del consumo: 1=abstinencia, 2= uso sin daño, 3=abuso, 4= dependencia, y 5= dependencia grave.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Cuestionario de Dependencia de Leeds LDQ (González-Saiz y Sánchez-Carulla, 1999). 	<p>Autoinforme. 10 ítems. Escala Likert 4 puntos. Evalúa el grado de dependencia a sustancias desde leve a grave. Sensible al cambio.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Escala de Desesperanza HS (Beck, Schuyler y Herman, 1974). 	<p>21 ítems. Escala Verdadero/falso. Evalúa las expectativas negativas de futuro en 3 dimensiones: sentimientos sobre el futuro; pérdida de motivación y expectativas de futuro.</p>
<ul style="list-style-type: none"> Escala de Ideación Suicida de Beck (Beck y Steer, 1991). 	<p>19 ítems. Autoinforme. Escala Likert 3 puntos. Evalúa la intensidad de los pensamientos suicidas: deseos de morir, disuasores, método ideado, disponibilidad y la sensación de control. Se organiza en tres dimensiones: actitud vida/muerte, ideación, planificación y tentativa.</p>

3.3. Evidencias de Fiabilidad y Validez de la Evaluación para la Conceptualización del Caso

Los instrumentos propuestos para la conceptualización del caso han mostrado adecuadas propiedades psicométricas. Los que más garantías poseen son los instrumentos que cuentan con mayor grado de estructuración como es el caso de las escalas de puntuación cumplimentadas por expertos, que además evitan las dificultades para informar que presentan los propios afectados por estos trastornos. Las medidas más escasas y con más dificultades psicométricas, en general, son aquellas diseñadas para evaluar la adherencia a la medicación, las actitudes familiares y la valoración subjetiva.

Las personas que padecen esquizofrenia tienen una actitud variable hacia la evaluación y la intervención, por tanto es imprescindible para captar su voluntad de participación hacerles entender las ventajas e inconvenientes que puede representar su colaboración en la evaluación e intervención psicológicas. Esto paliaría en gran medida alguna de las dificultades psicométricas de las medidas. A menudo este tipo de pacientes están sometidos a una intervención farmacológica, por tanto la colaboración entre psiquiatras y psicólogos en este campo es imprescindible. Normalmente el psiquiatra lleva la difícil tarea de equilibrar los diferentes tipos de fármacos, cuyo efecto está sometido a las diferencias individuales, y cuyo equilibrio es una ecuación complicada; los psicólogos se encargan de analizar la conducta y las circunstancias del sujeto y ajustar, mediante la generación de hábitos adecuados e inhibición de los desadaptados, la persona a su medio de la manera más exitosa posible. La mayor parte de las veces los fármacos producen un decremento de la actividad y la motivación, incompatibles con la evaluación; en ese caso habría que consensuar con el psiquiatra la posibilidad de rebajar las dosis hasta conseguir una activación suficiente, pero naturalmente esto depende de la severidad y tipo de sintomatología de cada paciente.

Cuando se fracasa en la obtención de la colaboración del paciente los datos pueden ser obtenidos aplicando los instrumentos a una persona de referencia que conozca bien el sujeto. En este caso hay que poner especial cuidado puesto que las concordancias entre distintas fuentes son bajas. A ser posible se debe completar la toma de datos con la observación de conducta para confirmar los informes de las distintas fuentes.

4 EVALUACIÓN PARA EL TRATAMIENTO, SU PROGRESO Y LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

La evaluación del tratamiento se realiza sobre similares contenidos a los evaluados en la conceptualización del caso. Tras la aplicación del tratamiento (si se pretende evaluar sus efectos) o a lo largo del mismo (si se pretende evaluar el progreso y evolución) conviene evaluar la sintomatología, la adherencia a la medicación, la adaptación de la persona a su entorno familiar, laboral y social, las actitudes familiares, la valoración de la calidad de vida percibida y el consumo de sustancias.

Es conveniente tener en cuenta que es frecuente una fluctuación de síntomas derivada de la medicación, esto hace necesario reevaluar con frecuencia, no sólo para ajustar el tratamiento psicológico, sino también el farmacológico.

De los instrumentos indicados para la conceptualización del caso, la Escala Psiquiátrica Breve BPRS, la Escala para la Evaluación de Síntomas Positivos SANS y la Escala de Síntomas Positivos y Negativos del Síndrome de Esquizofrenia (PANSS) son las más recomendadas.

Para el ajuste y la adaptación se recomiendan, la Entrevista-Escala de Vida Independiente (ILSS), Escala de Funcionamiento Social SFS, la Evaluación de las Fortalezas, Intereses y Metas del cliente CASIG y la Escala de Habilidades Comunitarias Multimodal MCAS. Para la valoración subjetiva pueden utilizarse, la Escala de Evaluación de la Recuperabilidad (RAS) y para el consumo de sustancias cualquiera de las indicadas, Escala de Uso de Alcohol (AUS) y Escala de Uso de Drogas (DUS). Todas ellas han sido recomendadas para evaluar el tratamiento por su sensibilidad al cambio.

Además de los instrumentos más estructurados, conviene no olvidar la importancia de los registros de conducta y la observación como instrumentos con un enorme potencial para identificar los cambios al tratamiento. Respecto a estos últimos, mencionar la información que pueden facilitar otros profesionales a través de la observación del paciente. Un ejemplo de ello es el registro de observación para enfermeros, la *Escala de Observación de Enfermeros* para pacientes hospitalizados NOSIE-30 (*Nurse's Observation Scale for Inpatient Evaluation*; Honigfeld, 1966; Guy, 1976). Muy utilizada en contextos de intervención para pacientes graves. Su aplicación lleva unos 5-10 minutos. Contiene 30 ítems con una escala Likert de frecuencia de 5 puntos agrupados en las siguientes dimensiones: funcionamiento social, interés, habilidad personal, irritabilidad, psicosis manifiesta, retraso y depresión. Se recomienda por ser muy sensible a los pequeños cambios al tratamiento.

5 PROPUESTA DE UN PROTOCOLO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO ESQUIZOFRÉNICO

El protocolo propuesto para la evaluación de los trastornos del espectro esquizofrénico incluye diferentes instrumentos para cada una de las secciones del proceso de evaluación: delimitación y diagnóstico, formulación o conceptualización y resultados de la intervención (ver Tabla 10.5). Se han seleccionado aquellos que han mostrado mejores propiedades psicométricas, si bien algunos de ellos no están adaptados a población española. Para llevar a cabo una evaluación con pacientes españoles, se sugiere utilizar sólo aquellos disponibles en esta lengua. En los casos de población infantil y adolescente se requiere utilizar instrumentos compatibles con estas edades o bien diseñados para estas poblaciones. Conviene recordar alguno de los instrumentos para población infantil y adolescente tales como K-SADS (*Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children*; Ambrosini, 2000) o el *Cuestionario Oviedo para la Evaluación de la Esquizotipia ESQUIZO-Q* (Fonseca, Muñiz Lemos y Villazón, 2011).

Tabla 10.5. Protocolo Básico para la Evaluación de los Trastornos del Espectro Esquizofrénico.

Evaluación para el Diagnóstico y Delimitación del Problema
<ol style="list-style-type: none"> 1. Entrevista del Estado Presente PSE (Luria y Berry, 1979; Wing, 1970). Adaptación al castellano por Vázquez-Barquero (1993). 2. La Entrevista SCID-CV (First et al., 1997; First et al., 2002). 3. Escala Psiquiátrica Breve BPRS (Overall y Gorham, 1962). Versión española Peralta y Cuesta (1994). 4. Escala de Síntomas Positivos y Negativos del Síndrome de Esquizofrenia PANSS (Kay, Fiszbein y Opler, 1987a). Versión española Peralta y Cuesta (1994b). 5. Cuestionario Oviedo para la evaluación de la esquizotipia ESQUIZO-Q (Fonseca, Muñiz Lemos y Villazón, 2011).
Evaluación para la Conceptualización del Caso y Resultados del Tratamiento
<ol style="list-style-type: none"> 1. Escala de Creencias de Brown BABS (Eisen et al., 1998). 2. Cuestionario de Metacognición (Cartwright-Hatton y Wells, 1997)- Versión abreviada (MCQ-30; Wells y Cartwright-Hatton, 2004). 3. Escala de Puntuación de las Influencias de la Medicación ROMI (Weiden et al., 1994). 4. Entrevista-Escala de Vida Independiente ILSS (Cyr et al., 1994; Wallace et al., 2000). 5. Escala de Funcionamiento Social SFS (Birchwood et al., 1990). 6. Evaluación de las Fortalezas, Intereses y Metas del Cliente CASIG (Lecomte et al., 2004; Wallace et al., 2001). 7. Escala de Habilidades Comunitarias Multimodal MCAS (Barker et al., 1994; Corbiere et al., 2002; Hendryx et al., 2001). 8. Escala de Calidad de Vida QLS (Heinriches, Hanlon y Carpenter, 1984). Adaptada al castellano Rodríguez et al. (1992). 9. Escala de Evaluación de la Recuperabilidad RAS (Giffort et al., 1995; Ralph et al., 2000). 10. Escala de Uso de Alcohol AUS (Drake et al., 1990). 11. Escala de Uso de Drogas DUS (Drake et al., 1990). 12. Registros de Conducta y Observación. 13. Instrumentos para la Evaluación de Riesgos Asociados: Violencia (HCR-20) y Suicidio (HS y Escala de Ideación Suicida de Beck).
Evaluación para la Conceptualización del Caso y Resultados del Tratamiento
Incluir instrumentos del 3 al 12.

RESUMEN

La esquizofrenia es probablemente una de las afecciones más graves y duraderas consistente en una perturbación del concepto de realidad. Su manifestación clínica puede resumirse en tres conjuntos de síntomas: a) síntomas positivos (alucinaciones, ideas delirantes, síntomas motores o comprotamiento catatónico); b) síntomas negativos o residuales (alogia o pobreza de lenguaje/pensamiento, abulia-apatía, anhedonia y aplanamiento afectivo o embotamiento, asociabilidad, problemas atención); y c) síntomas de desorganización (lenguaje desorganizado o trastorno formal del pensamiento, conductas desorganizadas, afecto inapropiado). Se distinguen varios tipos de esquizofrenias aunque el DSM-5 prefiere hablar del espectro esquizofrénico en donde se incluyen las formas posibles de manifestarse (esquizofrenia, esquizotipia, esquizofreniforme, psicótico breve, delirios, esquizoafectivos, esquizofrenia atenuada, psicoticismo inducido por sustancias, psicoticismo asociado a condiciones médicas desconocidas, catatonía, otros trastornos psicóticos, psicoticismo no especificado, catatonía no especificada).

La esquizofrenia es un problema que afecta al 1% de la población con un rango entre 0.5 y 2% según que tipo de poblaciones y países. Todos los expertos están de acuerdo respecto del origen biológico de la esquizofrenia aunque se ha relacionado el estrés con la aparición de los episodios psicóticos, especialmente el estrés prenatal de la madre en los primeros meses de gestación. Además se han aislado también factores de riesgos ambientales (e.g., consumo de drogas, clases sociales deprimidas).

La evaluación para el diagnóstico se puede abordar con una metodología categorial o dimensional. La evaluación categorial consiste en la aplicación de los criterios diagnósticos descritos en los sistemas clasificatorios (DSM o ICD). La mayoría de estos criterios son evaluados mediante entrevistas estructuradas o semiestructuradas. La evaluación dimensional, en cambio, se centra en el análisis de la sintomatología y en la cuantificación de su nivel de gravedad mediante listados de síntomas, cuestionarios o inventarios. En el presente capítulo se describen alguno de los instrumentos más usados para este fin y se mencionan los diagnósticos diferenciales y los trastornos comórbidos que deben contemplarse para la realización precisa de un diagnóstico. La evaluación para la conceptualización del caso y la planificación del tratamiento requieren al menos explorar la sintomatología presente y creencias asociadas, la adherencia a la medicación y al tratamiento, el funcionamiento y adaptación del paciente, la valoración subjetiva de bienestar y calidad de vida, las actitudes familiares, el estado neurológico y ciertos riesgos frecuentemente asociados a estos trastornos tales como el abuso de sustancias, el riesgo de violencia y de suicidio. Para la evaluación de estos diferentes contenidos y la obtención de información más sistematizada sobre ellos se proponen diferentes cuestionarios y la administración de registros de conducta autoaplicada o heteroaplicada. Los instrumentos propuestos han mostrado adecuadas propiedades psicométricas, no obstante son los instrumentos que cuentan con mayor grado de estructuración los que reportan mayor precisión.

La evaluación de las personas con alteraciones psicóticas es complicada por las limitaciones de *insight* que procuran los síntomas al paciente y por la intervención farmacológica. Ello requiere

(continúa)

el uso de medidas autoaplicadas y heteroaplicadas así como la observación realizada por terceros.

La evaluación del tratamiento se realiza sobre similares contenidos a los evaluados en la conceptualización del caso, teniendo presente la importancia de seleccionar medidas sensibles al cambio de la intervención. Finalmente se propone un protocolo básico para la evaluación de estos trastornos.

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

- 1) Los síntomas positivos de la esquizofrenia se refieren: a) alucinaciones e ideas delirantes; b) pobreza de lenguaje/pensamiento; c) lenguaje desorganizado.
- 2) Señale la opción correcta respecto de la esquizofrenia: a) un ambiente estresante puede desencadenar su aparición; b) los factores genéticos no parecen tener capacidad explicativa; c) hermanos monocigóticos no suelen desarrollar ambos esta alteración.
- 3) La evaluación categorial para el diagnóstico se realiza mediante: a) listados de síntomas; b) entrevistas estructuradas; c) registros de conducta.
- 4) Señala la entrevista altamente recomendable para los trastornos del espectro esquizofrénico: a) Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta CIDI (OMS, 1993; b) Entrevista Diagnóstica DIS (*Diagnostic Interview Schedule*; Robins, 1981; Robins et al., 1995); c) Entrevista del Estado Presente PSE (Luria y Berry, 1979; Wing, 1970).
- 5) Cuál de los siguientes instrumentos evalúa la valoración subjetiva de bienestar y calidad de vida en esquizofrénicos: a) Escala Psiquiátrica Breve BPRS; b) Entrevista-Escala de Vida Independiente (ILSS); c) Escala de Evaluación de la Recuperabilidad (RAS).

Soluciones: 1a; 2a; 3b; 4c; 5c

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Mueser, K. T., & Glynn, Sh. M. (2008). Schizophrenia. En J. Hunsley y E. J. Mash (Eds.), *A guide to assessments that work* (pp. 391-412). New York: Oxford University Press
- Obiols, J. E., Barrantes-Vidal, N., & Zaragoza, S. (2008). La evaluación clínica y psicométrica de los trastornos del espectro esquizofrénico. En V. Caballo (2008), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos* (65-88). Madrid: Pirámide.
- Vázquez, C. (1996). *La esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación*. Madrid: Siglo XXI.

Evaluación de los Trastornos Disociativos

11

Miguel Ángel Carrasco Ortiz

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

1 Introducción

- 1.1. Descripción
- 1.2. Epidemiología y Curso
- 1.3. Factores Etiológicos y Factores Asociados

2 Evaluación para la Delimitación del Problema: Contrastación de Hipótesis Diagnósticas

- 2.1. Descripción de los Principales Instrumentos de Evaluación Utilizados
 - 2.1.1. Entrevistas
 - 2.1.2. Listado de Síntomas y Cuestionarios
- 2.2. Evidencias de Fiabilidad y Validez para la Delimitación y el Diagnóstico
- 2.3. Diagnóstico Diferencial
- 2.4. Comorbilidad

3 Evaluación para la Conceptualización del Caso y la Planificación del Tratamiento

- 3.1. Evidencias de Fiabilidad y Validez de la Evaluación para la Conceptualización del Caso

4 Evaluación Para el Tratamiento, su Progreso y los Resultados de la Intervención

5 Propuesta de un Protocolo para la Evaluación de los Trastornos Disociativos

RESUMEN

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

- Conocer la sintomatología y las principales manifestaciones de los trastornos disociativos que facilitan la delimitación y el diagnóstico de estas alteraciones.
- Conocer los instrumentos indicados para el diagnóstico, conceptualización y evaluación de la eficacia del tratamiento de los trastornos de ansiedad.
- Ser capaz de describir las características de aquellos instrumentos y las dimensiones principales que evalúan.
- Identificar los instrumentos recomendados para la evaluación de la disociación atendiendo a criterios psicométricos.
- Componer un protocolo básico de instrumentos que permitan la evaluación de los trastornos de disociación.
- Ser capaz de identificar los instrumentos según la fase del proceso de evaluación a implementar.

1 INTRODUCCIÓN

1.1. Descripción

Los trastornos disociativos son alteraciones mentales caracterizados por la pérdida de integración de la cognición (consciencia, memoria...) y por la desconexión y discontinuidad de la conciencia y la identidad personal (Holmes et al., 2005). Estas alteraciones o sus síntomas se manifiestan dentro de un continuo de menor a mayor intensidad, que todos podemos experimentar puntualmente en algún momento de nuestras vidas. Las reacciones disociadas se entienden como reacciones adaptativas («normales») a situaciones excepcionales, en general, altamente estresantes. La disociación puede entenderse como una pérdida subjetiva de la integración de la información y del control de los procesos mentales tales como memoria, identidad, percepción, representación corporal, control motor y conducta (APA, 2000).

En la Tabla 11.1 se recoge una breve descripción de los principales trastornos disociativos (APA, 2012). Una descripción más detallada de estos trastornos y sus peculiaridades en relación con los distintos sistemas de clasificación al uso (DSM-IV-TR, DSM-V y CIE-10) puede consultarse en otro lugar (Baños, Belloch y Ruipérez, 1995; Robles, Páez y Marín, 2011). Si atendemos a la CIE-10 (*Clasificación Internacional de Enfermedades*; OMS, 2000) dentro del epígrafe general de trastornos disociativos se incluyen además otras etiquetas tales como fuga disociativa, trastorno de personalidad múltiple, trastorno por despersonalización, estupor disociativo, trastornos de trance y posesión, trastornos disociativos de la motilidad, convulsiones disociativas y, anestesia y pérdidas sensoriales disociativas.

El diagnóstico de cualquiera de las alteraciones anteriores como trastorno ha de cumplir con las siguientes características: a) la percepción de la realidad se conserva intacta; b) los síntomas causan malestar clínico significativo y daño social, profesional o en otras áreas de funcionamiento de la persona; c) los síntomas no son atribuibles a los efectos fisiológicos de una sustancia u otra condición médica; d) los trastornos no se explican mejor por otro trastorno mental, tal como la esquizofrenia, el trastorno de pánico, la depresión mayor u otro trastorno disociativo; y d) el trastorno no es parte normal de una práctica cultural o religiosa ampliamente aceptada. Por otra parte, en el caso de los niños, los síntomas no son atribuibles a juegos imaginarios o fantasías.

Las manifestaciones clínicas de estos trastornos se traducen en síntomas cognitivos (e.g., déficit de memoria, estados de confusión, problemas de atención), afectivos (e.g., síntomas depresivos, ansiedad, culpa vergüenza, hostilidad), conductuales (e.g., dificultad para verbalizar experiencias personales, o laborales, intentos de suicidio y autolesiones, viajes inesperados, adquisición de nuevas identidades) y fisiológicos (e.g., despersonalización, desrealización trance, analgesia, estados hipnóticos, disfunciones sexuales, conversiones). Todas estas manifestaciones pueden ser muy diversas pero todas ellas responden a esa pérdida de integración de la cognición y la identidad personal que caracterizan los trastornos disociativos. En la Tabla 11.2 se incluye una relación de los síntomas más frecuentes tanto en población infantil como adulta.

Tabla 11.1. Descripción de los Principales Trastornos Disociativos.

Tipo de Trastorno	Descripción
Despersonalización/ Desrealización.	Presencia de despersonalización (experiencias de irrealidad, desapego respecto al yo, o de ser un observador externo de los propios pensamientos, sentimientos o sensaciones) y desrealización (experiencias de irrealidad o desapego respecto al mundo externo que llevan a experimentar los objetos como irreales, soñados, distorsionados). Durante estas experiencias la conservación de la realidad permanece intacta.
Amnesia Disociativa.	Incapacidad para recordar información autobiográfica relevante y relativa a un acontecimiento traumático o estresante que es difícil de olvidar. Existen dos formas básicas: (1) Amnesia localizada o selectiva de un acontecimiento o episodio concreto; (2) Amnesia generalizada respecto de la identidad o la historia vital. Se especifica el subtipo Fuga disociativa: viajes repentinos/inesperados, confusión y/o desorientación sobre la identidad.
Identidad Disociativa.	Alteración de la identidad caracterizada por dos o más estados distintos de personalidad o por una experiencia de posesión. Esto implica una marcada discontinuidad del yo y del juicio acompañado de alteraciones del afecto, la conducta, la conciencia, la memoria, la percepción, la cognición y el funcionamiento sensoriomotor. Existen recurrentes olvidos de acontecimientos cotidianos o traumáticos, o de información personal importante que en otras condiciones serían difíciles de olvidar.
No Clasificado en Otro Lugar.	Incluye los trastornos en los que la característica predominante es un síntoma disociativo que no es clasificable en ningún otro trastorno disociativo (e.g., reacciones pasajeras a acontecimientos traumáticos, estados de trance...).

Tabla 11.2. Principales Síntomas de Disociación en Niños y Adultos.

Niños
<ul style="list-style-type: none"> ▪ No recuerda o niega experiencias traumáticas o dolorosas. ▪ Estados tipo trance o suele aparecer «como en las nubes, soñando». ▪ Rápidos cambios en su personalidad (femenino-masculino, cauteloso-atrevido, tímido-agresivo). ▪ Olvidadizo/a o confuso/a acerca de cosas que sabe (nombres de amigos, lugares...). ▪ Pobre sentido del tiempo (confunde mañana-tarde, día de la semana). ▪ Marcadas variaciones en horas o días en sus habilidades, conocimientos, gustos sobre comidas, habilidades físicas. ▪ Rápidas regresiones en el nivel evolutivo (hablar como un bebé, chuparse el dedo...). ▪ Se refiere a sí mismo/a en tercera persona o a veces insiste en ser llamado/a con otro nombre. ▪ Cambia rápidamente de quejas físicas (e.g., dolor cabeza). ▪ Manifiesta oír voces que le hablan. ▪ Tiene un amigo o amigos imaginarios muy reales. ▪ Frecuentes episodios de sonambulismo. ▪ Tiene experiencias nocturnas inusuales (fantasmas, juguetes rotos, heridas inexplicables). ▪ Habla consigo mismo/a; usa voces diferentes o discute consigo mismo/a. ▪ Posee dos o más personalidades.
Adolescentes/Adultos
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensación de no haber escuchado parte o todo lo que se dice en una conversación. ▪ Encontrarse en un lugar sin tener idea de cómo llegaron. ▪ Encontrarse vestido con ropa que no recuerda haberse puesto. ▪ Encontrar cosas nuevas entre sus pertenencias que no recuerda haber comprado. ▪ Encontrarse con gente que los llama por otro nombre e insisten en que se conocen. ▪ Sentir como si estuvieran de pie cerca de ellos mismos o mirándose hacer algo como si vieran a otra persona. ▪ No reconocer a miembros de su propia familia o amigos. ▪ No recuerdan importantes momentos de su vida. ▪ Tener la experiencia de mirarse al espejo y no reconocerse. ▪ Experimentar que el mundo que les rodea, objetos o personas no son reales. ▪ Tener la experiencia de sentir que su cuerpo no les pertenece. ▪ Tener la experiencia de revivir un suceso pasado. ▪ No estar seguros de qué cosas pasaron realmente o si sólo las soñaron. ▪ Encontrarse en un lugar conocido como extraño y no familiar. ▪ Mirar la televisión o una película absortos en la trama. ▪ Quedar envueltos en sueños o fantasías que sienten que realmente les están pasando. ▪ Encontrarse mirando un punto fijo sin pensar en nada y pasando el tiempo. ▪ Hablar solos en voz alta con ellos mismos. ▪ No poder recordar cuando hicieron algo o pensaron hacerlo. ▪ Encontrar pruebas de haber hecho cosas que no recuerdan haberlas hecho. ▪ Escuchar voces dentro de sus cabezas que les dicen cosas que hacer. ▪ Sentir como si vieran el mundo a través de una niebla.

1.2. Epidemiología y Curso

Al contrario de lo que inicialmente se pensaba, la investigación más reciente ha puesto de manifiesto la elevada frecuencia de los síntomas disociativos en la población general y muy especialmente entre aquellas personas, bien con algún trastorno mental, o bien, con experiencias pasadas de vivencias altamente traumáticas. En función del tipo de muestras y el país de origen la prevalencia ha oscilado en población clínica entre el 8 y el 38% y, en población general, entre 1 y 10% (para una revisión Robles et al., 2011).

La sintomatología puede manifestarse en la infancia y la adolescencia aunque su presencia es más frecuente en la etapa adulta previa a la cuarta década de vida. En relación con las diferencias por sexo es más frecuente en mujeres que hombres en una relación de 1 a 9 (APA, 2000). La duración puede oscilar desde minutos en episodios agudos (e.g., despersonalización, amnesias agudas), horas o meses (e.g., fugas disociativas) hasta cursos crónicos (e.g., identidad disociada o personalidad múltiple). En general, el curso de la sintomatología disociativa tiende a disminuir en favor de una sintomatología más depresiva (Maaranem et al., 2008).

1.3. Factores etiológicos y Factores asociados

Los trastornos disociativos se han explicado por numerosos factores tanto biológicos, psicológicos como ambientales, si bien, hasta la fecha, no se ha descrito una teoría sólida e integrada que articule estos factores de manera interrelacionada.

Entre las variables de naturaleza más biológica se han señalado diferencias en el flujo sanguíneo y la presencia de neurotransmisores específicos vinculados a estados anestésicos y alucinógenos (Reinders, 2008; Simeon, 2004). Estudios de neuroimagen encuentran que la disociación se asocia con un menor volumen del hipocampo y de la amígdala (Enling et al., 2008; Vermetten et al., 2006) así como con alteraciones en áreas implicadas en la integración (Sar et al., 2007). La vinculación de la sintomatología disociativa con el estrés postraumático también sugiere la implicación de estructuras relacionadas con el miedo y la regulación del arousal, tales como el sistema *coeruleus-noradrenérgico* y estructuras corticales, tales como el córtex prefrontal, sensorial y parietal, el hipocampo, hipotálamo, la amígdala y la médula espinal (Krystal, Bremner, Southwick y Charney, 1998)

Algunos trabajos han encontrado evidencia sobre la base genética de estas alteraciones entre hermanos gemelos con efectos moderados (Becker-Blease, Deater-Deckard, Eley, Freyd, Stevenson y Plomin, 2004).

Desde una perspectiva psicológica, dos han sido los grupos de variables vinculadas a la presencia de disociación: variables ambientales y de aprendizaje, por una parte, y variables cognitivas, por otra.

Respecto de los primeros, factores ambientales y de aprendizaje, la disociación se ha vinculado a la experiencia previa de vivencias o acontecimientos traumáticos. La asociación por condicionamiento

clásico de las manifestaciones disociativas en respuesta a un acontecimiento estresante con estímulos originalmente neutros pudieran explicar la aparición de esta sintomatología ante estímulos relacionados con el trauma (e.g., olores, colores, palabras...) (Nijenhuis y Vanderlinden, 1995). Las consecuencias derivadas de la asociación, tales como el distanciamiento del recuerdo aversivo, la disminución de los estados de alerta o de la ansiedad pueden estar reforzando de manera operante dicha sintomatología (Kennerley, 1996).

En cuanto a las variables cognitivas, los trastornos disociativos se han explicado por diferentes aproximaciones. Hilgard (1973, 1977), desde una aproximación neodisociativa, lo ha explicado por un fallo en dos procesos centrales: la consciencia y el control voluntario. El funcionamiento incorrecto de estos procesos lleva a un estado de conciencia dividida que impide la representación correcta de las percepciones, los pensamientos y los recuerdos, la cual conduce a estados disociados. Kihlstrom (1987, 1990) explica la disociación por un inadecuado funcionamiento de la memoria autobiográfica mediante el cual la persona tiene dificultades para conectar la información autobiográfica preexistente con la representación mental del sí mismo como agente que vive una experiencia traumática. Es por esto, que las personas que sobreviven a una experiencia traumática tienen dificultades para reconstruir una historia personal completa que integre la experiencia acontecida.

Siguiendo con aproximaciones psicológicas, de base cognitiva, los síntomas disociativos se han entendido también como respuesta de afrontamiento a una experiencia dolorosa o traumática (e.g., accidente de tráfico, violación, ataque terrorista, abuso sexual, catástrofes naturales...) (Allen, Huntoon, y Evans, 1999). Por tanto, la disociación se explicaría como una estrategia compleja de afrontamiento evitativo o defensa ante una experiencia traumática dolorosa. Esta estrategia es un mecanismo filogenético desarrollado para la supervivencia (Bremner y Marmar, 1998; Putnam, 1991) que se observa en reacciones primarias de animales y que se traducen en estados inmóviles o de analgesia ante situaciones extremas de peligro. En el caso de los humanos, las reacciones disociadas serían respuestas equivalentes a estas reacciones primarias mediante las que se evitan los recuerdos relacionados con el trauma y se produce la desconexión del contenido emocional asociado al mismo (e.g., DePrince y Freyd, 2004; Dorahy, 2006). Todo ello aunque produce un alivio psicológico dificulta el procesamiento adecuado de la experiencia (Foa y Kozak, 1986; Lyttle, Dorahy, Hanna y Huntjens, 2010) e impide una total exploración de los componentes estímulares (Williams, Watts, MacLeod y Mathews, 1997) responsables de gran parte de la sintomatología de estos trastornos. Una manifestación de este inadecuado procesamiento se manifiesta en omisiones de partes importantes de un relato, en una pobre concordancia entre los recuerdos recuperados en distintos momentos, así como la aparición de una memoria fragmentada (Spiegel y Cardeña, 1991; van der Kolk y Fisler, 1995). Ledoux (1996) propuso que la presencia de estas alteraciones en el recuerdo se debían al almacenamiento de la información en dos sistemas de memoria paralelos: uno explícito y consciente en el que está implicado el hipocampo y las áreas corticales relacionadas; y otro implícito o inconsciente en el que se almacena el contenido temido condicionado. Este sistema implícito opera a través de la amígdala. La falta de integración entre estos dos sistemas puede explicar, en parte, alguno de los síntomas disociados tras una experiencia traumática.

Respecto a esta última aproximación, es importante señalar que no siempre existe una conexión entre la experiencia de un acontecimiento traumático y el desarrollo de sintomatología disociativa. Por otra parte, la correlación entre estas dos variables se ha mostrado moderada y parece estar mediada por terceras variables, tales como propensión a la fantasía, sugestionabilidad, pseudomemorias, especialmente cuando se autoinforma de experiencias traumáticas. Esta relación parece también estar mediada por factores de riesgo tales como la patología familiar (Merckelbach y Muris, 2001).

Otros intentos explicativos de la sintomatología disociada se han sustentado en las explicaciones de base cognitiva liderada por autores como Braun, Van der Hart o Beck.

Braun (1988) propone que las experiencias disociadas pueden ser codificadas en lo que denomina el Modelo 'BASK' (correspondiente a las siglas en inglés de *Behaviour, Affect, Sensation* y *Knowledge*): Conducta (B), Afecto (A), Sensación (S) y Conocimiento (K). El autor propone que la descripción por separado de cada uno de estos componentes de la experiencia sufrida permite identificar los elementos disociados y aquellos que son conscientes o no por parte de la persona. La codificación disociada de estos componentes explicaría, por extensión a procesos más complejos, la aparición de diferentes personalidades cada una de las cuales representaría una parte procesada de la experiencia y que resulta en los casos más graves de disociación.

Por otra parte, Van der Hart, van der Kolk y Boon (1996) proponen un modelo jerárquico de la disociación que se organiza en tres niveles. El primer nivel incluye un procesamiento fragmentado de los eventos traumáticos. El segundo nivel implica la percepción de un evento sin experimentar la emoción asociada; y finalmente, el tercer nivel, implica el desarrollo de identidades separadas. Todos los niveles suponen estados desintegrados y separados que explicarían la disociación, sin embargo ninguno de estos niveles se asocian con procesos psicológicos específicos.

Otro de los modelos de disociación es el desarrollado desde la teoría cognitiva de Beck (1996). Desde esta perspectiva la disociación es producto del desacople inhibitorio de los procesos mentales en los diferentes estadios del procesamiento de la información. De acuerdo con este modelo habría tres estadios (Beck y Clark, 1997): uno caracterizado por un procesamiento temprano automático y preconsciente en el que se produce un desacople de las relaciones entre esquemas de orientación (percepciones, emociones, cogniciones) que permiten una identificación correcta de la amenaza; un segundo estadio en el que el desacople se produce entre esquemas afectivos, conductuales, cognitivos y fisiológicos correspondientes a una parte (o módulo) de la personalidad del sujeto quedando dicha información desintegrada; y un tercer estadio en el que los diferentes módulos de la personalidad, en el que se codifican los diferentes esquemas, quedan desintegrados como partes diferenciadas. Este sería el estadio de disociación más grave en el que ocurren las transiciones de una personalidad a otra en alteraciones de identidad múltiple.

Finalmente y desde una perspectiva evolutiva, cabría también mencionar la propuesta de Putnam (1988, 1997). Este autor mantiene que la disociación en los niños puede ser entendida como un fracaso en la consecución de una integración mayor en la conciencia de experiencias traumáticas, de manera que la disociación es el resultado de los intentos del niño para desarrollar un «falso (s) yo (s)» adaptado (s) a las demandas de su entorno.

En población infantil aún no hay consenso sobre la etiología de la sintomatología disociativa, sin embargo, diferentes modelos teóricos coinciden en que las experiencias estresantes y traumáticas (e.g., maltrato infantil, guerras, desastres naturales, etc.) dañan los patrones de apego padres-hijos (Liotti, 1999; Ogawa, Sroufe, Weinfield, Carlson y Egeland, 1997) e interfieren la regulación de los estados de transición en el desarrollo. No obstante, la sintomatología disociativa puede derivarse de características propias de los niños, tales como susceptibilidad, propensión a la fantasía o a otros rasgos estables de personalidad (Jang, Paris, Zweig-Frank y Livesley, 1998).

2 EVALUACIÓN PARA LA DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS

El evaluador que se enfrenta a la delimitación de un posible caso de disociación ha de tener presente las dificultades que supone. En primer lugar, muchos de los trastornos disociativos se infra-diagnostican bajo la errónea creencia de que son alteraciones poco comunes; en segundo lugar, la alta comorbilidad en la manifestación de estos trastornos con otras alteraciones dificulta en gran medida la identificación de los mismos. Especialmente, cuando la sintomatología disociativa está relacionada con experiencias traumáticas suele manifestarse asociada con todo un grupo de alteraciones clínicas (e.g., depresión, ansiedad, abuso de sustancias, trastornos somatomorfos, trastornos de alimentación...) que no se corresponden estrictamente con la sintomatología traumática (e.g., evitación, reexperimentación e hiperactivación). Muchos evaluadores arrastrados por la sintomatología más evidente se centran en esos otros trastornos obviando el núcleo fundamental del problema lo que revertirá en un inadecuado diseño de la intervención y en una escasa mejora del problema; En tercer lugar, un gran número de pacientes no informa abiertamente de este problema, bien porque no es consciente de esta sintomatología, o bien porque la oculta por vergüenza o temor a mostrar un desajuste más grave.

Por todo ello, se sugiere estar siempre atentos a cualquier indicio que pueda ser sospecha de un trastorno disociativo así como la necesidad de incluir en los protocolos de evaluación medidas que indaguen explícitamente sobre este tipo de sintomatología.

Antes de entrar en la descripción de los instrumentos conviene señalar que el evaluador debe atender a dos condiciones previas relevantes: a) la presencia de condiciones médicas que pudieran mimetizar la aparición de síntomas disociativos (e.g., algunos trastornos neurológicos); b) la existencia de tratamiento farmacológico bajo el que no se recomienda la evaluación de la disociación, especialmente en niños y adolescentes (e.g., el uso de amobarbital sódico) (ver *International Society for the Study of Trauma and Dissociation*, ISSTD 2004).

Considerando lo anteriormente expuesto, para la delimitación e identificación de un trastorno disociativo es conveniente la utilización inicial de medidas de despistaje o *screening* (entrevistas no estructuradas y cuestionarios/listados breves) y posteriormente, en el caso que el despistaje sea positivo, el uso de entrevistas diagnósticas o cuestionarios estandarizados que confirmen la sospecha. Una vez

realizado el diagnóstico conviene explorar más a fondo la sintomatología y, su gravedad e intensidad mediante listados de conducta o cuestionarios.

2.1. Descripción de los Principales Instrumentos de Evaluación Utilizados

Los principales instrumentos de evaluación utilizados en la evaluación de los problemas disociativos pueden ser agrupados en dos grandes categorías: entrevistas (no estructuradas y estructuradas); y listados/cuestionarios, en el que se incluyen listados de síntomas y cuestionarios autoinformados. A continuación se comentan cada uno de ellos.

2.1.1. Entrevistas

a) Entrevistas no estructuradas

La evaluación de la disociación puede realizarse mediante la realización de preguntas en formato de entrevista *ad hoc*. Una entrevista no estructurada debe explorar diferentes aspectos que generalmente se agrupan mediante racimos de preguntas en áreas temáticas de exploración. Estas preguntas suelen referirse, en primer lugar, a un *área de síntomas principales*: episodios de amnesia, fuga, despersonalización/ desrealización y confusión/ alteración de la identidad. Otra de las áreas de interés debe ser un *área de experiencias especiales*, relativa a episodios espontáneos de regresión a otras edades, estados autohipnóticos, experiencias extrasensoriales (e.g., oír voces) o síntomas pasivos de influencia sobre los pensamientos, emociones o conductas. Una tercera área debe ser el *área conductual*. Los evaluadores deben también alertar sobre manifestaciones conductuales indicativas de la disociación, tales como la postura, la presentación que hace el sujeto de sí mismo, el vestido, la mirada, etc. (ver Tabla 11.2 sobre las manifestaciones clínicas).

En pacientes con antecedentes de experiencias traumáticas o de desapego esta evaluación resulta más complicada por la desconfianza que los pacientes tienen sobre el evaluador. Para estos casos, es muy importante que el evaluador antes de iniciar la evaluación en profundidad establezca una buena alianza con el evaluado.

En el caso de niños, las entrevistas no estructuradas para la evaluación de alteraciones disociativas deben considerar el grado de interferencia que los síntomas disociativos (e.g., alteraciones de identidad, conciencia o memoria) ejercen sobre el normal desarrollo evolutivo. Respecto a la obtención de información es conveniente incluir otros informantes fiables además del propio niño, tales como padres, cuidadores habituales o profesores. Particularmente, cuando la evaluación se realiza con población infantil es conveniente tener presente los siguientes puntos: 1) atender a la especificidad de la sintomatología disociativa en niños (ver Tabla 11.2); 2) explorar el ambiente emocional y de seguridad familiar, los antecedentes de enfermedad psiquiátrica y los posibles secretos de familia que pudieran haber

impactado al niño ; 3) explorar áreas de relevancia específica en relación con la disociación: familiaridad del niño con material sobre esta temática (e.g., libros, películas, conversaciones...) y el interés de la familia sobre el entendimiento de este fenómeno; 4) explorar el funcionamiento del niño en los diferentes entornos en los que se desenvuelve (e.g., iguales, colegio, familia); 5) identificar los factores predisponentes, precipitantes y mantenedores de la sintomatología.

Algunos estudios han explorado el uso de la hipnosis como herramienta para la evaluación de esta sintomatología en niños. La recuperación de la sintomatología (e.g., amnesia retrógrada) bajo hipnosis, indicaría una base disociativa del trastorno. No obstante, este es un tema controvertido dado que el apoyo empírico recibido no es claro. Por esta razón se desaconseja su uso excepto en casos de elevada gravedad en los que no es posible acceder a la información del niño por otra vía alternativa (Williams y Velazquez, 1996).

Sea para niños o para adultos, el uso de entrevistas no estructuradas no es recomendable para el diagnóstico y sólo deben ser usadas como una primera aproximación para la delimitación del problema inicial o para su despistaje.

b) Entrevistas Estructuradas Diagnósticas

Son pocas las entrevistas estructuradas que incluyen un módulo específico de trastornos disociativos. Entre ellas, una de las más utilizadas es la entrevista clínica estructurada para trastornos disociativos SCID-D (Steinberg, Rounsaville y Cicchetti, 1990) acorde con los criterios DSM-IV. Permite igualmente la obtención de medidas de frecuencia y severidad para cada una de sus escalas además de una puntuación total de gravedad. Su administración requiere entrenamiento y experiencia previa.

Además del instrumento anterior cabe mencionar la entrevista de trastornos disociativos DDIS (*Dissociative Disorders Interview Schedule*; Ross et al., 1997) diseñada en su totalidad para la evaluación específica de estas alteraciones según el DSM-IV. Esta entrevista evalúa los criterios diagnósticos pero no provee de escalas de intensidad que permitan evaluar la gravedad y frecuencia de los síntomas. Una de sus ventajas es la incorporación de ítems adicionales para evaluar otras alteraciones diferentes a las disociativas que pueden ser de gran utilidad en la realización del diagnóstico diferencial. A diferencia de la anterior, esta entrevista se ha diseñado para ser utilizada por diferentes profesionales (e.g., enfermeros, trabajadores sociales, investigadores y clínicos).

En población infantil, la entrevista para los trastornos afectivos y la esquizofrenia K-SADS (Puig y Chambers, 1978) contiene una sección para evaluar los síntomas de conversión en niños y algunos síntomas de la esquizofrenia próximos a la disociación que pueden ser de utilidad para el diagnóstico diferencial y la exploración de cierta sintomatología disociativa. No obstante, no contiene una sección específica para los trastornos de disociación que permitan su diagnóstico.

Las principales características de estas entrevistas se presentan en la Tabla 11.3.

Tabla 11.3. Principales Entrevistas para el Diagnóstico de los Trastornos Disociativos.

Entrevistas Estructuradas		
Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Entrevista Estructurada Revisada para los Trastornos Disociativos DSM-IV SCID-D-R (Steinberg, 1994a, 1994b, 1995).	Individual heteroaplicada. 277 ítems. Adultos. 45-180 min. Requiere entrenamiento previo	Evalúa 5 dimensiones de disociación: amnesia, despersonalización, desrealización, confusión de la identidad y alteración de la identidad. Contiene preguntas sobre experiencias específicas, ejemplos y frecuencia de las mismas, así como el impacto social. Además de evaluar los criterios diagnósticos proporciona una puntuación de intensidad para cada una de sus dimensiones.
<i>The Dissociative Disorders Interview Schedule</i> D-DIS (Ross et al., 1997/1990).	Individual. 132-ítems. 30-60 minutos.	Evalúa los criterios diagnósticos DSM-IV relativo a los trastornos disociativos además del trastorno por somatización, episodios de depresión mayor y el trastorno límite de la personalidad. Contiene ítems adicionales para la evaluación de abuso de sustancias, la esquizofrenia, antecedentes de maltrato físico y sexual y características secundarias del trastorno de identidad múltiple. No evalúa la frecuencia ni intensidad de los síntomas.

2.1.2. Listado de Síntomas y Cuestionarios

Los listados de síntomas o cuestionarios pertenecen al grupo de instrumentos más utilizados para la evaluación de los problemas de disociación. Si bien la mayoría de ellos no permiten un diagnóstico, suponen una primera aproximación para la identificación de las manifestaciones clínicas de estos trastornos y una buena herramienta para la evaluación de la intensidad de estas alteraciones (ver Tabla 11.4).

Tabla 11.4. Principales Listados y Cuestionarios para la Delimitación de los Trastornos Disociativos.

Identificación	Aplicación y Formato	Contenido y Dimensiones
Inventario Multidimensional de Disociación MID (Dell, 2006).	218 ítems: 168 evalúan disociación; 50 ítems de validez. 30-90 min. Corrección informatizada.	Permite evaluar los criterios diagnósticos y la intensidad de los trastornos disociativos y otros trastornos relacionados con experiencias traumáticas. Contiene los siguientes factores de primer orden (autoconfusión, intrusiones de ira, desorientación disociativa, amnesia, malestar por los problemas de memoria, experiencias de identidades alternas, desrealización/despersonalización, intrusiones persecutoria, trance, flashbacks, síntomas corporales, y olvidos en la memoria autobiográfica; y un factor de segundo orden (disociación patológica).
Escala de Experiencias Disociativas DES (Bernsteiny Putnam, 1986, 1993). Adaptación hispana Robles, Garibay y Páez (2006). Versión para adolescentes DES-A (Armstrong, Putnam, Carlson, Libero y Smith, 1997).	Autoinforme. 28 ítems. Escala Likert 0-100. Versión adolescentes: 30 ítems. 11-17 años. Escala Likert 10 puntos.	Evalúa síntomas de absorción, implicación imaginativa, despersonalización, desrealización, y amnesia. Contiene 8 ítems que estiman la presencia de disociación patológica.
Cuestionario de Disociación DIS-Q (Vanderlinden, 1993; Vanderlinden, Van Dyck, Vandereycken, Verkommen y Verkes, 1993).	Autoinforme. Adultos. 63 ítems. Escala Likert 5 puntos.	Evalúa confusión de identidad y fragmentación, pérdida de control, amnesia y absorción.
Cuestionario de Disociación Somatomorfo SDQ-20 (Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart y Vanderlinden, 1996, 1998; Nijenhuis, 1999). Versión breve SDQ-5* .	Autoinforme 20 ítems. Escala Likert 5 puntos. La versión breve posee 5 ítems.	Evalúa visión de túnel, distanciamiento auditivo, contracciones musculares, ceguera psicógena, dificultad urinaria, insensibilidad al dolor, parálisis psicógena y convulsiones no-epilépticas.
Encuesta de Experiencias Curiosas CES (Goldberg, 1999)*.	Autoinforme. 31 ítems. Escala Likert 5 puntos.	Tres dimensiones: despersonalización, absorción y amnesia.

(continúa)

Identificación	Aplicación y Formato	Contenido y Dimensiones
Escala de Estado de Disociación SDD (Kruger y Mace, 2002).	Autoinforme. 56 ítems. Escala Likert 10 puntos.	Siete dimensiones: desrealización, despersonalización, confusión de la identidad, alteración de la identidad, conversión, amnesia e hiperramnesia.
Cuestionario de Experiencias Disociativas Peritraumáticas PDEQ (Bryant et al., 2009; Marmar et al., 1994/1997)*.	Autoinforme. Adultos. 10 ítems. Escala Likert 5 puntos.	Incluye medidas de pérdida de conocimiento, sentirse un autómatas, distorsión del tiempo, despersonalización, desrealización, pérdida de conciencia, amnesia. Dos dimensiones: pérdida de conciencia y despersonalización-desrealización. Se pregunta por esta sintomatología experimentada durante o inmediatamente después de la exposición al trauma.
Escala de Estados Disociativos Administrada por el Clínico CADSS (Bremner et al., 1998).	Individual. Heteroaplicada. Adultos. 27 ítems. Escala Likert 5 puntos.	Evalúa estados disociativos (en el momento actual) y no síntomas retrospectivos. Posee dos escalas: Escala subjetiva (informada por el propio sujeto) referida a síntomas de amnesia, despersonalización y desrealización; y Escala para el Observador que evalúa conductas externas (i.e., calambres y muecas faciales, movimientos oculares y de párpados).
Listado de Síntomas de Disociación para Niños CDC (Putman, Hekmers y Trickett, 1993)*.	Informe para cuidadores. 20 ítems escala 3 puntos (0, 1, 2).	Evalúa manifestaciones conductuales referidas a su comportamiento cotidiano en casa o la escuela y que pueden ser indicativas de disociación.
Cuestionario Experiencias de Disociación QED (Riley, 1988; Ray y Faith, 1995)*.	Autoinforme. 26 ítems. Escala verdadero/falso.	Evalúa ítems de sintomatología disociativa normativa (e.g., fantasía, ensoñación) y patológica. 5 Dimensiones: despersonalización (e.g., se siente como otra persona), amnesia, fantasía/ensoñación, conducta corporal disociada (e.g., alguien le dice que hacer) y trance.

(continúa)

Identificación	Aplicación y Formato	Contenido y Dimensiones
Escala de Disociación de Wessex (Kennedy et al., 2004).	Autoinforme. 40 ítems. Escala Likert de frecuencia 5 puntos.	Evalúa síntomas referidos a diferentes estados del procesamiento: nivel 1 alteraciones perceptivas, cognitivas; nivel 2 alteraciones intra módulos y/o esquemas (desconexión entre partes de una personalidad); nivel 3 entre módulos (entre diferentes personalidades).
Escala de Alteración Perceptual PAS (Sanders, 1986). Versión infantil CPAS ; Evers-Szostak y Sanders, 1992).	Autoinforme. 60-ítems. Escala Likert 4 puntos.	Modificaciones en el control, cognición, afecto y experiencias sensoriales y perceptuales. Es considerada una medida de disociación emocional más que cognitiva.

Nota: * Estrictamente de despistaje.

Dentro de este grupo de instrumentos incluiremos tanto aquellos cuya finalidad es estrictamente de despistaje o *screening* como los cuestionarios o listados cuya finalidad es el diagnóstico y/o la delimitación de la sintomatología. Los primeros suelen ser cuestionarios o listados con un número reducido de ítems, de contenido general y con capacidad para discriminar entre población con sintomatología disociativa normativa y clínica (e.g., CES, SDQ-5, QED). Los segundos, tienden a ser cuestionarios o listados con un mayor número de ítems que exploran diferentes dimensiones próximas a los criterios diagnósticos y que proporcionan una medida de intensidad de la sintomatología (e.g., MID, DES, DIS-Q). Obviamente, muchos de estos últimos pueden ser también utilizados como instrumentos de despistaje (e.g., DES).

La mayoría de estos instrumentos son autoinformes que evalúan la sintomatología retrospectivamente. Sin embargo, existen cuestionarios o listados diseñados para ser informados por terceros (e.g., *Escala de Estados Disociativos Administrada por el Clínico, CADSS*) así como cuestionarios que exploran la sintomatología estado, es decir, en el momento presente de la evaluación (e.g., *Escala de Estado de Disociación SDD*). Entre los instrumentos recogidos se incluyen medidas que evalúan la disociación durante el acontecimiento traumático o en el periodo posterior no superior a un mes (e.g., *Cuestionario de Experiencias Disociativas Peritraumáticas PDEQ*).

Algunos de estos instrumentos se han diseñado o adaptado para población infantil y adolescente, es el caso del *Listado de Síntomas de Disociación para Niños CDC* (Putman, Hekmers y Trickett, 1993) o la *Escala de Disociación DES-A* (Armstrong, Putnam, Carlson, Libero y Smith, 1997).

Conviene destacar el listado de síntomas disociativos (APA, 2012) para explorar la severidad de la alteración disociativa en función de la frecuencia de los síntomas y cuyos ítems se recogen en la Tabla 11.5. Esta escala tiene una finalidad de despistaje y es útil para complementar el diagnóstico categorial.

Finalmente, la facilidad y sensibilidad para ser hipnotizado es superior en personas con alteraciones disociativas frente a las que padecen similares trastornos. Es por esto que se recomienda el uso de un instrumento que permita evaluar este indicador para la realización de un diagnóstico diferencial.

Tabla 11.5. *Items para Explorar el Grado de Gravedad de los Trastornos Disociativos (APA, 2012).*

- Me encuentro mirando al vacío y sin pensar en nada.
- Encuentro que he hecho cosas que no recuerdo haberlas hecho.
- Cuando estoy solo hablo en voz alta.
- Siento como si mirara el mundo a través de la niebla y las personas y cosas parecieran estar lejanas y poco claras.
- Soy capaz de ignorar el dolor.
- Me comporto de forma tan diferente de una situación a otra que es casi como si fuera dos personas diferentes.
- Las cosas que solían ser muy difíciles para mí las puedo hacer fácilmente.

Nota: Cada ítem se puntúa de 1 a 4 según nivel de frecuencia (1 «nunca», 1-2 «veces», 3 «casi siempre», 4 «unavez al día»).

2.2. Evidencias de Fiabilidad y Validez para la Delimitación y el Diagnóstico

Los instrumentos citados han mostrado, en general, adecuadas propiedades psicométricas. La mayoría de ellos cuentan con buena consistencia interna, adecuada validez de constructo, validez convergente y capacidad de discriminar entre población clínica y población general.

Para el diagnóstico la entrevista estructurada SCID es la más recomendada por el elevado grado de estructuración y por su validez y fiabilidad interjueces. Junto a ella la entrevista estructurada DDIS también ha mostrado una adecuada fiabilidad interjueces y buena especificidad y sensibilidad, especialmente para el trastorno múltiple de la personalidad o identidad disociada.

De los cuestionarios citados, uno de los más estudiados y de los que más evidencias de validez existen es la Escala DES. Este cuestionario ha mostrado elevada validez convergente con la mayoría de los instrumentos existentes que evalúan disociación (e.g., SDQ-20, DIS-Q.....) y ha puesto de manifiesto una elevada estabilidad test-retest, así como una buena validez predictiva en relación, no sólo con los trastornos disociativos sino con otros trastornos vinculados a experiencias traumáticas (e.g., trastorno de estrés postraumático). Entre sus debilidades se ha mencionado su limitación para predecir la presencia del trastorno múltiple de personalidad, su elevada dependencia del cociente intelectual y el elevado nivel de comprensión lectora que requiere el evaluado para su correcta cumplimentación. Además, su alta correlación con el malestar o la psicopatología general cuestionan su validez discriminativa. Por otra parte, parece ser un instrumento susceptible a la manipulación y al engaño (van IJzendoorn y Schuengel, 1996) que puede llevar a una sobrepuntuación de los incidentes traumáticos. Por ello, el DES debe ser usado como una medida de despistaje. Esto se ve apoyado por el dato de que son pocos

los sujetos procedentes de población general que con una elevada puntuación en este instrumento manifiestan un trastorno disociativo.

Los restantes instrumentos recogidos poseen menor evidencia acumulada de validez, no obstante, de todos ellos se ha informado de adecuadas propiedades psicométricas y en su mayoría, han utilizado el DES como instrumento de referencia para el análisis de validez convergente.

2.3. Diagnóstico Diferencial

Los evaluadores deben estar alerta de los falsos positivos (sujetos diagnosticados con trastorno de disociación que realmente no lo padecen) y los falsos negativos (sujetos no diagnosticados con trastorno de disociación que realmente lo padecen) cuando realizan un diagnóstico de disociación. Es importante que aprecien las similitudes y las diferencias entre los síntomas disociativos que frecuentemente se encuentran en otras alteraciones: trastorno bipolar, trastornos afectivos, psicóticos o personalidad límite, entre otros.

En primer lugar, el diagnóstico diferencial debe hacerse con la presencia de cualquier condición médica o fisiológica (e.g., alteraciones neurológicas o daño cerebral) o con el consumo de sustancias responsables de síntomas disociativos. En segundo lugar y de forma particular deben apreciarse las diferencias con los siguientes trastornos: a) trastornos de ansiedad, especialmente estrés postraumático o estrés agudo, y también con los trastornos de pánico o las fobias en los que son comunes los síntomas de despersonalización o desrealización; b) demencias, deterioro cognitivo y trastornos facticios, cuando el síntoma predominante es la amnesia; c) trastornos bipolares, especialmente en la fase maníaca (ej., fugas disociativas); d) trastornos psicóticos y esquizofrenia cuando aparecen síntomas relativos a la fuga disociativa y los trastornos de identidad disociativo; e) trastornos de personalidad límite; f) trastornos somatomorfos; y g) depresión mayor en relación con posibles síntomas de despersonalización. La relación de los principales trastornos con los que es necesario hacer una especial distinción se recogen en la Tabla 11.6.

Como hemos indicado anteriormente a fin de obtener un indicador que nos ayude a discriminar una alteración disociativa de otra similar es recomendable el uso de un instrumento que evalúe el grado de sugestionabilidad, el cual es mayor entre personas que padecen problemas disociativos.

Tabla 11.6. *Diagnóstico Diferencial en la Evaluación de los Trastornos de Disociación.*

Trastorno Disociativo	Trastornos a Diferenciar y Características
Despersonalización/ Desrealización	Alteración de causa médica/abuso de sustancias/intoxicación. Prevalen los siguientes trastornos frente al disociativo: amnesia disociativa, trastorno de ansiedad, trastorno depresivo y trastorno de estrés postraumático (TEP).
Amnesia Disociativa	Traumatismo craneal, enfermedad médica o intoxicación. Epilepsias: patrón típico EEG; pérdida de memoria inmediata con alteraciones motoras. Estado Confusional/demencia: la amnesia se acompaña con el deterioro de otras funciones cognitivas, lingüísticas y afectivas. La amnesia no se restringe a información autobiográfica. Consumo de sustancias: deterioro de la memoria a corto plazo; dificultad para almacenar nueva información. Identidad disociativa, TEP o trastorno somatización: prevalecen éstos si hay amnesia. Trastornos facticios/simulación: existe ganancia secundaria; no aparecen otros síntomas disociativos; baja puntuación en escalas de hipnosis. Manía: la fuga disociativa está asociada a situaciones de grandeza. Esquizofrenia: presencia de síntomas específicos (ej., delirios, alucinaciones...).
Identidad Disociativa	Alteraciones médicas, físicas o derivadas del consumo de sustancias. Amnesia disociativa/despersonalización/desrealización: prevalece la identidad disociativa sobre el resto de trastornos disociativos. Esquizofrenia o Trastorno bipolar: presencia de otra sintomatología específica.

2.4. Comorbilidad

Los trastornos disociativos pueden aparecer asociados a trastornos conversivos, del estado de ánimo, abuso de sustancias, trastornos de personalidad, trastorno de estrés postraumático, trastornos sexuales, trastornos del sueño, trastornos de la alimentación e hipocondría. Algunos estudios han encontrado la presencia de trastornos disociativos con trastornos de somatización (Nijenhuis y van der Hart, 1999), alexitima (Grabe, Rainerman, Spitzer, Gansicke y Freyberger, 2000) y presencia frecuente de conductas suicidas (Foote, Smolin, Neft y Lipschitz, 2008).

En población infantil, estos trastornos pueden aparecer conjuntamente con el trastorno de estrés postraumático, el trastorno obsesivo-compulsivo y el trastorno reactivo de apego. En el caso de los adolescentes puede coexistir con conductas delictivas (ISSTD, 2004).

3 EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO Y LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO

Atendiendo a los principales modelos e hipótesis explicativas de los trastornos disociativos que ya hemos detallado en el epígrafe correspondiente de este capítulo, la conceptualización de un caso relativo a un trastorno de disociación debería, al menos, considerar las siguientes variables: a) condiciones médicas, genéticas y biológicas; b) experiencias traumáticas previas; b) factores personales de vulnerabilidad (e.g., alexitimia, sugestionabilidad) y de riesgo (e.g., patología familiar; consumo de sustancias); c) procesamiento emocional (memoria autobiográfica, relato integrado de sí mismo, omisiones de partes importantes del relato, pobre concordancia entre los recuerdos recuperados, memoria fragmentada); d) afrontamiento; y e) alteraciones comórbidas (trastornos afectivos, de ansiedad, somatización, alimentación, conducta suicida...).

El diagrama de la Figura 11.1 integra en una propuesta tentativa los elementos más importantes que pueden dar cuenta de la aparición y el mantenimiento de una alteración disociativa. Si el evaluador identificara experiencias traumáticas pasadas debería diseñar una evaluación que incorporara los instrumentos para la conceptualización propia de casos relativos al grupo de trastornos relacionados con el trauma (ver capítulo correspondiente).

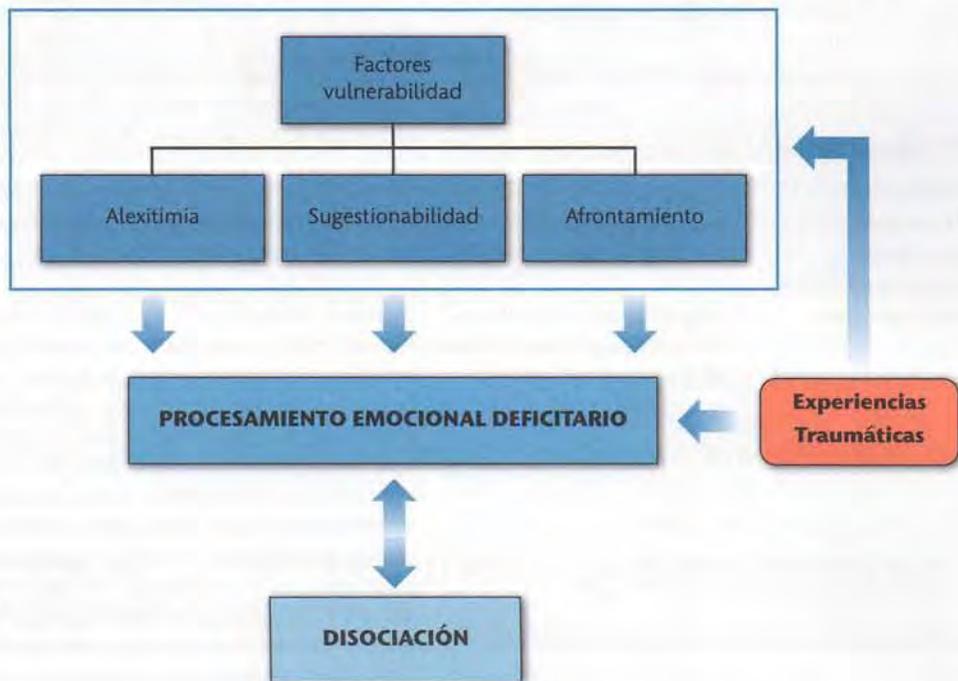


Figura 11.1.

El evaluador ha de contar con herramientas de evaluación válidas y fiables que le permitan obtener información sobre cada una de esas variables. En la Tabla 11.7 incluimos la referencia de algunos instrumentos indicados para tal fin.

Tabla 11.7. Variables Relevantes e Instrumentos para la Conceptualización de los Trastornos Disociativos

Hipótesis	Instrumentos	Dimensiones y Características
Acontecimientos Traumáticos.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuestionario de Experiencias Traumáticas TQ (Escalona et al., 1997). Versión española González et al., 2000). Para otros instrumentos ver capítulo 8. 	17 sucesos traumáticos y grado de afectación del suceso.
Evitación Conductual.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Test Conductuales y Autorregistros en Vivo. 	Registro de <i>Unidades Subjetivas</i> de Ansiedad ante situaciones o estímulos que la persona evita.
Procesamiento Emocional Deficitario (Disociación y/o Somatización).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instrumentos de Evaluación de la Disociación DES y MID; y para la somatización SDQ-20. ▪ Registros Autobiográficos. 	Experiencias disociativas de amnesia, despersonalización, desrealización, imaginación, absorción, identidad... Síntomas de somatización. Relatos del pasado por etapas biográficas (infancia, adolescencia, juventud, adultez, vejez); Composición de un álbum de fotos por etapas; Redacción de eventos pasados.
Factores de Vulnerabilidad: Alexitimia, Sugestionabilidad, Afrontamiento.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escala Revisada de Alexitimia de Toronto TAS-R (Taylor, Bagby y Parker, 1992). ▪ Sugestionabilidad: Inventario de Sugestionabilidad IS (González-Ordi y Miguel-Tobal, 1999). ▪ Cuestionario de Afrontamiento Revisado WCQ (Folkman y Lazarus, 1985). 	23-ítems. Escala Likert 5 puntos. El contenido se relaciona con dificultades para describir los sentimientos y pensamientos orientados externamente. 22 ítems. Escala Lickert 5 puntos. Escala global de Sugestionabilidad (tendencia o propensión a ser sugestionado en diferentes ámbitos de la vida cotidiana) y cuatro subescalas: Fantaseo (tendencia a evadirse o dejarse llevar a través de la imaginación, la voz o la música); Absorción/concentración (capacidad para focalizar su atención, concentrarse en imágenes y sensaciones propias o experimentar con viveza sensaciones a través de la imaginación); Implicación emocional (capacidad de la persona para implicarse emocional y activamente en el contenido del mensaje estimular); Influenciabilidad (grado en que un individuo permite que otros influyan en sus pensamientos, sentimientos o estados de ánimo). 66 ítems. Escala Likert 4 puntos. Evalúa la frecuencia en la que una persona afronta diferentes dificultades.

3.1. Evidencias de Fiabilidad y Validez para la Evaluación de la Conceptualización del Caso

No se han documentado instrumentos específicos para la conceptualización del caso que permitan informar de evidencias de validez y fiabilidad de los mismos para tal fin. No obstante, los cuestionarios citados en el epígrafe anterior poseen adecuadas propiedades psicométricas y son recomendables para este propósito.

Respecto a los registros y diarios biográficos, éstos son instrumentos de elaboración *ad hoc* con un marcado carácter subjetivo cuya fiabilidad y validez son más variables. Los criterios psicométricos de estas medidas dependerán de la fuente informante (e.g., grado de afectación cognitiva...) y del grado de estructuración de su formato. A pesar de estas limitaciones psicométricas, son instrumentos recomendados para la obtención de información personal que permiten una enorme versatilidad y adaptación al caso particular y a la planificación de su tratamiento. Es necesario destacar, por otra parte, que la importancia de estos instrumentos reside fundamentalmente en la información subjetiva que proporcionan. Por ello, es recomendable combinar el uso de instrumentos más estructurados y «objetivos» frente a los claramente subjetivos.

4 EVALUACIÓN PARA EL TRATAMIENTO, SU PROGRESO Y LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

Como ocurre en el resto de grupos de trastornos, muchos de los instrumentos utilizados en la delimitación del problema pueden ser utilizados a modo de pretest-postest para comprobar los efectos de la intervención y los cambios producidos. La recomendación como ya hemos comentado es administrar los instrumentos no sólo al principio y al final de la intervención sino en el curso de la misma a fin de evaluar la evolución del progreso del tratamiento.

Las escalas de puntuación, en general, al tener escalas de intensidad son más sensibles al cambio y permiten reflejar el progreso del tratamiento. Específicamente para los problemas de disociación, dos instrumentos han informado de sensibilidad al tratamiento, la *Escala de Estados Disociativos Administrada por el Clínico CADSS* (Bremner et al., 1998) y la *Escala de Estado de Disociación SDD* (Kruger y Mace, 2002).

5 PROPUESTA DE UN PROTOCOLO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS

En la tabla 11.8 se incluye una relación de instrumentos básicos recomendado para la evaluación de los trastornos de disociación. El protocolo incluye instrumentos para el diagnóstico y la delimitación

del problema, instrumentos para la conceptualización del caso y finalmente para la evaluación del progreso y los efectos del tratamiento.

Tabla 11.8. Protocolo Básico para la Evaluación de los Trastornos Disociativos.

Evaluación para el Diagnóstico y Delimitación del Problema
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inventario Multidimensional de Disociación (MID). ▪ Entrevista Estructurada Revisada para los Trastornos Disociativos DSM-IV (SCID-D-R). ▪ Escala de Experiencias Disociativas (DES).
Evaluación para la Conceptualización del Caso
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escalas de puntuación según variables implicadas en el caso: <ul style="list-style-type: none"> – Somatización (SDQ-20). – Alexitimia (TAS-R). – Afrontamiento (WCQ). – Antecedentes traumáticos (TQ). ▪ Registros Conductuales <i>ad hoc</i>, Autorregistros y Diarios.
Evaluación para el Progreso y Eficacia del Tratamiento
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Severidad de los síntomas: elegir escalas de puntuación (e.g., MID, DES) e instrumentos sensibles al cambio (e.g., CADSS, SDD). ▪ Indicadores conductuales: Test de Aproximación Conductual y Autorregistros. ▪ Indicadores de integración del relato autobiográfico: Diario y Relatos de Sucesos Pasados Biográficos.

Nota: SDQ-20 (Cuestionario de Disociación Somatomorfo); TAS-R (Escala Revisada de Alexitimia de Toronto); WCQ (Cuestionario de Afrontamiento revisado); TQ (Cuestionario de Experiencias Traumáticas); CADSS (Escala de Estados Disociativos Administrada por el Clínico); SDD (Escala de Estado de Disociación).

RESUMEN

La disociación puede entenderse como una pérdida subjetiva de la integración de la información y del control de los procesos mentales. Más específicamente, se entiende que los trastornos disociativos son alteraciones mentales caracterizadas por la pérdida de integración de la cognición junto con la desconexión y discontinuidad de la conciencia y la identidad personal. En función del tipo de muestras y el país de origen la prevalencia ha oscilado en población clínica entre el 8 y el 38% y, en población general, entre 1 y 10%. La sintomatología puede manifestarse en la infancia y la adolescencia aunque su presencia es más frecuente en la etapa adulta previa a la cuarta década de vida.

Los trastornos disociativos se han explicado por numerosos factores tanto biológicos, psicológicos como ambientales, sin embargo hasta la fecha, no se ha descrito una teoría sólida e integrada que articule estos factores de manera interrelacionada.

El diagnóstico y delimitación de un posible caso de disociación se ve dificultado por la errónea creencia de que son alteraciones poco comunes, por la alta comorbilidad con la que se manifiestan y con el sufrimiento oculto de los que lo padecen. La delimitación e identificación de un trastorno disociativo debe incorporar medidas de despistaje o *screening*, entrevistas diagnósticas y cuestionarios estandarizados. Una vez realizado el diagnóstico conviene explorar más a fondo la sintomatología y, su gravedad e intensidad mediante listados de conducta o cuestionarios. Los instrumentos citados han mostrado, en general, adecuadas propiedades psicométricas, aunque conviene atender al diagnóstico diferencial con otras alteraciones (e.g., trastorno bipolar, trastornos afectivos, psicóticos o personalidad límite) a fin de evitar posibles falsos positivos y negativos.

La conceptualización de un caso de disociación debería considerar principalmente las condiciones médicas, genéticas y biológicas, las experiencias traumáticas previas, los factores personales de vulnerabilidad y de riesgo, los problemas de procesamiento emocional (especialmente los relativos a la memoria autobiográfica), además de las alteraciones comórbidas con las que se manifieste. No se han documentado instrumentos específicos para la conceptualización del caso que permitan informar de evidencias de validez y fiabilidad de los mismos para tal fin. No obstante, los cuestionarios para la delimitación y diagnóstico son recomendables para este propósito junto con registros y diarios biográficos de elaboración *ad hoc*. Como ocurre en el resto de grupo de trastornos muchos de los instrumentos utilizados en la delimitación del problema pueden ser utilizados a modo de pretest-postest para comprobar los efectos de la intervención y los cambios producidos. Las escalas de puntuación, en general, al tener escalas de intensidad son más sensibles al cambio y permiten reflejar el progreso del tratamiento.

Finalmente, se incluye una relación de instrumentos básicos recomendado para la evaluación de los trastornos de disociación a modo de protocolo básico.

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

- 1) La amnesia disociativa se caracteriza fundamentalmente por: a) incapacidad para recordar información autobiográfica relevante; b) alteración de la identidad; c) experiencias de irrealidad.
- 2) Indica cuál es una de las dificultades en el diagnóstico de los trastornos disociativos: a) el sobre diagnóstico al que se tiende; b) su baja comorbilidad; c) la dificultad de las personas a expresar los síntomas abiertamente.
- 3) Respecto al uso de la hipnosis como herramienta para la evaluación de la sintomatología disociativa: a) permite una indiscutible base para el diagnóstico; b) no permite la recuperación de la amnesia retrógrada; c) se recomienda en casos de extrema gravedad.
- 4)Cuál de las siguientes entrevistas estructuradas es la más utilizada para el diagnóstico de un trastorno disociativo: a) Entrevista de Trastornos Disociativos DDIS; b) Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos Disociativos SCID-D; c) Inventario Multidimensional de Disociación MID.
- 5) En relación con la *Escala de Disociación DES* que afirmación es verdadera: a) predice con exactitud el trastorno múltiple de personalidad; b) es independiente del cociente intelectual; c) ha puesto de manifiesto una elevada estabilidad test-retest.

Soluciones: 1a; 2c; 3c; 4b; 5c

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- González, A. (2010). *Trastornos disociativos*. Madrid: Pléyades.
- International Society for the Study of Trauma and Dissociation (2004). Guidelines for the Evaluation and Treatment of Dissociative Symptoms in Children and Adolescents. *Journal of Trauma & Dissociation*, 5, 119-150.
- Robles, R., Páez, F., & Marín, M. (2011). Trastornos disociativos. En V. Caballo, I. C. Salazar, & J. A. Carrobes (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (445-464). Madrid: Pirámide.

Evaluación de los Trastornos Neurocognitivos

12

Francisca López Torrecillas
Isabel M. Ramírez Uclés

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

1 Introducción

- 1.1. Descripción
- 1.2. Epidemiología y Curso
- 1.3. Factores Etiológicos
 - 1.3.1. Delirio
 - 1.3.2. Trastornos Neurocognitivos

2 Evaluación para la Delimitación del Problema: Contrastación de Hipótesis Diagnósticas

- 2.1. Instrumentos de Evaluación Utilizados: Descripción y Evidencias de Fiabilidad y Validez
 - 2.1.1. Entrevistas Estructuradas
 - 2.1.2. Escalas de Puntuación
- 2.2. Diagnóstico Diferencial
- 2.3. Comorbilidad

3 Evaluación para la Conceptualización del Caso y la Planificación del Tratamiento

4 Evaluación para el Tratamiento, su Progreso y los Resultados de la Intervención

5 Propuesta de un Protocolo Básico para la Evaluación de los Trastornos Neurocognitivos

RESUMEN

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

- Conocer, reconocer y discriminar los trastornos neurocognitivos.
- Identificar las etiologías de los trastornos neurocognitivos.
- Aprender las principales estrategias para realizar diagnóstico diferencial de los trastornos neurocognitivos.
- Identificar las técnicas y test neuropsicológicos para pacientes con trastornos neurocognitivos.
- Conocer los instrumentos básicos para la evaluación de todos los dominios neurocognitivos.
- Aprender a relacionar distintas fuentes de datos.
- Asumir la posibilidad de utilizar más de un instrumento para la evaluación los trastornos neurocognitivos.

1 INTRODUCCIÓN

1.1. Descripción

En la actualidad existe un interés creciente por los trastornos neurocognitivos debido al déficit de las funciones cognitivas que suponen y al cambio en la vida diaria de las personas que lo padecen. De acuerdo con la Clasificación del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, 2000), dentro de este grupo se incluyen el delirio, los trastornos neurocognitivos, los trastornos amnésicos y los trastornos cognoscitivos no especificados. Siguiendo con lo que será la futura Clasificación DSM-V (APA, 2012) se tratarán en tres grandes síndromes: delirio, trastorno neurocognitivo mayor y trastorno neurocognitivo leve; además se proponen criterios para cada uno de los subtipos etiológicos de los trastornos neurocognitivos leve y mayor (ver Tabla 12.1). También se han modificado los criterios diagnósticos para el trastorno neurocognitivo debido a la enfermedad de Alzheimer y se ha añadido el trastorno neurocognitivo no clasificado dado que, el Alzheimer constituye la primera causa de trastorno neurocognitivo en los países desarrollados, trastorno que era, hasta hace relativamente poco, desconocido para la población. Sin embargo, en los últimos años se ha producido una gran difusión e información de esta «enfermedad del siglo XXI», debido a su gran crecimiento experimentado pues la población está sufriendo un incremento en su envejecimiento y cada vez más personas llegan hasta los 80 y 90 años. La enfermedad de Alzheimer es cada vez más frecuente entre la población mayor, de 60 a 90 años, pero también existen muchos casos de personas enfermas cuya edad es inferior a este intervalo. El término demencia implicaba históricamente un curso progresivo o irreversible, sin embargo, la definición de trastorno neurocognitivo de la futura Clasificación DSM-V establece la presencia de patrón de déficit cognoscitivo, que no conlleva connotaciones acerca del pronóstico y puede ser progresivo, estático o en remisión; la reversibilidad de los trastornos neurocognitivos está en función de la patología subyacente y de la disponibilidad de aplicación del tratamiento. El modo de inicio y el curso subsiguiente dependerán también de la etiología subyacente; así, el grado de discapacidad no sólo dependerá de la gravedad del deterioro cognoscitivo del individuo, sino también de la disponibilidad del soporte social. En las formas avanzadas de los trastornos neurocognitivos podemos encontrar que los individuos manifiesten desconexión de su entorno y, por tanto, necesiten cuidados intensivos y constantes (Sachdev, Andrews, Hobbs, Sunderland y Anderson, 2009).

El daño cerebral de origen traumático constituye otro grave problema sociosanitario por su alta incidencia (entre 200/300 cada 100.000 habitantes) y sus consecuencias personales, familiares, sanitarias y sociales. El daño cerebral producido por un traumatismo craneoencefálico (TCE) implica una serie de cambios estructurales, fisiológicos y funcionales en la actividad del sistema nervioso central; su naturaleza, extensión y lugar del daño representan un papel primordial en la definición de las secuelas. Si el traumatismo es abierto o cerrado, si la lesión se produce en el hemisferio derecho o izquierdo, si se produce en el córtex frontal o temporal, serán, entre otros, factores relacionados con los diferentes efectos del daño cerebral (Muñoz-Céspedes, Lapedriza, Pelegrín-Valero, Tirapu-Ustarroz, 2001). Por otro lado, existe también un número muy importante de alteraciones de neurodesarrollo y de daño

cerebral adquirido en etapas tempranas de la vida, que resultan en un daño estructural y/o funcional de los lóbulos frontales, con graves consecuencias en el desempeño neuropsicológico de los sujetos.

Desde un punto de vista económico y de utilización de recursos sociosanitarios, el delirio tiene, en general, un elevado coste en estancias, rehabilitación, asistencia domiciliaria y carga del cuidador. A pesar de su elevada prevalencia, en la mitad de las ocasiones pasa desapercibido sin conseguir llegar a un diagnóstico; a veces, cuando se llega a un diagnóstico correcto, éste puede no ser transcrito en la historia clínica del paciente, al ser considerado como un evento menor (Ramírez- Díaz, *et al.*, 2005).

Por todo ello, es necesario establecer criterios, elaborar instrumentos de medida que permitan una adecuada evaluación psicológica para establecer diagnósticos precisos entre los diferentes trastornos neurocognitivos e incluso diferenciarlos de los delirios.

Tabla 12.1. Descripción de los Trastornos Neurocognitivos.

Tipo		Descripción
Delirios	Inducido por sustancias.	Alteración de la conciencia y cambio de las cogniciones que se desarrollan a lo largo de un breve período de tiempo.
	No clasificados en otros.	
Trastornos Neurocognitivos leves	Disminución en el rendimiento neurocognitivo, que no interfieren con la independencia pero requieren un mayor esfuerzo y el uso de estrategias compensatorias.	
Trastornos Neurocognitivos Mayores	Disminución en el rendimiento neurocognitivo, que interfieren con la independencia y necesitan asistencia con las actividades instrumentales de la vida diaria.	
Subtipos (leves y mayores)	Alzheimer	Pérdida de memoria, ideas delirantes de persecución y celotipias, desorientación, problemas en la denominación, parafasias y perseveración.
	Vascular	Lesión cerebral debida a enfermedad vascular que conlleva deterioro cognoscitivo.
	Frontotemporal	Apatía y desinterés, desinhibición, cambio de personalidad, falta de juicio social y de sensibilidad interpersonal, incapacidad para el control de los impulsos con brotes de agresividad, labilidad emocional, inatención, déficits éticos con la falta de respeto por las normas sociales. Incapacidad de planificar, tomar decisiones, ordenar temporalmente los hechos o mantener la atención.

(continúa)

Tipo	Descripción	
Subtipos (leves y mayores)	Por Lesión Cerebral Traumática	Dificultades en la atención, aprendizaje y función ejecutiva producidas por una lesión cerebral traumática, con pérdida de la conciencia, amnesia postraumática, desorientación y confusión.
	Demencia con Cuerpos de Lewy	Cognición fluctuante con variaciones pronunciadas en la atención y estado de alerta, alucinaciones visuales recurrentes, síntomas de la enfermedad de Parkinson. Así como, alteraciones del sueño REM y trastornos de conducta.
	Enfermedad de Parkinson	Profundos déficit motores (temblor, rigidez, bradicinesia e inestabilidad postural), depresión y deterioro cognitivo.
	Por Infección de SIDA	Alteración de rendimiento en al menos dos dominios cognitivos (atención, aprendizaje, memoria, lenguaje, función ejecutiva, función visual constructual-perceptual).
	Inducido por Sustancias	Déficit neuropsicológicos incluyen problemas en la memoria, aprendizaje, funciones visuoespaciales y ejecutivas. Estos déficit mejoran con la abstinencia.
	Por Enfermedad de Huntington	Cambios en la personalidad (irritabilidad, o apatía) antes del inicio de la corea. Depresión y manía delirante, disminución en la velocidad cognitiva, déficit en la memoria de evocación, déficit en las funciones frontales ejecutivas y síntomas motores.
	Por Enfermedad de Prion	El trastorno neurocognitivo es atribuible a las enfermedades por priones (por ejemplo, la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, encefalopatía espongiiforme bovina).
	Por otra Enfermedad Médica	Déficits cognitivos producidos por lesiones, tumores cerebrales, hidrocefalia, enfermedades metabólicas o nutricionales o trastornos de la función hepática y renal y otras enfermedades neurológicas como la esclerosis múltiple.
No Clasificados en Otros	Esta categoría se reserva para los trastornos caracterizados por disfunciones cognoscitivas debidas al efecto de una enfermedad pero que no cumplen los criterios para ninguno de los trastornos especificados anteriormente.	

1.2. Epidemiología y Curso

La prevalencia de los trastornos neurocognitivos en países desarrollados se duplica cada cinco años en pacientes entre 65 y 94 años; va desde 1,4% en la población de 65 años a 69 años y hasta un 38,6% entre la población de 90 a 94 años (Nys, van Zandvoort, de Kort, Jansen, de Haan y Kappelle, 2007). Aproximadamente un 36% se debe a los trastornos neurocognitivos de tipo vascular y un 12% a los trastornos cognitivos de parkinson, alcohólico y otras causas (Vilalta-Franch, López-Pousa, Calvó-Perxas y Garre-Olmo, 2012). Un trastorno de prevalencia considerable es la enfermedad de Alzheimer, que en España muestra una incidencia anual media de 123 casos nuevos/100.000 habitantes, aumentando sustancialmente con la edad, siendo su incidencia en torno al 7% en la población de más de 75 años y su prevalencia global entre el 10 y 15% (Fernández et al, 2008). Con respecto a la prevalencia del deterioro cognitivo leve (DCL), el estudio cognitivo CHS (*Cardiovascular Health Study*) indica una prevalencia de DCL amnésico del 6%, pero al contemplar la prevalencia global de DCL, incluyendo el subtipo de múltiples dominios, esta tasa se incrementa hasta el 19% (Koepsell y Monsell, 2012).

La determinación del pronóstico de cualquier trastorno neurocognitivo constituye una cuestión fundamental desde la Evaluación Psicológica, dado que las estrategias de intervención para el propio paciente y para la familia vienen condicionadas en gran medida por el pronóstico. Del mismo modo, la precisión del diagnóstico y del pronóstico afectan de modo directo a la supervivencia y calidad de vida del paciente, puesto que el nivel de recuperación neurológica, funcional y cognitiva va a depender en gran medida del esfuerzo de los clínicos y de la calidad y duración de los tratamientos recibidos. Los indicadores habitualmente utilizados para predecir el pronóstico se pueden agrupar en torno a tres dimensiones: gravedad y naturaleza de la lesión; características del individuo y tipología de los déficit neuropsicológicos y emocionales (Husson, Ribbers, Willemse-van Son, Verhagen y Stam, 2010).

La frecuencia del delirio en una población determinada depende de la predisposición de los individuos de esa población, estimándose que entre un 10 y 15% de los pacientes de las salas médicas y quirúrgicas padecen delirio (Thomason, Shintani, Peterson, Pun, Jackson y Ely, 2005). Con el aumento de la edad de la población es posible que esta estimación se incremente todavía más; esto es, en población anciana la frecuencia de presentación de delirio es muy alta, se ha descrito que entre el 25% y 62% de los ancianos pueden presentarlo durante una hospitalización (Formiga et al., 2005; Formiga, San José, López-Soto, Ruiz, Urrutia y Duaso, 2007a). Los síntomas del delirio se desarrollan habitualmente en el espacio de horas o días, pudiendo empezar de forma brusca (después de un traumatismo craneal), pero resulta más típico que los síntomas aislados evolucionen hacia el delirio completo en un período de 3 días. El cuadro se puede resolver en pocas horas o persistir durante semanas, en especial en sujetos con trastorno neurocognitivo coexistente; si se corrige o autolimita pronto el factor etiológico subyacente, es más probable que la recuperación sea completa (Travers, Byrne, Pachana, Klein y Gray, 2012). Por tanto, el pronóstico varía con la etiología y sobre todo con el mantenimiento de daño sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) mientras su evolución depende de la prontitud y efectividad del tratamiento y puede ocurrir bien una recuperación total o bien la progresión hacia el coma, convulsiones, síndromes crónicos e incluso la muerte.

1.3. Factores Etiológicos

1.3.1. Delirio

El Delirio es un síndrome que sigue un modelo multifactorial, especialmente en ancianos, que representa la compleja interrelación entre factores predisponentes, intrínsecos a un paciente vulnerable, y factores precipitantes externos. Muchas patologías, solas o en combinación, pueden causar delirio, se consideran como causas más frecuentes las infecciones respiratorias y urinarias, destacándose también otras situaciones como alteraciones metabólicas, endocrinopatías, trastornos cardiopulmonares y gastrointestinales. En este sentido, Van Rompaey, Schuurmans, Shortridge-Baggett, Truijen y Bossaert (2007) realizan una revisión acerca de los factores de riesgo del delirio y demuestran la implicación de neurotransmisores como acetilcolina, dopamina, GABA y serotonina, los cuales, unos por exceso y otros por defecto, justificarían los síntomas. Estas alteraciones bioquímicas también explican la efectividad de determinados fármacos utilizados en el tratamiento o el efecto adverso de otras sustancias que, indicadas en determinados procesos, podrían desencadenar un episodio de delirio. Existen también ciertas condiciones fisiopatológicas del paciente que pueden desencadenar el delirio, como la disminución del número de neuronas y conexiones dendríticas, disminución del flujo cerebral, disminución del número de neurotransmisores y sus receptores, disminución del flujo hepático y renal con el consiguiente descenso del metabolismo y aclaramiento de sustancias, o disminución de la albúmina sérica, que implica una mayor biodisponibilidad de drogas. Todos éstos son cambios propios del envejecimiento, lo que explica su mayor prevalencia en personas ancianas; por tanto, a medida que avanza la edad se producen una serie de cambios morfológicos y fisiológicos que disminuyen la reserva funcional del individuo y lo hacen más susceptible a cualquier agresión externa. En el cerebro existe una pérdida neuronal, así como disminución del flujo sanguíneo cerebral y alteración de neurotransmisores y de sus receptores, que predisponen al paciente a sufrir este síndrome.

Además de la edad, los efectos secundarios de medicamentos son la principal causa de los delirios, siendo los fármacos anticolinérgicos los más frecuentemente implicados. También cabe mencionar los estados de intoxicación por fármacos, en estrecha relación con los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos asociados a la edad, como la disminución de masa corporal con aumento de materia grasa, deterioro de la función hepática y disminución de proteínas que hacen que dosis de medicamentos consideradas terapéuticas sean tóxicas en algunos pacientes, sobre todo en las personas mayores.

Los estados de abstinencia producidos por la retirada brusca de sustancias, como sedantes, hipnóticos, opiáceos o alcohol, son también factores etiológicos para los delirios. Otros factores como la privación del sueño, interrupción de rutinas o cambios de ambiente, inmovilización y uso de restricciones físicas, deshidratación y malnutrición, estreñimiento, retención urinaria, complicaciones de procedimientos diagnósticos y terapéuticos o reacciones postransfusionales pueden ser precipitantes del delirio.

1.3.2. Trastornos Neurocognitivos

Diversos estudios (Seltman y Matthews, 2012; Bennett et al., 2006; Markesbery et al., 2006) sostienen que la pérdida de memoria asociada a la edad y la relacionada con el Deterioro Cognitivo Leve (DCL) es consistente con la acumulación de ovillos neurofibrilares especialmente en el lóbulo temporal medial, áreas frontotemporales y otras regiones neocorticales, lo que aumenta la creencia de que existe un continuum neuropatológico entre el envejecimiento, el DCL y la Enfermedad de Alzheimer (EA). Saykin et al. (2006) también apuntan que las quejas cognitivas en adultos mayores, aún sin ser constatables psicométricamente, pueden indicar cambios neurodegenerativos subyacentes. En su estudio de resonancia magnética estructural y volumetría hipocámpica, observan que el grupo que presenta quejas cognitivas y el grupo de DCL amnésico muestran patrones similares de pérdida de sustancia gris, en comparación con un grupo normativo en las regiones anteriormente mencionadas (lóbulo temporal medial, áreas frontotemporales y otras regiones neocorticales). Aunque los trastornos neurocognitivos afectan predominantemente a gente mayor, algunas alteraciones pueden causar trastornos neurocognitivos en la infancia y adolescencia, como los traumatismos craneales, los tumores cerebrales, la infección por VIH, los accidentes cerebrovasculares y las alteraciones neurodegenerativas. Pueden presentarse tanto en forma de deterioro en el funcionamiento escolar como en retraso del desarrollo normal.

2 EVALUACIÓN PARA LA DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS

La evaluación psicológica de los trastornos neurocognitivos es una actividad prioritaria para la puesta en marcha de estrategias de intervención, destinadas tanto al propio paciente como las de carácter familiar y/o social. Actualmente se utilizan diversas técnicas de registro de la actividad eléctrica cerebral como son la Electroencefalografía (EEG) y la Magnetoencefalografía (MEG) y/o de carácter metabólico, como la Tomografía por Emisión de Positrones (TEP), la Tomografía Computarizada por Emisión de Fotones Simples (SPECT) y la Resonancia Magnética Funcional (RMF) para el estudio de la estructura y función cerebral (Brust, 2007; Cabezas, Oliver, Lladó, Freixenet y Cuadra, 2011). Estas técnicas resultan de gran utilidad para la detección y localización de la lesión (por ejemplo, tumores cerebrales), al mismo tiempo que permiten comparar y controlar diferentes trastornos patológicos agudos y subagudos. No obstante, nuestro objetivo en este capítulo va dirigido a la descripción de pruebas específicas y baterías generales de evaluación neuropsicológica.

2.1. Instrumentos de Evaluación Utilizados: Descripción y Evidencias de Fiabilidad y Validez

El diagnóstico neuropsicológico no se puede elaborar solo a partir de pruebas psicométricas; es necesario, en primer lugar, realizar una recopilación de datos previos del paciente que incluya todos los informes, tratamientos (médico, farmacológico, psicológico, físico, logopédico) y pruebas de neuroimagen de las que se dispone desde el inicio de la enfermedad. De acuerdo con Blázquez-Alisente, González-Rodríguez y Paúl-Lapedriza (2011), todo esto nos va a permitir una hipótesis de partida de la etiología de la lesión, el nivel de gravedad inicial, cómo se produjo, la duración, la localización de la lesión cerebral, el tiempo de hospitalización, la situación física, cognitiva y funcional, los tratamientos recibidos y su eficacia, la presencia o no de complicaciones asociadas, además de la evolución sintomatológica hasta el momento que acude a consulta.

2.1.1. Entrevistas Estructuradas

Una vez recopilados los informes previos y establecida una primera toma de contacto con el paciente y su familia, la entrevista al paciente y algún familiar es la primera tarea a realizar. El principal objetivo de la entrevista es facilitar una información objetiva, crear un clima de confianza, apoyo y seguridad a partir del cual ir conociendo la situación del paciente y la problemática de adaptación que pudiera sufrir éste o sus familiares. La información que nos proporciona la entrevista es el conocimiento de la situación, esto es, datos personales, quejas subjetivas de déficits, nivel de funcionalidad, conciencia de la enfermedad y estado emocional del paciente.

La entrevista que debe ser siempre administrada tanto al paciente como a los familiares, nos va a permitir obtener un clima de confianza, aproximación, comprensión por nuestra parte y colaboración (sobre todo de la familia en esta fase), todo ello necesario para el desarrollo de la evaluación neuropsicológica. Además, podemos conocer la percepción que el paciente tiene sobre su situación y sus limitaciones, la importancia que les concede, el nivel de conciencia del déficit, las expectativas de futuro y la orientación.

Destacar que para el diagnóstico de los delirios disponemos de la Entrevista de Evaluación de la Confusión CAM (*Confusional Assessment Method*; Inouye *et al.*, 1990), validada en nuestro país por González *et al.* (2004), y de la Entrevista Estructurada de Síntomas del Delirio DIS (*Delirium Symptom Interview*, Albert *et al.*, 1992).

Existen además baterías que permiten determinar de manera precisa la existencia de daño orgánico y que pueden ser seleccionadas por el evaluador según el nivel de experiencia. Entre ellas destacar el Diagnóstico Neuropsicológico de Luria (DNL; Christensen, 1979), del que se dispone una versión española (DNLA) adaptada por Manga y Ramos (2000); la Batería Neuropsicológica de Halstead-Reitan (HRNTB; Horton y Puente, 1989); el Test Barcelona Revisado (Peña-Casanova, 2005); la Prueba de Exploración de Cambridge Revisada para la Valoración de los Trastornos Mentales (CAMDEX; Roth *et*

al., 1986) que contiene en su sección B una prueba objetiva para el Examen Cognitivo (CAMCOG) y evalúa de forma objetiva una amplia gama de funciones cognitivas (orientación, lenguaje, memoria, praxis, atención, pensamiento abstracto, percepción y cálculo) y que ha sido adaptada en nuestro país por Vilalta, Llinàs, López Pousa, Amiel y Vidal (1990) (ver Tabla 2).

Con respecto a la fiabilidad y validez de las entrevistas, incidir que la CAM es un instrumento que destaca por su sencilla aplicación y su eficacia, diseñado específicamente para el diagnóstico de delirium. Tobar et al. (2010) destacan altos niveles de sensibilidad y especificidad. Albert et al. (1992) encuentran que la DIS posee índices altos de fiabilidad y de validez. La DNL es una prueba neuropsicológica basada esencialmente en la teoría de los sistemas funcionales de Luria, que surge como alternativa a la batería dominante en los años 70, la HRNTB. Entre estas dos baterías, las preferencias por parte de los neuropsicológicos son del 51% para la batería HRNTB frente a un 23% para la DNL, por razones fundamentalmente clínicas, prácticas y de experiencia. El Test Barcelona Revisado (Peña-Casanova, 2005) es un herramienta utilizada como índice global de deterioro cognitivo que evalúa las capacidades cognitivas fundamentales; los estudios de validación se han realizado mediante escalogramas en pacientes con diferentes patologías (Alzheimer, esquizofrénicos crónicos, afásicos, enfermedad de Broca y síndrome de Wernicke) encontrándose altos índices de correlación y determinación.

Por su relevancia destacamos la CAMDEX que hace posible evaluar parámetros del estado actual, tanto físico como mental, los antecedentes personales y la historia familiar, aportando un método de observación estandarizada que permite medir datos relevantes para el diagnóstico y la progresión cuantitativa en los trastornos cognitivos, diferenciándola tanto de otros trastornos mentales como del proceso normal de envejecimiento. La prueba está integrada por una entrevista clínica estructurada, una breve batería neuropsicológica (CAMCOG) que incluye un amplio número de tests objetivos para la valoración de la función cognitiva y una entrevista estructurada realizada con un familiar u otro informante para obtener, de forma independiente, información del estado actual del paciente y de su historia médica. Al finalizar la entrevista, y a partir de toda la información relevante, el entrevistador establece un diagnóstico psiquiátrico de acuerdo con los criterios operativos contenidos en el manual; incluye además pautas para clasificar el trastorno neurocognitivo según su grado de intensidad en cuatro niveles (trastorno neurocognitivo de intensidad mínima, leve, moderada y grave). El CAMDEX permite diagnosticar los trastornos neurocognitivos mediante el uso de criterios clínicos operativos y estandarizados propios, valorar la intensidad del deterioro cognitivo y registrar la conducta y adaptación de los pacientes independientemente del diagnóstico y del deterioro cognitivo. CAMDEX puede ser utilizada por psicólogos, geriatras, epidemiólogos y otros profesionales en el campo de la salud (López-Pousa, Llinàs, Amiel, Vidal y Vilalta, 1990; Llinàs, Vilalta, López-Pousa, Vidal y Amiel, 1990).

Tabla 12.2. Entrevistas Estructuradas.

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Delirios		
CAM: Entrevista de Evaluación de la Confusión (<i>Confusional Assessment Method</i> ; Inouye et al, 1990).	Basada en los criterios del DSM. Permite el diagnóstico rápido del delirium en entornos de alto riesgo. Se completa en menos de 5 minutos. Es capaz de distinguir entre un delirio y una demencia.	4 dimensiones: Inicio agudo o el curso fluctuante de la alteración del estado mental; inatención; pensamiento desorganizado y nivel de conciencia alterado.
DSI: Entrevista de Síntomas del Delirio (<i>Delirium Symptom Interview</i> , Albert et al, 1992).	Entrevista basada en los criterios del DSM. Evalúa mediante 17 ítems el delirio. Su tiempo de administración es de 10-15 minutos.	7 dimensiones: Desorientación, alteraciones de la conciencia, sueño y actividad psicomotora, alucinaciones, incoherencia habla, alteración comportamiento.
Trastornos Neurocognitivos		
DNL: Diagnostico Neuropsicológico de Luria (<i>Christensen, 1979</i>).	Evalúa un extenso rango de funciones neuropsicológicas, de aplicación individual para sujetos a partir de 15 años. El tiempo de aplicación puede oscilar entre una hora y media y dos horas. Se basa en técnicas de diagnóstico clínico de A.R. Luria. Está formada por 269 ítems agrupados en 14 escalas.	14 dimensiones: Motora, rítmica, táctil, visual, lenguaje receptivo, lenguaje expresivo, escritura, lectura, aritmética, memoria, intelectual, patonómico, hemisferio izquierdo y hemisferio derecho.
DNLA: Batería Luria (<i>Manga & Ramos, 2000</i>). Versión adaptada de DNL.	De aplicación individual a partir de 7 años, con una duración estimada de aplicación en torno a 50 minutos. Explora de forma sistemática un grupo amplio de funciones y habilidades.	5 dimensiones: Visuoespacial, lenguaje, memoria, inteligencia y atención.
HRNTB Batería Neuropsicológica de Halstead-Reitan (<i>Horton & Puen-te, 1989</i>).	Consiste en nueve tests independientes de aplicación individual en sujetos a partir de 15 años. Entre las escalas que incluye se encuentran: Escala Wechsler de inteligencia, el inventario multifario de personalidad de Minnesota (MMPI) y diversos test que evalúan de forma independiente las diferentes dimensiones.	10 dimensiones: inteligencia, categorías, frecuencia crítica de fusión, actuación táctil, ritmos, percepción de sonidos del habla, sentido del tiempo, trazo, memoria y personalidad.

(continúa)

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Trastornos Neurocognitivos		
Test Barcelona Revisado (Peña-Casanova, 2005).	Formado por 42 apartados y 106 subtest, puede ser aplicado a sujetos a partir de 20 años. Las pruebas se agrupan en áreas funcionales. La forma de puntuar permite tener en consideración no solo la ejecución sino su velocidad.	Fluencia y gramática, contenido informativo, orientación, series verbales, repetición, denominación en todas sus modalidades, comprensión verbal, lectura, escritura, gesto simbólico, imitación de posturas e imágenes superpuestas.
CAMDEX: Examen Cognitivo de Cambridge (Roth et al., 1986).	Entrevista estructurada que diagnostica trastornos cognitivos y la intensidad del deterioro. Tiempo de cumplimentación 90 minutos.	4 dimensiones: Historia clínica, exploración psicopatológica, examen físico y neurológico, examen neuropsicológico (CAMCOG).
CAMCOG: Examen Cognitivo de Cambridge (Roth et al., 1986).	Evalúa de forma objetiva una amplia gama de funciones cognitivas de intensidad variable (leve, moderada, grave). Consta de 63 ítems. Es una parte del CAMDEX.	8 dimensiones: Orientación, tiempo y espacio, lenguaje, praxis, cálculo, pensamiento abstracto, percepción visual (reconociendo).

2.1.2. Escalas de Puntuación

Se describen a continuación otros instrumentos de rastreo que son fáciles de aplicar y que constan de varias preguntas relacionadas con las diferentes funciones intelectuales; la puntuación global obtenida sirve para discernir entre normal y patológico y para detectar los sujetos que precisen una evaluación neuropsicológica más detallada. Para evaluar la gravedad de los delirios contamos con dos escalas que están basadas en los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, como son la Escala de Confusión CRS (*Confusion Rating Scale*; Williams, Ward y Campbell, 1988) y la Escala de Funcionamiento Cognitivo Global DRS (Mattis, 1988); además para evaluar los trastornos neurocognitivos cabe destacar la escala de Barrow (*Neuropsychological Institute*; Prigatano, Amin y Rosenstien, 1995) y Test Minimental MMSE (*Minimental State Examination*; Folstein, Folstein y McHugh, 1975) que dispone de una versión española realizada por Lobo (Lobo, Ezquerro, Gómez, Sala y Seva, 1979; Lobo et al, 1999) (ver Tabla 12.3).

La CRS es una herramienta importante en la supervisión de la severidad del delirio, capaz de detectarlo en un corto plazo de tiempo y resultando muy útil cuando es utilizada junto a otras pruebas que evalúan el deterioro de las funciones cognitivas. Por otro lado, la DRS presenta una buena validez para detectar el DCL (Villeneuve et al., 2011), diseñada para ser utilizada por los profesionales de la salud como herramienta esencial para identificar el delirio y diferenciarlo de los trastornos neurocognitivos y considerada como una prueba útil para medir y cuantificar la severidad del delirio. Con respecto a la

utilidad de las medidas para los trastornos neurocognitivos, mencionar que tanto la Escala de Barrow como el Test Minimental permiten realizar un examen neuropsicológico de manera fácil y rápida (menos de 15 minutos).

Tabla 12.3. Escalas de Puntuación.

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Delirios		
CRS: Escala de Confusión (<i>Confusion Rating Scale</i>) de Williams (1988).	Herramienta útil en la supervisión de la severidad del delirio. No precisa la participación del paciente y puede ser administrado por personal de enfermería.	4 dimensiones que caracterizan la sintomatología del delirio: confusión (desorientación), conducta (comportamiento inadecuado), comunicación (discurso inadecuado) y percepción (ilusiones o alucinaciones).
DRS: Escala de Funcionamiento Cognitivo Global (<i>The Mattis Dementia Rating Scale</i>) de Mattis (1988).	Es una escala de funcionamiento cognitivo global que valora déficits fronto-subcorticales en pacientes con enfermedades neurodegenerativas. El diagnóstico de delirio se establece cuando la puntuación es igual o superior a 12.	Es una escala de 10 ítems que evalúa el inicio temporal de las alteraciones perceptivas de comportamiento, sueño, humor, cognición y severidad de la enfermedad.
Trastornos Neurocognitivos		
Escala de Barrow (<i>Neuropsychological Institute; Prigatano, Amin & Rosenstien, 1995</i>).	Breve, de fácil y rápida administración. Se incluyen una serie de ítems de valoración previa que se basan en la observación del evaluador.	9 dimensiones: Lenguaje y habla, orientación, atención, concentración, funciones visoespaciales, memoria, afecto y estimación del paciente sobre su propio funcionamiento.
MMSE: Test de Evaluación Rápida de Funciones Ejecutivas (<i>Gill, Toullat & Pluchon, 1986</i>).	Constituye la versión ampliada de la evaluación cognoscitiva breve. Permite en menos de 15 minutos un mini examen neuropsicológico.	12 dimensiones: orientación, atención, memoria, recuerdo, cálculo mental, razonamiento y juicio, comprensión, denominación, repetición, orden escrita, fluidez verbal, praxias, reconocimiento visual y escritura.

2.2. Diagnóstico Diferencial

Clínicamente, el delirio es un cuadro de inicio brusco y de curso fluctuante, con empeoramiento típico durante la noche o al atardecer y cuya duración total debe ser inferior a los seis meses; sus rasgos clínicos más destacables son la alteración de la atención/concentración y la desorganización del pensamiento, pues el paciente experimenta una disminución de la capacidad de mantener la atención a los estímulos ambientales y de la capacidad de variar su centro de atención de un grupo de estímulos a otro. El pensamiento está desorganizado y, en consecuencia, también el lenguaje. Otros síntomas que pueden aparecer son alucinaciones, alteraciones motoras como agitación o inhibición, delirios, desorientación y deterioro de la memoria reciente, así como alteraciones emocionales (e. g., miedo, ansiedad, irritabilidad, ira) y trastornos del comportamiento (e. g., agresividad, intentos de quitarse sondas o vías, etc.).

Para el diagnóstico diferencial del delirio se requiere la presencia de dos características de las cuatro siguientes: inicio agudo y curso fluctuante, inatención, pensamiento desorganizado, nivel alterado de conciencia. Específicamente, el diagnóstico diferencial consiste en establecer si el sujeto padece una trastorno neurocognitivo en lugar de un delirio, si tiene sólo un delirio o bien si éste se sobreañade a un trastorno neurocognitivo preexistente. Distinguir entre delirio y trastorno neurocognitivo puede ser extremadamente difícil, ya que ambos frecuentemente comparten características clínicas similares como desorientación, alteración de la memoria, el pensamiento y el juicio; aunque el deterioro de la memoria puede ser debido tanto al delirio como al trastorno neurocognitivo, este último, sin embargo, aparece típicamente en individuos relativamente alertas con poca o ninguna alteración de la conciencia. El criterio más útil para diferenciar ambos trastornos es el inicio y el curso temporal de los deterioros cognoscitivos. En concreto, en el delirio el inicio de los síntomas es mucho más rápido y brusco, desarrollándose en el curso de varias horas o varios días, mientras que el inicio temporal de los síntomas en la trastorno neurocognitivo es menos agudo, es decir, crónicamente progresivo, y el ciclo de sueño-vigilia parece menos deteriorado (Tabla 12.4). En relación con el curso temporal de la sintomatología se observan mayores fluctuaciones a lo largo del día en el caso del delirio, no siendo así en el caso del trastorno neurocognitivo, que presenta una mayor estabilidad de los síntomas. No obstante, aunque es preciso hacer el diagnóstico diferencial con el trastorno neurocognitivo cuando se investiga el delirio, frecuentemente ambas condiciones clínicas pueden coexistir. De hecho, las personas que padecen una trastorno neurocognitivo tienen un riesgo aumentado de desarrollar delirio, de tal manera que para determinar la preexistencia de una trastorno neurocognitivo cuando hay síntomas de delirio, es extremadamente útil la información aportada por los familiares del paciente, los cuidadores del enfermo o los datos de la historia (Adams- Wilson *et al.*, 2012).

Es frecuente que para el diagnóstico diferencial del paciente con delirio se tengan en cuenta criterios fundamentalmente médicos, que se basan en: 1) evaluación del estado mental que debe realizarse, por un lado, mediante entrevista (valora el nivel de conciencia, la actividad psicomotora, la apariencia, la afectividad, el humor, el conocimiento y los procesos mentales) y por otro, mediante tests psicológicos (de memoria, concentración, razonamiento, apraxia motora o constructiva, disgrafía y disnomia);

2) exploración física que incluya un examen neurológico básico; 3) exploraciones complementarias básicas que comprendan bioquímica sanguínea (electrolitos, glucosa, calcio, albúmina, BUN, amonio y función renal), análisis de orina, electrocardiograma, radiografía de tórax, etc. y 4) exploraciones complementarias según el cuadro clínico que implica realización de electroencefalograma y TAC craneal (Jones y Pisani, 2012).

Las pautas diagnósticas de trastorno neurocognitivo son la presencia de múltiples deficiencias cognitivas que incluyen fallos en la memoria y al menos uno de los siguientes signos o síntomas: afasia, apraxia, agnosia o alteración de las funciones ejecutivas (la capacidad para pensar en forma abstracta y planificar, iniciación y secuencias, evaluación y terminación de conductas complejas). Un signo temprano suele ser el de los fallos en la memoria, donde la dificultad se encuentra principalmente en el aprendizaje de nueva información y pérdida de objetos (e. g., llaves) u olvidos de algunas situaciones comunes (e. g., olvido de la comida en el horno); en los casos severos se encuentran olvidos del material ya aprendido, pudiéndose presentar también dificultades con la orientación espacial (perdersse en la calle, incluso en su mismo barrio). Para realizar un diagnóstico de trastorno neurocognitivo mayor, los problemas deben ser lo suficientemente severos como para causar alteraciones en el funcionamiento social y ocupacional (Sachdev, Andrews, Hobbs, Sunderland y Anderson, 2009).

Por otro lado, la depresión por sí misma puede simular un cuadro de trastorno neurocognitivo y llevar al diagnóstico erróneo de comorbilidad, aunque un cuadro de depresión puro rara vez lleva a un déficit cognitivo severo. En los trastornos neurocognitivos leves, los síntomas depresivos suelen iniciarse antes y progresar rápidamente. En todo caso, el diagnóstico diferencial debe plantearse primero con problemas médicos generales, es decir, las alteraciones hormonales, patología tiroidea, paratiroidea, alteraciones del equilibrio, deficiencias vitamínicas, abuso de sustancias y uso de medicamentos tales como beta bloqueadores, corticoides y benzodiazepinas, deficiencias vitamínicas (B6, B12) que puedan ser la causa o contribuir a la sintomatología depresiva (Miskowiak *et al.*, 2010).

Las técnicas de neuroimagen permiten realizar diagnóstico diferencial teniendo en cuenta las alteraciones neurológicas y la localización de la lesión; actualmente, estas técnicas son consideradas como precisas y económicas para la localización del daño cerebral. Los estudios con RM funcional encuentran que en los sujetos con deterioro cognitivo leve se produce una hiperactivación en la región hipocámpal; en la enfermedad de Alzheimer se observa hipoperfusión en hipocampo, áreas temporoparietales y cíngulo anterior y posterior; en los trastornos cognitivos frontotemporales se produce una hipoperfusión en áreas más frontales de los hemisferios cerebrales, a menudo asimétrica; en la demencia por cuerpos de Lewy la hipoperfusión es predominantemente occipital. En los estudios de metabolismo cerebral se destaca que en la enfermedad de Alzheimer se localiza hipometabolismo en hipocampo, corteza temporoparietal y giro cíngulado anterior y posterior. El hipometabolismo temporoparietal se ha asociado a la progresión de deterioro cognitivo leve de la enfermedad de Alzheimer (Chintamaneni y Bhaskar, 2012; Pierrakos y Vincent, 2010; Tang y Kumar, 2008).

Tabla 12.4. *Criterios Diagnóstico Diferencial.*

	Delirio	Trastorno Neurocognitivo
Comienzo	Súbito	Gradual
Curso	Oscilante	Progresivo
Duración	Reversible	Crónico
Conciencia	Reducida	Normal
Atención	Perturbada	Normal
Cognición	Perturbada	Perturbada
Percepción	Confusiones	Alucinaciones
Delirios	Oscilantes	Ausentes
Orientación	Reducida	Reducción Gradual
Actividad psicomotriz	Retardada	Normal

2.3. Comorbilidad

La importancia de la comorbilidad radica en las implicaciones que pueden tener las patologías concomitantes en la elección del tratamiento. Frecuentemente asociado con el delirio se encuentran el abuso de sustancias y los trastornos neurocognitivos (Formiga, Fort, Robles, Barranco, Espinosa y Riu, 2007). Lyketos *et al.* (2005) sugieren que la comorbilidad depresiva es habitual en los trastornos neurocognitivos; sin embargo, ésta difiere de la depresión clásica debido a que, en el caso de los trastornos neurocognitivos, los síntomas depresivos son el resultado del daño cerebral, como se puede observar más claramente en el trastorno neurocognitivo vascular. La mayoría de las personas con un episodio depresivo a lo largo de la vida han tenido una historia de algún otro trastorno psicopatológico (de ansiedad) y ambos predisponen la gravedad de los trastornos neurocognitivos. La enfermedad de Alzheimer y el trastorno neurocognitivo vascular son los dos tipos más frecuentes de trastorno neurocognitivo; en estos casos, en personas mayores de 65 años, la prevalencia de dos o más enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, artrosis y cardiopatía isquémica es alta, por lo que concurre un importante consumo de fármacos de prescripción crónica (Doraiswamy, Leon, Cummings, Marin y Neumann, 2002; Fernández, Castro-Flores, Pérez-de las Heras, Madaluniz, Gordejuela y Zarranz 2008).

Por tanto, la relación entre depresión y trastorno neurocognitivo se puede resumir teniendo en cuenta tres diferentes formas de manifestarse. La primera es la aparición de un episodio depresivo en un paciente con un trastorno cognitivo ya diagnosticado; la segunda es que un episodio depresivo se mani-

fieste mediante quejas subjetivas de fallos cognitivos y se confunda con un trastorno neurocognitivo y por último, la tercera, que el episodio depresivo constituya la manifestación clínica más precoz de un trastorno neurocognitivo degenerativo.

3 EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO Y LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO

En la mayoría de las ocasiones los pacientes con accidentes cerebrovasculares de diferentes orígenes van a presentar síntomas y signos motores, sensitivos, dificultades lingüísticas (comprensión, expresión, lectura, escritura), déficit cognitivos, conductuales y/o emocionales que pueden pasar inadvertidos en un examen médico de rutina. La descripción previa de estos aspectos nos permitirá adaptar los instrumentos de valoración a las circunstancias del paciente para que sus déficit no impidan conocer su estado cognitivo y, puesto que en la mayoría de las ocasiones el daño cerebral puede ser generalizado, será relevante conocer con exactitud la dimensión de los déficit para evitar diagnósticos erróneos (una pobre ejecución puede deberse a dificultades motoras y/o sensitivas específicas). En este sentido Blázquez-Alisente, González-Rodríguez y Paúl-Lapedriza (2011) consideran la necesidad de evaluar ámbitos neurocognitivos (orientación, atención, memoria, función ejecutiva, lenguaje, habilidades motoras y praxias) neurocognitivos para diseñar estrategias de intervención en cada caso (ver Tabla 12.5).

Específicamente para evaluar la *orientación* disponemos del Test de Orientación y Amnesia de Galveston GOAT (Levin, O'Donnell & Grossman, 1979) y de la Escala de Amnesia Postraumática de Wertmead APT (Shores, 1989). Las alteraciones específicas en diferentes *procesos atencionales*, tales como déficit para dirigir la atención a un estímulo, capacidad para mantener esa atención durante un período determinado, control de los elementos de distracción, habilidad para cambiar la atención de una tarea a otra o llevar a cabo tareas que exigen prestar atención a dos elementos de forma simultánea, son frecuentes después de un traumatismo craneoencefálico. La persistencia de estas dificultades, junto a una menor velocidad de procesamiento de información, tiene una gran importancia desde el punto de vista del pronóstico, y muestra una relación significativa con las limitaciones para actividades complejas de la vida diaria (conducción de vehículos). Para evaluar este ámbito disponemos de una serie de medidas entre las que destacan la Prueba de Rastreo o de Trazo TMT (*Trail Making Test*; Reitan y Wolfson, 2004); el Test de Palabras y Colores de Stroop (Golden, 1993) y el Test de Atención de la Vida Diaria (*Test of Every Attention*; Robertson, Ward, Ridgeway y Nimmo-Smith, 1994). Los déficit de *memoria* son secuelas neuropsicológicas de los pacientes que han sufrido lesiones cerebrales traumáticas, y entre las pruebas que podemos utilizar para la valoración de estos aspectos se encuentran la Escala de Memoria WAIS-III (Wechsler, 1999); el Test de Figura Compleja de Rey (1975) que valora la memoria de tipo visuoespacial, y el Test de Memoria Conductual de Rivermead (Wilson, Cockburn y Baddeley, 1985) que evalúa diferentes aspectos de la memoria para la vida diaria.

Por otro lado, los pacientes con lesiones producidas por traumatismo craneoencefálico que afectan al lóbulo frontal de su cerebro, pueden presentar características específicas que van a oscilar desde

una leve exacerbación de sus rasgos de personalidad previos al traumatismo, pasando por cambios mucho más drásticos entre los que pueden destacar el deterioro de la capacidad de iniciar una actividad, disminución o ausencia de motivación, déficit en la planificación y en el desarrollo de una secuencia de actividades dirigidas a una meta, acciones que componen rutinas y actividades de la vida diaria. Las lesiones en el lóbulo frontal afectan fundamentalmente a las *funciones ejecutivas* y a la capacidad para la resolución de problemas. En general, los pacientes con lesiones frontales suelen aparecer como normales en la mayoría de las pruebas psicológicas tradicionales (test de inteligencia, memoria, etc.) pues sus déficits están centrados en un amplio rango de habilidades adaptativas, como el pensamiento abstracto, la creatividad, la introspección y todos los procesos que permiten a la persona analizar lo que quiere planificar, cómo debe conseguirlo y llevarlo a cabo de manera eficaz. Las funciones ejecutivas juegan un papel importante en el comportamiento social y, debido a su complejidad, no es posible valorarlas con un solo test. Para esta valoración de las funciones ejecutivas se dispone de la Escala de Fluidez y Generación de Alternativas FAS (Reisberg, 1988); la tarea de control inhibitorio *Go no go* (Strub y Black, 1985); otra prueba de control inhibitorio *Stroop* (Golden, 1978); el Test de Clasificación de Cartas de Wisconsin WCST (Grant y Berg, 1948; Heaton, 1981), publicado por TEA (Heaton, Chelune, Talley, Kay y Curtiss, 2001) y la prueba Torre de Hanoi o Torre de Londres (Gagné y Smith, 1963) que dispone de una versión computarizada (León-Carrión, et al., 1998).

Un elemento fundamental para la conceptualización del caso y la planificación del tratamiento es analizar la presencia de trastornos en el *lenguaje* después de un accidente cerebral. En este sentido podemos mencionar el Test de Boston (Goodglass y Kaplan, 1986) que evalúa el lenguaje hablado, tanto en su dimensión expresiva como comprensiva para la evaluación de la afasia y de trastornos asociados; es utilizado en la práctica clínica para el diagnóstico del nivel de actuación del paciente a lo largo de un amplio rango de tareas y para evaluar las capacidades del paciente con vistas a elaborar estrategias terapéuticas. Otra batería interesante es el programa integrado de exploración neuropsicológica, Test Barcelona (Peña-Casanova, 2005), en el que la escritura y el sistema de puntuación de esta prueba permiten elaborar también un perfil que resume de forma gráfica algunas de las alteraciones lingüísticas habituales después de la lesión.

En la valoración de los trastornos neurocognitivos las habilidades viso-espaciales y construccionales se evalúan tanto a través de la copia de dibujos sencillos o complejos como mediante la construcción de figuras tridimensionales; estas tareas que combinan y requieren de actividad perceptual con respuestas motoras y tienen un componente espacial. Dado que la ejecución de estas tareas involucra la interacción de funciones occipitales, frontales y parietales, es frecuente que aún en daños leves o durante procesos degenerativos tempranos se encuentren alteraciones. Uno de los instrumentos que más se ha utilizado es la Figura Compleja de Rey-Osterreith (Osterreith, 1944), que ha sido empleada para la evaluación de habilidades construccionales (copia) y para la memoria no verbal (inmediata y diferida). Su valoración se puede hacer en forma cualitativa y cuantitativa. También se pueden utilizar las subescalas de cubos o de rompecabezas del WAIS-III.

Los trastornos afectivos y los síntomas asociados pueden alterar negativamente la ejecución de las pruebas neuropsicológicas, por lo que es importante revisar tanto los síntomas psicológicos y psicopa-

tológicos que ha sufrido el paciente como los que padece en el momento de la evaluación y su impacto en sus actividades cotidianas.

Con respecto a la validación de las medidas mencionadas en este apartado, resaltamos que el Test de Figura Compleja de Rey fue desarrollado con el fin de investigar la organización perceptiva y la memoria visual en pacientes con alteraciones cerebrales; desde entonces ha sido utilizado ampliamente en investigación, así como en la práctica clínica (Lezak, 2004). El Test de Memoria Conductual de Rivermead es una de las baterías de memoria de mayor validez ecológica, adaptada a la población española por Alonso y Prieto (2004), mostrándose como instrumento válido para la medida de la memoria en varios aspectos de la vida cotidiana de la población de mayores. Por otro lado, la escala de inteligencia de Wechsler (WAIS-III) es aplicable en estudios de confiabilidad temporal, consistencia interna, calificación por jueces, validez predictiva, concurrente y de contenido y análisis factoriales. El Test de Clasificación de Cartas de Wisconsin (WCST) presenta altos niveles de fiabilidad y validez, sus principales resultados los podemos encontrar en TEA (Heaton, Chelune, Talley, Kay y Curtiss, 2001). El Test de Barcelona incorpora un gran número de pruebas y la posibilidad de hacer un análisis cualitativo de los diversos síndromes neuropsicológicos de forma fiable y válida. Por tanto, la utilización de tests estandarizados proporciona la objetividad necesaria, permite al examinador comparar las respuestas de un paciente con sujetos normales de la misma edad y nivel educativo o con puntuaciones del propio paciente obtenidas con anterioridad; también, compone datos psicométricos que pueden fácilmente comunicarse a otros profesionales o incluso usarse como investigación.

En la misma línea, la Prueba de Rastreo o de Trazo TMT (*Trail Making Test*); los Tests de Palabras y Colores de Stroop, de Atención de la Vida Diaria, de Figura Compleja de Rey, de Memoria Conductual de Rivermead, la FAS, la tarea de control inhibitorio (*Go no go*), la prueba Torre de Hanoi, la Figura Compleja de Rey y las subescalas de cubos o de rompecabezas del WAIS-III, todas se basan en el paradigma conductual proveniente de la Psicología Experimental, en el que se controlan y manipulan todas las variables criterios y los demás factores para evitar su influencia sobre las variables observadas. Dada la rigurosidad de esta metodología experimental, dichas medidas nos permiten realizar evaluaciones de los ámbitos neurocognitivos de manera objetiva, fiable y válida.

Tabla 12.5. Instrumentos de Evaluación de las Áreas Neurocognitivas.

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Orientación		
GOAT: Test de Orientación y Amnesia de Galveston (Levin, O'Donnell y Grossman, 1979).	Instrumento diseñado para medir de forma objetiva la existencia o no de amnesia postraumática. Consta de 10 ítems.	Orientación temporoespacial y en personas y amnesia (hechos que el paciente recuerda tras el accidente y el último antes del accidente).
APT: Escala de Amnesia Postraumática de Wertmead (Shores, 1989).	Evalúa aspectos sobre orientación y eventos que sucedieron cercanos al accidente. Una buena puntuación de 3 días consecutivos puede dar signos de que la APT ha finalizado. Los autores señalan que esta técnica de evaluación diaria también puede detectar los cambios en el estado mental.	El conocimiento de la información personal atiende, en grandes rasgos, al conocimiento de su nombre, edad, fecha de nacimiento, estado civil, domicilio, trabajo y motivo de hospitalización. La capacidad de orientación temporal alude al momento del día, estimación de tiempo, interpretación de reloj, día semana, día del mes y año.
Atención		
TMT: Prueba de Rastreo o de Trazo (Trail Making Test; Reitan y Wolfson, 2004).	Evalúa la atención alternante. Es una prueba de la Batería Neuropsicológica de Halstead-Reitan (Reitan y Wolfson, 1985). Se contabiliza tiempo de ejecución y errores en cada parte.	Consta de dos partes (A y B). Evalúa atención visual sostenida, atención alternante (secuenciación), flexibilidad mental, rastreo visual, velocidad de procesamiento de la información y habilidad grafomotora.
Test de Palabras y Colores de Stroop (Golden, 1993).	Evalúa la capacidad de un sujeto para inhibir una respuesta automática, la habilidad de atención dividida y la resistencia a la interferencia. Esta escala de considera una buena medida de las funciones ejecutivas, de resistencia a la interferencia y control inhibitorio.	Consta de tres partes. De esta prueba se obtienen cuatro medidas y una de ellas, la de interferencia, refleja la capacidad del sujeto para clasificar información de su entorno y reaccionar selectivamente a esa información.

(continúa)

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Atención		
Test de Programas Alternantes (<i>go/no go Task</i>).	Se trata de una prueba que mide control inhibitorio e interferencia atencional y que se agrupa dentro del tipo de pruebas del paradigma go/no go. Se establece una secuencia alternante en función de una instrucción, que consiste en levantar la mano derecha cuando el evaluador levante un dedo y levantar la izquierda cuando levante dos dedos.	Al inicio de la prueba se crea un patrón de respuesta alternante repetitivo (derecha-izquierda, derecha-izquierda, derecha-izquierda) para posteriormente pasar a un patrón de respuesta más azaroso que exige la inhibición del patrón de respuesta inicial.
Test de Atención de la vida Diaria (<i>Test of every attention; Robertson, Ward, Ridgeway y Nimmo-Smith, 1994</i>).	Construido por y tareas que recuerdan a situaciones de la vida diaria, cocinar comidas sencillas y complejas (permite evaluar la seguridad al cocina), uso de guías de teléfonos, realización de llamadas para pedir información.	4 dimensiones o componentes atencionales: atención selectiva, memoria de trabajo, atención sostenida o la atención dividida.
Memoria		
WAIS-III: Escala de Memoria de Wechsler III (1999) .	El índice de memoria de trabajo, que consta de tres pruebas, dígitos, aritmética y letras y números. Tanto la puntuación del índice como el rendimiento por separado en estas pruebas nos ayudarán a valorar la memoria operativa.	Consta de tres pruebas, dígitos, aritmética y, letras y números.
Test de Figura Compleja de Rey (1975) .	Evalúa la memoria de tipo visuoespacial. Consiste en copiar y después reproducir de memoria un dibujo geométrico complejo.	4 dimensiones: Capacidad de praxis constructiva, visuoespaciales, planificación y organización.

(continúa)

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Memoria		
<p>Test de Memoria Conductual de Rivermead (Wilson, Cockburn & Baddeley, 1985).</p>	<p>Las tareas que se deben realizar son un reflejo de los procesos que se ponen en marcha en el día a día. Consta de material verbal visual y permite recuperar la información de manera espontánea o por reconocimiento.</p>	<p>8 dimensiones: aprendizaje, y posterior recuerdo del nombre y apellido de una persona (con su cara); recuerdo de recuperación de un objeto personal al final de la sesión, recuerdo de recuerdo de petición de próxima cita; memoria lógica (recuerdo inmediato, demorado); exposición y posterior recuerdo de una serie de dibujos; exposición y posterior recuerdo de una serie de caras de personas; aprendizaje y posterior recuerdo.</p>
Función Ejecutiva		
<p>FAS: Fluidez y Generación de Alternativas (Functional Assessment Staging; Reisberg, 1988).</p>	<p>Es una escala funcional diseñada para evaluar a los pacientes en las etapas más avanzadas del trastorno neurocognitivo cuando el MMSE ya no puede reflejar cambios en una manera clínica significativa. En las primeras etapas, el paciente puede ser capaz de participar en la administración de FAST pero por lo general la información se obtiene de un cuidador.</p>	<p>7 dimensiones que oscilan entre normal y grave (1. Normal; 2. Dificultad subjetiva en el ámbito laboral; 3. Disminución de la capacidad organizativa; 4. Disminución de la capacidad para realizar tareas complejas; 5. Requiere asistencia para escoger la ropa; 6. Decremento de la habilidad para vestirse, bañarse y lavarse y 7. Pérdida del habla y de la capacidad motora.</p>

(continúa)

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Función Ejecutiva		
Tarea Go No Go (Stroub y Black, 1985).	Se trata de una prueba que mide control inhibitorio e interferencia atencional. Consiste en presentar en la pantalla del ordenador una de dos posibles letras distintas del abecedario. La tarea del sujeto es pulsar una tecla lo más rápido posible, cuando aparezca una de las letras anteriores, y en el caso de aparecer la otra letra, tienen que inhibir la respuesta motora, no pulsando nada. En esta tarea pueden producirse dos tipos de errores: Errores de omisión (no responde al estímulo, no pulsa en presencia de la letra) y errores de comisión (pulsar en presencia del estímulo no deseado).	Cada participante realiza 100 ensayos de decisión, divididos en 2 bloques de 50 ensayos cada uno, en el primer bloque tienen que presionar cuando aparezca la primera de las dos letras mostradas en las instrucciones, y en el segundo bloque tienen que pulsar cuando aparezca la segunda de las letras mostradas.
Prueba Stroop de Golden (1978).	Consta de tres láminas, y cada una de ellas contiene 100 elementos distribuidos en cinco columnas de 20 elementos. La tercera y última lámina introduce la condición de interferencia.	La principal variable utilizada en esta prueba es la interferencia.
WCST: Test de Clasificación de Cartas de Wisconsin (Heaton, 1981).	Evalúa la función cognitiva abstracta, y que requiere clasificar cartas utilizando tres criterios que inicialmente se desconocen (color, forma y número).	4 dimensiones (número de respuestas correctas, número de errores, número de categorías que han sido completadas y errores de perseveración).
Torre de Hanoi (Gagné y Smith, 1963).	En esta prueba se necesita de las habilidades de razonamiento, resolución de problemas y capacidad de aprendizaje. La tarea pertenece a la clase de problemas de transformación en la que se le pide al sujeto que consiga una meta a través de la ejecución de una serie de movimientos utilizando estrategias de planificación donde el sujeto debe construir una torre igual a la que se le da.	2 dimensiones: Errores, o movimientos no permitidos que intenta ejecutar el sujeto (pueden ser de dos tipos: de Tipo 1, cuando intenta mover un disco sobre uno más pequeño que el que mueve, y de Tipo 2, cuando intenta mover desde una barra un disco inexistente); Número total de Movimientos. También se tiene en cuenta el Tiempo Total que se tarda en completar la tarea.

(continúa)

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Lenguaje		
Test de Boston (Goodglass y Kaplan, 1986).	Evalúa la afasia y trastornos asociados.	4 dimensiones: Lenguaje hablado (dimensión expresiva y comprensiva); Capacidad para explorar la lectura y escritura.
Test Barcelona (Peña-Casanova, 2005).	La escritura y sistema de puntuación de esta prueba permite elaborar también un perfil que resume de forma gráfica algunas de las alteraciones lingüísticas habituales después de un daño cerebral.	3 dimensiones (lectura, escritura y cálculo).
Habilidades Motoras y Praxias		
Test de la Figura Compleja de Rey (Osterrieth, 1944).	Evalúa la organización perceptual y la memoria visual en individuos con lesión cerebral, mediante la reproducción de la figura de memoria tras un período de interferencia.	3 dimensiones: Capacidad de organización y planificación de estrategias para la resolución de problemas así como su capacidad visoconstructiva.
WAIS-III: Subescala de Cubos y Subescala de Rompecabezas de Wechsler III (1999).	Consta de dos tipos de ítems fáciles y difíciles. Los fáciles implican colocar formas recortadas. Los ítems difíciles demandan que la persona produzca diseños complejos.	4 dimensiones: Organización perceptiva, visualización espacial, capacidades visomotoras y de manipulación.

4 EVALUACIÓN PARA LA REHABILITACIÓN, SU PROGRESO Y LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

El objetivo de la evaluación para planificar la rehabilitación está considerado como el mayor desafío en la práctica clínica, pues no se trata sólo de informar sobre la presencia o no de daño, sino de qué discapacidad causa ese daño. Por tanto, la evaluación debe centrarse, en primer lugar, en medir los progresos durante la rehabilitación, tanto para evaluar la eficacia de la intervención como para revisar los objetivos planteados en la intervención, si fuera necesario; en segundo lugar, analizar qué variables pueden estar interfiriendo y, en tercer lugar, conocer qué habilidades de la vida cotidiana o laboral puede realizar o no.

Existe una pluralidad de instrumentos utilizados para la consecución de estos objetivos, destacando la batería Luria-Nebraska (LNNB) que, como mencionamos en el apartado anterior, mide el compor-

tamiento real del paciente además del deterioro de los procesos cognoscitivos, permitiendo así una exploración detallada de su comportamiento en diversas tareas que implican funciones mentales superiores y una interpretación sencilla para predecir el funcionamiento de su vida diaria y de los logros conseguidos en la rehabilitación.

Además, un análisis profundo de funciones cognitivas particulares como la orientación, memoria, atención, función ejecutiva, lenguaje, habilidades motoras y del desempeño personal del individuo, nos permite también valorar y comparar los resultados desde la evaluación inicial hasta el inicio de la rehabilitación y en el seguimiento de la misma. De acuerdo con Machuca, Madrazo, Rodríguez y Domínguez (2002), los déficit cognitivos que con más frecuencia se observan en el traumatismo craneoencefálico son los de orientación, atención, memoria, lenguaje, funcionamiento ejecutivo, destacando entre todos ellos los atencionales, trastornos visoperceptivos, solución de problemas y toma de decisiones. En la misma línea, Muñoz y Tirapu (2004) señalan que, para evaluar las lesiones relacionadas con el funcionamiento de los lóbulos frontales, han de tenerse en cuenta las variables cognitivas relacionadas con el buen funcionamiento ejecutivo (memoria de trabajo, atención dividida, habilidades pragmáticas y motivación). Por tanto, es decisión del especialista y profesional la selección de aquellos instrumentos que se ajusten mejor a las características de la lesión y del propio paciente y permitan obtener una información lo más comprehensiva posible en un tiempo limitado.

Por otra parte, en las patologías cerebrales se encuentran quejas asociadas a trastornos emocionales y a disfunciones sociales, que pueden ser causadas bien por el resultado directo de daño estructural que afecte a la integridad de sistemas emocionales o bien por la frustración de los pacientes cuando son confrontados con la evidencia de sus dificultades (problemas económicos asociados con la enfermedad o los cambios en el estilo de vida).

La evaluación de las actividades de la vida diaria básicas (AVD) o actividades prioritarias para la vida funcional del individuo (bañarse, vestirse, continencia, comer, etc.) y de las actividades de la vida diaria instrumentales (AVDI), que conllevan roles sociales y calidad de vida (manejo del hogar, manejo del dinero, utilización de transporte público, uso del teléfono, la movilidad por su comunidad, la resolución de posibles conflictos cotidianos) resulta muy importante en el proceso de evaluación para la rehabilitación y resultados de la misma. En este sentido, resaltar que dichas habilidades conllevan la valoración de funciones cognitivas (sirva de ejemplo la Tabla 12.6 que resume la relación entre las funciones cognitivas y las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales).

Tabla 12.6. *Relación entre las Funciones Cognitivas y las Actividades de la Vida Diaria Básicas e Instrumentales (Adaptada de Tirapu-Ustárroz, 2007).*

Áreas Cognitivas	Funciones
Reconocimiento Esquema Corporal	Dificultades para: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vestirse. ▪ Utilizar objetos en relación con el cuerpo (empleo del peine, cepillo de dientes, cubiertos,...).
Atención Sostenida	▪ Dificultad para seguir una película.
Atención Selectiva	▪ Incapacidad para trabajar en un entorno con otras personas, ruidos, etc.
Atención Dividida	Dificultades para: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conducir un vehículo. ▪ Cuidado del hogar/hijos.
Memoria Semántica	Olvido de: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conocimientos previamente adquiridos. ▪ Nombre de personas conocidas.
Memoria Episódica	Olvido de: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lugar donde se ha aparcado el coche o donde han dejado las llaves, gafas, etc. ▪ Itinerarios realizados en las últimas vacaciones.
Memoria Prospectiva	Olvido de: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Las citas que se tienen al día siguiente. ▪ Los objetos, alimentos que se han de comprar.
Funciones Ejecutivas	Dificultades para: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Planificar y realizar la comida. ▪ Utilizar el ordenador. ▪ Controlar los gastos del mes. ▪ Planificar un viaje. ▪ Resolver una situación problemática (por ejemplo, haber perdido el tren).

5 PROPUESTA DE UN PROTOCOLO BÁSICO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS

A largo del capítulo se han expuesto un conjunto de instrumentos disponibles para la evaluación de los trastornos neurocognitivos. Con el objetivo de proponer un protocolo que permita una evaluación completa, válida y fiable, en la Tabla 12.7 se recoge una selección de los principales instrumentos necesarios para la realización del diagnóstico, la conceptualización del caso y el seguimiento del tratamiento en la evaluación de los trastornos neurocognitivos.

Tabla 12.7. *Protocolo Básico para la Evaluación de los Trastornos Neurocognitivos.*

1. Entrevista inicial, Entrevista a Familiares y Pauta de Evaluación Familiar.
2. Batería Neuropsicológica (Diagnostico Neuropsicológico de Luria / Entrevista de Síntomas del Delirio).
Si se observan alteraciones cognitivas:
a) Orientación: Test de Orientación y Amnesia de Galveston.
b) Atencionales: Test de Stroop.
c) Memoria: WAIS III.
d) Ejecutivas: Test Fluidez y Generación de Alternativa; Tarea <i>Go no Go</i> , Tarea <i>Stroop</i> ; Test Clasificación de Cartas de Wisconsin.
e) Lenguaje: Test Barcelona.
f) Habilidades motoras y praxias: WAIS-III: Subescalas de cubos y rompecabezas.

Nota: WAIS III = Escala de Inteligencia Wechsler.

RESUMEN

El delirio o estado confusional agudo se caracteriza por una alteración en la consciencia y en el estado de alerta que denota una incapacidad del paciente para pensar con rapidez, claridad y coherencia. Los síntomas incluyen desorientación, atención y concentración disminuidas, alucinaciones visuales y auditivas, incapacidad para registrar adecuadamente cualquier información y después recordarla. Al mismo tiempo que los datos de confusión, en el delirium aparece una alteración prominente en la percepción con alucinaciones y sueños vívidos, fantasías e ilusiones absurdas, incapacidad para dormir e intensas alteraciones emocionales. Conjuntamente, en el delirium puede haber un aumento en el estado de alerta con respuestas hiperactivas a cualquier tipo de estímulo, así como una hiperactividad marcada en la función psicomotora o del sistema nervioso autónomo. Es importante reconocer este estado porque usualmente representa un problema médico agudo, más que una condición psicopatológica.

El término *Trastorno Neurocognitivo Leve* es un término general, frecuentemente utilizado para describir cambios menores pero evidentes en las funciones cognitivas; para su evaluación habría que tener en cuenta alteraciones cognitivas entre las que destacan los problemas de memoria (preferiblemente confirmado por otra persona), pensamiento y habilidades de razonamiento normales y capacidad para realizar de forma normal las actividades de la vida diaria. Por otro lado, el *Trastorno Neurocognitivo Mayor* es un síndrome debido a la disfunción cerebral que produce desintegración de la conducta en los planos intelectual y emocional, alterando significativamente la función social y laboral del paciente.

Se dispone de diferentes formas para clasificar los trastornos neurocognitivos, pero la clasificación etiológica (demencias degenerativas, vasculares, etc.) es la forma más obvia. La distinción entre demencias corticales (como la enfermedad de Alzheimer) y las demencias subcorticales (como la demencia unida a la enfermedad de Parkinson) representa una segunda forma de clasificación, frecuentemente utilizada en neurología y neuropsicología. Entre la diversidad de demencias, la demencia de tipo Alzheimer (o simplemente, enfermedad de Alzheimer) representa aproximadamente el 60% de los casos, siendo la segunda forma más frecuente la demencia vascular o demencia por infartos múltiples.

El diagnóstico diferencial de los trastornos neurocognitivos tiene en cuenta tres criterios fundamentales: 1) la presencia de un trastorno global de las funciones cognitivas; (2) que este trastorno neurocognitivo debe ser gradual y ocurrir únicamente después de haberse logrado una madurez en las funciones cognoscitivas, y debe asociarse además con otros signos demenciales; y (3) que el diagnóstico de demencia no puede hacerse exclusivamente sobre la base de una deficiencia cognoscitiva, sino que también requiere un análisis minucioso de la historia clínica del paciente y de las características de instalación del proceso demencial.

La complejidad de la exploración y del diagnóstico de los trastornos cognitivos exige un enfoque integrado, enfoque que requiere la suma de todos los datos del paciente, desde la historia clínica con sus antecedentes médicos y de personalidad y las observaciones de conducta, hasta los datos aportados por los tests estandarizados, sin olvidar los datos neurológicos o médicos

(continúa)

generales y complementarios (analítica, técnicas de neuroimagen, etc.). La evaluación psicológica de los trastornos cognitivos no se puede reducir nunca a los tests formales. Por ello se establecen las siguientes pautas: 1) Datos previos del paciente que incluyan todos los informes y tratamientos (médico, farmacológico, psicológico, físico, logopédico). 2) Técnicas de registro de la actividad eléctrica, como la Electroencefalografía (EEG) y la Magnetoencefalografía (MEG) y/o de carácter metabólico, como la Tomografía por Emisión de Positrones (TEP), la Tomografía Computarizada por Emisión de Fotones Simples (SPECT) y la Resonancia Magnética Funcional (RMF) para el estudio de la estructura y función cerebral. 3) Entrevistas al paciente y/o familiares en las que se valoran los antecedentes familiares, personales y psicopatológicos. 4) Exploración neuropsicológica sistematizada mediante baterías en las que obtendrán datos cuantitativos mediante un perfil. 5) Registro y valoración de la conducta. 6) Registro y valoración de los datos aportados por baterías, tests y escalas complementarias.

Para realizar la evaluación de los trastornos neurocognitivos se pueden utilizar baterías estandarizadas o específicas, pruebas específicas, escalas funcionales y/o escalas conductuales, dependiendo del objetivo de la evaluación. Si el objetivo de la evaluación es un diagnóstico, es decir, elaborar un rastro cognitivo general donde se incluya la valoración de todos los procesos cognitivos, si consiste en valorar un proceso específico encaminado a la rehabilitación o a la neurocirugía, si la intención es elaborar un informe médico legal, si lo que pretendemos es valorar los cambios derivados de la intervención, o si tenemos un interés encaminado a la investigación de los procesos, la elección de los instrumentos depende del objetivo de la evaluación. Las baterías estandarizadas y pruebas específicas no son mutuamente excluyentes, en ambos casos la valoración va dirigida a la evaluación exhaustiva de los aspectos cognitivos fundamentales del funcionamiento.

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

- 1) La futura Clasificación DSM-V establece que el término demencia implica: a) un curso progresivo o irreversible; b) un patrón de déficit cognitivos que no conlleva connotaciones acerca del pronóstico; c) desconexión del entorno y por tanto necesidad de cuidados intensivos y constantes.
- 2) El delirio puede estar causado por: a) Infecciones respiratorias y urinarias, alteraciones metabólicas, endocrinopatías, trastornos cardiopulmonares y gastrointestinales; b) edad avanzada; c) acumulación de ovillos neurofibrilares en el lóbulo temporal.
- 3) La información que nos proporciona la entrevista es el conocimiento del nivel de funcionalidad y estado emocional del paciente, por tanto, tiene que ser administrada a: a) Solo al paciente; b) Solo a los familiares; c) A los familiares y paciente.
- 4) El Test Minimental MMSE (*Minimental State Examination*; Folstein, Folstein y McHugh, 1975) permite evaluar: a) gravedad de los delirios; b) el nivel de estado de conciencia; c) orientación, atención, memoria, recuerdo, cálculo mental, razonamiento y juicio, comprensión, denominación, repetición, orden escrita, fluidez verbal, praxias, reconocimiento visual y escritura.
- 5) La evaluación de las actividades de la vida diaria básicas (AVD) conllevan la valoración de: a) funciones cognitivas; b) trastornos emocionales; c) habilidades sociales.

Soluciones: 1b; 2a; 3c; 4c; 5a

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Hebben, N. (2011). *Fundamentos para la Evaluación Neuropsicológica*. Mexico: Manual Moderno.
- González, B. (2012). *Daño cerebral adquirido. Evaluación, diagnóstico y rehabilitación*. Madrid: Aula Médica.
- Tirapu-Ustárrroz, J. (2007). La evaluación neuropsicológica. *Intervención Psicosocial*, 16 (2), 189-211. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v16n2/v16n2a05.pdf> .
- Tirapu-Ustárrroz, J. (2011). *Manual de Neuropsicología*. Barcelona: Viguera.

Evaluación de los Trastornos de la Alimentación

13

Miguel Ángel Carrasco Ortiz

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

1 **Introducción**

- 1.1. Descripción
- 1.2. Epidemiología y Curso
- 1.3. Factores Etiológicos y Factores Asociados

2 **Evaluación para la Delimitación del Problema: Contrastación de Hipótesis Diagnósticas**

- 2.1. Instrumentos de Evaluación Utilizados
 - 2.1.1. Descripción: Entrevistas Diagnósticas y Cuestionarios o Escalas
 - 2.1.2. Evidencias de Fiabilidad y Validez para el Diagnóstico de los Trastornos de Alimentación (TA)
- 2.2. Diagnóstico Diferencial
- 2.3. Comorbilidad

3 **Evaluación para la Conceptualización del Caso y la Planificación del Tratamiento**

- 3.1. Principales Variables Relevantes Implicadas en los TA: Variables a Evaluar para el Tratamiento
- 3.2. Instrumentos para su Contrastación
- 3.3. Evidencias de Fiabilidad y Validez para la Evaluación de la Conceptualización

4 **Evaluación para el Tratamiento, su Progreso y los Resultados de la Intervención**

5 **Propuesta de un Protocolo para la Evaluación de los Trastornos de Alimentación**

RESUMEN

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

- Describir los trastornos alimentarios (TA) atendiendo a los criterios diagnósticos y a los principales síntomas que los caracterizan.
- Conocer los principales datos epidemiológicos, su curso y las variables principales que se asocian con su origen y mantenimiento.
- Generar hipótesis diagnósticas a partir de los síntomas realizando un análisis diferencial con el resto de trastornos considerando los problemas comórbidos que presentan
- Diseñar e implementar la contrastación de las hipótesis formuladas con los instrumentos de evaluación recomendados.
- Generar un mapa conceptual con las principales variables asociadas a los TA a modo de modelo teórico explicativo.
- Conocer los instrumentos (nombre, principales características y dimensiones que evalúan) indicados para la evaluación de las variables de conceptualización del TA.
- Conocer los instrumentos empleados (nombre, principales características y dimensiones que evalúan) para la evaluación del tratamiento y su seguimiento.

1 INTRODUCCIÓN

1.1. Descripción

Los trastornos de conducta alimentaria hacen referencia al conjunto de alteraciones emocionales y conductuales respecto de la alimentación, el control del peso y la percepción corporal. Las personas que presentan alteraciones de este tipo ven perjudicada su salud física y psicosocial sin que haya ningún otro trastorno diferente al de la conducta alimentaria que lo justifique.

Entre este conjunto de trastornos se incluye principalmente la anorexia nerviosa, la bulimia y un conjunto de trastornos clasificados como trastornos no especificados, entre los que están algunas alteraciones próximas a la anorexia o la bulimia pero que no cumplen la totalidad de los criterios junto con el trastorno por atracón, hiperfagia, o vómitos psicógenos (ver DSM-IV-TR; APA, 2000). El DSM-V, hasta la fecha, incluye en su web (APA, 2012) además de los mencionados, la pica, el trastorno por rumiación y el trastorno por ingesta restrictiva o evitativa. Una breve descripción de estos trastornos se recoge en la Tabla 13.1 siguiendo los criterios DSM (APA, 2000; APA, 2012).

Tabla 13.1. Descripción de los Principales Trastornos Alimentarios (TA) Según Criterios DSM (APA, 2000; APA, 2012).

Tipo de Trastorno	Descripción
Pica	Ingesta persistente de sustancias no nutritivas por un periodo de al menos un mes. Esta ingesta es inapropiada al nivel de desarrollo de la persona y no es una práctica cultural.
Trastorno por Rumiación	Regurgitación repetida de comida (re-masticada, re-tragada o escupida) por un periodo de al menos un mes. No aparece en el curso de otro trastorno alimentario. No hay ninguna condición médica que lo justifique.
Anorexia Nerviosa (AN)	Rechazo a mantener un peso corporal igual o por encima del normal considerado según edad y talla (peso inferior al 85% del esperado; IMC inferior 17,5) con miedo intenso a ganar peso o ser obeso, alteración de la percepción del peso y silueta corporal y presencia de amenorrea (al menos 3 ciclos consecutivos). Especificar tipo restrictivo (no recurre regularmente a atracones o purgas); tipo purgativo (sí recurre regularmente a atracones o purgas).
Bulimia Nerviosa (BN)	Episodios recurrentes de atracón (ingesta de exceso de comida aprox. durante 2 horas) acompañados de recurrentes conductas compensatorias inapropiadas para evitar el aumento de peso (vómitos, laxantes, diuréticos, enemas, ayunos, ejercicio intenso o medicamentos) al menos 2 veces/semana durante 3 meses. No ocurre durante una anorexia nerviosa. Especificar tipo purgativo o tipo restrictivo.

(continúa)

Tipo de Trastorno	Descripción
Trastorno por Atracón	Episodios recurrentes de atracones (elevada ingesta en periodos cortos de tiempo y sensación de pérdida de control). Estos episodios producen malestar. Tiene lugar al menos 2 días/semana durante 6 meses. No se asocia a estrategias compensatorias inadecuadas.
Trastorno de Ingesta Restrictivo o Evitativo	Fracaso persistente en encontrar las necesidades nutricionales y/o energéticas apropiadas asociado con al menos una de las condiciones siguientes: pérdida significativa de peso, pérdida nutricional significativa, dependencia de suplementos nutricionales o interferencia social significativa. Incluye falta de interés por la comida, evitación de las sensaciones corporales de comer o consecuencias aversivas por comer. No es simple desinterés por la comida, no hay restricciones culturales y no ocurre en presencia de AN o BN. (Se propone en DSM-V).
Trastornos No Especificados en otro Lugar	Trastornos que no se ajustan a los criterios de ninguno de los trastornos especificados.

Las principales manifestaciones clínicas de estas alteraciones giran en torno a tres características principales: patrones alimentarios alterados, valoración excesiva del peso corporal que se traduce especialmente en un reiterado y persistente control sobre el mismo y un desprecio por el aspecto físico general y el cuerpo, en particular (Perpiña, 1999; Perpiñá, 2011; Perpiñá, Botella y Baños, 2000; Wilson, Fairburn y Agras, 1997). Más específicamente, se podrían detallar estas manifestaciones en los siguientes niveles: a) *nivel conductual*: pautas de alimentación deficitarias (conductas restrictivas, atracones, sobreingesta), rituales de evitación (e.g., lugares, comidas, posturas, actividades) y de comprobación (autoevaluación del peso y la talla); presencia de purgas (e.g., vómitos, laxantes, diuréticos), uso de sustancias, dietas de ayuno y, ejercicio físico y actividad laboral desmedidas; b) *nivel cognitivo*: ausencia de conciencia de enfermedad y, negación del problema, obstinación en no comer, adhesión del valor de «estar delgada» como creencia básica identitaria, numerosas distorsiones y pensamientos automáticos en torno a su apariencia física y control de su alimentación (e.g., «poner un kilo me destruirá»), alteración de la imagen corporal (distorsión de la corporalidad, interpretación incorrecta de los estímulos propioceptivos), y presencia de continuas rumiaciones sobre el peso y el cuerpo que interfieren sus niveles atencionales; c) *Nivel emocional*. Aparecen dinámicas emocionales compensatorias de ansiedad/disforia-ingesta, sobreingesta/atracón-culpa/vergüenza, ansiedad/miedo-posible incremento de peso, presión de los demás por su estado-irritabilidad/hostilidad; percepción corporal-asco/malestar/insatisfacción/ansiedad; fallos en sus estrategias de control-disforia/ansiedad; orgullo/sobreestimación-reducción de peso. En definitiva, diversos estados emocionales negativos y disfóricos se asocian como antecedentes o consecuentes del comportamiento alimentario alterado; d) A *nivel fisiológico*, son muchos los síntomas que aparecen como consecuencia de un patrón alimentario deficitario, entre ellos, problemas cardíacos (e.g., bradicardia), dermatológicos (e.g., lanugo), cambios metabólicos (e.g., amenorrea), óseos (e.g., osteoporosis), dentales o digestivos (e.g., estreñimiento); e) A *nivel social*, aislamiento, conductas mani-

pulativas y engaños con las figuras parentales, evitación de situaciones sociales en las que se prevean celebraciones en torno a comidas, etc.

1.2. Epidemiología y Curso

En población española la anorexia nerviosa (AN) es del 0,2-0,7% y la bulimia nerviosa (BN) del 0,4-0,8% (Rojó et al., 2003). En población norteamericana la prevalencia media estimada es del 0,3% para AN y para BN 1-3%. El trastorno por atracón y los trastornos alimentarios no especificados poseen una frecuencia superior que oscila entre el 0,7-4% (APA, 2000). Esta prevalencia puede incrementarse hasta el 8% en personas obesas (Fairburn y Harrison, 2003; Hoek, 2002).

La aparición de la pica se asocia generalmente con retraso mental o con algún déficit de minerales o vitaminas. Son escasos los datos epidemiológicos que permitan especificar la prevalencia de este trastorno. Suele aparecer en la infancia, su duración se prolonga hasta meses y raramente aparece en la adolescencia o la edad adulta. El trastorno por rumiación es de escasa frecuencia y se observa más en varones durante los 12 primeros meses de edad. Suele remitir espontáneamente, salvo en casos de trastornos graves del desarrollo en los que puede perdurar.

La AN y la BN no son de los trastornos más prevalentes pero su tendencia es creciente. Suelen aparecer entre mujeres (90%) procedentes de culturas industrializadas de raza caucásica. El resto de trastornos alimentarios también es más frecuente en mujeres pero la diferencia respecto de los hombres es menor (3:1) (Hoek, 2002).

Respecto al curso de estos trastornos, la AN suele iniciarse en la preadolescencia o adolescencia y su curso es muy variable. La adolescencia es una etapa de alto riesgo en la que suele manifestarse este trastorno. Se estima que aproximadamente un 20% poseen un curso crónico y el resto mantiene mucho de los síntomas. La BN suele iniciarse en la adolescencia tardía o principios de la edad adulta, su curso también es variable aunque su pronóstico es más esperanzador que la AN. Del curso del resto de trastornos se ha investigado menos aunque se inician más tardíamente que estos anteriores y su tendencia es a persistir. En general, durante el curso de los trastornos alimentarios se produce una transición a diferentes diagnósticos, principalmente desde AN a BN. El pronóstico suele ser más negativo en casos de aparición tardía, larga duración, pérdida exagerada de peso, presencia de atracones y vómitos, así como sobrepeso en la infancia, baja autoestima y problemas de personalidad (Fairburn y Harrison, 2003). De todos los pronósticos el más preocupante es el de la anorexia nerviosa cuyas tasas de mortalidad son superiores a cualquier otro trastorno mental (Steinhausen, 2002; Walsh et al., 2006).

1.3. Factores Etiológicos y Factores Asociados

La explicación de los trastornos alimentarios no responde a un modelo causal único bien establecido. Sin embargo, se han delimitado factores de procedencia biológica, psicológica o sociocultural

que parecen estar en la base de estas alteraciones. Indudablemente, las variables socioculturales de esta patología son claras, como muestra la mayor prevalencia de alguna de estas alteraciones (e.g. bulimia nerviosa) en las sociedades desarrolladas con un destacado culto al cuerpo (Becker, Burwell, Gilman, Herzog y Hamburg, 2002; Keel y Klump, 2003). Está bien establecido que la aparición de los trastornos alimentarios incide de manera más contundente en personas predispuestas genéticamente que crecen en ambientes en el que concurren determinados factores psicológicos.

En apoyo a su base biológica, sabemos que su aparición es más frecuente en familiares de primer grado (Schur, Noonan, Polivy, Goldberg y Buchwald, 2009) y el sistema serotoninérgico juega un papel esencial al que se suma el efecto de otros neurotransmisores, como la dopamina y las neurotrofinas (Calati, De Ronchi, Bellini y Serretti, 2011; Kaye, Fudge y Paulus, 2009; Yu Lee y Pao-Yen Lin, 2010).

Desde una perspectiva psicológica, se han identificado variables cognitivas, emocionales y conductuales. Las variables cognitivas se relacionan, por una parte, con determinadas, expectativas creencias y sesgos sobre alimentación, peso y cuerpo (Cooper y Hunt, 1998; Jones, Leung y Harris, 2007) y, por otra, características de rigidez cognitiva y perseverancia (Schmidt y Treasure, 2006). Además, determinados rasgos de personalidad se han asociado a los trastornos alimentarios, entre ellos, los rasgos perfeccionistas, obsesivo-compulsivos, impulsivos (eg., urgencia negativa a actuar) y de inestabilidad emocional (Combs, Carolyn, Pearson, Gregory y Smith, 2011; Engel et al., 2005).

A un nivel emocional, se han destacado las variables referidas a la regulación de los procesos emocionales y la asociación de los estados emocionales negativos con la aparición de conductas alimentarias desajustadas como estrategia de afrontamiento (Haedt-Matt y Keel, 2011). Conductualmente, bien como antecedentes o consecuentes, los patrones y hábitos de alimentación y nutricionales inadecuados contribuyen a gran parte de los trastornos. A todos estos factores se añade un patrón de interacción familiar invasivo y de relaciones conflictivas y hostiles que contribuyen a estados emocionales negativos implicados en las relaciones funcionales de los trastornos alimentarios (Treasure et al., 2008).

Finalmente, es frecuente encontrar entre personas con trastornos alimentarios la presencia de antecedentes personales de victimización (e.g., abusos sexuales, burlas por el físico o acoso) que seguramente posean un papel etiológico o de riesgo (Deep, Lilenfield y Plotnicov, 1999).

En síntesis, como factores etiológicos comunes a la mayoría de las alteraciones se incluyen la baja autoestima, la intolerancia a la emoción y los problemas interpersonales arropados por un conjunto de creencias disfuncionales y distorsiones relativas al cuerpo, el peso, la comida, el control y el perfeccionismo (Enns y Cox, 2002; Faiburn et al., 2009; Fairburn y Harrison, 2003; Fairburn, Marcus y Wilson, 1993). Todo este sistema de creencias y pensamientos particulares funcionan como mecanismos mantenedores del problema y son una diana importante para los programas de intervención que se han mostrado eficaces.

2 EVALUACIÓN PARA LA DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS

El diagnóstico y la delimitación del trastorno alimentario se realizan principalmente mediante entrevistas estructuradas. Existen algunos cuestionarios y escalas que atienden a los criterios y la sintomatología diagnóstica, los cuales también pueden ser utilizados para estos fines.

Previamente a la utilización de instrumentos específicos estructurados, el evaluador suele administrar una entrevista no estructurada en la que explora a nivel de despistaje la sintomatología en cuestión. De acuerdo con Berg, Peterson y Frazier (2012) se proponen en la Tabla 13.2 algunas cuestiones ejemplos para explorar la sintomatología base de los trastornos alimentarios. Si el evaluador encontrara la presencia de esta sintomatología procedería a la administración de instrumentos más estructurados encaminados a la confirmación del diagnóstico y la delimitación del trastorno.

Tabla 13.2. Propuesta de Preguntas para el Despistaje de los TA (Modificado de Berg, Peterson y Frazier, 2012).

Contenido a Explorar	Posibles Preguntas
Hábitos Alimentarios	¿Generalmente, cuántas comidas hace al día? ¿Se salta alguna comida al día? ¿Ha hecho alguna vez una dieta? ¿En qué consistía la dieta (pasos, normas...)? ¿Ha sentido alguna vez que pierde el control comiendo?
Conductas Compensatorias	¿Hace ejercicio físico? ¿Qué tipo? ¿Con qué frecuencia? ¿Ha hecho alguna vez algo para compensar lo mucho que ha comido, como provocarse el vómito, tomar laxantes? ¿Ha estado sin comer durante 24 horas o más?
Estima/Valoración Sobre el Cuerpo	¿Cómo se siente con su cuerpo y su peso? ¿Se ha sentido alguna vez insatisfecho/a con su cuerpo o su peso?
Miedo a Ganar Peso	¿Ha sentido alguna vez miedo por ganar peso? ¿Cómo se siente si su peso cambia?
Sobrevaloración del Cuerpo/ Peso. Gravedad por el Bajo Peso	¿Influye su cuerpo o su peso en cómo se siente? De cero a diez valore la importancia que tiene para usted el peso y tu figura respecto a otras cosas importantes en su vida. ¿Le ha dicho alguien que estar tan delgada puede ser muy peligroso? ¿Qué piensa sobre eso?
Alteración de la Imagen Corporal	¿Siente o has sentido que alguna parte de su cuerpo es demasiado grande?

(continúa)

Contenido a Explorar	Posibles Preguntas
Atracones	¿Ha tenido alguna vez un atracón (comer inusuales cantidades de comida y sentir que pierdes el control)? ¿Ha considerado alguna vez la gente que usted ha comido una gran cantidad de comida de una vez? ¿Ha sentido alguna vez, que ha perdido el control y que no puede parar de comer o resistirse a ello y se ves impulsado o empujado a comer? Describe alguna vez que recuerde que le haya ocurrido esto: ¿Qué comió, cuánto, cuántas veces le ha ocurrido?
Conductas Compensatorias	¿Se ha provocado alguna vez el vómito para controlar su figura o su peso? ¿Con qué frecuencia toma laxantes o diuréticos? ¿Hace ejercicio para controlar su figura y su peso? ¿qué tipo de ejercicio? ¿Con qué frecuencia?. ¿Se ha sentido alguna vez impulsado/a o empujado/a a realizar ejercicio? ¿Alguna vez ha hecho ejercicio estando enfermo/a en lugar de estar con la familia o los amigos?
Restricción en la Dieta	¿Alguna vez ha ayunado durante 24 horas o más para controlar su figura y peso? ¿Ha intentado alguna vez seguir una dieta? ¿Qué tipo de alimentos podía comer y cuando?

La evaluación de pacientes con TA suele acompañarse de algunas dificultades que pueden interferir la delimitación del problema y su posterior conceptualización y evaluación del tratamiento. Entre estas dificultades, se han señalado (Berg, Peterson y Frazier, 2012): a) Negar o minimizar la sintomatología, bien por falta de conciencia del problema, bien por vergüenza o miedo a la evaluación. Por esta razón se recomienda mantener un clima cooperativo, evitar las críticas y la confrontación y hacer preguntas con formato abierto («¿hábleme un poco más sobre el tipo de dieta que sigue?») que abran preguntas más específicas («¿en qué situaciones ocurren los vómitos?»); b) Sesgos en el recuerdo, derivados de los problemas de memoria y atención causados por el estado de desnutrición o por los estados emocionales negativos. Para amortiguar estas dificultades se recomienda evaluar retrospectivamente periodos de tiempo específicos (e.g., semanas) hasta abarcar, al menos un periodo de 12 semanas; c) Evaluación de niños y adolescentes que requieren el uso de estrategias de evaluación adaptadas a su nivel de comprensión: uso de metáforas o analogías, vocabulario sencillo, uso de dibujos o material pictográfico, entre otras. Concretamente, a estas edades aparecen dificultades para delimitar ciertos aspectos cognitivos (autodefinición en función del peso y la figura), algunas valoraciones subjetivas, tales como identificar la ingesta de cantidades elevadas respecto a lo «normal/usual», reconocer estados de pérdida de control, miedo al peso o a informar adecuadamente de las características de su dieta y los ayunos (Micali y House, 2011).

2.1. Instrumentos de Evaluación Utilizados: Descripción y Evidencias de Fiabilidad y Validez

2.1.1. Descripción: Entrevistas Diagnósticas y Cuestionarios o Escalas

La realización del diagnóstico y delimitación de los trastornos alimentarios pueden realizarse mediante entrevistas estructuras, cuestionarios o escalas. Ambas evalúan los criterios diagnósticos y la sintomatología específica de cada uno de los trastornos que permiten su delimitación y diagnóstico. En general, las entrevistas están indicadas para la identificación de criterios diagnósticos y los cuestionarios para el análisis de la sintomatología y su gravedad. Las entrevistas en su mayoría requieren entrenamiento previo y suponen un mayor coste temporal para su administración. Los cuestionarios y escalas para el diagnóstico son en su mayoría heteroinformados y es el clínico quien debe cumplimentarlos. En las Tablas 13.3 y 13.4 se incluye una selección de estos instrumentos con una breve descripción de sus características.

Para una adecuada evaluación es importante establecer una buena alianza terapéutica. Generalmente, dado que este tipo de pacientes no tiene conciencia de enfermedad y suelen incurrir en el engaño y la ocultación, es recomendable buscar un objetivo de intervención alternativo a los problemas directos relativos al peso y el cuerpo (e.g., rendimiento académico, autoestima, problemas familiares); ello facilitará la colaboración y participación de los pacientes para su evaluación.

Los instrumentos para el diagnóstico y delimitación de las alteraciones alimentarias atienden fundamentalmente a la identificación de criterios diagnósticos y la presencia de sintomatología específica que permiten diferenciar la presencia de un trastorno frente a otro. Los contenidos de estos instrumentos, en alguna u otra medida, incluyen los siguientes contenidos: (a) nivel de peso (determinado por el peso, la altura, la edad y el género); (b) miedo a aumentar el peso; (c) sobreevaluación de la silueta y el peso; (d) alteraciones en la imagen corporal; (e) presencia y frecuencia de atracones; (g) estado de la menstruación; (h) conciencia de las consecuencias del bajo/alto peso; (i) conductas dietéticas restrictivas y evitativas.

Tabla 13.3. Principales Entrevistas para el Diagnóstico y Delimitación de los Trastornos Alimentarios.

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Exploración de los Trastornos Alimentarios EDE* (<i>Eating Disorder Examination</i> ; Cooper y Fairburn, 1987; Fairburn y Cooper, 1993).	Evalúa retrospectivamente durante los 3-6 meses previos al momento actual. Escala Likert de severidad 0-6 puntos. Requiere entrenamiento.	4 dimensiones: Restricción, Preocupación comórbida, Preocupación por el cuerpo, Preocupación por el peso. Evalúa episodios de bulimia y sobreingesta.
Entrevista Clínica Estructurada SCID-CV* (versión clínica) (First, Spitzer, Williams y Gibbon, 1997; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 2002).	Adultos. Módulos específico diseñado para los trastornos alimentarios. Contiene preguntas sondeo y preguntas específicas para cada trastorno. Escala de respuesta: 1 (falsa), 2 (subumbral), 3 (umbral). Tiempo 45-90'. Requiere entrenamiento.	Evalúa las alteraciones psicopatológicas según los criterios DSM-IV.
Entrevista para el Diagnóstico de los Trastornos Alimentarios IDED (<i>Interview for Diagnosis of Eating Disorders</i> ; Williamson, 1990; Kutlesic, Williamson, Gleeves, Barbin y Murphy-Eberenz, 1998).	Semiestructurada. Escala Likert de gravedad (1-5 puntos) puntuada por el entrevistador en 20 criterios DSM-IV. Puntuía frecuencia o gravedad.	Evalúa los trastornos alimentarios según criterios DSM-IV. Permite un diagnóstico diferencial. Tres subescalas: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa y Trastorno por Atracón.
Entrevista Estructurada para los Síndromes de Anorexia y Bulimia del DSM-IV y CDI-10, SIAB-EX (Fichter, Herpertz, Quadfleig y Herpertz-Dahlmann, 1998). Versión autoinformada SIAB-S . Traducción al español López-Ibor y Castellano.	Adolescentes y adultos entre 12 y 65 años de edad. 87 preguntas. 30-60 minutos.	Evalúa los síntomas de trastornos alimenticios para su diagnóstico y otros trastornos psíquicos (depresiones, miedo), integración social, sexualidad, diagnósticos por exclusión y medicación.
Evaluación del Desarrollo y Bienestar, DAWBA (<i>The Development and Well-Being Assessment</i> (Goodman et al., 2000; Moya et al., 2005).	Autoinformada a partir de 11 años. Para 7 años informan sus padres. Formato de entrevista cara-cara (15-20 minutos) u <i>on line</i> . Contiene preguntas cerradas y abiertas. Diseñada para evaluación multiinformante (padres, cuidadores...).	Evalúa diferentes trastornos mentales basados en criterios DSM-IV y CIE-10. Costa de una sección de despistaje y otra de cuestiones específicas.

Nota: * Altamente recomendados para el diagnóstico de los problemas de alimentación.

Tabla 13.4. Principales Cuestionarios/Escalas para el Diagnóstico y Delimitación de los Trastornos Alimentarios.

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Cuestionario de Examen de los Trastornos Alimentarios EDE-Q* (<i>Eating Disorder Examination Questionnaire</i> ; Fairburn y Beglin, 1994). Versión infantil ChEDE-Q ; Bryant-Waugh et al., 1996). Validación española Peláez, Labrador y Raich (2012).	38 ítems. Versión autoinformada. Escala Likert 0-6 de severidad y escala de frecuencia. Se trata de una versión con formato de cuestionario de la correspondiente entrevista EDE.	4 dimensiones: Restricción, Preocupación comórbida, Preocupación por el cuerpo/figura, Preocupación por el peso. Procura información sobre episodios de atracones y conductas compensatorias.
Escala Diagnóstica de los Trastornos Alimentarios EDDS* (<i>Eating Disorder Diagnostic Scale</i> ; Stice et al., 2000).	22 ítems. Diferentes formatos: Likert, dicotómica, escala de frecuencia y preguntas abiertas. verdadero/falso. Autoinforme.	Genera posibles diagnósticos de TA.
Instrumento para la Evaluación de los Trastornos Alimentarios Clínicos CEDRI (<i>Clinical Eating Disorder Rating Instrument</i> ; Palmer, Christie, Cordle, Davis y Kendrik, 1987; Palmer, Robertson, Cain y Black, 1996).	Escala Likert 4 puntos. Cada ítem se sigue de cuestiones aclaratorias.	Evalúa conductas y actitudes relacionadas con la alimentación que permiten el diagnóstico DSM-IV para anorexia, bulimia y trastorno de alimentación no especificado.
Escala Yale-Brown-Cornell para los Trastornos Alimentarios YBC-EDS (<i>Yale-Brown-Cornell Eating Disorders Scale</i> ; Mazure, Halmi, Sunday, Romano y Einhorn, 1994).	65 ítems sobre síntomas agrupados en 18 categorías y 19 cuestiones. Heteroinformado. Permite dos puntuaciones separadas: gravedad y motivación (resistencia, <i>insight</i> y deseo de cambio).	Evalúa síntomas específicos y preocupaciones (e.g., comidas, alimentos, peso y cuerpo, ropa, acumulación, ejercicio) y rituales (e.g., somáticos, purgativos, atracones). Refleja la gravedad del trastorno y la sensibilidad al cambio.
Test de Eimburgo de Investigación en Bulimia (<i>Bulimic Investigatory Test Edinburgh</i> , BITE ; Henderson y Freeman, 1987)	33 ítems. Combina escala Likert de 5, 6 y 7 puntos con una escala dicotómica.	Evalúa episodios de atracones, conductas purgativas y conductas bulímicas. Diferencia subtipos bulímicos y anoréxico.
Cuestionario sobre los Patrones de Alimentación y Peso Revisado QEWPR (<i>The Questionnaire for Eating and Weight Patterns-Revised</i> ; Nangle, Johnson, Carr-Nangle y Engler, 1994; Spitzer, Yanovski y Marcus, 1993).	Autoinforme. 12 preguntas. Combina escala Likert y dicotómica.	Evalúa la presencia de episodios de atracones, su frecuencia y los criterios para su diagnóstico. Incluye diferentes subcategorías de los atracones, malestar y conductas purgativas.

(continúa)

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Escala de Atracones BES (Binge Eating Scale; Gormally et al., 1982). Versión infantil C-BEDS (Shapiro, Woolson, Hamer, Kalarchian, Marcus y Bulik, 2007).	16 ítems. Autoinforme. Cada ítem se acompaña de 4 afirmaciones graduadas de 0-3 de las que ha de elegir una.	Evalúa la gravedad de los atracones junto con las emociones-cogniciones (e.g., culpa, preocupación) y conductas (e.g., ayunos, comer en secreto) asociadas.
Test de Bulimia Revisado BULIT-R (Thelen et al., 1991). Adaptación española Berrios-Hernández et al. (2007).	36 ítems de elección múltiple. Autoinforme.	Evalúa las conductas bulímicas (e.g., atracones, conductas compensatorias, pérdida de control) y control del peso. Permite la estimación de un posible diagnóstico de bulimia.
Cuestionario para los Patrones de Alimentación y Peso-versión Adolescentes QEWP-A (<i>Questionnaire for Eating and Weight Patterns-Adolescent Version</i> ; Johnson, Grieve, Adams y Sandy, 1999)- Versión Padres QEWP-P.	12 ítems autoinforme. Combina escala si/no. Con escala de opción múltiple de frecuencia 5 puntos.	Evalúa los atracones y la patología asociada en adolescentes: afecto negativo, pérdida de control, preocupación por el cuerpo y conductas compensatorias.

Nota: * Altamente recomendados para el diagnóstico de los trastornos alimentarios.

2.1.2. Evidencias de Fiabilidad y Validez para el Diagnóstico de los TA

Los instrumentos recogidos para la evaluación de los TA poseen adecuadas propiedades psicométricas. Las entrevistas estructuradas cuentan con mejores evidencias de validez y fiabilidad, cuando se trata de evaluar criterios diagnósticos. De los instrumentos señalados se han obtenido adecuada consistencia interna, test-retest, así como buenas evidencias de validez de constructo. Las entrevistas más recomendadas por su calidad psicométrica (Sysko, 2008) son la *Exploración de los Trastornos alimentarios* EDE y la *Entrevista Clínica Estructurada* SCDI. Entre los cuestionarios y escalas, la *Escala Diagnóstica de los Trastornos Alimentarios* EDDS y la versión del EDE en formato de escala son también altamente recomendadas. En el caso de la EDDS, es necesario combinar la escala con la evaluación directa de los criterios correspondientes a los episodios de atracones para asegurar el diagnóstico. No obstante, la fiabilidad test-retest a pesar de ser adecuada para estos instrumentos presenta limitaciones principalmente cuando se evalúan los síntomas a lo largo de un periodo de tiempo. Concretamente, los cuestionarios EAT y EDI están recomendados para el despistaje de los trastornos más que para su diagnóstico. En general, los pacientes tienden a informar de más síntomas mediante cuestionarios autoinformados que mediante entrevistas (Berg, Peterson, Frazier y Crow, 2011), lo que sugiere utilizar ambos tipos de instrumentos de forma complementaria. En población infantil u adolescente estas discrepancias son aún más evidentes (Micali y House, 2011).

Finalmente, las actitudes de falta de conciencia de enfermedad, de engaño y ocultamiento antes mencionadas hace recomendable para la mejora de los indicadores de validez y fiabilidad de la información obtenida el uso de diferentes fuentes informantes (e.g., algún familiar o amigo conocedor del problema) y diferentes métodos (e.g., entrevista, autoinforme, observación) con el fin de aumentar la fiabilidad y validez de la información obtenida.

2.2. Diagnóstico Diferencial

Conviene considerar que existe un grupo de trastornos físicos (e.g., ciertos tumores, hipertiroidismo, diabetes...) que presentan entre sus síntomas la pérdida del apetito, por lo tanto, el primer diagnóstico diferencial ha de realizarse con la presencia de alguna alteración física en la que los patrones de alimentación y el peso estén justificadamente afectados. De los trastornos psicológicos, el diagnóstico diferencial de los trastornos alimentarios debe realizarse con los siguientes (APA, 2000): *Trastornos Psicóticos* que incluyan delirios paranoides cuyo contenido es el envenenamiento de ciertos alimentos; *Fobias Específicas* a ciertos alimentos, a tragar, vomitar; *Trastornos Obsesivo-compulsivos* con rituales o preocupaciones excesivas en torno al peso y el cuerpo; *Trastorno Dismórfico Corporal* en el que la percepción del cuerpo está claramente alterada; *Trastorno Somatomorfo*, en el que el vómito es un síntoma frecuente; y *Fobia Social* manifiesta en la negativa a comer en situaciones sociales (ver Tabla 13.5).

Además, es importante hacer el diagnóstico diferencial con todas aquellas *condiciones médicas* que pudieran cursar con una pérdida de peso (e.g., hipertiroidismo, cáncer, problemas gástricos), con *problemas de ansiedad* (e.g., el foco de ansiedad no está en el peso ni el cuerpo, la evitación a los alimentos no es por miedo al vómito ni para perder peso; el escrutinio del cuerpo es para comprobar el posible incremento de peso) y con los *diferentes trastornos de alimentación* entre sí: anorexia (e.g., *infrapeso*, miedo a ganar peso, negación de la gravedad), bulimia (e.g., atracones y conductas compensatorias), atracones (e.g, sólo atracones).

La presencia de los síntomas anteriormente señalados además del resto de criterios clínicos específicos de los trastornos alimentarios, bien llevarían a un doble diagnóstico (comorbilidad) o al diagnóstico exclusivo de los primeros.

Tabla 13.5. *Diagnóstico Diferencial de los Principales Trastornos Alimentarios (TA) Según Criterios DSM (APA, 2000; APA, 2012).*

Tipo de Trastorno	Alteraciones Diferenciales
Pica	Trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia, síndrome de Kleine-Leven.
Trastorno por Rumiación	Anomalías congénitas o enfermedades médicas; vómitos de primera infancia. No se diagnostica si aparece en el curso de AN o BN.
Anorexia Nerviosa (AN)	Enfermedades médicas, trastorno depresivo mayor (no hay deseo de adelgazar), esquizofrenia, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno dismórfico y bulimia nerviosa (mantienen el peso).
Bulimia Nerviosa (BN)	Anorexia con conductas purgativas, síndrome de Kleine-Leven, trastorno depresivo mayor.

2.3. Comorbilidad

El desarrollo comórbido de los trastornos alimentarios es bastante común tanto con los trastornos del Eje I como los del Eje II. Respecto al Eje I, las tasas de prevalencia de los trastornos alimentarios con los trastornos de ansiedad y los del estado de ánimo son muy altas, oscilando entre un 20 y 80% (Godart, Flament, Perdereau y Jeammet, 2002; Godart et al., 2007). Particularmente, el trastorno obsesivo compulsivo aparece con frecuencia conjuntamente con la anorexia, principalmente las restrictivas. Además es frecuente el abuso de sustancias (Krug et al., 2008; Root et al., 2010). En cuanto al Eje II, los trastornos de personalidad obsesiva, el trastorno límite, por evitación e histriónico son los que se han asociado con los trastornos alimentarios (Sansone, Levitt y Sansone, 2005; Wonderlich y Mitchell, 1997).

Dado que los pacientes con trastornos alimentarios pueden mostrar conductas autolesivas sobre partes específicas de su cuerpo (e.g., estómago) éstas deben ser evaluadas.

3 EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO Y LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO

Los trastornos de la alimentación se han explicado por numerosas variables que requieren una aproximación multidisciplinar en la que se incluye la evaluación y supervisión médica. La conceptualización de estos trastornos, obviamente, dependerá de la intervención a seguir. Las principales terapias recomendadas para el abordaje de estas alteraciones son la terapia cognitivo-conductual (Fairburn, Marcus

y Wilson, 1993; Fairburn, 2008), la terapia interpersonal (Wilfley, MacKenzie, Welch, Ayres y Weissman, 2000), la terapia conductual dialéctica (Safer, Telch y Chen, 2009), la terapia familiar de Maudsley (APA, 2006), así como la terapia relacional-cultural (Jordan, 2000; Maine, Davis y Shure, 2009). Dependiendo de una u otra aproximación, la evaluación para la conceptualización del caso se centrará en unas variables más que en otras. En el epígrafe siguiente recogemos una selección de las variables más relevantes evaluadas para la conceptualización de un trastorno alimentario.

3.1. Principales Variables Relevantes Implicadas en los Trastornos Alimentarios: Variables a Evaluar para el Tratamiento

Dentro del contexto de la investigación empírica sobre los tratamientos para los trastornos alimentarios, las principales variables a evaluar para la conceptualización del caso pueden resumirse en las siguientes (Fairburn, Marcus y Wilson, 1993; Grilo y Masheb, 2005; Wilson y Fairburn, 2002):

- *Complicaciones médicas y estado físico.* La mayoría de los expertos sugieren que se realice una evaluación médica y del estado físico complementarias a la evaluación psicológica (Crow y Swigart, 2005; Peterson, 2005). Las variables más relevantes que deben incluirse en este área son, al menos: estado nutricional, índice de masa corporal ($IMC = \text{Kg}/\text{metros}^2$), pliegue cutáneo, peso, estado de la piel (e.g., lanugo, deshidratación, edemas, coloración azulada y grado de demacración), callosidad en el dorso de la mano consecuencia de las maniobras para provocarse el vómito (*Signo de Russell*); estado dental (caries, erosiones) y estado de las glándulas parótidas. La evaluación médica debe realizarse especialmente cuando existe un bajo índice de masa corporal, cambios significativos y recientes en el peso, presencia de conductas purgativas y síntomas de fatiga y mareo.
- *Análisis específico de síntomas, conductas problema y relaciones funcionales.* Si bien el diagnóstico permite clasificar el caso dentro de un trastorno particular, las manifestaciones clínicas de uno y otro paciente pueden variar. Es importante realizar un análisis específico de su sintomatología y la severidad con que se manifiestan. En este sentido, es recomendable delimitar: a) las conductas problema específicas (e.g., atracones, vómitos, conductas purgativas y compensatorias, conductas restrictivas, hábitos alimentarios, conductas impulsivas...), conductas de evitación de ciertos alimentos y situaciones (e.g., peso, espejo, tiendas...) y conductas compulsivas o rituales (e.g., probarse determinada ropa de talla específica, comprobar peso, excesiva actividad...); b) las relaciones funcionales de estas conductas con los antecedentes (e.g., disparadores, acontecimientos estresantes, estados emocionales negativos...) y consecuentes de las mismas (e.g., estados emocionales de disforia, culpa, conductas compensatorias, problemas familiares y psicosociales...). Para la evaluación de estos contenidos pueden emplearse los instrumentos utilizados en la delimitación del problema, especialmente los diseñados para el análisis de la sintomatología y conductas asociadas (e.g., EAT, EDI). Además es para este tipo de información muy recomendable el uso de autoregistros estructurados. Estos últimos permiten que el propio paciente informe específicamente de sus conductas problema y sus relaciones funcionales en el momento presente.

- *Hábitos alimentarios.* Número de comidas al día, ingesta de calorías, conductas durante la alimentación, dieta y registro de alimentos (e.g., alimentos prohibidos, contenido calórico) y restricciones en la dieta. Los comportamientos restrictivos tienen un papel importante en el control de la dieta, dado que desatan conductas de sobreingesta cuando son incumplidos.
- *Imagen corporal y satisfacción con el cuerpo.* Una de las características fundamentales que acompañan a alguno de los trastornos alimentarios es la alteración de la imagen corporal, lo que supone una sobreestimación del tamaño corporal y la aparición de sentimientos y cogniciones de insatisfacción sobre el cuerpo y su apariencia. Todo ello conduce a la evitación de situaciones en las que el cuerpo pueda ser expuesto, a ocultar partes determinadas del cuerpo, a realizar comprobaciones continuas para comprobar una talla o un defecto sobre el cuerpo.
- *Ejercicio físico excesivo o compulsivo.* Parte de la sintomatología de alguno de los problemas alimentarios son las conductas compensatorias a la ingesta; una de ellas es el excesivo ejercicio físico y el nivel de actividad como medio para quemar calorías o reducir la ansiedad por la ingesta de alimentos no deseados.
- *Motivación/resistencia al cambio y conciencia de enfermedad.* La motivación al cambio es un constructo multidimensional que incluye la percepción de los beneficios (e.g., autocontrol, sentimiento de perfección, autoestima, sentido de realización) y costes (e.g., afecto negativo, preocupación por la salud, problemas de relación) de la enfermedad, así como la evitación funcional asociada (evitación de emociones dolorosas, toma de decisiones adulta y vida de adulto). Ello está muy relacionado con el reconocimiento de los síntomas como un problema o una alteración.
- *Cogniciones y actitudes disfuncionales.* Las creencias, distorsiones cognitivas vinculadas a la sobrevaloración del cuerpo y del peso, creencias sobre la alimentación y pensamientos intrusivos son importantes mantenedores de los problemas alimentarios. Dentro de este grupo de contenidos a evaluar es importante explorar también algunas actitudes frente a la alimentación y la propia vida (Garner, 2000): ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, consciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, control de impulsos e inseguridad social.
- *Apoyo y dinámica familiar.* Es importante en los trastornos alimentarios comprender cómo las familias organizan su vida en torno al problema y cómo el funcionamiento familiar llega a formar parte del mismo. La familia puede funcionar como un mantenedor de determinadas conductas mediante su reforzamiento y adaptación al problema. Los trastornos emocionales generan consecuencias en el ambiente familiar, creando un cierto grado de acomodación y una reacción emocional ante el problema por parte de sus miembros. Respecto a la familia conviene evaluar (Treasure et al., 2008): grado de rigidez y compulsividad, presencia de alteraciones alimentarias en los demás miembros, significado que los trastornos alimentarios poseen (e.g., atribuciones de su origen, una estrategia de amenaza, autodestrucción, venganza...), grado de aislamiento, reacciones emocionales, estrategias o tácticas que los pacientes usan para provocar o dañar a sus familiares, metas u objetivos de cambio. En general, los pacientes con trastornos alimentarios perciben a sus familias menos cohesivas y adaptables y más rígidas.

- *Funcionamiento psicosocial*. Los problemas alimentarios suele conducir a cierto aislamiento, por una parte, y a problemas interpersonales y de relación, por otra. Por esta razón, es importante la evaluación de las habilidades sociales, las habilidades de resolución de conflictos interpersonales y, el grado de actividades sociales y apoyo social.
- *Emocionalidad negativa y regulación emocional* (Haedt-Matt y Keel, 2011). Los problemas alimentarios se asocian con estados emocionales negativos tales como culpa o ira así como con sintomatología depresiva y ansiosa. En algunos casos, las conductas alteradas de alimentación responden a una forma de regular estos estados negativos emocionales.
- *Calidad de vida*. Los pacientes con alteraciones alimentarias muestran una peor percepción en su calidad de vida (Muñoz et al., 2009). La intervención así como parte de la conceptualización del problema deberían incluir una medida de la calidad de vida del paciente.

3.2. Instrumentos para su Contrastación

La evaluación utilizada para la contrastación de las variables anteriores puede realizarse a través de entrevistas *ad hoc*, registros de conducta y cuestionarios. Los registros y entrevistas no estructuradas son buenos instrumentos para la evaluación inicial del problema y las relaciones funcionales entre el contexto y las variables del sujeto.

Un método recomendado para la obtención de esta información es la llamada *Evaluación Ecológica Momentánea* o *Método EMA* (*Ecological Momentary Assessment*; Munsch, Meyer, Milenkovic, Schlup, Margraf y Wilhelm, 2009; Stone y Shiffman, 1994). Mediante este procedimiento se evalúan las experiencias cotidianas y los estados psicológicos de los individuos en su ambiente natural. Dentro de este método se incluye el muestreo de experiencias (Larson y Csikszentmihalyi, 1983) y el método cotidiano diario (Bolger, Davis y Rafaeli, 2003). Entre las características de este procedimiento, cabe destacar: (1) la evaluación tiene lugar en el contexto natural en el que los pacientes desarrollan su vida cotidiana; (2) los pacientes cumplimentan los instrumentos de evaluación en relación con su estado actual (e.g., estado de ánimo, conductas problemas) más que en relación con semanas o días anteriores; (3) se recogen medidas repetidas a lo largo de un periodo de tiempo. Mediante este procedimiento, los sesgos del recuerdo quedan más controlados; por esta razón, es especialmente recomendable para la evaluación de variables de estado o cambiables como las reacciones emocionales o de regulación (Haedt-Matt y Keel, 2011). La recogida de información puede llevarse a cabo mediante intervalos contingentes (completan los autoinformes tras un periodo de tiempo especificado, generalmente al final del día), señales contingentes (completan los autoinformes tras la aparición de señales aleatorias como alarmas, avisos en el ordenador) o eventos contingentes (completan los autoinformes tras la aparición de acontecimientos particulares). Se recomienda la combinación de los tres procedimientos para incrementar la validez ecológica de la información obtenida.

Además del uso de autorregistros y entrevistas no estructuradas se recomienda la administración de cuestionarios o escalas de puntuación referidas a dimensiones o variables asociadas a los problemas de

alimentación. En la Tabla 13.6 se recoge una selección de estos instrumentos organizados por los contenidos principales a evaluar para la conceptualización de un trastorno alimentario. Alguno de los instrumentos utilizados para el diagnóstico y la delimitación del problema, pueden también ser utilizados para el análisis de síntomas y la especificación de las conductas problema (e.g., EDE-Q, BULIT-R).

Tabla 13.6. *Variables Relevantes e Instrumentos para la Conceptualización de los Trastornos Alimentarios (Contrastación para las Hipótesis de Conceptualización).*

Hipótesis / Instrumentos	Dimensiones y Características
Imagen corporal/Apariencia/Satisfacción Cuerpo	
Cuestionario de Comprobación Corporal BCQ (<i>Body Checking Questionnaire</i> ; Reas y Netemeyer, 2002).	23-ítems. Evalúa conductas de exploración y comprobación corporal sobre la apariencia general, o de partes específicas del cuerpo.
Cuestionario de Evitación de la Imagen Corporal BIAQ (<i>Body Image Avoidance Questionnaire</i> ; Rosen, Srebnik, Saltzberg y Wendt, 1991).	19 ítems. Escala Likert 6 puntos. Evalúa la evitación de situaciones en las que se muestra el cuerpo o la figura, comprobación de la apariencia y restricción en la dieta.
Talla Corporal Ideal Percibida (<i>Ideal Body Subscale-Female</i> ; Cogan, Bhalla, Sefa-Dedeh y Rothblum, 1996).	Se compone de 12 siluetas femeninas que oscilan en talla desde muy delgadas a obesas. Cada silueta se acompaña de un número. La paciente ha de elegir la figura de talla corporal similar a la propia y la ideal. La discrepancia es el indicador del grado de insatisfacción corporal y percepción corporal.
Escala de Estima Corporal para Adultos y Adolescentes, BESAA (<i>Body Esteem Scale for Adults and Adolescents</i> ; Mendelson, Mendelson y White, 2001).	23 ítems (declaraciones positivas y negativas). Escala Likert 5 puntos. Autoinforme. A partir de 12 años. Evalúa sentimientos y grado de satisfacción sobre la apariencia, satisfacción con el peso y atribuciones positivas sobre el cuerpo propio y de los otros.
Cuestionario Multidimensional de las Relaciones Cuerpo-Self, MBSRQ (<i>The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire</i> ; Cash, 1994; Cash, 2000). Traducción española Raich, Torras y Figueras (1996).	69 ítems. Escala Likert 5 puntos. Evalúa los aspectos actitudinales respecto de la imagen corporal mediante 5 dominios: Evaluación de la apariencia, orientación de la apariencia, satisfacción con áreas del cuerpo, preocupación con el sobrepeso, peso autclasificado. Estos dominios se organizan en tres subescalas: satisfacción, preocupación con el peso y autclasificación respecto al peso.
Cuestionario de Figura Corporal, BSQ (<i>The Body Shape Questionnaire</i> ; Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987).	34 ítems. Escala Likert 6 puntos. Autoinforme. Evalúa las preocupaciones sobre el peso, la figura, y los sentimientos sobre su apariencia.

(continúa)

Hipótesis / Instrumentos	Dimensiones y Características
Imagen corporal/Apariencia/Satisfacción Cuerpo	
Evaluación de la Insatisfacción de la Imagen Corporal IMAGEN (Solano y Cano, 2010).	38 ítems. Adolescentes y preadolescentes. Tres factores: Cognitivo-emocional, perceptivo y comportamental.
Test de Siluetas para Adolescentes TSA (Maganto y Cruz, 2008).	Evalúa el grado de insatisfacción corporal y de distorsión de la imagen en chicos y chicas de 14 a 18 años. Escalas: Modelo estético corporal. Insatisfacción con la imagen corporal, distorsión de la imagen corporal, riesgo de trastornos de la conducta alimentaria.
Conductas Restrictivas y Ejercicio Físico	
Escala de Restricción, RS (<i>Restrain Scale</i> ; Herman y Polivy, 1980).	10 ítems. Escala Likert 5 o 4 puntos según los ítems. Evalúa la dieta, hábitos alimentarios, preocupación por el peso y fluctuación en el peso.
Cuestionario de los Tres Factores Alimentarios TFEQ-R (<i>Three Factor Eating Questionnaire</i> ; Stunkard y Messick, 1985).	36 ítems. Escala dicotómica verdadero/falso. Evalúa conductas de restricción, desinhibición y hambre.
Test de Ejercicio Compulsivo CET (<i>Compulsive Exercise Test</i> ; Taranis, Touyz y Meyer, 2011).	24 ítems. Escala Likert 6 puntos. Autoinforme. Evalúa los factores primarios que operan en el mantenimiento del ejercicio físico compulsivo implicado en las alteraciones alimentarias. Posee 5 escalas: evitación y conducta regulada por reglas, ejercicio para controlar peso y figura, mejora del estado de ánimo, falta de disfrute con el ejercicio, y rigidez en el ejercicio.
Inventario de Razones para el Ejercicio, REI (<i>Reasons for Exercise Inventory</i> ; Cash, Novy y Grant, 1994).	25 ítems. Escala Likert 7 puntos. Autoinforme. Evalúa los motivos para hacer ejercicio mediante 4 escalas: apariencia/peso, estado físico/salud, regulación emocional y socialización.
Escala de Dependencia al Ejercicio Revisada EDS-R (<i>Exercise Dependence Scale-Revised</i> ; Hausenblas y Symons, 2002).	21 ítems. Escala Likert 6 puntos. Autoinforme. Evalúa el nivel de dependencia al ejercicio físico. Posee siete escalas: tolerancia, retraimiento, intención efectiva, falta de control, tiempo, reducción de otras actividades y continuación.
Motivación al Cambio, Emociones	
Escala de Balance Decisional (<i>Decisional Balance Scale</i> ; Cockell, Geller y Linden, 2002; Delinsky et al., 2011).	30-ítems. Evalúa la motivación al cambio y la toma de decisiones mediante 3 factores: coste (15 ítems), beneficios (8 ítems) y evitación funcional (7 ítems).

(continúa)

Hipótesis / Instrumentos	Dimensiones y Características
Motivación al Cambio, Emociones	
<p>Escala de Comer Emocional EES (<i>Emotional Eating Scale</i>; Arnow, Kenardy y Agras, 1995). Traducción Modificada Perpiñá, Botella y Baños (2009). Versión para niños EES-C (Tanofsky-Kraff et al., 2007).</p>	<p>25 ítems. Escala Likert 5 puntos. Evalúa diferentes emociones negativas en relación con las conductas de comer. 3 Factores: Ira/frustración, Depresión y Ansiedad.</p>
Cogniciones, Creencias y Pensamientos	
<p>Inventario de Expectativas sobre la Alimentación EEl (<i>Eating Expectancy Inventory</i>; Hohlstein, Smith y Atlas, 1998).</p>	<p>34 ítems. Escala Likert. Autoinforme. Evalúa las expectativas cognitivas sobre la alimentación. Contiene 5 escalas: manejo afecto negativo, placer y uso como refuerzo, sentimientos de control, competencia cognitiva, alivio del aburrimiento.</p>
<p>Inventario de Expectativas sobre la Restricción y la Delgadez TREI (<i>Thinness and Restricting Expectancy Inventory</i>; Hohlstein, Smith y Atlas, 1998).</p>	<p>44 ítems. Escala Likert. Autoinforme. Evalúa las expectativas sobregeneralizadas que la delgadez y restricción en la ingesta producen sobre la mejora de la vida y la valoración propia. Incluye aspectos sobre autoeficacia, seguridad, control, autosuficiencia, afrontamiento, atracción y respeto de los demás.</p>
<p>Inventario de Cogniciones Perfeccionistas PCI (<i>Perfectionism Cognitions Inventory</i>; Flett, Hewitt, Blankstein y Gray, 1998).</p>	<p>25 ítems. Escala Likert 5 puntos. Escala unidimensional que evalúa la frecuencia de pensamientos y rumiaciones perfeccionistas.</p>
<p>Escala de Conciencia Corporal Objetivada OBCS (<i>The Objectified Body Consciousness Scale</i>; McKinley y Hyde, 1996).</p>	<p>24 ítems. Likert 7 puntos. Autoinforme. Tres escalas: vigilancia (visión del propio cuerpo desde una perspectiva externa), vergüenza corporal, creencias sobre el control de la apariencia.</p>
<p>Cuestionario de Cogniciones Anoréxicas de Mize-Revisado, MAC-R (<i>The Revised Mizes Anorectic Cognitive Questionnaire</i>; Mize et al., 2000).</p>	<p>24 ítems. Escala Likert 5 puntos. Autoinforme. Evalúa diferentes cogniciones mediante tres escalas: (1) regulación rígida del peso y miedo a ganar peso; (2) autocontrol como base de la autoestima; (3) conductas alimentarias y sobre el peso como base para la aprobación de los otros.</p>
<p>Escala de Cogniciones de Comprobación Corporal BCCS (<i>Body Checking Cognitions Scale</i>; Mountford, Haase y Waller, 2006).</p>	<p>19 ítems. Autoinforme. Escala Likert 5 puntos. Evalúa cuatro tipos de cogniciones de comprobación: verificación objetiva («las comprobaciones del peso y la talla permiten mejores estimaciones sobre ellos»), reaseguración («comprobación permite reafirmarse en el propio cuerpo»), creencias de seguridad (consecuencias negativas percibidas de no implicarse en conductas de comprobación); Control corporal («comprobación ayuda al control de la ingesta y el peso»).</p>

(continúa)

Hipótesis / Instrumentos	Dimensiones y Características
Cogniciones, Creencias y Pensamientos	
<p>Escala de Creencias sobre la Apariencia BAAS (<i>The Beliefs About Appearance Scale</i>; Spangler y Stice, 2001).</p>	<p>20 ítems. Escala Likert 5 puntos. Autoinforme. Evalúa las actitudes disfuncionales sobre la apariencia del propio cuerpo y las consecuencias percibidas que tiene la apariencia en relación con las relaciones interpersonales, rendimiento, emociones y la autopercepción.</p>
<p>Cuestionario de Creencias sobre el Trastorno Alimentario EDBQ (<i>The Eating Disorder Belief Questionnaire</i>; Cooper, Cohen-Tovée, Todd, Wells y Tovée, 1997).</p>	<p>30 ítems. Evalúa diferentes pensamientos y creencias negativas agrupadas en cuatro factores: creencias negativas sobre sí mismo, peso y talla como medio para la aceptación de los otros, peso y talla como medio para la autoaceptación, control sobre la alimentación.</p>
Actitudes Disfuncionales	
<p>Inventario de Trastornos Alimentarios EDI (<i>Eating Disorders Inventory</i>; Garner, Olmsted y Polivy, 1983) y versión ampliada EDI-2 (Garner, 1991; Garner, 2000). EDI-3 (Adaptación española Elosúa, López-Jauregui y Sánchez, 2010). Versión Infantil EDI-C (Garner, 1991).</p>	<p>64 ítems (versión ampliada 91). Escala Likert 6 puntos. Evalúa ocho escalas (motivación para adelgazar, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, consciencia interoceptiva, miedo a la madurez) y tres adicionales incluidas en la versión ampliada (ascetismo, control de impulsos e inseguridad social). La versión EDI-3 incluye un cuestionario de despistaje EDI-3R para identificar sujetos de riesgo que requieran una atención especializada.</p>
<p>Test de Actitudes Alimentarias EAT (<i>Eating Attitudes Test</i>; Garner y Garfinkel, 1979; Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982).</p>	<p>40 ítems. Escala Likert 6 puntos. Evalúa 7 dimensiones: preocupación por la comida, imagen corporal por la delgadez, vómitos y abuso de laxantes, dieta, comer lento, comer clandestino y presión social para ganar peso.</p>
<p>Escala de Autorrepresentación Perfeccionista PSPS (<i>Perfectionistic Self-Presentation Scale</i>; Hewitt, Flett, Sherry, Habke, Parkin y Lam, 2003).</p>	<p>27 ítems. Escala Likert 7 puntos. Evalúa la expresión externa de perfeccionismo mediante tres escalas: Auto proclamación perfeccionista (declaraciones y demostraciones sobre su perfeccionismo), ocultación de defectos, no expresión de sus defectos.</p>
<p>Escala Multidimensional de Perfeccionismo MPS (<i>Multidimensional Perfectionism Scale</i>; Frost, Marten, Lahart y Rosenblate, 1990).</p>	<p>35 ítems. Escala Likert 5 puntos. Evalúa las características intrapersonales (autoorientadas) e interpersonales (orientada a los otros) del rasgo de perfeccionismo. Contiene afirmaciones sobre los estándares autoimpuestos o socialmente prescritos como lo «perfecto».</p>
<p>Escala de Actitudes Socioculturales sobre la Apariencia SATAQ-3 (<i>Sociocultural Attitudes Towards Appearance</i>; Thompson et al., 2004).</p>	<p>30 ítems. Escala Likert 5 puntos. Autoinforme. 4 escalas: información, presión, internalización general, internalización como Atleta.</p>

(continúa)

Hipótesis / Instrumentos	Dimensiones y Características
Actitudes Disfuncionales	
<p>Escala de Impulsividad de Barratt BIS (<i>Barrat Impulsivity Scale</i>; Patton, Stanford y Barratt, 1995).</p>	<p>Autoinforme 30 ítems. Escala Likert 4 puntos. Evalúa varios componentes de la impulsividad: atencional, motor, no-planificación. Proporciona una puntuación por escala y una puntuación general de impulsividad.</p>
<p>Escala de Impulsividad UPPS-R (<i>Urgency Premeditation Perseverance Scale</i>; Whiteside y Lynam, 2001).</p>	<p>Autoinforme. 45 ítems. Escala Likert 5 puntos. Evalúa la impulsividad con 4 escalas: urgencia (grado de reacción para enfrentar emociones negativas), búsqueda de sensaciones, falta de premeditación (grado en el que se consideran las consecuencias de los actos) y falta de perseverancia (tendencia a persistir).</p>
Dinámica familiar, Funcionamiento Social y Calidad de Vida	
<p>Escala de Clima Social en la Familia FES (Moos y Moos, 1980). Validación española Seisdedos, Cruz y Cordero (1984).</p>	<p>90 ítems agrupados en 10 subescalas (cohesión, expresión, conflicto, autonomía, actuación, intelectual-cultural, social-recreativa y moralidad-religiosidad, organización y control). Evalúa las características socioambientales de la familia y las relaciones interpersonales entre sus miembros.</p>
<p>Escala Padre versus Anorexia PVA (<i>The parent versus The Anorexia Scale</i>; Rhodes, Baillie, Brown y Madden, 2005).</p>	<p>7 ítems. Escala Likert 5 puntos. Evalúa el grado de eficacia familiar en el afrontamiento de los problemas alimentarios de sus hijos. Se ha utilizado como medida para evaluar la eficacia de la intervención sobre familias.</p>
<p>Medida para la Evaluación de las Necesidades de los Cuidadores CaNAM (<i>The Carers' Needs Assessment Measure</i>; Haigh y Treasure, 2003).</p>	<p>Autoinforme. Evalúa las necesidades de los cuidadores de pacientes con TA agrupadas en cuatro bloques: información, apoyo de otras personas y organismos, apoyo personal, Tratamiento, información del médico generalista. Cada bloque consta de diferentes ítems de opciones múltiples (cada uno puntuable con una escala Likert de 3 puntos) e ítems abiertos.</p>
<p>Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar, FACES-II (Olson, 1986; Olson et al., 1992). Versión Española FACES-III (Polaino-Lorente y Martínez, 1995; Jao et al., 2002).</p>	<p>Autoinforme. 30 ítems. Escala Likert 5 puntos. Evalúa la percepción de los miembros de la familia sobre el nivel de cohesión (límites entre sus miembros) y adaptabilidad (flexibilidad y tolerancia a los cambios) familiar. Existe una versión breve de 20 ítems en español (Martínez-Pampliega et al., 2006).</p>
<p>Escala de Comunicación Padres-Adolescentes (<i>The Parent-Adolescent Communication Scale</i>; Dare y Eissler, 1997).</p>	<p>Autoinforme. 20 ítems. Escala Likert 5 puntos. Evalúa los aspectos positivos (apertura-libertad, intercambios libres y fluidos, ausencia de restricción y comprensión) y negativos de la comunicación (dudas para compartir, estilo negativo de comunicación cautela y reservas en lo que se comparte).</p>

(continúa)

Hipótesis / Instrumentos	Dimensiones y Características
Dinámica familiar, Funcionamiento Social y Calidad de Vida	
Inventario de Problemas Interpersonales IIP (<i>The Inventory of Interpersonal Problems</i> ; Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureno y Villasenor, 1988). Versión abreviada- IIP 32 (Barkham, Hardy y Startup, 1996).	127 ítems o 32 ítems, según versión. Escala de opción múltiple o Escala Likert 5 puntos, según los ítems. Evalúa un listado de problemas interpersonales en pacientes con TA relacionados con sus dificultades para ser asertivo, sociable, obtener apoyo, ser cuidado, ser demasiado dependiente o agresivo, implicarse o ser abierto.
Cuestionario de Calidad de Vida para los Trastornos Alimentarios, HeRQoLED (<i>The Health-Related Quality of Life for Eating Disorders Questionnaire</i> ; Las Hayas et al., 2006, 2007; Muñoz et al., 2009).	Autoinforme. 50 ítems. Escala Likert 6 puntos. Evalúa el impacto de los trastornos de conducta alimentario sobre la vida de los pacientes. Posee 8 dominios de síntomas: conductas restrictivas, imagen corporal, salud mental, papel emocional, papel físico, rasgos de personalidad y relaciones sociales.

Además de los contenidos señalados, los trastornos alimentarios requieren una evaluación en profundidad de síntomas relacionados con otras alteraciones tales como los trastornos del estado de ánimo (e.g., tristeza, anhedonia, irritabilidad, baja autoestima, culpa) o los trastornos de ansiedad (e.g., ansiedad social, miedo a la evaluación). Para ello se remite al lector a los capítulos correspondientes de este manual que tratan la evaluación de estos contenidos.

3.3. Evidencias de Fiabilidad y Validez de la Evaluación para la Conceptualización del Caso

Los instrumentos recogidos en el epígrafe anterior presentan adecuadas propiedades psicométricas. Todos ellos han mostrado buenos índices de fiabilidad y evidencias de validez de constructo. La mayoría de ellos han sido estudiados con personas que padecen trastornos alimentarios y han mostrado su capacidad para discriminar entre grupos de sujetos con y sin trastornos alimentarios. Muchas de estas escalas convergen con otras medidas de síntomas propios de estos trastornos.

Los autorregistros elaborados *ad hoc* poseen propiedades psicométricas limitadas pero su uso está recomendado para la obtención de información personal de difícil acceso para otras personas distintas al propio paciente y por el tipo de información particular que puede aportar (e.g., patrones de comida temporales, antecedentes específicos, reacciones emocionales contingentes...).

4 EVALUACIÓN PARA EL TRATAMIENTO, SU PROGRESO Y LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

Si bien pocas medidas han sido específicamente diseñadas para la evaluación de los efectos del tratamiento en los trastornos alimentarios, algunas de las medidas anteriormente recogidas para el diagnóstico y la conceptualización de estos trastornos pueden ser empleadas para tal fin. Una de las que más comúnmente se han utilizado ha sido la *Exploración de los Trastornos Alimentarios* EDE (Cooper y Fairburn, 1987; Fairburn y Cooper, 1993). El inconveniente de esta medida es el coste temporal que supone su administración. Esta dificultad se ha subsanado con la administración de la versión autoinformada EDE-Q, la cual correlaciona altamente con la primera, excepto en los trastornos por atracón en los que la convergencia es algo menor (Sysko, Walsh y Fairburn, 2005). Sin embargo, la recomendación es utilizar consistentemente uno u otro antes y después del tratamiento.

De los instrumentos recogidos en las tablas precedentes, han mostrado empíricamente sensibilidad al tratamiento la Escala Diagnóstica de los trastornos alimentarios EDDS (Stice et al., 2000), la Escala Yale-Brown-Cornell YBC-EDS (Mazure et al., 1994) y el Test de Eimburgo de Investigación en Bulimia BITE (*Bulimic Investigatory Test Edinburgh*; Henderson y Freeman, 1987). De los instrumentos para la conceptualización también han mostrado sensibilidad al cambio el Inventario de Expectativas sobre la Restricción y la Delgadez TREI (Hohlstein, Smith y Atlas, 2008) o el Test de Actitudes Alimentarias EAT (Garner y Garfinkel, 1979; Garner, Olmsted, Bohr y Garfinkel, 1982). El resto de los instrumentos de conceptualización podrían ser utilizados a modo de pretest-postest si las variables que evalúan son objeto de tratamiento. En este sentido, las escalas referidas a la calidad de vida o al impacto de los trastornos sobre el funcionamiento de los pacientes, son otra de las medidas recomendadas para evaluar los efectos del tratamiento. Conviene también considerar que aquellas medidas que proporcionan una puntuación «omnibus» o muy general (e.g., EAT, BULIT-R) poseen mayores dificultades para identificar cambios individuales tras el tratamiento.

Finalmente, mencionar una medida que ha sido específicamente elaborada para evaluar los resultados del tratamiento: la Evaluación Multifactorial de los Síntomas de los Trastornos Alimentarios MAEDS (*Multifactorial Assessment of Eating Disorder Symptoms*; Anderson, Williamson, Duchmann, Gleaves y Barbin, 1999). Se trata de un autoinforme de 56 ítems y 6 escalas (Depresión, Atracónes, Conducta purgativa, Miedo al ayuno, Conducta restrictiva y Evitación de los alimentos prohibidos). Es fácil de administrar y por su diseño multifactorial recoge un conjunto de síntomas específicos que suelen ser objeto de intervención en este grupo de trastornos, especialmente los de anorexia y bulimia.

5 PROPUESTA DE UN PROTOCOLO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ALIMENTACIÓN

En este epígrafe proponemos algunos de los instrumentos más utilizados que pueden componer el compendio mínimo y básico para la evaluación de los trastornos alimentarios. Esta evaluación debe incluir instrumentos para el diagnóstico del trastorno, para su conceptualización y, finalmente para la planificación y evolución de la intervención implementada. Los instrumentos para la delimitación del problema han de incorporar medidas que exploren los criterios diagnósticos y analicen específicamente la sintomatología y sus características. Los instrumentos de conceptualización deben seleccionarse en función del caso y en función de las variables señaladas que incidan en el caso particular. En la siguiente tabla (Tabla 13.7) se recoge una selección de estos instrumentos.

Tabla 13.7. *Protocolo Básico para la Evaluación de los Trastornos de Alimentación.*

Evaluación para el Diagnóstico y Delimitación del Problema
<ul style="list-style-type: none"> • Exploración de los trastornos alimentarios EDE (Fairburn y Cooper, 1993). • Entrevista Clínica Estructurada SCID-CV (Versión clínica) (First et al., 2002). • Cuestionario de Examen de los Trastornos Alimentarios EDE-Q (Fairburn y Beglin, 1994). • Escala Diagnóstica de los Trastornos Alimentarios EDDS (Stice et al., 2000).
Evaluación para la Conceptualización del Caso
<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación Ecológica Momentánea o Método EMA (Munsch et al., 2009). Autorregistros. • Cuestionario Multidimensional de las Relaciones Cuerpo-Self MBSRQ (Cash, 2000). • Cuestionario de Figura Corporal BSQ (Cooper et al., 1987). • Escala de Restricción RS (Herman y Polivy, 1980). • Test de Ejercicio Compulsivo CET (Taranis et al., 2011). • Escala de Balance Decisional (Cockell, Geller y Linden, 2002). • Escala de Comer Emocional EES (Arnold et al., 1995). • Inventario de Expectativas sobre la Alimentación EEl (Hohlstein et al., 2008). • Escala de Cogniciones de Comprobación Corporal BCCS (Mountford et al., 2006). • Inventario de Cogniciones Perfeccionistas PCI (Flett et al., 1998). • Escala de Impulsividad de Barratt BIS (Patton et al., 1995). • Escala de Evaluación de la Cohesión y Adaptabilidad Familiar FACES-II (Olson et al., 1992). • Inventario de Problemas Interpersonales IIP 32 (Barkham et al., 1996). • Cuestionario de Calidad de Vida para los Trastornos Alimentarios HerQoLED (Muñoz et al., 2009).

(continúa)

Evaluación para el Progreso y Eficacia del Tratamiento

- **Método EMA** y Autorregistros.
- Exploración de los Trastornos Alimentarios **EDE-Q** (Fairburn y Cooper, 1993).
- Escala Diagnóstica de los Trastornos Alimentarios **EDDS** (Stice et al., 2000)
- Escala Yale-Brown-Cornell **YBC-EDS** (Mazure et al., 1994)
- Test de Actitudes Alimentarias **EAT** (Garner et al., 1982)
- Evaluación Multifactorial de los síntomas de los trastornos alimentarios **MAEDS** (Anderson et al., 1999).

RESUMEN

Los trastornos de conducta alimentaria hacen referencia al conjunto de alteraciones emocionales y conductuales respecto de la alimentación, el control del peso y la percepción corporal. Entre este conjunto de trastornos se incluye principalmente la anorexia nerviosa, la bulimia y un conjunto de trastornos clasificados como trastornos no especificados, además de la pica, el trastorno por rumiación y el trastorno por ingesta restrictiva o evitativa. Las principales manifestaciones clínicas de estas alteraciones giran en torno a tres características principales: patrones alimentarios alterados, valoración excesiva del peso corporal, que se traduce especialmente en un reiterado y persistente control sobre el mismo, y un desprecio por el aspecto físico general y el cuerpo.

En población española la anorexia nerviosa (AN) es del 0,2-0,7% y la bulimia nerviosa (BN) del 0,4-0,8% aunque su tendencia es creciente. El trastorno por atracón y los trastornos alimentarios no especificados poseen una frecuencia superior que oscila entre el 0,7 y el 4%. Esta prevalencia puede incrementarse hasta el 8% en personas obesas. La prevalencia de la pica y el trastorno por rumiación son de escasa frecuencia. En general, son trastornos más frecuentes en mujeres. Suelen iniciarse en la preadolescencia o adolescencia y su curso es muy variable. De todos los pronósticos, el más preocupante es el de la anorexia nerviosa cuyas tasas de mortalidad son superiores a cualquier otro trastorno mental.

La explicación de los trastornos alimentarios no responde a un modelo causal único bien establecido. Sin embargo, se han delimitado factores de procedencia biológica, psicológica o socio-cultural que parecen estar en la base de estas alteraciones.

El diagnóstico y la delimitación del trastorno alimentario se realizan principalmente mediante entrevistas estructuradas. Existen algunos cuestionarios y escalas que atienden a los criterios y la sintomatología diagnóstica, los cuales también pueden ser utilizados para estos fines. Las entrevistas en su mayoría requieren entrenamiento previo y suponen un mayor coste temporal para su administración. Los cuestionarios y escalas para el diagnóstico son en su mayoría heteroinformados y es el clínico quien debe cumplimentarlos. La evaluación de pacientes con TA suele acompañarse de algunas dificultades (e.g., negar o minimizar síntomas, sesgar información) que pueden interferir la delimitación del problema y su posterior conceptualización y evaluación del tratamiento. Para amortiguar estas dificultades se recomienda establecer una buena alianza terapéutica y buscar un objetivo de intervención alternativo a los problemas directos relativos al peso y el cuerpo. Conviene considerar que existe un grupo de trastornos físicos (e.g., ciertos tumores, hipertiroidismo, diabetes...) que presentan entre sus síntomas la pérdida del apetito y por tanto deben ser objeto de un primer diagnóstico diferencial. Además, existe un grupo de trastornos psicológicos sobre los que también es conveniente hacer dicho diferencial. El desarrollo comórbido de los trastornos alimentarios es bastante común tanto con los trastornos del Eje I (e.g., trastornos de ansiedad y del estado de ánimo) como los del Eje II (e.g., personalidad obsesiva, límite, evitativa e histriónica).

Dependiendo de una u otra aproximación, la evaluación para la conceptualización del caso se centrará en unas variables más que en otras. Las principales variables a evaluar para la concep-

(continúa)

tualización del caso pueden resumirse en las siguientes: (a) Complicaciones médicas y estado físico; (b) análisis específico de síntomas, conductas problema y relaciones funcionales; (c) hábitos alimentarios; (d) imagen corporal y satisfacción con el cuerpo; (e) ejercicio físico excesivo o compulsivo; (f) motivación/resistencia al cambio y conciencia de enfermedad; (g) cogniciones y actitudes disfuncionales; (h) apoyo y dinámica familiar; (i) funcionamiento psicosocial; (j) emocionalidad negativa y regulación emocional; y (k) calidad de vida. La evaluación utilizada para la contrastación de las variables anteriores puede realizarse a través de entrevistas *ad hoc*, registros de conducta y cuestionarios de los que se propone una selección.

Si bien pocas medidas han sido específicamente diseñadas para la evaluación de los efectos del tratamiento en los trastornos alimentarios, algunas de las medidas anteriormente recogidas para el diagnóstico y la conceptualización de estos trastornos pueden ser empleadas para tal fin. Se detallan algunas de las más comúnmente utilizadas. Sin embargo, la recomendación es utilizar consistentemente los mismos instrumentos antes y después del tratamiento.

Finalmente, proponemos algunos de los instrumentos más utilizados que pueden componer el compendio mínimo y básico para la evaluación de los trastornos alimentarios a modo de protocolo de evaluación.

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

- 1) Las principales manifestaciones clínicas de estas alteraciones giran en torno a: a) rituales cognitivos; b) valoración excesiva del peso corporal; c) patrones alimentarios estables.
- 2) Tanto la AN como la BN suelen iniciarse en la: a) adolescencia; b) etapa adulta tardía; c) infancia.
- 3) La identificación de criterios diagnósticos se realiza principalmente mediante: a) cuestionarios; b) entrevistas estructuradas; c) escalas.
- 4) Una de las dificultades que pueden interferir la delimitación del problema en los TA es: a) excesiva precisión en el recuerdo; b) negación de síntomas; c) maximización de síntomas.
- 5) La *Evaluación Ecológica Momentánea* o Método EMA está indicado para: a) diagnóstico de los TA; b) conceptualización y tratamiento de los TA; c) motivación al cambio.

Soluciones: 1b; 2a; 3b; 4b; 5b

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Perpiñá, C., Botella, C., & Baños, R. M. (2009). La evaluación de los trastornos de la conducta alimentaria. En V. Caballo (2009), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos* (211-233). Madrid: Pirámide.
- Sysko, R. (2008). Eating disorders. En J. Hunsley y E. J. Mash (Eds.), *A guide to assessments that work* (pp. 515-534). New York: Oxford University Press.

Evaluación de los Trastornos de Eliminación

14

Paloma González-Peña
Miguel Ángel Carrasco Ortiz

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

1 Introducción

- 1.1. Descripción de los Principales Trastornos de Eliminación
- 1.2. Epidemiología y Curso
- 1.3. Factores Etiológicos y Factores Asociados

2 Evaluación para la Delimitación del Problema: Contrastación de Hipótesis Diagnósticas

- 2.1. Instrumentos de Evaluación Utilizados: Descripción y Evidencias de Validez y Fiabilidad
 - 2.1.1. Descripción de los Principales Instrumentos
 - 2.1.2. Evidencias de Validez y Fiabilidad para el Diagnóstico de los Trastornos de Eliminación
- 2.2. Diagnóstico Diferencial
- 2.3. Comorbilidad

3 Evaluación para la Conceptualización del Caso y la Planificación del Tratamiento

4 Evaluación del Tratamiento, su Progreso y los Resultados de la Intervención

5 Propuesta de un Protocolo para la Evaluación de los Trastornos de Eliminación

RESUMEN

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

- Conocer las características y prevalencia de los trastornos de eliminación.
- Identificar los factores de riesgo y su gravedad.
- Saber evaluar para la delimitación y diagnóstico de los problemas de eliminación.
- Planificar una evaluación para identificar las principales variables asociadas a los trastornos de eliminación.
- Diseñar una evaluación para la conceptualización de los problemas de eliminación.
- Saber evaluar los progresos de la intervención y el seguimiento en los trastornos de eliminación.

1 INTRODUCCIÓN

El control de esfínteres es uno de los hitos en el desarrollo infantil que se alcanza gracias a la madurez neuromuscular del niño y al entrenamiento procedente de su entorno del control voluntario de la micción y la evacuación intestinal. Se logra antes el control de eliminación intestinal que el vesical y éstos se adquieren primero durante el día y posteriormente durante la noche. Las niñas adquieren antes el control que los niños. Se trata de un proceso complejo que requiere la adquisición de numerosas habilidades de detección y reconocimiento de señales de tensión –distensión muscular así como habilidades de retención y expulsión de orina y heces. En la adquisición de estos hitos están implicados numerosos factores: genéticos, fisiológicos, madurativos, psicológicos y socioeducativos. A partir de los 18 meses los niños empiezan a adquirir estas habilidades, y prácticamente a los 3-4 años muchos de ellos ya las han adquirido. Se considera que aproximadamente a los 5 años todos los niños deberían haber adquirido el control voluntario de sus esfínteres. No obstante, el proceso de adquisición tiene una gran variabilidad debido a las características madurativas del niño y a la exigencia o negligencia del entorno. En nuestra cultura, las escuelas infantiles incluyen en su programa de hábitos higiénicos el control de esfínteres en el tercer curso del primer ciclo de educación infantil (2-3 años) intentando que este logro ya esté adquirido cuando el niño ingrese en la etapa escolar siguiente (3-4 años). Tal es el caso que algunos centros educativos exigen que el alumno tenga autonomía en su higiene personal y en muchos de los casos toman esta información como dato indicativo de su proceso madurativo general para incorporarse en la etapa correspondiente. En cualquier caso, es un proceso de aprendizaje que puede extenderse hasta el quinto año de vida, se adquiere secuencial (primero en el día y después en la noche; primero la continencia fecal después la urinaria) y progresivamente (desde los 2 a los 5 años aproximadamente). Forma parte del conjunto de hábitos de autocuidado e higiene en las que los niños son entrenados para una mejor adaptación a su entorno.

En este capítulo vamos a abordar la evaluación de los problemas de control de esfínteres en el entorno infantil, cuando la falta de control afecta a la emisión de orina se denomina *enuresis* y cuando afecta al control de la retención-expulsión de las heces, *encopresis*. Su evaluación va encaminada a determinar qué tipo de alteración se trata para posteriormente dirigir el trabajo y la intervención terapéuticas.

1.1. Descripción de los Principales Trastornos de Eliminación

Nos referimos a la enuresis cuando existe una pérdida repetida de orina, involuntaria o intencionada, durante el día o la noche en los niños más allá de los 5 años. Se diferencia *enuresis diurna*, cuando esta pérdida se produce en algún momento del día, *enuresis nocturna*, si se produce durante el periodo de sueño, y *enuresis mixta*, cuando se trata de la combinación de las dos anteriores. La enuresis diurna suele producirse mediante la pérdida parcial o total de orina debida a la urgencia del niño por miccionar o aplazar excesivamente el momento de ir al baño (micción demorada). No se considerará como enuresis si existe una afectación médica que la origine ni la ingestión de alguna sustancia diurética que la provoque.

En función de las características de la micción, la enuresis nocturna puede ser tipificada como mono-sintomática (no responde a una patología neurológica o urológica de base) o polisintomática (patología neurológica-urológica de base). La primera se manifiesta con 1-2 micciones durante el primer tercio de la noche cuando la vejiga está llena. La segunda, polisintomática, se manifiesta con micciones completas nocturnas y micciones diurnas frecuentes y con urgencia.

La Encopresis es un trastorno caracterizado por la presencia reiterada de deposiciones voluntarias o intencionadas en lugares inadecuados (e.g., con la ropa puesta, estando sentado en un sillón o en el suelo) que aparece en niños de más de cuatro años. Esta alteración no se deriva de ninguna enfermedad médica y debe ser analizada en relación con la ocurrencia o no de estreñimiento en el niño. Atendiendo a esta condición se diferencia la encopresis con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento (*encopresis retentiva*) de la encopresis sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento (*encopresis no retentiva*).

En la delimitación de cualquiera de estos problemas de eliminación (enuresis o encopresis) se diferencia el *tipo primario*, cuando no ha existido ningún periodo previo de control y contención, del *tipo secundario*, cuando han existido periodos de al menos un año con continencia y control. Además, en ambas alteraciones la sintomatología es clínicamente significativa por la frecuencia de su sintomatología como por el malestar y deterioro en el funcionamiento personal, social y académico (laboral) que produce.

De acuerdo con los sistemas clasificatorios DSM-IV-TR (APA, 2000) y CIE-10 (OMS, 1996) se recogen en la Tabla 1 los principales criterios diagnósticos para estas alteraciones. En relación a la propuesta del DSM-V (APA, 2012) no está previsto hasta la fecha la inclusión de cambios sustanciales en los criterios diagnósticos vigentes.

Más allá del denominador común de la dificultad de control de esfínteres de los trastornos de eliminación aquí tratados, las manifestaciones clínicas de estos trastornos pueden ser muy heterogéneas con implicaciones específicas para su evaluación y tratamiento. De ahí la importancia de identificar las diferentes tipologías y sus características: diurna versus nocturna; primaria versus secundaria; mono-sintomática versus polisintomática (Butler, Robinson, Holland y Doherty-Williams, 2004; Watanabe y Kawauchi, 1995).

Tabla 14.1. Resumen de los Criterios Diagnósticos según DSM-IV-TR y CIE-10.

	Enuresis		Encopresis	
	DSM-IV-TR (APA, 2002)	CIE-10 (OMS, 1996)	DSM-IV-TR (APA, 2002)	CIE-10 (OMS, 1996)
Edad	+5 años	+5 años	4 años	5 años
Intencionalidad	Involuntaria o Intencionada	Involuntaria	Involuntaria o Intencionada	Voluntarias o Involuntarias
Frecuencia	2 a la semana	1 al mes	1 al mes	1 al mes
Duración	3 meses o más		3 meses o más	6 meses
Situación	Durante el sueño y/o actividades diurnas	Durante el sueño y/o actividades diurnas	Lugares inadecuados	Lugares inadecuados
Impacto/malestar	Significativo	Significativo	--	--
Causas	No causas médicas	No causas médicas	No causas médicas	No causas médicas
Tipos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sólo Diurna ▪ Sólo nocturna ▪ Diurna y Nocturna 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Combina los tipos DSM-IV TR con Primaria y Secundaria 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Con estreñimiento e incontinencia (Retentiva) ▪ Sin estreñimiento e incontinencia (No Retentiva) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Con fracaso en adquisición del control de esfínteres-Con control normal de esfínteres) ▪ Secundaria a retención

Nota: *equivale a la encopresis primaria; **equivale a encopresis secundaria; *** equivale a encopresis retentiva.

1.2. Epidemiología y Curso

Atendiendo conjuntamente a los distintos subtipos de enuresis (DSM-IV-TR), entre niños de 5 años, su prevalencia es del 7% en varones y el 3% en mujeres; entre niños de 10 años, los varones presentan el 3% y en las mujeres el 2%. Esta prevalencia se reduce sustancialmente a partir de los 18 años con una prevalencia del 1% en varones y en menor proporción en las mujeres. Si analizamos los subtipos por separado, en población inglesa, la enuresis nocturna se mantiene a los 7 años en un 15,5% de niños y diurna en el 7,7%. En población española la prevalencia en diferentes grupos de edad de 2 a 18 años ha oscilado entre el 8 y el 23% (Bragado, 1999). La enuresis nocturna es más frecuente que la diurna y la primaria más frecuente que la secundaria.

Las diferencias en la prevalencia por sexos indican, en general mayor prevalencia en los chicos que en las chicas. Cuando se diferencia entre primaria y secundaria, los datos revelan mayor prevalencia en los varones para la enuresis nocturna primaria y en las mujeres para la secundaria. No obstante existen variaciones según el tipo de enuresis y la sintomatología asociada.

En cuanto a la encopresis se presenta sólo en el 1% de los niños de 5 años, siendo más frecuente en niños que en niñas: la encopresis diurna se observa en el 6,8% de niños y sólo el 0,8% tiene encopresis nocturna (Butler, Golding, Northstone et al., 2005). Sin embargo, los datos de prevalencia sobre esta alteración son muy variables y rondan entre el 1 y 3% con oscilaciones en función del tipo de encopresis, la muestra, la edad o el nivel intelectual (Bragado, 1998). De acuerdo con la revisión realizada por esta autora la enuresis secundaria tiende a ser más prevalente que la primaria, la diurna más que la nocturna y la retentiva más que la no retentiva.

Una constante en la prevalencia de los problemas del control de esfínteres es la reducción del número de casos en función de la edad, es por esto que al final de la adolescencia sólo el 1-2% de jóvenes continúan con problemas de micción nocturna (Verhulst, 1985) o diurna (Hellström, Hanson, Hansson, Hjalmas y Jodal, 1990) y sólo unos pocos no regulan la evacuación intestinal. Los niños con enuresis y encopresis más severa tienen una menor prevalencia pero muestran una tendencia a mantener la enuresis hasta el final de la adolescencia (Yeung, Sreedhar, Sihoe, Sit y Lau, 2006). Por tanto y en general, el curso de los trastornos de eliminación (enuresis y encopresis) tiende a ser decreciente y a remitir espontáneamente.

1.3. Factores Etiológicos y Variables Asociadas a los Trastornos de Eliminación

Los trastornos por eliminación se han explicado por la interrelación de múltiples factores. La confluencia de variables fisiológicas, madurativas, ambientales y psicológicas parecen ser la mejor opción explicativa a este tipo de problemas.

Los procesos de micción como de defecación son funciones biológicas que responden a procesos fisiológicos naturales inicialmente reflejos y espontáneos. Sin embargo, a lo largo del desarrollo las personas deben regular su funcionamiento para adaptarse a las reglas del medio social y cultural en el que se desenvuelven. Esta regulación responde a mecanismos de aprendizaje mediante los cuales se controla el funcionamiento de los esfínteres y se adquieren las pautas de higiene culturalmente apropiadas. Por tanto, el desajuste entre los factores fisiológicos y de aprendizaje es el modelo básico que explica la alteración de los procesos de control de la evacuación. Partiendo de este modelo básico recogemos a continuación los principales factores que se han asociado a la enuresis y a la encopresis.

a) Factores fisiológicos

Respecto a la enuresis, los factores fisiológicos se refieren generalmente a aquellos factores relacionados con el incremento de la vulnerabilidad hacia la secreción limitada de la vasopresina (hormona

antidiurética), la hiperactividad de la vejiga y/o la escasa respuesta de activación ante las señales de la vejiga para llevar a cabo una micción. La alteración de la secreción de la vasopresina produce un exceso de orina durante el sueño que excede la capacidad de su vejiga y culmina con la micción involuntaria (Norgaard, Pedersen y Djurhuus, 1985). Se ha señalado que la imposibilidad de despertar ante las señales de la vejiga es uno de los factores que pueden explicar los casos de enuresis nocturna monosintomática (Watanebe, Imada, Kawauchi et al., 1997) a lo que se une su dificultad para inhibir las contracciones de la vejiga durante el sueño. Esto produce una limitación funcional de las capacidades de la vejiga en el momento de la micción (Kruse, Hellstroöm y Hjalmas, 1999). Parece pues que la combinación de sobreproducción de orina, hiperactividad de la vejiga y capacidad funcional reducida en estados profundos del sueño (dificultad para despertar) son algunos de los principales factores fisiológicos implicados en la enuresis.

En el caso de la encopresis, los factores fisiológicos están asociados al ciclo de estreñimiento-ensuciamiento (Bragado, 1998). El factor clave de indudable repercusión en el origen y el mantenimiento de los episodios de encopresis se debe a la presencia de estreñimiento y las variables que lo facilitan (e.g., dieta). Otros factores de carácter orgánico también se han vinculado a la encopresis, tales como: neuropatía del recto, deficiencias sensoriales resultado de defectos en la médula espinal o esfínter interno defectuoso por anomalías del ano rectal o por el daño derivado de un abuso sexual.

b) Factores genéticos

Parece que existe una influencia genética en la capacidad de contener la micción durante la noche tal y como ha mostrado la tasa de enuresis nocturna entre gemelos idénticos frente a no idénticos (Bakwin, 1971). Otro de los hallazgos que sugieren la presencia de cierta base genética es la aparición de enuresis entre familiares con un patrón de adquisición lento de la continencia urinaria nocturna (Fergusson, Horwood y Shannon, 1986). También se ha encontrado una predisposición genética a la inestabilidad del músculo detrusor de la vejiga y a la descoordinación de éste con el esfínter (von Gontard, Schaumburg, Hollman, Eiberg y Rittig, 2001).

La presencia de encopresis entre padres e hijos también avalan la predisposición genética como base explicativa de esta alteración (Bellman, 1966) aunque existen pocos estudios recientes que confirmen esta tesis.

c) Factores socioeconómicos

Algunos autores señalan la coexistencia de problemas de control de esfínteres en población con un nivel socioeconómico bajo (Chiozza, Bernardinelli, Caione et al., 1998) si bien no hay una clara explicación a esta asociación.

d) Factores emocionales

La adquisición del control de esfínteres (2-3 años) puede verse dificultada por el exceso de ansiedad en el niño (Butler, 2008) lo que favorece el funcionamiento de una vejiga hiperactiva, la inhibición de la secreción de la vasopresina (Houts, 1991) o cierta urgencia miccional. Esto puede explicar la presencia

de enuresis como alteración reactiva a experiencias difíciles en la vida de un niño, tal y como la separación de los padres, problemas escolares, estrés infantil... No obstante, estos factores suelen estar asociados principalmente a enuresis nocturna secundaria (Úbeda, Martínez y Díez, 2005).

También con la encopresis secundaria se han asociado reacciones emocionales derivadas de sucesos psicológicos como accidentes traumáticos, abuso sexual (Boon y Singh, 1991), separación de los padres, nacimiento de un hermano, hospitalización y estrés generado por las reacciones de castigo de los padres (Butler, 2008).

e) Factores de aprendizaje

Como ya hemos sugerido el modelo básico multicausal de la enuresis incluye la adquisición del control voluntario mediante el aprendizaje. Específicamente requiere un entrenamiento de habilidades de reconocimiento de señales, de distensión y contracción muscular y control de la micción (Bragado, 1999). Este aprendizaje debe realizarse con la correcta secuencia ajustada al nivel de desarrollo del niño. La ausencia de entrenamiento o el incorrecto aprendizaje de estas habilidades pueden ser, en parte, los responsables de una enuresis.

Al igual que en la enuresis los factores de aprendizaje tiene un papel relevante en el origen y mantenimiento de la encopresis; concretamente, el entrenamiento inadecuado de los hábitos de control intestinal ajustados al nivel madurativo del niño, el aprendizaje incorrecto de habilidades y conductas previas (sentarse, limpiarse, detectar señales corporales, contener las heces...) para la integración de los reflejos defecatorios y el condicionamiento de las respuestas de inhibición de las heces (Bragado, 1998). En el caso de la encopresis retentiva los estímulos aversivos de miedo, ansiedad, malestar o dolor, derivados en gran medida del estreñimiento, juegan un papel mantenedor importante. La contención de las heces queda negativamente reforzada al eludir los estímulos aversivos asociados a la defecación y positivamente reforzada por la atención familiar. En los casos en los que por razones del estreñimiento se produce una fisura anal, la aversión a la defecación y el mantenimiento de la a retención fecal se ven incrementadas (Bernard-Bonnin, Haley, Belanger y Nadeau, 1993; Clayden, 2001).

2 EVALUACIÓN PARA LA DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS

La evaluación de los problemas de control de esfínteres tiene como primera finalidad determinar si existe o no un trastorno de eliminación de acuerdo con los criterios diagnósticos establecidos (APA, 2000; CIE-10, 1996). Una vez realizado el diagnóstico conviene delimitar la tipología y las manifestaciones clínicas específicas del caso. Dada la heterogeneidad en estas manifestaciones la evaluación inicial debe contrastar la presencia o no de determinados indicadores y la exclusión de posibles causas orgánicas para lo cual es recomendable la realización de un examen pediátrico además de la evaluación psicológica que comentaremos a continuación.

En la evaluación inicial de los problemas de eliminación con el niño, el evaluador debe establecer un buen *rapport* y considerar los sentimientos de incomodidad y vergüenza que en algunos niños ocasiona hablar abiertamente de este problema. Es por esto que debe centrarse en el carácter involuntario de estas dificultades y proporcionar ejemplos de otros casos similares de otros niños.

2.1. Instrumentos de Evaluación Utilizados: Descripción y Evidencias de Validez y Fiabilidad

2.1.1. Descripción de los Principales Instrumentos

La recogida de información para el diagnóstico de la enuresis y encopresis se realiza fundamentalmente mediante entrevistas (estructuradas o no estructuradas) y registros sistematizados de observación de la conducta. Si bien el uso de cuestionarios para la realización del diagnóstico no es habitual en los problemas de eliminación, la entrevista y los registros de observación pueden combinarse con alguna escala o autoinforme puntual que clarifique elementos importantes para la delimitación del problema (e.g., presencia de una micción disfuncional para la enuresis, o la estimación de la calidad y tamaño de las heces) o la clarificación de un criterio diagnóstico relevante.

Detallaremos a continuación las características y contenidos de las principales técnicas de evaluación para los trastornos de eliminación: entrevistas, registros y autoinformes.

a) Entrevistas

La mayoría de las entrevistas estructuradas poseen módulos específicos para el diagnóstico de los problemas de eliminación. Recordemos algunas de ellas cuyas características ya se han tratado en capítulos precedentes (e.g., Capítulo 1):

- Entrevista Diagnóstica Estructurada para niños, **DISC** (Costello *et al.*, 1984) y su versión más reciente **NIMD**, DISC-IV (Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan y Schwab-Stone, 2000 a y b).
- Entrevista de Evaluación Psiquiátrica para Niños y Adolescentes **CAPA** (*The child and adolescent psychiatric Assessment*, Angold, 1994; Angold y Costello, 2000). Consta de dos versiones, una para niños (**CAPA-N**) y otra para padres (**CAPA-P**).
- Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes **DICA** (Reich, 2000). Versión castellana de la DICA por Ezpeleta *et al.* (Ezpeleta, de la Osa, Doménech, Navarro y Losilla, 1995; 1997) con tres versiones, una para padres (**DICA-P**), otra para niños (**DICA-C**) y otra para adolescentes (**DICA-A**).

Estas entrevistas, respecto de los trastornos de eliminación, se centran en la contrastación de los criterios delimitados en el DSM-IV y la CIE-10: edad de aparición, frecuencia de evacuación (voluntaria/intencional), duración del problema, significación clínica y presencia de causas físicas o médicas. Además, incluyen preguntas para la especificación de la tipología (primaria-secundaria, diurna-nocturna, retentiva-no retentiva). La bondad de estas entrevistas está en su nivel de estructuración

lo que permite identificar de una forma más fiable cada uno de los criterios diagnósticos. Sin embargo, la delimitación precisa de la frecuencia en la evacuación, o alguna de las manifestaciones clínicas que permiten delimitar con mayor seguridad la tipología de la alteración requieren el uso combinado de registros de observación por parte de los padres; especialmente cuando los padres o el niño no informan con exactitud en la entrevista sobre alguno de los criterios requeridos (e.g, frecuencia, tipo de micción...).

Además de las entrevistas estructuradas, los evaluadores suelen utilizar entrevistas no estructuradas que junto con la inclusión de preguntas referidas a los criterios diagnósticos (ver Tabla 14.2) exploran variables asociadas al problema (no estrictamente criterios diagnósticos) y diferentes indicadores que descartan patologías médicas asociadas. Estas cuestiones y áreas de exploración son de indudable interés para la conceptualización y planificación del tratamiento más que para el propio diagnóstico y, por tanto, las detallaremos en el epígrafe correspondiente.

Se incluyen en la Tabla 14.2, la formulación de las principales preguntas dirigidas al diagnóstico de los problemas de eliminación.

Tabla 14.2. Preguntas-Ejemplo para Explorar los Criterios Diagnósticos Básicos de los Trastornos de Eliminación.

Objetivo	Preguntas*
Presencia del Problema.	¿Alguna vez te has hecho pis en la cama? Desde que empezaste a ir al colegio, ¿alguna vez te has hecho caca encima, en la cama o en algún otro sitio que no fuera el wáter?
Frecuencia (significación clínica).	¿Mojaste la cama más de una o dos veces? ¿Cuántas veces te ha pasado esto (hacerte caca/ mojar la cama)?
Duración.	¿Durante cuánto tiempo estuviste mojando la cama? ¿Durante cuánto tiempo estuviste haciéndote caca encima?
Causas Fisiológicas/Médicas.	¿Mojabas la cama sólo porque estabas enfermo/a o tomabas algún medicamento?; ¿Te llevaron a un médico, a un psicólogo o a otro profesional porque estaban preocupados porque te hacías pis/caca (en la cama o encima)?; ¿Te recetaron algún medicamento para estos problemas? ¿Te sucedía esto cuando tenías estreñimiento?; ¿Tienes problemas de estreñimiento?
Edad/Nivel de Desarrollo. Especificación Primaria/Secundaria.	¿Cuántos años tenías la última vez que mojaste la cama?; ¿Cuántos años tenías la primera vez que te hiciste caca encima? ¿Alguna vez has estado un año entero sin mojar la cama/ sin hacerte caca encima? ¿Cuándo fue la última vez que te pasó esto?; ¿Cuántos años tenías entonces?

(continúa)

Objetivo	Preguntas*
Interferencia.	Estas cosas, ¿te han ocasionado algún problema con la familia?; ¿Te han ocasionado algún problema en tu rendimiento escolar?; ¿Te han ocasionado algún problema con tus amigos/as?

Nota: *Para entrevistas con padres o cuidadores las preguntas son similares pero formuladas en tercera persona.

b) Registros de Observación

Como hemos señalado, la entrevista debe ser completada con registros de observación que recojan información sobre los valores cuantitativos específicos (e.g., frecuencia, volumen de la micción) y sobre las manifestaciones clínicas de estas alteraciones. En el caso de la enuresis, la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (Úbeda et al., 2005) recomienda el uso de un registro sistematizado de la micción diaria por al menos tres días completos (de mañana a mañana). El registro recoge información relativa a parámetros de frecuencia (nº de evacuaciones), cantidad (volumen miccional) y situación en la que se producen los episodios de incontinencia o escape. Esta información es de relevancia para determinar el tipo de incontinencia (diurna o nocturna) y la frecuencia miccional.

La frecuencia miccional normal es de 4 a 7 veces por día; si el niño micciona más de 8 veces o la frecuencia de micción es superior a 1:15 h. se considera una frecuencia aumentada. En el caso de las deposiciones si éstas son inferiores a tres veces por semana y la calidad de las heces responde a un aspecto en bolitas o consistencia dura, existen indicadores que sugieren la presencia de estreñimiento y consecuentemente la facilitación de escapes.

Los registros también deben solicitar información sobre la topografía de estas conductas con el fin de delimitar la presencia o no de urgencia miccional (sensaciones al orinar, posturas de retención, micciones reiteradas y próximas en el tiempo). Específicamente, se solicita información sobre el tipo de escape (heces u orina), el grado de aguante o retención (se olvida y abstrae en otras actividades), la urgencia (prisa o deseo repentino de orinar o defecar) y el tipo de heces (duras o blandas).

En la Tabla 14.3 se detallan los indicadores para la delimitación de las diferentes tipologías y sus características.

En la Figura 14.1 se recoge el registro adaptado por Úbeda et al. (2005) con los contenidos antes señalados. Este registro se ha diseñado para que lo completen los adultos o padres, o el propio niño supervisado por los padres o algún otro adulto de referencia. Se aconseja realizarlo durante dos fines de semana consecutivos y pueden establecerse turnos entre padres/madres para facilitar la disponibilidad de uno y otro en los periodos de vigilia y de sueño. La consigna es cumplimentarlo a lo largo de tres días consecutivos. Se trata de recoger datos que reflejen el funcionamiento normal de la vejiga, sin ningún tipo de manipulación, por lo que no se debe alterar ninguno de sus comportamientos y costumbres habituales. Para ello se propone directamente al niño que actúe como un detective, recogiendo la información lo más fielmente posible a como ocurre en la realidad. Se advierte que no hay datos ni buenos ni malos. Tras la primera recogida de información el registro debe ser revisado, resolver las cuestiones o dudas aparecidas y, si fuera necesario, repetir la recogida de datos.

Tabla 14.3. Manifestaciones Clínicas e Indicadores de las Principales Tipologías de Enuresis y Encopresis.

Enuresis Primaria o Secundaria *		
	Descripción	Indicadores
Diurna	Con Urgencia miccional (urgencia repentina y necesaria de orinar con sensación de incontinencia).	Frecuencia de micción: >7/día; realiza maniobras de contención de la micción; pequeños volúmenes de escape; sensación de orinar con muy poca orina en la vejiga; micciones reiteradas y próximas en el tiempo; escapes en la fase de llenado.
	Con micción postpuesta (retardo y demora en el inicio de la micción).	Micción infrecuente (>5/día); realiza maniobras de contención de la micción; inquietud; grandes volúmenes de escape; escapes cuando la vejiga está llena.
	Con Descoordinación detrusor-esfínter (descoordinación entre la contracción del detrusor y la apertura del esfínter).	Frecuencia de micción normal; esfuerzo en la micción; tiempo de micción prolongado; velocidad de flujo parcial o completamente interrumpido; orina residual; problemas en la fase de micción.
Nocturna	Monosintomática: micción normal, completa, con vaciado coordinado de la vejiga una vez alcanzada su capacidad máxima. No responde a una patología neurológica o urológica de base.	Ocurrencia en el primer tercio de la noche; manchas grandes; volúmenes miccionales normales.
	Polisintomática: micción derivada de la frecuencia y amplitud de las contracciones del detrusor que es inestable. Patología neurológica-urológica de base.	Urgencia miccional; alta frecuencia diurna (>7/día); manchas variables; volúmenes miccionales pequeños; despertar tras la micción.
Encopresis Primaria o Secundaria *		
Retentiva (estreñimiento con incontinencia por rebosamiento).	Rezumar fecal continuo, manchas nocturnas y diurnas. Heces poco estructuradas (líquidas o blandas). Escaso apetito. Estreñimiento funcional (heces <3 veces/semana). Dolor abdominal y en la expulsión. Movimiento intestinal infrecuente.	
No Retentiva (sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento).	Rezumar fecal discontinuo. Ensuciamiento nocturno infrecuente. Consistencia de las heces normal (Niveles 4-5 en Escala de Bristol).	

Nota: Primaria (no ha existido ningún periodo previo de control y contención); Secundaria (han existido periodos de al menos un año con continencia y control).

HORA	Día 1			Día 2		
	Media	Anotaciones		Media	Anotaciones	
	Orina (ml)	Orina	Heces	Orina (ml)	Orina	Heces
5-6						
6-7						
7-8						
8-9						
9-10						
10-11						
11-12						
12-13						
13-14						
14-15						
15-16						
16-17						
18-19						
20-21						
21-22						
23-24						
00-1						
1-2						
2-3						
3-5						
Máximo		¿Fue al baño? FB ¿Se despertó después de hacerse pis? SD			¿Fue al baño? FB ¿Se despertó después de hacerse pis? SD	

Anotaciones: E (Escape, ha manchado de heces o de pis la ropa); A (Aguanta hasta el límite porque está concentrado en sus cosas); P (Prisa repentina y no le da tiempo a llegar al baño); C (Caca en el baño); N (Normales); D (Heces duras de aspecto como aceitunas); B (Blandas).

Resumen
 VMMD (volumen miccional máximo diurno) de los 2 días (excluyendo la 1ª micción de la mañana...ml; VMMD teórico [(Edad + 2) x 30]ml; % del VMMD teórica [VMMD 100 / VMMD teórico]...ml; ¿Ha habido escapes de orina diurnos? (Sí/No) / ¿Ha habido escapes de heces? (Sí/NO).

Aclaraciones: el día comienza cuando se levanta el niño y termina cuando se levanta al día siguiente. Pueden apuntarse varios volúmenes o anotaciones en una casilla. Si se levanta a hacer pis por la noche, no se apunta el volumen, sólo sí «Sí» o «No».

Figura 14.1. Registro Ejemplo de Diario Miccional (Úbeda et al., 2005).

Una vez cumplimentado el registro, se analizan los datos recogidos y se extrae la siguiente información (Úbeda et al., 2005):

- Nocturia: número de micciones registradas durante la noche.
- Frecuencia diurna: número de micciones registradas durante el día tras el despertar y antes de ir a dormir. Frecuencia normal = 7.
- Frecuencia de 24 horas: número total de micciones en el día completo. Frecuencia Normal = 8.
- Volumen miccional máximo o capacidad vesical funcional: máximo volumen de orina evacuado durante una única micción.
- Volumen miccional máximo diurno o capacidad vesical funcional diurna: máximo volumen de orina evacuado durante el día excluyendo la primera tras el despertar. Valores normales según Fórmula de Koff Vol. (ml) = (Edad en años + 2) x 30.
- Volumen miccional máximo nocturno o capacidad vesical funcional nocturna: máximo volumen de orina evacuado durante una única micción de la noche. Incluyendo la primera orina de la mañana (muchas veces es la única). El valor normal aproximado es 1,6-2,1 veces.
- Diuresis nocturna o volumen nocturno de orina: volumen de orina producido entre la hora de ir a la cama y la hora de levantarse (se excluye la última micción antes de ir a la cama y se incluye la primera del despertar).
- Diuresis de 24 horas: volumen de toda la orina (Poliuria: > 40 ml/kg/día ó 2,8 litros de 24 horas; Poliuria nocturna: la diuresis nocturna supone más del 20% en adultos jóvenes. En niños no está establecido aunque se admite un valor igual o superior al 50%).
- Urgencia: es el deseo de orinar súbito y difícil de demorar. Es frecuente en niños pequeños, y no siempre patológico.
- Escapes diurnos: incontinencia desde unas gotas que apenas moja la ropa exterior hasta micciones completas y grandes que calan por completo.
- Actitudes del niño: retener la orina hasta el límite porque está concentrado y atrapado por alguna actividad (eg., televisión o juego) y llega a olvidarse de ir al aseo.

Estos datos nos permiten establecer el diagnóstico y la línea base del trastorno, y posteriormente para analizar el progreso del tratamiento.

De manera muy similar a la enuresis, es recomendable que los registro sobre encopresis (Bragado, 1998) soliciten información sobre el lugar, la frecuencia, el tipo o consistencia de las heces (e.g., duras, blandas, líquidas), tamaño de las heces (grandes, pequeñas), cantidad (e.g., excesiva, normal, ligero manchado), ensuciamiento fuera de la ropa interior, y presencia o no de dolor. Más que para el diagnóstico para la conceptualización del problema se recogen datos en mayor profundidad sobre los antecedentes (disparadores, estresantes) y consecuentes de la conducta problema (críticas, reacciones del propio niño o de sus padres, burlas...), así como la conciencia o no del ensuciamiento. Se propone un registro ejemplo para la recogida de información sobre los episodios de encopresis (Figura 14.2).

Fecha y Día:					
Persona que registra:					
Hora y Lugar	Tipo de Heces*	Cantidad	Presencia Dolor	Reacción Padres	Reacción Niño/a

*Nota: Valorar el tipo de heces según Escala de Bristol (Heaton y Lewis, 1997).

Figura 14.2. Registro Ejemplo para la Evaluación de los de Episodios de Encopresis.

El formato de los registros suele ser de lápiz y papel con estructura de tabla bidireccional (ver ejemplo). No obstante, para niños pequeños se emplean registros con motivos pictóricos (lluvia/nubes, sol, wáter...), colores y escalas analógico-visuales (e.g, semáforo, una barra de progresión en intensidad de color, un vaso con diferentes llenados, etc.) que permiten estimar de forma intuitiva la cantidad o frecuencia de alguna de las medidas de interés. Estos formatos no sólo facilitan la comprensión de lo que se pretende medir sino que resultan más atractivos para su cumplimentación.

c) Autoinformes

No es frecuente el uso de cuestionarios ni escalas para la evaluación de los trastornos de eliminación y no existen autoinformes validados que permitan el diagnóstico de estas alteraciones. Excepcionalmente, se han diseñado algunos autoinformes para el uso complementario del diagnóstico cuyo objetivo es contrastar información puntual relevante o facilitar el cribado de los síntomas. Algunos ejemplos de estos instrumentos son el Cuestionario Clínico de Micción no Coordinada de Farhat et al. (2000), para la enuresis; la Escala de Heces de Bristol (Heaton y Lewis, 1997) y el Cuestionario de Encopresis-Versión Cribado (*Encopresis Questionnaire-Screening Version*; Von Gontard y Nerveus, 2006), para la encopresis. Los comentamos brevemente a continuación.

- El *Cuestionario Clínico de Micción no Coordinada* de Farhat et al. (2000) consta de 10 ítems (9 contesta el niño y 1 los padres), cada uno de los cuales posee una escala tipo Likert de 4 puntos. La escala está diseñada para la evaluación de la micción no coordinada o micción disfuncional. Se trata de una alteración sin base orgánica caracterizada por una micción obstructiva funcional, que se acompaña de urgencia miccional con vaciado incompleto y que predispone a infecciones urinarias. Esta alteración debe ser descartada antes de concluir un diagnóstico de enuresis. Los ítems de la escala se reproducen en la Tabla 14.4. La escala se encuentra disponible y traducida al español en Úbeda et al. (2005). Se considera el punto de

corte en las niñas para 6 y en los niños para 9. En ambos casos, la sensibilidad y especificidad son superiores al 80%.

Tabla 14.4. Evaluación de la Micción no Coordinada o Micción Disfuncional.

Ítems del Cuestionario Clínico de Micción no Coordinada de Farhat et al. (2000)	
1. Se me ha mojado un poco la ropa interior o exterior durante el día.	7. Cuando he tenido ganas de orinar no he podido esperar.
2. Al mojarme (lavarme las manos...), se me ha empapado completamente mi ropa interior.	8. He tenido que hacer fuerza para orinar.
3. Hago «caca» todos los días.	9. Cuando orinaba me escocía (dolía o quemaba).
4. He tenido que hacer bastante esfuerzo para que salga la caca.	10. Pregunta a los padres: su hijo ha tenido alguna situación estresante como los siguientes ejemplos: Nuevo hermanito, cambio de casa, cambio de colegio, problemas escolares, abuso (sexual o psíquico), problemas en casa (divorcio, muertes, de salud...), eventos especiales (cumpleaños...), accidente/ heridas/fracturas...
5. He ido a orinar sólo una o dos veces al día.	
6. He logrado aguantarme el pipí pero «cruzando las piernas» agachándome o bailando (moviéndome).	

- *Escala de Heces de Bristol* (Heaton y Lewis, 1997). Se trata de una escala descriptiva visual que muestra diferentes dibujos de heces con distintas consistencias y estructuras clasificadas en 7 tipos: Tipo 1 (trozos duros separados, como nueces, que pasan con dificultad); Tipo 2 (como una salchicha compuesta de fragmentos); Tipo 3 (con forma de morcilla con grietas en la superficie); Tipo 4 (como una salchicha; o serpiente, lisa y blanda); Tipo 5 (trozos de masa pastosa con bordes definidos, que son defecados fácilmente); Tipo 6 (fragmentos blandos y esponjosos con bordes irregulares y consistencia pastosa); Tipo 7 (acuosa, sin pedazos sólidos, totalmente líquida). Bien los padres o el propio niño deben indicar la tipología que mejor se ajusta a las características de sus propias heces. Los tipos 1 y 2 son indicativos de estreñimiento; 3 y 4 son los tipos adecuados y los tipos 5, 6 y 7 indicativos de diarrea o cólera.
- *Cuestionario de Encopresis-Versión Cribado* (*Encopresis Questionnaire-Screening Version*; Von Gontard y Nerveus, 2006). Es un cuestionario de 24 ítems que combina una escala dicotómica si/no y una escala de respuestas cerradas para el cribado de síntomas de encopresis. Evalúa las siguientes áreas: frecuencia, síntomas, remisiones, conducta baño (regularidad en la defecación, características de las heces), percepciones y reacciones (del niño y los padres) tras la defecación; y micciones. No se adjuntan resultados ni de fiabilidad ni validez y no está adaptado ni traducido a la población española.

2.1.2. Evidencias de Validez y Fiabilidad para el Diagnóstico de los Trastornos de Eliminación

La validez empírica de los subtipos de enuresis y encopresis no está hasta el momento establecida (Mellon, Houts y Lazar, 1996) por lo que la clasificación depende, por una parte, de la pericia clínica del psicólogo que utiliza la entrevista para la recogida de información con una fiabilidad relativa al caso pero escasa validez diagnóstica y, por otra, por el registro de observación utilizado que facilita un valor del pronóstico en función de los parámetros evaluados. El grado de estructuración en la entrevista como la sistematización y operativización de las variables a medir en los registros permite un aumento de la fiabilidad y validez de los instrumentos. Es por esto que al menos para el diagnóstico se recomienda el uso de entrevistas estructuradas. En el caso de los registros diseñados para la enuresis y encopresis, en su mayoría, son diseñados *ad hoc* y existe una gran variabilidad entre evaluadores. Esta circunstancia no permite generalizar y concluir sobre la fiabilidad y validez de estas medidas para la evaluación de estos trastornos.

2.2. Diagnóstico Diferencial

El diagnóstico diferencial de los trastornos de eliminación se realiza principalmente con alteraciones médicas relacionadas y con los propios trastornos y subtipos entre sí. En la enuresis el diagnóstico diferencial debe realizarse con la presencia de una vejiga neurogénica o de una enfermedad médica que cause urgencia (e.g., diabetes mellitus) o infecciones del tracto urinario. Sin embargo, el diagnóstico de la enuresis es compatible con estos procesos en el caso de que la incontinencia urinaria se presentara durante la enfermedad médica, o si persiste tras un tratamiento adecuado. Se recomienda también explorar la apnea obstructiva del sueño para descartarla en el caso de enuresis secundaria.

El diagnóstico diferencial de la encopresis, debe realizarse con los trastornos gastrointestinales (e.g., úlceras, enfermedad de Crohn), secuelas de lesiones postquirúrgicas, y el análisis etiológico del estreñimiento. Este último diferencial es importante para la distinción entre encopresis retentiva y no retentiva. La etiología del estreñimiento puede deberse a anomalías anorrectales, neurológicas, endocrinas y metabólicas o por la ingestión de diferentes fármacos. Todos ellos son motivos de descarte del diagnóstico de encopresis y por tanto, su diagnóstico no se justifica. Por esta razón el diagnóstico de los trastornos de eliminación solo puede realizarse una vez que se hayan descartado los trastornos orgánicos o la existencia de algunas sustancias que lo originen. Es importante también diferenciar la encopresis de los problemas de ensuciamiento debidos a la presencia de gases, diarrea o por los hábitos de limpieza inadecuados del niño.

2.3. Comorbilidad

Los niños con problemas de control de esfínteres pueden presentar otros problemas simultáneamente. Dada las limitaciones que los problemas de incontinencia pueden generar en las relaciones

con los compañeros y en la autonomía del niño (e.g., posibilidad de pernoctar en casa de familiares o amigos) es frecuente encontrar niños que junto con los problemas de eliminación manifiestan una tendencia hacia la evitación social, cierta vulnerabilidad a la victimización y un incremento de sus niveles de actividad e impulsividad (Rutter, Bishop, Pine, et al., 2008). La vulnerabilidad para los problemas de conducta está relacionada con la enuresis nocturna secundaria (von Gontard, Eiberg, Hollmann, et al., 1997) y con los escapes de orina diurnos (Rutter, Bishop, Pine, et al., 2008). En este último caso es más probable que los problemas psicológicos se muestren antes que el inicio de la enuresis, lo que parece sugerir la existencia de una causa común para ambos relacionada con sucesos estresantes cotidianos o de adversidad social.

La enuresis nocturna coexiste en muchos casos con cefalea crónica, sin que esto implique una consecuencia pronóstica o terapéutica particular (Úbeda et al., 2005). Otros trastornos asociados con la enuresis nocturna, especialmente entre niños en los que ésta persiste después de los 10 años, son el trastorno con déficit de atención e hiperactividad (TDAH), los trastornos de conducta y la ansiedad (Fergusson, 1994). Se ha encontrado que los niños que posponen la micción presentan más problemas de conducta disruptiva (Butler, 2008), infecciones urinarias recurrentes y micción disfuncional.

En el caso de la encopresis, el estreñimiento es el principal problema comórbido, pero también es frecuente entre los niños encopréticos la enuresis secundaria y primaria (Úbeda et al., 2005). Con la encopresis no retentiva primaria se han asociado problemas neurológicos (e.g., parálisis cerebral) y cognitivos (e.g., déficit intelectual) que dificultan el aprendizaje del control intestinal; y con la encopresis retentiva secundaria, los trastornos de conducta (e.g., trastorno negativista desafiante), trastorno disocial y trastorno de hiperactividad con déficit de atención. También se han encontrado asociaciones con ansiedad de separación, fobias específicas y ansiedad generalizada (Joinson, Heron y Butler, 2006). Obviamente por las implicaciones de rechazo y ridiculización entre compañeros que generan los problemas de encopresis, éstos se asocian con mayores niveles de ansiedad, problemas de conducta de autoestima y retraimiento (Bragado, 1998; Joinson et al, 2006).

3 EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO Y LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO

La planificación del tratamiento terapéutico requiere previamente de una adecuada conceptualización y formulación del caso. Una exploración de la sintomatología concurrente con el diagnóstico de la evaluación inicial, ayuda a concretar las características específicas que constituyen la casuística de la conducta-problema, a partir de cuyos datos se diseñará el tratamiento. Hay dos objetivos fundamentales en la evaluación para la conceptualización del caso y la planificación del tratamiento: a) establecer una línea base sobre las manifestaciones clínicas del problema específico de eliminación (frecuencia de evacuación, cantidad...) que permitan evaluar la evolución de la intervención; y b) analizar el conjunto de variables (antecedentes y consecuentes) que originan y mantienen el problema. Parte de este análisis incluye la identificación y análisis de los factores de riesgo y los posibles proble-

mas emocionales, conductuales, sociales y académicos que afectan la adaptación del niño y su pronóstico.

Una vez establecido el diagnóstico del trastorno de eliminación y especificada su tipología, la conceptualización del caso requiere la evaluación y análisis de las siguientes áreas y variables:

- *Antecedentes familiares y personales.* Es recomendable el análisis de los antecedentes familiares (hermanos, padres, abuelos) con problemas de incontinencia. Conviene igualmente analizar el inicio del problema y el curso de los síntomas (periodos de mejora, intensificación o recuperación).
- *Antecedentes médicos y tratamientos previos.* La presencia de alteraciones orgánicas o complicaciones médicas deben ser analizadas con la finalidad de descartar el posible origen orgánico. Igualmente explorar los tratamientos previos y el tipo de intervención recibida: médica, conductual...
- *Examen físico médico pediátrico.* Junto con el análisis diurno de los síntomas realizado en el diagnóstico mediante registros se recomienda la realización de un examen clínico médico que explore las posibles causas orgánicas y médicas. Es importante diferenciar el estreñimiento crónico del ocasional. El pediatra de acuerdo a los indicios hallados podrá prescribir el análisis bacteriológico de las heces, radiología del abdomen y colon, manometría, endoscopia, biopsia, examen neurológico y rectal (Gontard, 2011; Padget, 2011).
- *Hábitos de ingesta y dieta.* En el caso de la enuresis conviene evaluar la ingesta de líquidos y, número y hora de los episodios enuréticos. Conviene saber la cantidad de líquido que se ingiere, especialmente durante las dos horas previas a acostarse y el tipo de bebidas (e.g., bebidas diuréticas de tipo carbónicas) que favorecen la incontinencia. En los casos de encopresis, el análisis de la dieta (harinas, espesantes, fibras) y especialmente el contenido en fibra de los alimentos que ingiere y la cualidad astringente o laxante de éstos para controlar los efectos del estreñimiento.
- *Hábitos de sueño.* El análisis de los hábitos de sueño en relación con las dificultades en el despertar, sueño agitado, momento de la noche en el que se produce la micción, calidad respiratoria durante el sueño (e.g. presencia de apneas, ronquidos) debe ser explorado. Esta información además de ayudar en el diagnóstico del tipo de trastorno (e.g., mono versus polisintomático) es de gran utilidad para identificar las variables explicativas del problema.
- *Hábitos higiénicos y conducta en el baño.* Se refieren a la evaluación de las conductas durante la evacuación, frecuencia, regularidad, conductas de autolimpieza e higiene, uso de pañales...
- *Hábitos de aprendizaje y entrenamiento.* Muy en relación con lo anterior está el análisis del aprendizaje de hábitos y entrenamiento para el control de esfínteres, cuidado personal y autonomía. Estrategias de los padres en la enseñanza de estos hábitos, el uso de castigos, ridiculizaciones y refuerzos así como las reacciones de los padres y profesores ante los episodios de evacuación. Disponibilidad del retrete, acceso al baño y presencia de rutinas en el uso del aseo.
- *Problemas psicológicos y de ajuste emocional y conductual.* En el análisis de la comorbilidad se ha recogido el conjunto de trastornos de ansiedad y de conducta que aparecen asociados a los

problemas de eliminación. Especial detenimiento merece el trastorno de hiperactividad. Los problemas de conducta deben también ser analizados con más detenimiento, en aquellos casos en los que se trata de evacuaciones intencionadas o voluntarias.

- *Acontecimientos vitales estresantes.* La presencia de conflictos familiares (e.g., separación, divorcio de los padres), nacimiento de un hermano, cambio de colegio, cambio de cuidadores, periodos de hospitalización, etc... (Úbeda et al., 2005) pueden facilitar u originar la presencia de episodios de enuresis o encopresis. Uno de los acontecimientos traumáticos asociados con los trastornos de la eliminación es el abuso sexual (Fritz et al., 2004). Los evaluadores deben estar alerta y estudiar a fondo los posibles indicadores de este acontecimiento.
- *Preparación del niño para la recepción del tratamiento.* La percepción del niño del problema, su motivación al cambio y el malestar que le genera el problema, son elementos a evaluar, con la finalidad de planificar la intervención. En este sentido, es importante evaluar el grado en el que el niño está motivado para llevar a cabo una intervención y su grado de malestar y reacción ante los episodios de enuresis o encopresis.

Entre los instrumentos que pueden ser utilizados para la evaluación de estas variables están: a) las entrevistas *ad hoc* con las cuestiones referidas a los aspectos mencionados; b) los registros de conducta tanto los utilizados para el diagnóstico y el análisis de los síntomas como los registros de antecedentes y consecuentes de las conductas problema; y c) cuestionarios estandarizados que evalúan los factores de riesgo y las variables asociadas.

Respecto a los cuestionarios, pueden utilizarse algunos de los ya comentados en capítulos anteriores y que recordamos a continuación:

- *Sistema de Evaluación Empírica de Achenbach* **ASEBA** (Achenbach System of Empirically Based Assessment; Achenbach, 2009). Versiones autoinformadas: Adolescentes (YSR). Versiones heteroinformadas: Padres (**CBCL** 1-5 años y 6-18 años), profesores (**TRF**); Entrevista Clínica Semiestructurada (**SCICA**); Observación Directa (**DOF**), Observación durante la evaluación (**TOF**). Versión para Adultos (**ASR**) y Ancianos (**OASR**). Traducción y Adaptación españolas de las versiones niños y adolescentes por la Unidad de Epidemiología y Diagnóstico en Psicopatología de la Universidad Autónoma de Barcelona. Se trata de un conjunto de instrumentos con diferentes formatos tales como autoinforme, heteroinforme, entrevista y observación (evaluación multimétodo) que pueden ser cumplimentados por el clínico, los padres, el profesor o los propios jóvenes, según las versiones (evaluación multifuentes). Evalúa los niveles de adaptación social y diferentes problemas de conducta exteriorizados e interiorizados que se corresponden con los síndromes clínicos del DSM-IV.
- *Sistema de Evaluación de la Conducta en Niños y Adolescentes* **BASC** (Reynolds y Kamphaus, 2004). Escala para padres (**P**, desde 3 años en adelante), para profesores (**T**) autoinformes (**S2**-6/11 años, **S3**-12/18 años). Incluye sistema de observación en clase (**O**), Historia Evolutiva estructurada (**H**). Es un sistema de evaluación multifuentes (Padres, profesores, niños) y multimétodo (autoinformes, heteroinforme, observación y entrevista), similar al anterior. Evalúa las dimensiones positivas

de liderazgo, adaptabilidad, habilidades sociales y diversas dimensiones patológicas que incluyen alteraciones exteriorizadas (e.g., hiperactividad) e interiorizadas (e.g., depresión).

- *Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil TAMAI* (Hernández, 1996). Consta de 175 ítems con escala dicotómica que evalúan los niveles de inadaptación personal, escolar, social y familiar en el niño. Además evalúa las actitudes educadoras de los padres (infravaloración, regresión, indisciplina, conflicto con las normas, desconfianza social y relaciones con los padres). Está diseñado para niños (a partir de 8 años) y adultos.
- *Escala de Acontecimientos Multiculturales para Adolescentes MESA* (Gonzales, Gunnoe, Jackson y Samaniego, 1996). 82 ítems agrupados en 8 categorías: cambio de familia, conflicto familiar, compañeros, conflictos, escuela, discriminación, victimización y economía.

Estos cuestionarios son una selección de instrumentos posibles para la evaluación del ajuste psicológico y la exploración de los acontecimientos vitales estresantes, sin embargo, tal y como hemos recogido en los capítulos precedentes existen numerosos instrumentos alternativos que podrían ser utilizados con una finalidad similar.

4 EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO, SU PROGRESO Y LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

El registro sistemático de la observación de la conducta es el instrumento de elección para evaluar la evolución de la sintomatología en el tratamiento y los resultados del mismo.

La entrevista *ad hoc* complementará la recogida de información mediante los registros, haciendo hincapié en las variables de conceptualización antes detalladas (hábitos de sueño, higiénicos, dieta, entrenamiento, estresores...). Se recomienda administrar al final del tratamiento aquellos instrumentos utilizados en la fase de diagnóstico y conceptualización a fin de realizar comparaciones entre las medidas recogidas antes y después de la intervención.

5 PROPUESTA DE UN PROTOCOLO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE ELIMINACIÓN

Como cualquier evaluación clínica se inicia con el desarrollo de la historia clínica o anamnesis. Tras la primera recogida de información y una vez analizado el motivo de consulta, específicamente para la evaluación de los trastornos de eliminación se recomiendan los instrumentos y técnicas de evaluación incluidos en la Tabla 14.5.

Tabla 14.5. Protocolo Básico para la Evaluación de los Trastornos de Eliminación.

Evaluación para el Diagnóstico y Delimitación del Problema
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevista Estructurada DICA (Reich, 2000). Versión castellana de la DICA por Ezpeleta et al. (Ezpeleta, de la Osa, Doménech, Navarro y Losilla, 1995; 1997). ▪ Registros de Observación: Diario miccional (Úbeda et al., 2005), diario de deposiciones (Bragado, 1998). ▪ Escala de Heces de Bristol (Heaton y Lewis, 1997). ▪ Cuestionario Clínico de Micción no Coordinada de Farhat et al. (2000).
Evaluación para la Conceptualización del Caso
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevista <i>ad hoc</i> sobre las siguientes áreas: antecedentes familiares, personales y médicos; hábitos de ingesta y dieta; hábitos de sueño; hábitos higiénicos y conducta en el baño; hábitos de aprendizaje y entrenamiento; problemas psicológicos y de ajuste emocional y conductual; acontecimientos vitales estresantes; motivación al tratamiento y percepción del problema. ▪ Registros de Sueño y Comida. ▪ Evaluación del ajuste psicológico infantil: Sistema ASEBA, Sistema BASC, TAMAI. ▪ Escala de Acontecimientos vitales estresantes: MESA. ▪ Registros antecedentes-conducta problema-consecuentes.
Evaluación para el Progreso y Eficacia del Tratamiento
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registros de observación ▪ Entrevista <i>ad hoc</i> sobre los hábitos y conductas entrenadas ▪ Instrumentos previamente administrados en la fase de diagnóstico o conceptualización a modo de posttest ▪ Dichos instrumentos deberán obtener información sobre el seguimiento de las áreas: frecuencia y lugar de los episodios de evacuación; hábitos de ingesta y dieta; hábitos de sueño; hábitos higiénicos y conducta en el baño; hábitos de aprendizaje y entrenamiento; problemas psicológicos y de ajuste emocional y conductual.

Nota: ASEBA = Sistema de Evaluación Empírica de Achenbach; BASC = Sistema de Evaluación de la Conducta en Niños y Adolescentes; TAMAI = Test Autoevaluativo de Adaptación Infantil.

RESUMEN

El control de esfínteres es uno de los hitos en el desarrollo infantil que se alcanza gracias a la madurez neuromuscular del niño y al efecto del aprendizaje de los hábitos de higiene. Nos referimos a la enuresis cuando existe una pérdida repetida de orina, involuntaria o intencionada, durante el día o la noche en los niños más allá de los 5 años. La Encopresis es un trastorno caracterizado por la presencia reiterada de deposiciones voluntarias o intencionadas en lugares inadecuados (e.g., con la ropa puesta, estando sentado en un sillón o en el suelo) que aparece en niños de más de cuatro años. Más allá del denominador común de la dificultad de control de esfínteres de los trastornos de eliminación aquí tratados, las manifestaciones clínicas de estos trastornos pueden ser muy heterogéneas con implicaciones específicas para su evaluación y tratamiento. De ahí la importancia de identificar las diferentes tipologías y sus características: diurna versus nocturna; primaria versus secundaria; monosintomática versus polisintomática.

Su prevalencia varía según los grupos de edad; en población española la prevalencia de la enuresis en diferentes grupos de edad de 2 a 18 años ha oscilado entre el 8 y el 23% , siendo la enuresis nocturna más frecuente que la diurna y la primaria más frecuente que la secundaria. En cuanto a la encopresis la prevalencia oscila entre 1-3% con oscilaciones en función del tipo de encopresis, la muestra, la edad o el nivel intelectual. Las diferencias en la prevalencia por sexos indican mayor prevalencia en los chicos que en las chicas. En general, el curso de los trastornos de eliminación (enuresis y encopresis) tiende a ser decreciente y a remitir espontáneamente.

Los trastornos por eliminación se han explicado por la interrelación de múltiples factores. La confluencia de variables fisiológicas, madurativas, ambientales y psicológicas parecen ser la mejor opción explicativa a este tipo de problemas.

La recogida de información para el diagnóstico de la enuresis y encopresis se realiza fundamentalmente mediante entrevistas (estructuradas o no estructuradas) y registros sistematizados de observación de la conducta problema. Si bien el uso de cuestionarios para la realización del diagnóstico no es habitual en los problemas de eliminación, la entrevista y los registros de observación pueden combinarse con alguna escala o autoinforme puntual que clarifique elementos importantes para la delimitación del problema.

Antes de establecer un diagnóstico es necesario realizar el diagnóstico diferencial con la presencia de alteraciones orgánicas que cursan con incontinencia; así como atender al patrón de comorbilidad propio de estos trastornos: problemas de conducta, trastorno con déficit de atención e hiperactividad y problemas de ansiedad. Además es importante explorar la presencia de acontecimientos estresantes en la vida del niño que pudieran haber funcionado como desencadenantes de estas alteraciones.

La conceptualización y planificación del tratamiento terapéutico tiene por objetivos establecer una línea base sobre las manifestaciones clínicas del problema específico de eliminación (frecuencia de evacuación, cantidad...) y analizar el conjunto de variables (antecedentes y consecuentes) que originan y mantienen el problema incluyendo los factores de riesgo y los posibles problemas

(continúa)

emocionales, conductuales, sociales y académicos que afectan la adaptación del niño y su pronóstico. Para ello se analizan las siguientes áreas y variables: antecedentes familiares, personales y médicos; hábitos de ingesta y dieta; hábitos de sueño; hábitos higiénicos y conducta en el baño; hábitos de aprendizaje y entrenamiento; problemas psicológicos y de ajuste emocional y conductual; acontecimientos vitales estresantes; y, motivación al tratamiento y percepción del problema. Entre los instrumentos que pueden ser utilizados para la evaluación de estas variables están las entrevistas *ad hoc*, los registros de conducta y algunos cuestionarios estandarizados que evalúan los factores de riesgo y las variables asociadas. El registro sistemático de la observación de la conducta es el instrumento de elección para evaluar la evolución de la sintomatología en el tratamiento y los resultados del mismo. Para esta finalidad, la entrevista *ad hoc* complementará la recogida de información facilitada mediante los registros.

Específicamente para la evaluación de los trastornos de eliminación se recomienda un protocolo de evaluación que incluye diferentes instrumentos y técnicas de evaluación.

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

- 1) La edad para el diagnóstico de la enuresis nocturna primaria se establece en: a) 4 años; b) 5 años; c) 6 años.
- 2) La prevalencia de la enuresis diurna es: a) inferior a medida que crece el niño; b) superior a medida que crece el niño; c) superior en chicas que en chicos.
- 3) Cuál es el tipo de instrumento de elección para el diagnóstico de los trastornos de eliminación: a) registros y entrevistas; b) entrevistas; c) autoinformes.
- 4) La validez empírica del diagnóstico de los subtipos de encopresis y enuresis es: a) muy alta; b) media; c) baja.
- 5) Los registros de observación sistemáticos de la conducta se utilizan para: a) el diagnóstico exclusivamente; b) la evaluación del tratamiento exclusivamente; c) para el diagnóstico y tratamiento de forma combinada.

Soluciones: 1a, 2a, 3a, 4c, 5c

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Bragado, C. (1998). *Encopresis*. Madrid: Pirámide.
- Bragado, C. (2009). *Enuresis nocturna*. Madrid: Pirámide.
- Rutter, M., Bishop, D., Pine, D., Scott, S., Stevenson, J., Taylor, E. (2008). *Rutter's child and adolescent psychiatry (5th ed.)*: Wiley-Blackwell.
- Úbeda, M., Martínez, R., & Díez, J. (2005). Guía práctica clínica: Enuresis nocturna primaria monosintomática en Atención Primaria. *Revista Pediatría de Atención Primaria, Supl.3*.

Evaluación de los Trastornos Sexuales

15

Isabel M. Ramírez Uclés

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

1 **Introducción**

- 1.1. Descripción
- 1.2. Epidemiología
- 1.3. Etiología y Curso

2 **Evaluación de las Disfunciones Sexuales**

- 2.1. Evaluación para la Delimitación del Problema; Contraste de Hipótesis Diagnósticas
 - 2.1.1. Instrumentos de Evaluación para la Delimitación del Problema
 - 2.1.1.1. La Entrevista
 - 2.1.1.2. Escalas de Puntuación y Evidencias de Fiabilidad y Validez
 - 2.1.2. Diagnóstico Diferencial y Comorbilidad

3 **Evaluación para la Conceptualización del Caso y la Planificación del Tratamiento**

- 3.1. Variables Asociadas al Origen y Mantenimiento de las Disfunciones Sexuales
- 3.2. Escalas de Puntuación y Propiedades Psicométricas
- 3.3. Otras Técnicas de Evaluación para la Conceptualización del Caso
 - 3.3.1. La Observación
 - 3.3.2. Autorregistros
 - 3.3.3. Registros Psicofisiológicos
 - 3.3.4. Examen Físico o Médico

4 **Orientaciones para la Evaluación Específica de los Diferentes Trastornos**

- 4.1. Trastornos del Deseo Sexual

- 4.2. Trastornos de la Excitación Sexual
- 4.3. Trastornos del Orgasmo
- 4.4. Evaluación Específica de los Trastornos por Dolor

5 Evaluación del Tratamiento, su Progreso y los Resultados de la Intervención

6 Propuesta de un Protocolo para la Evaluación de las Disfunciones Sexuales

RESUMEN

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

- Identificar las características definitorias de las disfunciones sexuales.
- Conocer los principales datos epidemiológicos, factores etiológicos y curso de los trastornos sexuales.
- Ser capaz de identificar y discriminar los instrumentos de evaluación apropiados para realizar las hipótesis diagnósticas sobre los diferentes trastornos.
- Determinar cuales son las variables más importantes para la conceptualización de los trastornos específicos y seleccionar los instrumentos adecuados para su evaluación y la planificación del tratamiento.
- Seleccionar los principales instrumentos para la evaluación del tratamiento, su progreso y los resultados de la intervención.
- Conocer los principales instrumentos considerando las diferentes fases del proceso de evaluación y las dimensiones específicas que evalúan.
- Seleccionar los instrumentos más apropiados en función de sus características psicométricas.

1 INTRODUCCIÓN

1.1. Descripción

Hasta que en 1987 la OMS definió la salud sexual como un derecho básico del ser humano, ésta no era considerada como parte integrante del mismo. En la actualidad la salud sexual es definida como un *estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y ejercidos a plenitud* (OMS, 2002).

Las simple consideración de la sexualidad por parte de la OMS, así como la elevada incidencia de los trastornos sexuales, constituyen razones suficientes para que el psicólogo se implique en el estudio, la evaluación y el tratamiento de la sexualidad de sus pacientes. Estudios recientes ponen de manifiesto que todas las disfunciones sexuales alteran la calidad de vida, y asimismo indican que a lo largo del ciclo vital es común presentar algún tipo de disfunción sexual. Además los problemas sexuales no sólo repercuten en el paciente, sino que también se va a encontrar afectada la pareja y por extensión el entorno familiar y social.

Las *disfunciones sexuales* pueden definirse como «alteraciones del deseo sexual y de los cambios psicofisiológicos que caracterizan al ciclo de respuesta sexual y provocan un acusado malestar y problemas interpersonales» (APA, 2000). Bajo el nombre de disfunciones sexuales se incluyen todas aquellas alteraciones (esencialmente inhibiciones) que se producen en cualquiera de las fases de la respuesta sexual y que impiden o dificultan el disfrute satisfactorio de la sexualidad (Labrador, 1994).

Para la especificación de las categorías diagnósticas, el DSM-IV-TR (APA, 2000) indica que los trastornos sexuales se caracterizan por una alteración de los procesos propios del ciclo de la respuesta sexual o por dolor asociado con la realización del acto sexual. El ciclo completo de la respuesta sexual se divide en las siguientes fases: 1) Deseo: esta fase consiste en fantasías sobre la actividad sexual y el deseo de llevarlas a cabo; 2) Excitación: consiste en la sensación subjetiva de placer sexual y va acompañada de cambios fisiológicos; 3) Orgasmo: implica el punto culminante del placer sexual, con la eliminación de la tensión sexual y la contracción rítmica de los músculos del perineo y los órganos reproductores; y 4) Resolución: conlleva una sensación de relajación muscular y de bienestar general.

En consecuencia, el DSM considera estas cuatro categorías principales de disfunciones: 1) Trastornos del deseo sexual, que incluyen deseo sexual hipoactivo (o inhibido) y trastorno por aversión al sexo; 2) Trastornos de la excitación sexual, diferenciándolo en el hombre (trastorno de la erección) y en la mujer (trastorno de la excitación sexual en la mujer); 3) Trastornos del orgasmo, diferenciando también entre disfunción orgásmica femenina y masculina, e incluyendo además una categoría específica para el diagnóstico de la eyaculación precoz; y 4) Trastornos sexuales por dolor, que comprenden la dispareunia y el vaginismo. A estas categorías se añaden: disfunción sexual debida a la condición médica general, disfunción sexual inducida por sustancias, y disfunción sexual no especificada (ver Tabla 15.1).

Para cumplir los criterios diagnósticos (criterio A), es preciso que la disfunción no ocurra durante el curso de otro trastorno del Eje I (criterio B) y no se deba exclusivamente al efecto directo de sustancias o a condiciones médicas (criterio C). Es por ello que estas últimas categorías incluyen modalidades etiológicamente relacionadas con una condición médica o con el uso de sustancias psicoactivas.

Tabla 15.1. Clasificación de las Disfunciones Sexuales Según el DSM-IV-TR.

Trastornos del Deseo Sexual	
Deseo Sexual Hipoactivo.	Tanto en el hombre como en la mujer, ausencia o deficiencia de fantasías sexuales y de deseos de actividad sexual.
Trastorno por Aversión al Sexo.	Tanto en el hombre como en la mujer, aversión y evitación activa del contacto sexual genital con la pareja.
Trastornos de la Excitación Sexual	
Trastorno de la Excitación Sexual en la Mujer.	Incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener la respuesta de lubricación propia de la fase de excitación hasta la terminación de la actividad sexual.
Trastorno de la Erección en el Hombre.	Incapacidad, persistente o recurrente, para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual.
Trastornos Orgásmicos	
Trastorno Orgásmico Femenino.	Ausencia o un retraso persistente o recurrente del orgasmo en la mujer después de una fase de excitación sexual normal.
Trastorno Orgásmico Masculino.	Ausencia o un retraso persistente o recurrente del orgasmo en el hombre después de una fase de excitación sexual normal.
Eyacuación Precoz.	En el hombre, aparición de un orgasmo y eyacuación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima, antes, durante o poco tiempo después de la penetración y antes de que la persona lo desee.
Trastornos Sexuales por Dolor	
Dispareunia.	En el hombre y en la mujer, dolor genital durante el coito, también puede aparecer antes o después de la relación sexual.
Vaginismo.	En la mujer, contracción involuntaria, de manera recurrente o persistente, de los músculos perineales del tercio externo de la vagina, frente a la introducción del pene, los dedos, los tampones o los espéculos.

(continúa)

Otras Categorías	
Trastorno Sexual Debido a Una Enfermedad Médica.	Presencia de una alteración sexual clínicamente significativa, que se considera producida exclusivamente por los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica. Puede presentarse dolor durante el coito, deseo sexual hipoactivo, disfunción eréctil en el hombre u otras formas de disfunción sexual y debe provocar malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales.
Trastorno Sexual Inducido por Sustancias.	Alteración sexual clínicamente significativa que provoca malestar acusado o dificultad en las relaciones interpersonales. Según sea la sustancia consumida, el trastorno puede alterar el deseo y la excitación sexual, así como el orgasmo y producir dolor. La alteración puede explicarse en su totalidad por los efectos fisiológicos de una sustancia (drogas, fármacos o exposición a tóxicos).
Trastorno Sexual no Especificado.	Trastornos sexuales que no cumplen los criterios para un trastorno sexual específico.

Los criterios diagnósticos del DSM para las disfunciones sexuales no especifican una duración o frecuencia mínimas, sino que vienen determinados por la presencia de un alto grado de malestar o dificultades interpersonales asociadas al problema. Cada disfunción puede caracterizarse en subtipos, que incluyen tres diferenciaciones: a) si ha sucedido desde el inicio de la actividad sexual del paciente (*primaria*) o ha sido adquirida, esto es, se ha desarrollado después de un funcionamiento sexual normal (*secundaria*); b) si ocurre en todas las situaciones con todas las parejas (*generalizada*) o si se limita a determinados tipos de estimulaciones, situaciones o parejas (*situacional*); y c) si el problema responde a una causa orgánica o médica (*orgánico*) o si por el contrario, una vez descartada ésta, son los factores psicológicos o funcionales los que lo pueden estar produciendo (*funcional*).

Considerando los resultados de las investigaciones sobre disfunciones sexuales a partir del año 2000, el DSM-V (APA, 2010) propone, en el borrador anticipado por los responsables del grupo de trabajo del mismo, una nueva propuesta de clasificación de los trastornos sexuales. La Tabla 15.2 muestra la comparativa entre las clasificaciones propuestas por el DSM-IV-TR y el DSM-V.

Tabla 15.2. Comparativa entre las Clasificaciones de las Disfunciones Sexuales Propuestas por el DSM-IV-TR y el DSM-V.

DSM-IV-TR	DSM-V
Trastornos del Deseo Sexual	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deseo sexual hipoactivo (en hombres y mujeres). ▪ Trastorno por aversión al sexo (en hombres y mujeres)¹. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastornos del interés y de la excitación sexual (en hombres y mujeres)². ▪ Trastorno hipersexual (en hombres y mujeres)³.
Trastornos de la Excitación Sexual	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastorno de la excitación sexual en la mujer. ▪ Trastorno de la erección en el hombre. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastornos del interés y de la excitación sexual (en el hombre y en la mujer)². ▪ Disfunción eréctil masculina.
Trastornos Orgásmicos	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastorno orgásmico femenino. ▪ Trastorno orgásmico masculino. ▪ Eyaculación precoz. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastorno orgásmico masculino o femenino. ▪ Eyaculación precoz (en hombres).
Trastornos Sexuales por Dolor	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dispareunia, en el hombre y la mujer⁴. ▪ Vaginismo, en la mujer. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastorno de dolor genitopélvico durante la penetración, en la mujer.
Otras Categorías	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastorno sexual debido a una enfermedad médica. ▪ Trastorno sexual inducido por sustancias. ▪ Trastorno sexual no especificado. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastorno sexual debido a una enfermedad médica. ▪ Trastorno sexual inducido por sustancias. ▪ Trastorno sexual no especificado.

¹ Por sus características, los *trastornos por aversión al sexo* (en hombres y mujeres) podrían eliminarse del ámbito de las disfunciones sexuales e incluirse dentro de las fobias específicas incluidas en los trastornos de ansiedad (podrían considerarse como la ansiedad provocada por ciertos estímulos sexuales o experiencias sexuales específicas).

² Se incluiría una nueva categoría denominada *trastorno de interés/excitación sexual en la mujer*, uniendo el *trastorno del deseo sexual hipoactivo* y el *trastorno de excitación sexual femenino*.

³ En la actualidad el *trastorno hipersexual* conocido como *adicción al sexo*, en el DSM-IV-TR se incluía en la categoría de *trastornos sexuales no especificados*.

⁴ Se suprimen los posibles *trastornos disparéunicos* en el caso de los hombres debido a su baja incidencia y se incluyen dentro de *trastornos sexuales no especificados*. Igualmente sucede con el *vaginismo* y se incluye en una nueva categoría diagnóstica denominada *trastorno de dolor genitopélvico y de la penetración*.

1.2. Epidemiología

A pesar de que existen estudios epidemiológicos referentes a la incidencia de los trastornos sexuales, los datos existentes manifiestan una gran variabilidad. Por esta razón no se conoce con exactitud cuál es la prevalencia exacta de las disfunciones sexuales en la población general. En lo que sí coinciden los estudios existentes es en la elevada prevalencia de los trastornos sexuales tanto en hombres como en mujeres a lo largo de su vida. Master y Johnson (1970) ya proponían cifras alrededor del 50% en parejas heterosexuales. Posteriormente, el estudio ECA (*Epidemiologic Catchment Area*) llevado a cabo por el Instituto de Salud Mental de Estados Unidos (Eaton y cols., 1984; Klerman, 1986a y 1986b; Regier y cols., 1984) estimaba la prevalencia de las disfunciones sexuales, en general, en el 24%, lo que las sitúa como el segundo diagnóstico más frecuente tras el uso del tabaco. Sin embargo, este trabajo no aporta datos sobre la prevalencia de cada disfunción específica.

Estudios de revisión coinciden en que los problemas más frecuentes en población general son: en hombres, en primer lugar la eyaculación precoz seguido de los trastornos de erección, mientras que en las mujeres el problema de mayor prevalencia es el trastorno del deseo sexual hipoactivo seguido del trastorno orgásmico (Nathan, 1986; Spector y Carey, 1990). La mayoría de estudios coinciden en citar los anteriores como los más prevalentes y añaden los siguientes en tercer y cuarto lugar, respectivamente: los trastornos orgásmicos y la dispareunia en el caso de los hombres, y los trastornos de la excitación y la dispareunia en la caso de las mujeres.

1.3. Etiología y Curso

Son muchos los factores que están implicados tanto en el inicio como en el mantenimiento de las disfunciones sexuales. Es por ello que, en la mayoría de los casos, no es posible hablar de un único factor como responsable de la etiología del trastorno concreto y es necesario recurrir a modelos multi-causales. Lo que sí podemos afirmar es que, pese a lo que se pensaba hasta fechas relativamente recientes, en la mayoría de los casos son los factores no orgánicos los que desempeñan un papel fundamental en la etiología de los problemas sexuales. Así lo afirmaban determinados autores que situaban las causas orgánicas tan sólo en un 5-10% de los casos (Kaplan, 1974; Master y Johnson, 1970). A continuación se describen los principales factores relacionados con las disfunciones sexuales:

1. *Factores psicológicos*. Existen una gran variedad de factores psicológicos implicados en la etiología de las disfunciones sexuales. Hawton (1985) los clasifica según su momento de actuación, distinguiendo tres tipos: a) *factores predisponentes*, incluyen todos aquellos factores que preparan o facilitan la aparición de la disfunción a medio o a largo plazo; b) *factores precipitantes*, constituyen experiencias o situaciones que actúan como desencadenantes a corto plazo en la aparición de la disfunción; y c) *factores de mantenimiento*, son todos aquellos que explican la persistencia de la disfunción a lo largo del tiempo. La Tabla 15.3 muestra los factores psicológicos implicados en la etiología de las disfunciones sexuales.

Considerando la gran cantidad de factores relacionados con la etiología de las disfunciones sexuales, a modo de resumen Labrador (1994) destaca tres aspectos que de manera general se manifiestan en la mayoría de las disfunciones sexuales: 1) la *ansiedad* asociada a las relaciones sexuales, 2) la *falta de habilidades y conocimiento sexual* propio y de la pareja, y 3) la adopción del *rol de espectador* en la relación. Además, junto a estos factores es de resaltar la importancia de una *inadecuada educación sexual* (Crespo, Labrador y de la Puente, 2011).

Tabla 15.3. Factores Psicológicos de las Disfunciones Sexuales (Hawton, 1988).

1. Factores Predisponentes
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Educación moral y religiosa restrictiva. ▪ Relaciones deterioradas entre los padres durante la infancia. ▪ Educación sexual inadecuada. ▪ Experiencias sexuales traumáticas durante la infancia. ▪ Inseguridad en el rol psicosexual durante los primeros años.
2. Factores Precipitantes
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Parto. ▪ Problemas de relación de la pareja. ▪ Infidelidad. ▪ Expectativas poco razonables. ▪ Disfunción en la pareja con la que se mantiene la relación. ▪ Algún fracaso esporádico. ▪ Reacción a algún trastorno orgánico. ▪ Edad (y cambio en las respuestas como consecuencia de ésta). ▪ Depresión y ansiedad. ▪ Experiencias sexuales traumáticas.
3. Factores de Mantenimiento
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ansiedad ante la interacción sexual. ▪ Anticipación de fallo o fracaso. ▪ Sentimientos de culpabilidad. ▪ Falta de atracción entre los miembros de la pareja. ▪ Comunicación pobre entre los miembros de la pareja. ▪ Problemas generales en la relación de pareja. ▪ Miedo a la intimidad. ▪ Deterioro de la autoimagen. ▪ Información sexual inadecuada. ▪ Escaso tiempo dedicado a las caricias previas al coito. ▪ Trastornos comportamentales más generales (depresión, alcoholismo, anorexia, ansiedad...).

2. *Factores físicos.* Es posible diferenciar dos tipos de causas físicas en la etiología de las disfunciones sexuales: a) las que ejercen un *efecto indirecto* sobre la disfunción (por ejemplo, un dolor de espalda agudo o crónico o la enfermedad obstructiva crónica) produciendo reacciones negativas en la persona que se ve afectada por la enfermedad, sobre todo anticipación de resultados negativos ante el acto sexual (dolor, fracaso...), con la consiguiente disminución de la autoestima; y b) las que ejercen un *efecto directo* sobre la disfunción, entre las que se encuentran las relacionadas con el sistema cardiovascular (hipertensión, infarto de miocardio...), con el sistema endocrino (hipogonadismo, diabetes, hipo/hipertiroidismo...), con el tracto genitourinario (priapismo, prostatitis...), con el sistema músculo-esquelético (artritis...) y sistema nervioso (esclerosis múltiple, lesiones en la médula espinal...).
3. *Efecto de fármacos y drogas.* Pueden actuar *directamente* sobre la conducta sexual (alcohol, cocaína...) o la afectan de forma *indirecta* como efecto secundario a su acción (tranquilizantes, antihipertensivos...).

En relación al curso de las disfunciones sexuales, en función de su origen éstas pueden considerarse de carácter *primario* o *secundario*. Tiene carácter *primario* si el problema tiene su inicio en el comienzo de la historia sexual del sujeto, y carácter *secundario* si el sujeto ha mantenido una historia sexual satisfactoria previa y a partir de cierto acontecimiento o experiencia sexual o no sexual ha comenzado a padecer la disfunción sexual concreta.

2 EVALUACIÓN DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

En un primer momento, para llevar a cabo el proceso de evaluación el terapeuta ha de recoger dos tipos de información fundamental: a) la información necesaria para realizar el diagnóstico clínico de la disfunción concreta de que se trate; y b) los datos necesarios para poder efectuar el análisis causal o etiológico que le permitan conceptualizar el caso y llevar a cabo una planificación del tratamiento.

Siguiendo la propuesta de Carrobles y Almendros (2011), para llevar a cabo el proceso de diagnóstico clínico del problema el terapeuta puede utilizar los actuales manuales diagnósticos que contienen criterios diagnósticos establecidos y consensuados internacionalmente (DSM-IV-TR o futuro DSM-V, CIE-10). Para ello se solicitará la información necesaria al paciente sobre su problema, y los datos obtenidos se compararán con el conjunto de síntomas o características que contienen los correspondientes cuadros diagnósticos que ofrecen los manuales para cada una de las disfunciones sexuales existentes, de manera que el clínico decide en cuál de ellos puede clasificar el problema del paciente. A esta acción clasificatoria es a lo que se denomina clínicamente «diagnóstico».

Posteriormente al diagnóstico, la siguiente tarea por parte del clínico es la de establecer las posibles causas del trastorno sexual que se está considerando y consiste en establecer las posibles causas orgánicas, relacionales o contextuales que pueden estar generando o manteniendo el problema concreto, de manera que posteriormente se pueda orientar la intervención terapéutica. Los autores anteriormente

citados proponen un esquema simplificado para la determinación de las causas del problema, que denominan «Sistema Clasificador Integrado Tipológico Funcional» para la evaluación de los problemas sexuales, y que sugiere la recogida de información sobre cuatro aspectos o dimensiones básicas del problema según se recogen en la Tabla 15.4.

Tabla 15.4. Información Básica a Recoger Siguiendo el «Sistema Clasificador Integrado Tipológico Funcional» (Carrobles y Sanz, 2011).

Dimensión Etiológica	
Orgánico	Funcional
Causa orgánica o médica	Causas relacionales o funcionales
Dimensión Temporal	
Primaria	Secundaria
Inicio del problema al comienzo de la historia sexual del paciente	El problema se origina a partir de un determinado suceso o experiencia sexual o no sexual
Dimensión Situacional	
Generalizada	Situacional
El problema se ha extendido a un amplio número o al total de las experiencias sexuales	El problema se reduce a una o unas experiencias sexuales determinadas o aisladas
Dimensión de Gravedad	
Total	Parcial
El problema se manifiesta en su máximo nivel	La alteración no es total

En consecuencia, el protocolo de evaluación de las disfunciones sexuales debe incluir las siguientes áreas (Sierra y Buela-Casal, 2009):

- **Área médica:** la determinación de posibles causas orgánicas en el origen de una disfunción sexual nos conducirá a un tratamiento de tipo médico; en el caso contrario, o en caso de establecerse causas de tipo mixto, se necesitará un tratamiento psicológico. La determinación de la dimensión situacional del problema nos permitirá descartar un problema de causa orgánica, dado que si la disfunción aparece únicamente en situaciones específicas podemos afirmar con alta seguridad que el problema tiene un origen psicológico.
- **Área psíquica:** se debe recoger información acerca del estado mental del paciente, dado que la disfunción sexual podría ser un síntoma más de una disfunción mental grave. Es importante

descartar posibles trastornos depresivos, fobias, alucinaciones, etc. La actitud que mantenga el paciente en la entrevista y su relación con el entrevistador suelen proporcionar una idea al respecto.

- Área de la pareja: la situación en la relación de pareja del paciente puede constituir una causa de la disfunción sexual. Podemos destacar el temor al rechazo producido por un miembro de la pareja, la falta de atracción o comunicación, e incluso puede ser la propia disfunción sexual la que conlleve situaciones conflictivas en la pareja. El terapeuta puede descubrir el tipo de relación que se establece en la pareja a través de la simple observación en la forma de actuar o interactuar de la misma.
- Área de la sexualidad: es importante realizar una historia psicosexual del paciente (educación sexual, primer recuerdo erótico, masturbación, relaciones con sus familiares, comportamientos sexuales desarrollados...), así como determinar la condición sexual o experiencias sexuales actuales.

2.1. Evaluación para la Delimitación del Problema: Contraste de Hipótesis Diagnósticas

Como se ha indicado anteriormente, en un primer lugar el clínico ha de recoger la información necesaria para poder llevar a cabo un juicio diagnóstico sobre el problema. A continuación se describe el proceso y los instrumentos necesarios para llevar a cabo dicha tarea.

2.1.1. Instrumentos de Evaluación para la Delimitación del Problema

Para llevar a cabo la recogida de información el clínico dispone de una gran variedad de técnicas o instrumentos de evaluación. En este caso, adaptados al ámbito peculiar de los trastornos sexuales debido a la naturaleza y connotaciones personales, éticas y culturales asociadas a este tipo de trastornos.

2.1.1.1. La Entrevista

La entrevista constituye la principal herramienta y el pilar básico en la evaluación de las disfunciones sexuales. No obstante, a diferencia de como sucede en el caso de otros trastornos incluidos en los Ejes I y II, en el caso específico de los trastornos sexuales no existen en la actualidad entrevistas estandarizadas que se encuentren validadas psicométricamente. Tampoco las entrevistas de carácter general *Diagnostic Interview Schedule (DIS)* o la *Structured Clinical Interview (SCID)* para los trastornos del DSM-IV cubren en ninguno de sus apartados la evaluación de las disfunciones sexuales.

De esta manera es el clínico el que ha de elaborar una entrevista que cubra todos los aspectos necesarios para poder llevar a cabo un diagnóstico acertado del problema. Hay muchos autores que propor-

cionan sugerencias y recomendaciones sobre las características que han de tener este tipo de entrevistas (Bach, Wineze y Barlow, 2001; Maurice, 1999; McConaghy, 2003, Wineze y Carey, 2001). Nosotros seguiremos la propuesta de Carrobles y Sanz (1991).

La entrevista para la evaluación de los problemas sexuales se puede descomponer en dos formatos básicos que se complementan entre sí: la entrevista para la evaluación inicial del problema y la entrevista de evaluación o historia sexual propiamente dicha.

1. *Entrevista para la evaluación inicial del problema.* Presenta dos objetivos fundamentales: a) determinar la naturaleza del problema y si requiere una terapia sexual, o si por el contrario, se hace aconsejable otro tipo de terapia; y b) comprobar si se dan los requisitos básicos para llevar a cabo una terapia sexual.

La Tabla 15.5 incluye los datos necesarios a recoger en la entrevista inicial con el fin de cubrir los objetivos fundamentales en la evaluación para el diagnóstico del problema.

Tabla 15.5. *Entrevista para la Evaluación Inicial del Problema (Adaptado de Carrobles y Sanz, 1991).*

1. Naturaleza del Problema y Adecuación del Mismo para una Terapia Sexual	
Factores	
a) Tipo y naturaleza del problema sexual presentado por el cliente o la pareja.	Constituye el objetivo básico de la asistencia a la consulta.
b) Existencia o no de patología o causa orgánica.	Es conveniente someter a los pacientes a un reconocimiento ginecológico o urológico como parte de la entrevista inicial, especialmente en problemas como la impotencia o la dispareunia, donde la patología orgánica es muy frecuente.
c) Existencia o no de patologías psicológicas relacionadas con el problema sexual.	En caso de existir ésta, se ha de establecer la posible relación causa-efecto entre el problema sexual y el psicológico, y concretar las prioridades terapéuticas entre ambos para asegurarse que el problema sexual no esté afectando al comportamiento normal del paciente, ni interfiera en la terapia sexual.
d) Posibles problemas maritales o de relación interpersonal	Con el objetivo de descartar la posible existencia de problemas maritales. Dado que en la mayoría de los casos se presentan conjuntamente y es difícil decidir si es prioritaria la terapia de pareja o la terapia sexual, se suelen llevar a cabo conjuntamente.

(continúa)

2. Condiciones y Requisitos para Llevar a Cabo una Terapia Sexual**Factores**

a) Nivel de motivación hacia el cambio.	El grado de aparición de estos factores va a determinar el curso de la terapia y el nivel de éxito de la misma
b) Grado de cooperación y compromiso esperado durante la posible terapia.	
c) Posibles estilos de vida inadecuados.	
d) Adecuación y grado de relación establecidos durante la entrevista entre el terapeuta y los clientes.	

2. *Entrevista de evaluación o historia sexual propiamente dicha.* En ella han de cubrirse dos objetivos fundamentales: a) realizar un análisis funcional de la conducta y de los problemas presentados actualmente por la pareja; y b) obtener una historia sobre la evolución del problema, de forma que se exploren las creencias, actitudes y conductas sexuales y su relación con el/los problemas presentados por el cliente. La obtención de estos datos permitirá diseñar las hipótesis explicativas correspondientes para el posterior desarrollo del programa de intervención terapéutica.

La Tabla 15.6 presenta las áreas generales a cubrir en la entrevista de evaluación propuesta por Carrolles (1981).

Tabla 15.6. *Formato Básico General de Historia Sexual (Carrolles, 1981).*

I. Historia del problema
1. Infancia y medio familiar: <ul style="list-style-type: none"> a) Ambiente familiar. b) Formación religiosa. c) Actitudes de los padres y otros adultos significativos respecto al sexo. d) Experiencias sexuales tempranas.
2. Pubertad y adolescencia: <ul style="list-style-type: none"> a) Educación e información sexual que ha recibido b) Primeras experiencias sexuales: sueños, fantasías, erección, menstruación, eyaculación, masturbación, orgasmo; experiencias sexuales: con el mismo sexo, con el sexo opuesto; primera experiencia de coito; otras experiencias sexuales.
3. Relación socio-sexual con su actual pareja: primeras experiencias, experiencias posteriores.

(continúa)

II. Conducta sexual: análisis funcional

1. Actitudes y creencias respecto al sexo.
2. Conducta sexual:
 - a) Actividades sexuales distintas del coito.
 - b) Posibles relaciones extramaritales.
 - c) Comunicación entre la pareja.
 - d) Relación marital.
 - e) Estilo de vida.
3. Dificultades o problemas existentes:
 - a) Descripción del problema.
 - b) Aparición y curso del problema.
 - c) Autoexplicación sobre el origen y mantenimiento del problema.
 - d) Intentos de solución del problema.
4. Expectativas y metas en relación con los resultados de la terapia.
5. Motivación hacia el cambio o la terapia.

2.1.1.2. Escalas de Puntuación y Evidencias de Fiabilidad y Validez

Frente a la información proporcionada por la entrevista, las escalas de puntuación permiten realizar un diagnóstico dimensional considerando las puntuaciones obtenidas por el individuo evaluado en relación a su grupo de referencia. Como en todos los casos, además de adecuados índices psicométricos, considerando las características de las disfunciones sexuales los instrumentos utilizados para la evaluación deberían cumplir las siguientes propiedades (García-García y Rico-Valdemoros Gamoneda, 2005):

1. Factibilidad: deben ser breves y poco intrusivos.
2. Especificidad según el sexo: con preguntas exclusivas para varones y mujeres. Dado que las disfunciones sexuales presentan características diferentes en función del género, y aunque la tendencia de las clasificaciones psiquiátricas es equipararlas y definir características comunes, esto no es posible sin distorsionar la naturaleza de los procesos de disfunción en el varón y la mujer.
3. Especificidad según la fase del ciclo de la respuesta sexual que se pretenda evaluar, con preguntas específicas que permitan detectar y evaluar los posibles problemas de disfunción sexual en cada una de ellas.
4. Capacidad para discriminar la etiología de la disfunción sexual que se detecte. Con preguntas redactadas de tal forma que permitan discernir los problemas de disfunción sexual debidos a la propia enfermedad de aquéllos debidos al tratamiento de psicofármacos.

5. Capacidad para discriminar entre la incidencia de la disfunción sexual y la disfunción sexual premórbida y existente a lo largo de la vida. Con preguntas redactadas de tal forma que permitan distinguir la disfunción sexual debida a tratamiento con psicofármacos de la preexistente debida a otras causas.

En la última edición del *Handbook of Sexuality-Related Measures* (Davis, Yarber, Bauserman, Schereer y Davis, 1998) se incluyen hasta 214 medidas de autoinforme relacionadas con la sexualidad. En este capítulo se han seleccionado las medidas más relevantes, de acuerdo a dos criterios básicos: a) que evalúen las funciones sexuales de manera clínicamente útil; y b) tener propiedades psicométricas adecuadas (Meana, Binik y Thaler, 2008).

Los instrumentos seleccionados para la realización del diagnóstico se han clasificado según evalúen el funcionamiento sexual global o se refieran a disfunciones específicas. Así, como instrumentos de valoración del funcionamiento sexual global y para utilizar con hombres, mujeres y parejas se proponen el *Inventario de Satisfacción Sexual de Golombok-Rust GRISS* y la *Entrevista para el Funcionamiento Sexual de Derogatis DISF/DISF-R*. En el mismo contexto, pero para utilizar únicamente con mujeres destacan el *Índice Breve del Funcionamiento Sexual en las mujeres BISF-W*, el *Cuestionario sobre la Función Sexual Femenina FSFI*, el *Cuestionario McCoy de Sexualidad Femenina MFSQ*, el *Cuestionario de Funcionamiento Sexual SFQ* y el *Método Estructurado de Diagnóstico SDM*; y para utilizar específicamente con hombres el *Inventario Breve de Función Sexual para Hombres BSFI-M*, el *Índice Internacional de Función Eréctil IIEF* y el *Cuestionario de Salud Sexual para Hombres MSHQ*. Como instrumentos de diagnóstico para disfunciones específicas se indican la *Escala de Aversión Sexual SAS* y el *Índice Internacional de Función Eréctil IIEF*. Estos instrumentos se describen de forma detallada en la Tabla 15.7.

Todos estos instrumentos muestran entre adecuadas y excelentes propiedades psicométricas, referidas tanto a índices de fiabilidad (consistencia interna y fiabilidad test-retest) como de validez (de contenido y de constructo), a excepción del *SAS* cuyos estudios de validez de constructo aún no han sido llevados a cabo, y de la *SMD* cuyos estudios de fiabilidad tampoco se han realizado. Asimismo, todos ellos manifiestan una adecuada utilidad clínica en el contexto de la diagnosis del caso. En la Tabla 15.7 se destacan los instrumentos altamente recomendados para este fin.

Tabla 15.7. Instrumentos de Autoinforme Utilizados para el Diagnóstico de los Problemas Sexuales.

Funcionamiento Sexual Global		
Utilizar con Hombres, Mujeres y Parejas		
<p>Inventario de Satisfacción Sexual de Golombok-Rust GRISS (<i>Golombok-Rust Inventory of Sexual Satisfaction</i>; Rust y Golombok, 1985, 1986, 1998).</p>	<p>Constituido por un total de 56 ítems (28 para hombres y 28 para mujeres). Escala tipo Likert de 5 puntos. Tiempo estimado de cumplimentación: 5 minutos.</p>	<p>Evalúa la existencia y gravedad de problemas sexuales. Proporciona información sobre 5 subescalas específicas para hombres (disfunción eréctil, eyaculación precoz, falta de sensualidad, evitación e insatisfacción), 5 subescalas específicas para mujeres (anorgasmia, vaginismo, falta de sensualidad, evitación e insatisfacción) y 2 subescalas comunes (infrecuencia y falta de comunicación acerca del sexo). Proporciona una puntuación global (de forma independiente para hombres y para mujeres) sobre la calidad del funcionamiento sexual en el contexto de la relación de pareja, además de puntuaciones en cada una de las subescalas.</p>
<p>Entrevista para el Funcionamiento Sexual de Derogatis DISF/DISF-R (<i>Derogatis Interview for Sexual Functioning</i>; Derogatis, 1997, 1998).</p>	<p>El DISF es un instrumento heteroaplicado y el DISF-R es autoaplicado. Constan de 26 ítems. Tiempo de cumplimentación estimado: entre 15 y 20 minutos.</p>	<p>Se trata de un instrumento breve, específico para cada sexo y multidimensional. Mide el nivel de funcionamiento sexual a través de 5 dimensiones: cogniciones sexuales/fantasía, <i>arousal</i>, conductas/experiencias sexuales, orgasmo y motivación sexual/pareja. Permite obtener un índice global de funcionamiento sexual sumando las puntuaciones obtenidas en cada escala.</p>

(continúa)

Funcionamiento Sexual Global		
Uso Exclusivo en Mujeres		
Índice Breve del Funcionamiento Sexual en las Mujeres BISF-W (<i>Brief Index of Sexual Functionig for Women</i> ; Rosen, Taylor y Leiblum, 1988; Taylor, Rosen y Leiblum, 1994).	Consta de 22 ítems, con respuestas de diferentes tipos (escalas de adjetivos, de elección múltiple y de verdadero y falso). Tiempo de cumplimentación estimado: entre 15 y 20 minutos.	Proporciona información sobre el funcionamiento sexual global a través de 5 dimensiones: interés/deseo sexual, activación, frecuencia de la actividad sexual, receptividad/iniciación y problemas que afectan al funcionamiento sexual. Aplicable a mujeres heterosexuales y homosexuales.
* Cuestionario sobre la Función Sexual Femenina FSFI (<i>Female Sexual Function Index</i> ; Rosen et al., 2000).	Cuestionario autoaplicado de 19 ítems evaluados a través de una escala de tipo Likert de 5 puntos. Tiempo de administración: 15 minutos.	Evalúa la función sexual femenina a través de cinco dimensiones: deseo/activación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Proporciona también una puntuación de la función sexual femenina. Se recomienda su uso como un instrumento de <i>screening</i> más que de diagnóstico.
* Cuestionario McCoy de Sexualidad Femenina MFSQ (<i>McCoy Female Sexuality Questionnaire</i> ; McCoy y Matyas, 1998).	Consta de 19 ítems y el tiempo de administración es de 10 minutos.	Evalúa el nivel de interés y respuesta sexual de la mujer en las cuatro semanas anteriores a la aplicación del cuestionario.
* Cuestionario de Funcionamiento Sexual SFQ (<i>Sexual Function Questionnaire</i> ; Quirk, Heiman, Rosen, Laan, Smith y Boolell, 2002; Quirk, Haughie y Symonds, 2005).	Consta de 34 ítems. Tiempo de administración: 15 a 20 minutos.	Evalúa las múltiples dimensiones de la función sexual femenina y la satisfacción sexual de la mujer sometida a ensayos clínicos farmacológicos. Las dimensiones evaluadas son: deseo, arousal-sensaciones, arousal-lubricación, arousal subjetivo, disfrute, orgasmo, miedo y relaciones de pareja.

(continúa)

Funcionamiento Sexual Global

Uso Exclusivo en Mujeres

Método Estructurado de Diagnóstico **SDM** (*Estructured Diagnostic Method*; Utian, McLean, Symonds, SymonsSomayaji y Sisson, 2005).

Consiste en la aplicación de cuatro medidas de autoinforme seguida de una entrevista clínica.

Método novedoso para el diagnóstico de disfunciones sexuales en mujeres postmenopáusicas. Las cuatro medidas de autoinforme son el *Life Satisfaction Checklist* (Fugl-Meyer, Lodnert, Branholm y Fugl-Meyer, 1997), las primeras 7 preguntas del componente sexual del *Medical History Questionnaire* (Pfeiffer y Davis, 1972), la *FSDS* y la *SFQ*.

Uso Exclusivo para Hombres

Inventario Breve de Función Sexual para Hombres **BSFI-M** (*Brief Index of Sexual Function for Men*; O'Leary et al. 1995).

Consta de 11 ítems evaluados a través de una escala tipo Likert de 5 puntos.

Evalúa la función sexual masculina en las siguientes dimensiones: impulso sexual, erección, eyaculación, problemas subjetivos en la evaluación del impulso y satisfacción global.

Índice Internacional de Función Eréctil **IIEF** (*International Index of Erectile Function*; Rosen, Riley, Wagner, Osterloh, Kirpatrick y Mishra, 1997).

Cuestionario autoaplicado de 15 ítems evaluados a través de una escala de tipo Likert de 5 puntos que hacen referencia a frecuencia, dificultad, intensidad o a satisfacción. Tiempo estimado de administración: 15 minutos.

Evalúa la función eréctil masculina a través de las fases de la respuesta sexual y la satisfacción con la vida sexual. Concretamente recoge 5 dimensiones: deseo, erección, orgasmo, satisfacción en la relación sexual y satisfacción global. Aunque es un instrumento utilizado fundamentalmente para evaluar los cambios debidos al tratamiento, también se utiliza como un instrumento de diagnóstico.

Cuestionario de Salud Sexual para Hombres **MSHQ** (*Male Sexual Health Questionnaire*; Rosen, Catania, Pollack, Althof, O'Leary y Seftel, 2004).

Consta de 25 ítems autoadministrados.

Evalúa el funcionamiento sexual y la satisfacción en hombres de edad avanzada con problemas urogenitales relacionados con enfermedades físicas (cáncer de próstata, enfermedades del corazón...). Es aplicable a hombres heterosexuales y homosexuales.

(continúa)

Disfunciones Específicas		
Escala de Aversión Sexual SAS (<i>Sexual Aversion Scale</i> ; Katz, Gipson, Kearly y Kriskovich, 1989; Katz, Gipson y Turner, 1992).	Cuestionario de 30 ítems evaluados a través de una escala tipo Likert de 4 puntos.	Evalúa miedo y evitación fóbica al contacto sexual asociados a traumas sexuales, culpa, inhibiciones sociales y miedo a las enfermedades de transmisión sexual.
* Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF).	Descrito anteriormente.	

* Instrumentos altamente recomendados para el diagnóstico de las disfunciones sexuales.

2.1.2. Diagnóstico Diferencial y Comorbilidad

En la evaluación de las disfunciones sexuales el diagnóstico de un trastorno concreto no es siempre claro, debido no sólo al solapamiento que se puede producir entre ellos mismos sino también al que se puede producir con otros trastornos, tanto de tipo psicológico (particularmente del Eje I y del Eje II) como de tipo médico. De forma general, y siguiendo la propuesta del DSM-IV-TR, para llevar a cabo el diagnóstico diferencial de un trastorno sexual el evaluador habrá de considerar las siguientes situaciones:

- Si se establece que el trastorno sexual está causado exclusivamente por los factores fisiológicos de una enfermedad médica específica, el diagnóstico debe ser *trastorno sexual debido a una enfermedad médica*.
- En caso de que se considere que el trastorno sexual está causado exclusivamente por los efectos fisiológicos de drogas, de fármacos o de exposición a tóxicos, el diagnóstico debe ser *trastorno sexual inducido por sustancias*.
- Si el evaluador determina que el trastorno sexual es debido tanto a una enfermedad médica como al consumo de sustancias, deben efectuarse los dos diagnósticos (*trastorno sexual debido a una enfermedad médica y trastorno sexual inducido por sustancias*).
- Si en la etiología del problema se establece la combinación de factores psicológicos y una enfermedad médica o consumo de una sustancia, pero ninguna de estas causas es suficiente para explicar el problema, entonces el diagnóstico ha de ser *trastorno sexual con subtipo debido a factores combinados*.
- Si el evaluador no puede determinar el papel etiológico de los factores psicológicos, de alguna enfermedad médica o del consumo de sustancias, entonces debe establecerse el diagnóstico de *trastorno sexual no especificado*.
- No debe establecerse el diagnóstico de trastorno sexual si la disfunción sexual se explica mejor por la presencia de otro trastorno del Eje I (por ejemplo, si la existencia de una disminución del deseo sexual se produce exclusivamente en el contexto de un episodio depresivo mayor).

- g) No obstante, si la disfunción sexual antecede al trastorno del Eje I o constituye objeto de atención clínica independiente, entonces sí debe establecerse el diagnóstico adicional de trastorno sexual.
- h) Habitualmente, cuando aparece un trastorno sexual (por ejemplo, trastorno de la excitación sexual) se observan paralelamente otros trastornos sexuales (por ejemplo, deseo sexual inhibido). En estos casos deben diagnosticarse todos ellos.
- i) Puede coexistir un *trastorno de la personalidad* con un trastorno sexual, en este caso el trastorno sexual debe registrarse en el Eje I, y el trastorno de la personalidad en el Eje II.
- j) Cuando otro problema clínico (como un *problema relacional*) se asocia a una alteración de la función sexual, debe diagnosticarse el trastorno sexual y ha de incluirse también el problema clínico en el Eje I.
- k) Las alteraciones eventuales del deseo sexual, de la excitación o del orgasmo, que no sean persistentes ni recurrentes o no vayan acompañadas de malestar intenso o dificultades interpersonales, no se consideran trastornos sexuales.

En relación a la comorbilidad, las clasificaciones de los trastornos sexuales llevadas a cabo en función de las fases de la respuesta sexual conllevan en algunos casos solapamientos diagnósticos (Labrador y Crespo, 2001). Por ejemplo, Segraves y Segraves (1991), en un estudio con 588 pacientes (varones y mujeres) diagnosticados de trastorno de deseo sexual hipoactivo, encontraron que un 41% de las mujeres y un 47% de los varones presentaban al menos otra disfunción sexual. Es más, un 18% de las mujeres del estudio recibieron diagnósticos en las tres categorías de trastornos del deseo, la excitación y el orgasmo. En estos casos es difícil establecer qué condición es primaria, resultando esta decisión de gran relevancia clínica para la determinación del tratamiento a seguir. Asimismo, son frecuentes las disfunciones sexuales asociadas a trastornos del Eje I (por ejemplo, trastorno de la erección en el hombre o deseo hipoactivo y depresión mayor). La Tabla 15.8 muestra los trastornos que más frecuentemente pueden solaparse con las disfunciones sexuales así como la comorbilidad con otros problemas.

Tabla 15.8. *Diagnóstico Diferencial y Comorbilidad de los Trastornos Sexuales.*

Trastornos del Deseo Sexual	
Deseo Sexual Hipoactivo.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastorno sexual debido a una enfermedad médica: alteraciones neurológicas, hormonales y metabólicas. ▪ Trastorno sexual inducido por sustancias. ▪ Otros trastornos del Eje I: trastorno depresivo mayor, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés post traumático, entre otros. ▪ Comórbido con otras disfunciones como el trastorno de la erección en el hombre.
Trastorno por Aversión al Sexo.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Otros trastornos del Eje I: depresión, trastorno de estrés post traumático y obsesivo compulsivo, entre otros. ▪ Este trastorno puede cumplir con el criterio de la fobia específica (podría eliminarse del ámbito de las disfunciones sexuales e incluirse dentro de las fobias específicas en el DSM-V). ▪ Comórbido con otras disfunciones como la dispareunia.
Impulso Sexual Excesivo.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuando el impulso sexual excesivo es secundario a un trastorno del humor se debe diagnosticar como impulso sexual excesivo. ▪ Cuando este trastorno aparece en los estadios iniciales de la demencia también se debe diagnosticar como impulso sexual excesivo.
Trastornos de la Excitación	
Trastorno de la Excitación Sexual en la Mujer.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastorno sexual debido a una enfermedad médica: disminución de niveles de estrógeno durante la menopausia, vaginitis atrófica, diabetes mellitus, radioterapia de la pelvis, reducción de la lubricación durante el periodo de lactancia. ▪ Trastorno sexual inducido por sustancias: lubricación disminuida producida por antihipertensivos o antihistamínicos. ▪ Comórbido con otras disfunciones, como el trastorno orgásmico femenino.
Trastorno de la Excitación Sexual en el Hombre.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trastorno sexual debido a enfermedad médica: diabetes mellitus, esclerosis múltiple, insuficiencia renal, neuropatía periférica, trastorno vascular periférico, lesión medular, alteraciones del sistema nervioso vegetativo producidas por radiación o cirugía. ▪ Trastorno sexual inducido por sustancias: antidepresivos, antihipertensivos, neurolepticos o drogas. ▪ Otros trastornos del Eje I: trastorno depresivo mayor o trastorno obsesivo-compulsivo. ▪ Comórbido con otras disfunciones, como la eyaculación precoz.

(continúa)

Trastornos del Orgasmo

Trastorno Orgásmico Femenino.

- Trastorno sexual debido a una enfermedad médica: lesión medular.
- Trastorno sexual inducido por sustancias: antidepresivos, benzodiazepinas, neurolépticos, antihipertensivos, opiáceos, etc.
- Otros trastornos del Eje I: trastorno depresivo mayor.
- Comórbido con otras disfunciones como los trastornos de la excitación sexual en la mujer.

Trastorno Orgásmico Masculino.

- Trastorno sexual debido a una enfermedad médica: hiperprolactinemia. Las medidas del umbral sensitivo pueden mostrar una reducción de la sensibilidad cutánea del pene debido a una enfermedad neurológica (lesiones medulares o neuropatías sensoriales).
- Trastorno sexual inducido por sustancias: alcohol, opiáceos, hipertensivos, antidepresivos, neurolépticos.
- Otros trastornos del Eje I: trastorno depresivo mayor.
- Trastorno sexual no especificado: eyaculación sin orgasmo placentero, orgasmo producido sin eyaculación de semen o con derrames en lugar de descarga de semen.
- Comórbido con otras disfunciones como los trastornos de la erección.

Eyaculación Precoz.

- Trastorno sexual inducido por sustancias: abstinencia de opiáceos y de alcohol.
- Trastorno de la erección en el hombre debido a una enfermedad médica. La eyaculación precoz debe diferenciarse de este trastorno, ya que algunos individuos con trastorno eréctil pueden suprimir las estrategias utilizadas habitualmente para retrasar el orgasmo. Otros necesitan una estimulación no coital prolongada con el fin de obtener el grado de erección suficiente para la penetración. En estas personas la excitación sexual puede ser tan intensa que la eyaculación se produce inmediatamente.

Trastornos Sexuales por Dolor

Dispareunia.

- Trastorno sexual debido a una enfermedad médica: insuficiente lubricación vaginal, tejido cicatrizal de la vagina, endometriosis o adherencias, atrofia vaginal posmenopáusica, privación temporal de estrógenos durante la lactancia, irritaciones o infecciones del tracto urinario o vaginal, enfermedades gastrointestinales.
- Trastorno sexual inducido por sustancias: flufenacina, tioridacina o la amoxapina, pueden hacer que el orgasmo resulte doloroso.
- Otros trastornos del Eje I: trastorno de somatización.
- Comórbido con otras disfunciones al margen del vaginismo, como el trastorno por aversión al sexo.

(continúa)

Trastornos Sexuales por Dolor

Vaginismo.

- Trastorno sexual debido a una enfermedad médica: endometriosis o infección vaginal.
- Aunque en el vaginismo puede aparecer dolor durante el coito no debe efectuarse el diagnóstico adicional de dispareunia. Tampoco se diagnostica vaginismo si los espasmos vaginales se explican por otro trastorno del Eje I, como el trastorno de somatización.
- Comórbido con otras disfunciones, como el deseo sexual hipoactivo.

3 EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO Y LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO

3.1. Variables Asociadas al Origen y Mantenimiento de las Disfunciones Sexuales

Una vez llevado a cabo el proceso de diagnóstico, el siguiente paso en el proceso de evaluación de las disfunciones sexuales consiste en determinar cuáles de las posibles variables que las investigaciones han relacionado con los diferentes trastornos, son las responsables del origen y mantenimiento del problema concreto que nos ocupa; de esta manera se podrá llevar a cabo una conceptualización del caso que guíe la posterior planificación del tratamiento a seguir. A continuación se exponen las principales variables y factores que se han relacionado con el origen y mantenimiento de las diferentes disfunciones:

1. Trastornos del Deseo Sexual

Los *trastornos del deseo sexual hipoactivo* se han explicado a partir de dos componentes principalmente: factores orgánicos y factores psicológicos. En relación a los componentes de tipo orgánico, son los trastornos endocrinos y la insuficiencia renal los más frecuentes, considerando también el consumo de alcohol y/o fármacos. No obstante, son los factores de tipo psicológico los que en la mayoría de los casos subyacen a este tipo de disfunciones. Entre los factores psicológicos destacan los siguientes: a) problemas de ansiedad relacionados con el hecho de tener relaciones sexuales (el origen de dicha ansiedad puede estar en una educación moral muy estricta, la adquisición de ansiedad anticipatoria ante la relación sexual o el miedo condicionado ante la intimidad); b) existencia de una imagen negativa y/o sentimientos negativos hacia uno mismo; y c) problemas en la relación de pareja o en el funcionamiento sexual de la pareja, dando lugar a «rutina en las relaciones de pareja» (Carrolles y Sanz, 1991).

En relación con los *problemas de aversión al sexo*, los pacientes suelen manifestar elevados niveles de ansiedad y pánico ante determinadas situaciones, objetos o actividades sexuales, más propios de

un trastorno fóbico. La diferencia más importante con las personas que padecen deseo sexual inhibido es el componente evitativo que tiene lugar en estos casos. Master, Johnson y Kolodny (1987) establecen cuatro grupos de causas para los problemas de aversión al sexo o fobias sexuales: a) actitudes y creencias muy negativas respecto al sexo por parte de los padres; b) haber sufrido algún tipo de trauma de carácter sexual, como violación, incesto o abusos sexuales; c) presión sexual por parte del otro miembro de la pareja; y d) confusión o indefinición en el sujeto en cuanto al género o identidad sexual.

Finalmente, el trastorno de impulso sexual excesivo se caracteriza por conllevar una obsesión por el sexo. El paciente presenta constantemente pensamientos, preocupaciones mórbidas y fantasías sexuales que pueden alterar su funcionamiento habitual, además actúan sexualmente de manera repetida y frenética, bien a través de la realización del coito, bien a través de la masturbación. Las causas que subyacen a este comportamiento suelen ser la imposibilidad para saciarse sexualmente, lo cual conlleva una sensación anormal de insatisfacción sexual, dado que el orgasmo no culmina con la relación completa. Esto es, las personas que padecen esta disfunción manifiestan generalmente una incapacidad de satisfacción, lo cual les induce a buscar placer mediante persistentes repeticiones del acto sexual. En el origen de esta disfunción suelen encontrarse factores de tipo orgánico (lesiones en regiones de la zona límbica del encéfalo, endocrinos, demencias o consumo de drogas) y de tipo psicológico, algunos autores los incluyen como un síntoma de un trastorno obsesivo-compulsivo.

2. Trastornos de la Excitación

En los trastornos de *falta de excitación en la mujer*, los principales problemas orgánicos que explican el origen de la disfunción son alteraciones hormonales que dificultan la aparición de la respuesta vaginal ante la excitación sexual. Por ello, es en períodos como la menopausia o tras el parto cuando aparecen con mayor frecuencia este tipo de problemas. En relación a las variables de carácter psicológico o aprendido éstas juegan un papel fundamental en el origen y mantenimiento de los trastornos de la excitación en la mujer. Destacamos los siguientes factores: vergüenza de la mujer a mostrarse excitada, desconocimiento sobre el propio funcionamiento sexual, o interacciones sexuales en las que el hombre busca únicamente su propia satisfacción sexual. A ello se añade la ansiedad y el miedo que provoca todo lo relacionado con el sexo en una persona con baja actividad sexual, pudiéndose incluso llegar a establecer un condicionamiento entre la percepción de sensaciones agradables con la experimentación de sentimientos negativos (Carrobles y Sanz, 1991).

En el caso de los *trastornos de erección en el hombre*, los factores responsables de los mismos son tanto de origen físico como de origen psicológico. Los factores físicos son responsables de aproximadamente un tercio de este tipo de disfunciones, entre ellos podemos destacar: trastornos arteriales o vasculares de la zona genital, erecciones dolorosas o priapismo, lesiones neurológicas, deficiencias hormonales, varicocele, diabetes o consumo de drogas o fármacos, entre otras. No obstante, son los factores psicológicos los que desempeñan un papel fundamental tanto en el origen como en el mantenimiento de los trastornos de erección en el hombre. Como señalan los autores anteriores, existen tres tipos de factores psicológicos implicados principalmente en los trastornos de erección en el hombre: a) ansiedad relacionada con la actividad sexual: exigencia de lograr y mantener una buena erección,

satisfacer apropiadamente a la pareja durante el coito, miedo a no ser capaz de responder a la demanda de la pareja o miedo a «no estar a la altura»; b) existencia de estrés en situaciones de la vida cotidiana como el trabajo, las relaciones de pareja, las relaciones familiares o cansancio acumulado; y c) creencias, expectativas o estilos cognitivos que la persona tiene respecto a la sexualidad en general, y a su propio funcionamiento sexual en particular. A modo de ejemplo, algunos pensamientos podrían ser los siguientes: «tengo que funcionar sexualmente bien, es desastroso si no es así»; «el sexo tiene que ser gratificante siempre»; «el simple deseo y la atracción han de ser suficientes para conseguir una erección»; o «seré más atractivo a mi pareja cuanta más erección tengo».

3. Trastornos del Orgasmo

En relación a la *anorgasmia femenina* se han propuesto diferentes factores de tipo orgánico como responsables del trastorno (entre otros, adherencias en el clítoris, daño en los músculos perivaginales, problemas en la columna vertebral, desajustes hormonales...). No obstante, no existen estudios concluyentes sobre la influencia de las variables orgánicas en la consecución del orgasmo femenino. Son por lo tanto las variables de tipo psicológico las que juegan un papel determinante en los problemas del orgasmo femenino. Siguiendo a Bancroft (1983) destacamos los siguientes: a) efecto de los estados emocionales sobre la respuesta sexual, particularmente los estados de miedo y ansiedad, aunque también otras emociones negativas como el enfado o resentimiento (también la adopción por parte de la mujer del «rol de espectador»); b) ignorancia o información inadecuada sobre temas sexuales; c) sentimientos negativos respecto al sexo; d) sentimientos negativos respecto a uno mismo y; e) sentimientos negativos hacia la pareja.

Debido a lo infrecuente de los problemas de *anorgasmia masculina*, no se conoce demasiado sobre los factores y variables que lo mantienen. Entre los factores físicos se destacan las enfermedades neurológicas que afectan al sistema nervioso que controla la respuesta de eyaculación. No obstante, la concurrencia de estos trastornos orgánicos en la aparición de este problema es mínima. Desde el punto de vista psicológico podemos destacar las siguientes variables: a) ansiedad o miedo a desagradar a la pareja o que no lo considere «suficientemente hombre» por no ser capaz de eyacular; b) educación sexual muy estricta y sesgada; y c) problemas en la relación de pareja

En la mayoría de estudios realizados sobre los factores responsables de la *eyaculación precoz*, se pone de manifiesto que son principalmente las variables de carácter psicológico las que explican la mayoría de los casos. Entre estas variables destacan la ansiedad, la falta de información y la falta de concienciación sensorial. En relación a las variables orgánicas se han propuesto, entre otras, la inflamación de la próstata, la esclerosis múltiple y el endurecimiento arterial en hombres de edad avanzada, aunque los datos obtenidos respecto a la influencia de dichos factores físicos no son concluyentes.

4. Trastornos Sexuales por Dolor

La dispareunia es una de las disfunciones sexuales donde los factores orgánicos parecen desempeñar un papel más importante. Autores como Fordney (1978), sugieren que en hasta un 30 o 40% de los casos de *dispareunia femenina* puede encontrarse algún tipo de patología pélvica. Además de éste

podemos destacar otros como defectos anatómicos, infecciones en el tracto genito-urinario, irritación vaginal, tumores en la zona, secuelas provocadas a raíz de intervenciones quirúrgicas o del parto, escasa lubricación vaginal, o estado de la musculatura vaginal y pélvica. En relación a las variables psicológicas implicadas en este tipo de problemas, Lazarus (1980) las agrupa en tres categorías: a) factores de desarrollo o factores referidos al aprendizaje en relación a la conducta sexual (mala información sexual, transmisión de prejuicios, tabúes religiosos, sentimientos de culpa o visión negativa de la sexualidad); b) factores traumáticos referidos a la adquisición de determinados miedos relacionados con vivencias de experiencias de coito dolorosas (primera experiencia sexual violenta, abuso o agresión sexual); c) factores relacionales que tienen que ver con la relación de pareja (actitudes y sentimientos a la relación, tiempo dedicado a los juegos amorosos o miedo a hacer ruido o que les puedan oír).

En relación a los factores orgánicos de la *dispareunia masculina* podemos destacar, la existencia de fimosis, sensibilidad excesiva en el glande que les provoca no tolerar los bajos niveles de PH de la vagina, adherencias fibrosas y angulaciones o curvaturas en el pene o inflamación en el pene debida a alguna infección. Con respecto a las variables de carácter psicológico, suelen ser las mismas descritas en el caso de la dispareunia femenina, excluyendo aquellos que sólo pueden afectar a la mujer.

Con respecto al *vaginismo*, la mayoría de explicaciones sobre el origen del mismo hacen referencia a procesos de aprendizaje implicados en la adquisición de dicho reflejo, esto es, se considera una respuesta condicionada a la respuesta fóbica hacia la penetración vaginal (Kaplan, 1985). En cuanto a las variables de mantenimiento del problema se suele destacar el papel desempeñado por la pareja (inseguridad, miedo a hacer daño...) y sobre todo la ansiedad mostrada por la mujer ante la penetración. Son pocas las propuestas que implican a los factores orgánicos en el origen y mantenimiento del vaginismo. Algunos de los sugeridos son: endometriosis, daño en los músculos pélvicos, himen inflexible, inflamación pélvica, enfermedades, tumores, penetración dolorosa o dispareunia producida por algún problema físico.

3.2. Escalas de Puntuación y Propiedades Psicométricas

Los autoinformes han constituido la técnica que, junto con la entrevista clínica, se ha utilizado con mayor frecuencia para detectar las variables implicadas en el origen y mantenimiento de las disfunciones sexuales. De esta manera constituyen herramientas útiles en el proceso de conceptualización del caso y la posterior planificación del tratamiento.

En este contexto, los instrumentos seleccionados para llevar a cabo esta labor se han clasificado según evalúen el funcionamiento sexual global o se refieran a disfunciones específicas. Así, como instrumentos de valoración del funcionamiento sexual global y para utilizar con hombres, mujeres y parejas se proponen la *Escala de Ajuste Diádico DAS*, la *Entrevista para el Funcionamiento Sexual de Derogatis DISF*, el *Inventario de Satisfacción Sexual de Golombok-Rust GRISS*, el *Inventario de Funcionamiento Sexual de Derogatis DSFI*, el *Índice de Satisfacción Sexual ISS* y el *Inventario de Interacción Sexual SII*. También como instrumentos de evaluación del funcionamiento sexual global (pero para utilizar únicamente

con mujeres) destacan la *Escala de Distrés Sexual para mujeres FSDS* y la *Escala de Satisfacción Sexual para mujeres SSS-W*. En el caso de la evaluación de disfunciones específicas se indican el *Inventario de Deseo Sexual SDI*, el *Inventario de Interés y Deseo Sexual SIDI-F*, el *Perfil de la Función Sexual Femenina PFSF*, el *Cuestionario de Interés Sexual en la Menopausia MSIQ*, la *Escala de Aversión Sexual SAS*, la *Escala de Experiencia Sexual de Arizona ASEX* y el *Cuestionario de Disfunción Sexual Secundario a Fármacos PRSexDQ*. La Tabla 15.9 describe de forma detallada estos instrumentos.

En relación a sus propiedades psicométricas, todos los instrumentos anteriores poseen entre adecuados y excelentes índices de fiabilidad referidos a consistencia interna y fiabilidad test-retest, así como referidos a validez de constructo y de contenido. La única excepción es el SAS que, como se ha especificado en apartados anteriores, pese a disponer de adecuados índices de fiabilidad y de validez de contenido, no han sido llevados a cabo los estudios de validez de constructo. Asimismo, todos ellos manifiestan una adecuada utilidad clínica en el contexto de la conceptualización del caso y planificación del tratamiento. En la Tabla 15.9 se destacan los instrumentos altamente recomendados para este fin.

Tabla 15.9. Instrumentos de Autoinforme Utilizados para la Conceptualización del Caso y la Planificación del Tratamiento.

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Funcionamiento Sexual Global		
Utilizar con Hombres, con Mujeres y con Parejas		
* Escala de Ajuste Diádico DAS (<i>Diadic Adjustment Scale</i> ; Spanier, 1976). Se encuentra validada en España (Cáceres, 1996; Ortiz, Gómez y Apodaca, 2002).	Constituida por 32 ítems con diferentes formatos respuesta. Tiempo de aplicación: 10 a 15 minutos.	Constituye el instrumento más utilizado para la evaluación de la calidad de la relación de pareja. Se estructura en 4 subescalas: consenso diádico, satisfacción diádica, cohesión diádica, y expresión afectiva. Permite discriminar entre parejas armoniosas y parejas en conflicto y detectar casos de parejas en alto riesgo. Permite la evaluación de parejas gays y lesbianas (Kurdek, 1992).
Entrevista para el Funcionamiento Sexual de Derogatis, DISF .	Descrita en tabla 15.7.	
* Inventario de Satisfacción Sexual de Golombok-Rust, GRISS .	Descrito en tabla 15.7.	

(continúa)

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Funcionamiento Sexual Global		
Utilizar con Hombres, con Mujeres y con Parejas		
<p>Inventario de Funcionamiento Sexual de Derogatis DSFI (<i>Derogatis Sexual Functioning Inventory</i>; Derogatis, 1998; Derogatis y Melisaratos, 1979).</p>	<p>Escala autoaplicada de 245 ítems, algunos en escala tipo Likert y otros de respuesta si/no. Tiempo de cumplimiento estimado: 40 minutos.</p>	<p>Constituye una medida multidimensional que permite evaluar el funcionamiento sexual y el nivel general de bienestar. Proporciona un perfil en 10 áreas del funcionamiento sexual: información, experiencias, motivación, actitudes, síntomas psicológicos, afectos, definición del rol sexual, fantasía, imagen corporal y satisfacción sexual. Permite obtener un Índice Global de Funcionamiento Sexual y un Índice del Nivel de Satisfacción con su Funcionamiento Sexual, que proporciona la percepción subjetiva que tiene el individuo de su funcionamiento sexual.</p>
<p>Índice de Satisfacción Sexual ISS (<i>Index of Sexual Satisfaction</i>; Hudson, 1998; Hudson, Harrison y Crossup, 1981).</p>	<p>Se compone de 25 ítems, en la que el sujeto responde a un listado de adjetivos mediante una escala de frecuencia tipo Likert. Tiempo de cumplimentación: 5 a 7 minutos.</p>	<p>Mide insatisfacción en el área sexual en una relación de pareja.</p>

(continúa)

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Funcionamiento Sexual Global		
Utilizar con Hombres, con Mujeres y con Parejas		
<p>Inventario de Interacción Sexual SII (<i>Sexual Interaction Inventory</i>; LoPiccolo y Steger, 1974; Reinhart, 1998). Existe una versión española (Aluja, 1996).</p>	<p>Se compone de 102 ítems distribuidos en 17 conductas heterosexuales, cada una de estas conductas incluye 6 preguntas acerca de la frecuencia real e ideal de cada conducta, el grado de placer que proporciona en uno mismo, el que se cree que proporciona a la pareja y el que se cree que le gustaría que la pareja le proporcionara. Cada pregunta se responde en una escala de 1 a 6. Tiempo de cumplimentación: 30 minutos.</p>	<p>Evalúa el funcionamiento y la satisfacción en las relaciones sexuales de parejas heterosexuales. Requiere la participación de los dos miembros de la pareja. Está constituida por 10 escalas: frecuencia de insatisfacción masculina, autoaceptación masculina, medida de placer del hombre, exactitud percibida del hombre respecto a la mujer, aceptación del otro miembro de la pareja, desacuerdo, frecuencia de insatisfacción en la mujer, autoaceptación de la mujer, medida de placer en la mujer, exactitud percibida de la mujer respecto al hombre. Pueden obtenerse puntuaciones totales o distribuidas en 3 subescalas para cada uno de los componentes de la pareja: subescala de insatisfacción con la frecuencia, subescala de precisión perceptiva y subescala de aceptación del compañero.</p>
Uso Exclusivo con Mujeres		
<p>* Escala de Distrés Sexual para Mujeres FSDS (<i>Female Sexual Distress Scale</i>; Derogatis, Rosen, Leiblum, Burnett y Heiman, 2002).</p>	<p>La versión inicial consta de 20 ítems aunque existe una versión reducida de 2 ítems evaluados a través de una escala tipo Likert de 4 puntos.</p>	<p>Mide distrés ante las conductas sexuales en mujeres.</p>
<p>Escala de Satisfacción Sexual para Mujeres SSS-W (<i>Sexual Satisfaction Scale for Women</i>; Meston y Trapnell, 2005).</p>	<p>Consta de 30 ítems evaluados a través de una escala tipo Likert de 5 puntos.</p>	<p>Constituye una medida de satisfacción sexual en las mujeres en las dimensiones personal y relacional. Incluye 5 dominios de satisfacción: comunicación, compatibilidad, satisfacción, preocupación por la pareja y preocupación personal.</p>

(continúa)

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Disfunciones Específicas		
Inventario de Deseo Sexual SDI (<i>Sexual Desire Inventory</i> ; Spector, Carey y Steinberg, 1996).	Consta de 14 ítems evaluados en una escala tipo Likert de 7 u 8 puntos.	Medida del deseo sexual tanto en pareja como en solitario (hombres y mujeres). Se focaliza más en los componentes cognitivos del deseo que en los conductuales.
Inventario de Interés y Deseo Sexual SIDI-F (<i>Sexual Interes and Desire Inventory</i> ; Clayton et al., 2006; Sills et al., 2005).	Consta de 13 ítems administrados por el clínico.	Cuantifica la severidad de los síntomas en mujeres premenopáusicas diagnosticadas con deseo sexual hipoactivo. Evalúa las siguientes dimensiones: relaciones sexuales, receptividad, iniciación, deseo-frecuencia, demostración física de afectos, deseo-satisfacción, deseo-distrés, pensamientos positivos, erótica, frecuencia de activación, facilidad de activación, continuación de la activación y orgasmo. Los otros 5 ítems constituyen el módulo diagnóstico y evalúan: relaciones en general, pensamiento en negativo, dolor, humor y fatiga.
* Perfil de la Función Sexual Femenina PFSF (<i>Profile of Female Sexual Function</i> ; Derogatis et al., 2004; McHorney et al., 2004).	Consta de 37 ítems.	Medida del deseo sexual en mujeres menopáusicas (por razones naturales o como consecuencia de una operación) diagnosticadas con deseo sexual hipoactivo a través de sus sentimientos, pensamientos y conducta.
Cuestionario de Interés Sexual en la Menopausia MSIQ (<i>Menopausal Sexual Interest Questionnaire</i> ; Rosen, Lobo, Block, Yang, Zipfel, 2004).	Consta de 10 ítems.	Evalúa la función sexual en mujeres postmenopausicas en tres dimensiones: deseo, responsividad y satisfacción.
Escala de Aversión Sexual, SAS .	Descrita en tabla 15.7.	

(continúa)

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Disfunciones Específicas		
<p>Escala de Experiencia Sexual de Arizona ASEX (<i>Arizona Sexual Experience</i>; McGahuey et al., 1997).</p>	<p>Escala autoaplicada de 5 ítems específica para cada sexo. La escala de evaluación es tipo Likert. Tiempo de administración: entre 5 y 10 minutos.</p>	<p>Cuantifica la intensidad de la disfunción sexual secundaria a medicación psicotrópica. Los cinco ítems que la constituyen se evalúan: deseo/impulso, excitación, lubricación vaginal/erección, capacidad para alcanzar el orgasmo y satisfacción/placer en el orgasmo.</p>
<p>Cuestionario de Disfunción Sexual Secundario a Fármacos, PRSexDQ (Montejo et al., 2000).</p>	<p>Consta de 7 ítems, algunos evaluados a través de una escala dicotómica y otros a través de una escala tipo Likert. Instrumento heteroaplicado.</p>	<p>Instrumento de cribado de disfunción sexual diseñado para resultar mínimamente intrusivo para el paciente. Evalúa los siguientes aspectos: presencia de disfunción sexual y comunicación espontánea, disfunciones específicas y tolerancia ante la disfunción sexual.</p>

Nota: *Instrumentos altamente recomendados para la conceptualización del caso y la planificación del tratamiento.

Además de los descritos, otros cuestionarios que también permiten evaluar posibles variables implicadas en la disfunción y facilitan la conceptualización del caso son el *Cuestionario de Mitos y Falacias Sexuales* (McCary, 1977), la *Escala de Evaluación de Conocimientos y Actitudes Sexuales ECAS* (Bethencourt, Fumero, Fernández y León, 1997), el *Inventario de Actitudes Hacia el Sexo de Eysenck* (Eysenck, 1982), el *Inventario de Miedos Sexuales de Annon* (Annon, 1975a, 1975b) o la *Escala de Fantasías Sexuales* de Wilson (Eysenck y Wilson, 1981).

3.3. Otras Técnicas de Evaluación para la Conceptualización del Caso

Para la evaluación del conjunto de variables implicadas en la conceptualización del caso, además de cuestionarios específicos se pueden utilizar otras técnicas de evaluación diferentes como son la observación, los autorregistros, los registros psicofisiológicos y los exámenes físicos o médicos, con el objetivo tanto de proporcionar una evaluación más completa como de incrementar la fiabilidad y validez en la evaluación.

3.3.1. La Observación

Considerando los problemas de reactividad por parte del paciente que genera la evaluación de la conducta sexual, a los que se añaden las dificultades de carácter ético, la observación constituye una

técnica de uso limitado en este ámbito. No obstante, algunos autores proponen diferentes formas de observación: observaciones directas y registro de las actividades sexuales por parte del terapeuta o por parte de la pareja (Hartman y Fithiam, 1972; Master y Johnson, 1981); grabaciones por parte de los pacientes o el terapeuta y análisis posterior de las filmaciones (Serber, 1974); y exámenes sexológicos que consisten en la estimulación directa de los genitales y el pecho del paciente del sexo opuesto (Hartman y Fithian, 1972; Zussman y Zussman, 1972). Finalmente la modalidad de observación más utilizada en este contexto es el *role-playing* a través del cual el terapeuta analiza la interacción física de la pareja durante la realización de alguna conducta preestablecida, lo cual permite comprobar si los pacientes han entendido los procedimientos sugeridos en la terapia, además de detectar déficits en la habilidades sociales o posibles conductas agresivas (Carrobles y Sanz, 1991). Dadas las características descritas de los procedimientos de observación en la evaluación de la conducta sexual, su uso suele quedar restringido al ámbito de la investigación.

3.3.2. Autorregistros

El autorregistro nos permite tener información sobre las conductas privadas de los pacientes a las que no es posible acceder mediante otras técnicas. La técnica presenta múltiples ventajas: posibilita establecer una línea de base y permite establecer la evolución del problema a lo largo del tratamiento; además facilita la realización del análisis funcional de la conducta al proporcionar un análisis topográfico de la misma en términos de frecuencia, estímulos antecedentes y consecuencias (Sierra y Buela-Casal, 2009). La Tabla 15.10 muestra un ejemplo de autorregistro de conductas sexuales.

Tabla 15.10. Ejemplo de Autorregistro de Conductas Sexuales (Sierra y Buela-Casal, 2009).

Fecha	Conducta Sexual	Duración	Problemas surgidos	Pensamientos	Nivel de Ansiedad (1-10)	Placer (1-10)

3.3.3. Registros Psicofisiológicos

La evaluación psicofisiológica permite integrar la evaluación fisiológica y la evaluación psicológica en el contexto de los problemas sexuales. No obstante, dada la complejidad técnica e instrumental que caracteriza a dichas técnicas de registro, se utilizan con menor frecuencia en el ámbito clínico y mayoritariamente en el ámbito investigador. Los componentes fisiológicos que se pueden registrar y

estudiar son muy diversos: tanto los relacionados con los centros neuronales de control de la respuesta sexual (potenciales corticales evocados o registros encefalográficos ante estímulos sexuales) como los registros psicofisiológicos asociados a la reactividad del sistema nervioso autónomo (dilatación pupilar, temperatura corporal, alteraciones en la respuesta eléctrica de la piel o responsividad del sistema cardiovascular).

Las dos técnicas de registro más utilizadas son la pletismografía de distensión para medir la circunferencia del pene y la fotopletismografía para medir la vasodilatación en el interior de la vagina.

Tal y como indican Carrobles y Sanz (1991), las áreas de evaluación donde estas técnicas han jugado un papel más importante han sido en el diagnóstico de los problemas de excitación tanto en hombres como en mujeres, así como en la determinación de la orientación sexual de los mismos y en los problemas de erección masculina (pletismografía de la tumescencia nocturna del pene, Doppler de ultrasonidos o técnicas más simples como el Anillo de papel o de sellos y el Calibrador Elástico Dacoméd). En Carrobles (1990) se ofrece una descripción detallada de las técnicas de evaluación psicofisiológica de los problemas sexuales.

3.3.4. Examen Físico o Médico

Pese a ser aceptado que el 90% de las disfunciones tienen un origen de carácter psicológico (Carrobles y Sanz, 1991), la evaluación médica se lleva a cabo en aquellos casos en que supone una etiología orgánica en la disfunción sexual. Tal y como proponen Sierra y Buela-Casal (2009), la evaluación médica debe incluir tres áreas diferenciadas: historial médico, examen físico y examen de laboratorio.

La *historia médica* nos proporciona la información de si el paciente ha padecido o padece alguna enfermedad que puede afectar a la conducta sexual (diabetes, trastornos cardíacos...) o si consume algún tipo de fármacos o drogas.

El *examen físico* incluye el examen de los órganos genitales (tamaño, forma, posibles anomalías...), una evaluación del sistema nervioso autónomo (hipotensión postural, cambios en la tasa cardíaca ante las inspiraciones profundas...) y una evaluación neurológica (especialmente en la región sacra con el fin de descartar una neuropatía periférica).

Las *pruebas de laboratorio* que se suelen utilizar son de carácter endocrinológico, tales como la medición de la hormona folículo estimulante (FSH), la hormona luteinizante (LH), la testosterona, la prolactina, la hormona estimulante del tiroides y la tiroxina, entre otras. Existen pruebas de laboratorio específicas entre las que podemos destacar, en el caso de los problemas de erección en el hombre, el *Test de la Inyección de Papaverina*. Esta prueba consiste en la provocación artificial de una erección por medio de una inyección en el tejido cavernoso del pene de una sustancia vasodilatadora (papaverina) y observar el grado y duración de la erección obtenida.

4 EVALUACIÓN ESPECÍFICA DE LOS DIFERENTES TRASTORNOS

4.1. Trastornos del Deseo Sexual

Tanto en el caso del *trastorno del deseo sexual hipoactivo* como en el caso del *trastorno por aversión al sexo*, la herramienta básica para la evaluación es la entrevista clínica. No obstante, las medidas de autoinforme proporcionan una medida complementaria útil para la operativización de la severidad del problema.

Concretamente en el caso del *trastorno del deseo sexual hipoactivo*, el *Cuestionario de Cambios en el Funcionamiento Sexual CSFQ*, la *Entrevista para el Funcionamiento Sexual de Derogatis DISF*, el *Inventario de Funcionamiento Sexual de Derogatis DSFI* y el *Inventario de Satisfacción Sexual de Golombok-RustGRISS* como medidas del funcionamiento sexual global, contienen dimensiones específicas para la evaluación del deseo sexual tanto en hombres como en mujeres. Asimismo, en el caso concreto de las mujeres son el *Índice Breve del Funcionamiento Sexual en las mujeres BISF-W*, el *Cuestionario sobre la Función Sexual Femenina FSFI*, el *Cuestionario de Sexualidad Femenina de McCoy MFSQ*, el *Cuestionario de Funcionamiento Sexual SFQ* y el *Método estructurado de diagnóstico SDM* para el caso de mujeres en la menopausia, los instrumentos que permiten la evaluación específica de la dimensión de deseo en las mujeres. El *Inventario Breve de Función Sexual para Hombres BSFI-M* y el *Índice Internacional de Función Eréctil IIEF* son los instrumentos que permiten la evaluación de esta dimensión específica en el caso de los hombres.

La utilización de estas medidas de carácter multidimensional proporcionan una serie de ventajas: permiten además determinar la existencia de otro trastorno comórbido, pueden ser administradas también a la pareja y en algunos casos proporcionan información sobre la calidad de la relación y el nivel de satisfacción del individuo.

Para el caso del *trastorno por aversión al sexo* se dispone de una única medida de autoinforme que permite evaluar de forma específica el miedo y la evitación sexual, la *Escala de Aversión Sexual SAS*.

4.2. Trastornos de la Excitación Sexual

Relativo a las medidas de autoinforme, en el caso del *trastorno de la excitación sexual en la mujer* el *Cuestionario de Cambios en el Funcionamiento Sexual CSFQ*, el *Índice Breve del Funcionamiento Sexual en las Mujeres BISF-W* y el *Cuestionario de Sexualidad Femenina de McCoy MFSQ* proporcionan información acerca del grado de excitación tanto a nivel general como en términos de lubricación, aunque en todos los casos dicha información se limita a la proporcionada por uno o dos ítems. También el *Perfil de la Función Sexual Femenina PFSF* y el *Inventario de Interés y Deseo Sexual SIDI-F* contienen algunas preguntas relacionadas con la excitación sexual femenina aunque la información que ofrecen también es breve. La dos medidas que permiten una evaluación más completa en este aspecto son el *Cuestionario sobre*

la *Función Sexual Femenina FSFI*, que contiene cuatro preguntas sobre la excitación sexual general y cuatro sobre lubricación, y el *Cuestionario de Funcionamiento Sexual SFQ* que contiene ocho preguntas relacionadas con la excitación y distingue entre excitación genital y excitación subjetiva.

Si consideramos el *trastorno de erección en el hombre*, las medidas referentes al funcionamiento sexual global y que proporcionan información al respecto son el *Cuestionario de Cambios en el Funcionamiento Sexual CSFQ*, la *Entrevista para el Funcionamiento Sexual de Derogatis DISF-R* y el *Inventario de Satisfacción Sexual de Golombok-Rust GRISS*. Las medidas específicas para el hombre que exploran la existencia de un trastorno de disfunción eréctil con mayor detalle son el *Inventario Breve de Función Sexual para Hombres BSFI-M* y el *Índice Internacional de Función Eréctil IIEF* y *IIEF-5*.

Considerando la naturaleza de los *trastornos de la excitación* es de especial relevancia la realización de una entrevista clínica exhaustiva que incluya tanto la historia psicosexual como médica del paciente, así como exámenes físicos y pruebas de laboratorio.

En la evaluación de este tipo de trastornos cobran especial interés las técnicas de evaluación de carácter psicofisiológico. Así, en el caso del *trastorno de la excitación sexual en la mujer* se han utilizado, entre otras, medidas de lubricación, contracciones uterinas, o medidas del flujo sanguíneo (fotopletismografía vaginal) y en el caso de los *trastornos de erección masculina* la pletismografía de la tumescencia nocturna del pene o el *Doppler* de ultrasonidos. Información actual y detallada sobre estas técnicas y otras más recientes se puede consultar en Ackerman y Carey, 1995; Goldstein, 2004; Janssen, 2001; Kukkonen, Binik, Amsel y Carrier, 2007; Levin, 2006; Maravilla, 2006; Meston, 2000.

4.3. Trastornos del Orgasmo

Tanto en los casos de anorgasmia masculina como femenina la entrevista clínica constituye el instrumento de diagnóstico fundamental y más adecuado. No obstante, como en los casos anteriores, las medidas de autoinforme aportan información complementaria que permite realizar una evaluación más completa. En el caso de la *anorgasmia femenina* casi todos los cuestionarios específicos para la evaluación de las disfunciones sexuales de la mujer contienen ítems específicos que proporcionan información sobre el orgasmo. Se dispone de una medida, la *Escala de Valoración del Orgasmo ORS (Orgasm Rating Scale; Mah y Binik, 2002)* para la evaluación de la función orgásmica tanto en hombres como en mujeres. No evalúa anorgasmia en sí misma pero sí los componentes cognitivos-afectivos y sensoriales del orgasmo, y aunque necesita más estudios de validación puede constituir una medida útil en la evaluación de este tipo de trastornos.

En cuanto a las medidas de autoinforme que proporcionan información específica referente a la *anorgasmia masculina*, tanto el *Índice Internacional de Función Eréctil IIEF* como el *Inventario Breve de Función Sexual para Hombres BSFI-M* contienen ítems específicos sobre la ocurrencia y la dificultad para obtener la eyaculación. Sin embargo, el instrumento que mejor permite la evaluación de este tipo de disfunciones es el *Cuestionario de Salud Sexual para Hombres MSHQ* que contiene cinco preguntas específicas relativas a la eyaculación: retraso, volumen, fuerza, dolor y placer. Aunque el *MSHQ* fue creado

para hombres de edad avanzada, también puede ser utilizado con hombres de cualquier edad con problemas de anorgasmia.

La evaluación de la *eyaculación precoz* es complicada dado que existen diferentes propuestas acerca de cual es la latencia concreta para considerar una eyaculación como normal. No existen medidas de autoinforme específicas que proporcionen información sobre la evaluación de esta disfunción. Así que es la entrevista clínica el instrumento que aportará la información necesaria para la evaluación de este problema.

4.4. Evaluación Específica de los Trastornos por Dolor

Para entender tanto la dispareunia como el vaginismo es necesario llevar a cabo una evaluación de la función sexual y el dolor. Instrumentos de autoinforme como el *Cuestionario de Cambios en el Funcionamiento Sexual CSFQ*, el *Inventario de Satisfacción Sexual de Golombok-Rust GRISS*, el *Cuestionario de Sexualidad Femenina de McCoy MFSQ* y el *Índice Breve del Funcionamiento Sexual en las Mujeres BISF-W* contienen ítems que evalúan la existencia y la frecuencia de dolor durante el coito. También el *Cuestionario de Funcionamiento Sexual SFQ* y el *Cuestionario sobre la Función Sexual Femenina FSFI* contienen preguntas sobre la frecuencia y la intensidad del dolor durante el acto sexual.

También se han utilizado medidas específicas de dolor en la conceptualización y planificación del tratamiento de la dispareunia como son el *Cuestionario de Dolor de McGill MPQ (McGuill Pain Questionnaire; Melzak, 1975)*, la *Escala de Dolor Catastrófico PCS (Pain Catastrophizing Scale; Sullivan, Bishop y Pivik, 1995)* y *Escalas Visuales Análogas y Diarios de Dolor (Payne, Bergueron, Khalife y Binik, 2006)*.

Considerando la influencia de las variables de tipo orgánico en el origen y mantenimiento de la dispareunia, tanto la entrevista clínica como un examen completo de tipo físico constituyen elementos imprescindibles en la evaluación de este trastorno.

5 EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO, SU PROGRESO Y LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

La manera de cuantificar el éxito de cualquier intervención clínica es llevando a cabo un seguimiento del tratamiento y una evaluación de los resultados del mismo. Una forma efectiva de llevar a cabo estos objetivos es mediante el uso de medidas estandarizadas, de hecho constituyen los instrumentos de elección considerando que se manifiestan sensibles a la efectividad del tratamiento. La Tabla 15.11 muestra un conjunto de medidas útiles para determinar el progreso del tratamiento de las disfunciones sexuales y sus efectos sobre los síntomas y el diagnóstico del individuo.

Tabla 15.11. Instrumentos Utilizados para la Evaluación del Progreso del Tratamiento y los Resultados de la Intervención.

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Funcionamiento Sexual Global		
Para Hombres, Mujeres y Parejas		
Entrevista para el Funcionamiento Sexual de Derogatis, DISF .	Descrito en tabla 15.7.	
* Inventario de Satisfacción Sexual de Golombok-Rust, GRISS .	Descrito en tabla 15.7.	
Índice de Satisfacción Sexual, ISS .	Descrito en tabla 15.9.	
* Cuestionario de Cambios en el Funcionamiento Sexual, CSFQ/CSFQ-14 (Clayton, McGarvey y Clavet, 1997; Clayton McGarvey, Clavet y Piazza, 1997; Keller, McGarvey y Clayton, 2006). Existe una adaptación española: (Bobes, Bascarán, Merino, Saiz, Fernández y González, 2000).	Permite evaluar a hombres y a mujeres. Los primeros 21 ítems se aplican a ambos, los 36 restantes son específicos para hombres y los 35 últimos son específicos para mujeres, respondidos en una escala tipo Likert de 5 puntos. El CSFQ-14 constituye la forma abreviada.	Evalúa 5 dimensiones del funcionamiento sexual: frecuencia de la actividad sexual, deseo sexual, placer, arousal y capacidad orgásmica.
Para Utilizar Sólo con Mujeres		
Índice Breve del Funcionamiento Sexual en las mujeres, BISF-W .	Descrito en tabla 15.7.	
Escala de Distrés Sexual para mujeres, FSDS .	Descrito en tabla 15.9.	
* Cuestionario sobre la Función Sexual Femenina, FSFI .	Descrito en tabla 15.7.	
* Cuestionario de Sexualidad Femenina de McCoy, MFSQ .	Descrito en tabla 15.7.	
Para Utilizar Sólo con Hombres		
* Índice Internacional de Función Eréctil, IIEF .	Descrito en tabla 15.7.	

(continúa)

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Disfunciones Específicas		
Inventario de Deseo Sexual, SDI .	Descrito en tabla 15.9.	
Cuestionario de Salud Sexual para hombres, MSHQ .	Descrito en tabla 15.7.	
Índice Internacional de Disfunción Eréctil, IIEF-5 (Rosen, Cappelleri, Smith, Lisky y Pena, 1999).	Constituido por 5 ítems pertenecientes al IIEF.	Mide específicamente función eréctil y satisfacción sexual. Diseñado específicamente para detectar problemas de erección y comprobar los cambios debidos al tratamiento.

* Instrumentos altamente recomendados para la evaluación del progreso del tratamiento y los resultados de la intervención.

Si consideramos medidas aplicables a hombres, a mujeres y a parejas existen datos que avalan que la *Entrevista para el Funcionamiento Sexual de Derogatis DISF*, el *Inventario de Satisfacción Sexual de Golombok-Rust GRISS*, el *Índice de Satisfacción Sexual ISS* y el *Inventario de Interacción Sexual SII*, se muestran sensibles a los efectos del tratamiento. Asimismo, se han diseñado instrumentos específicos para detectar cambios en el funcionamiento sexual asociados a enfermedad psiquiátrica y efectos de la medicación, nos referimos al *Cuestionario de Cambios en el Funcionamiento Sexual CSFQ* y *CSFQ-14* que puede ser administrado por el clínico como una entrevista estructurada (*CFSQ-I*) o autoadministrado por el paciente y posee versiones específicas según el sexo (*CSFQ-F*, para mujeres y *CSFQ-M*, para hombres). Se dispone también una forma abreviada autoadministrada, el *CSFQ-14*. En general, dicha escala ha mostrado índices de fiabilidad y validez aceptables, encontrándose mejores índices psicométricos en mujeres que en hombres y en las versiones autoadministradas. Además, el *CSFQ-14* parece superar los resultados de la versión extensa, particularmente en la población masculina. En la actualidad el *CSFQ* también se está mostrando como un instrumento útil de uso más general y no restringido a población clínica.

En relación a medidas específicas, para las disfunciones sexuales femeninas, el *Índice Breve del Funcionamiento Sexual en las Mujeres BISF-W*, la *Escala de Distrés Sexual para Mujeres FSDS*, el *Cuestionario sobre la Función Sexual Femenina FSFI* y el *Cuestionario de Sexualidad Femenina de McCoy MSFQ* se han mostrado sensibles a los cambios debidos a los efectos del tratamiento, así como el *Índice Internacional de Función Eréctil IIEF* en el caso de la disfunción eréctil en los hombres. En el caso de instrumentos como el *Cuestionario de Salud Sexual para Hombres MSHQ*, aunque en la actualidad se utiliza como instrumento de seguimiento, requiere estudios de validación más avanzados para establecer su correcto uso.

Finalmente, considerando las disfunciones específicas, son el *Inventario de Deseo Sexual SDI*, el *Inventario de Intereses Sexuales en la Menopausia MSIQ* y el *Índice Internacional de Función Eréctil IIEF-5*, las escalas que han mostrado resultados más válidos y fiables en los casos de seguimiento y valoración de los efectos del tratamiento.

En cuanto a las propiedades psicométricas de los instrumentos, todos muestran entre excelentes y adecuados índices de fiabilidad tanto de test-retest como de consistencia interna, así como entre buenos y adecuados índices de validez de constructo y de contenido. Aunque lo más destacable en este caso es que poseen una alta sensibilidad al tratamiento, además de una elevada utilidad clínica. La Tabla 15.12 muestra la descripción de los instrumentos seleccionados para llevar a cabo la evaluación del progreso del tratamiento y los resultados de la intervención.

Tabla 15.12. *Protocolo Básico de Evaluación de las Disfunciones Sexuales.*

1. Evaluación para el Diagnóstico y la Delimitación del Problema	
Entrevista clínica.	
Medidas de autoinforme.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hombres, mujeres y parejas: Elegir entre DISF y GRISS. ▪ Mujeres: Elegir entre FSFI, MFSQ y SFQ. ▪ Hombres: IIEF.
2. Evaluación para la Conceptualización del Caso y Planificación del Tratamiento	
Medidas de autoinforme (evaluación general).	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hombres, mujeres y parejas: Elegir entre DAS y GRISS. ▪ Mujeres: FSDS.
Medidas de autoinforme (evaluación específica).	
Trastornos del Deseo Sexual	
Deseo sexual hipoactivo.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hombres, mujeres y parejas: Elegir entre CSFQ, DSFI y GRISS. ▪ Mujeres: Elegir entre BISF-W, FSFI, MFSQ, SFQ y SDM. ▪ Hombres: BSFI-M y IIEF.
Aversión al sexo.	SAS .
Trastornos de la Excitación Sexual	
Trastorno de la excitación sexual en la mujer.	Elegir entre FSFI y SFQ .
Trastorno de erección en el hombre.	Elegir entre BSFI-M y IIEF o IIEF-5 .
Trastornos del Orgasmo	
Anorgasmia Femenina.	ORS .

(continúa)

2. Evaluación para la Conceptualización del Caso y Planificación del Tratamiento

Trastornos del Orgasmo

Anorgasmia Masculina.

MSHQ.

Eyacuación precoz.

No existen medidas de autoinforme específicas.

Trastornos por Dolor

Vaginismo y Dispareunia.

Elegir entre **CSFQ, GRISS, MFSQ, BISF-W, SFQ** y **FSFI**.

Dispareunia.

MPQ, PCS, Escalas visuales análogas y Diarios de dolor.

Registros Psicofisiológicos.

Autorregistros.

Examen médico y físico.

3. Evaluación para el Progreso y la Eficacia del Tratamiento

Medidas de autoinforme.

- Hombres, mujeres y parejas: Elegir entre **GRISS** y **CSFQ/CSFQ-14**.
- Mujeres: Elegir entre **FSFI** y **MFSQ**.
- Hombres: **IIEF**.

Nota: BISF-W (Índice Breve del Funcionamiento Sexual en las Mujeres), BSFI-M (Inventario Breve de Función Sexual para hombres), CSFQ (Cuestionario de Cambios en el Funcionamiento Sexual), DAS (Escala de Ajuste Diádico), DISF (Entrevista para el Funcionamiento Sexual de Derogatis), DSFI (Inventario de Funcionamiento Sexual de Derogatis), FSDS (Escala de Distrés Sexual para mujeres) FSFI (Cuestionario sobre la Función Sexual Femenina), GRISS (Inventario de Satisfacción Sexual de Golombok-Rust), IIEF (Índice Internacional de Función Eréctil), MFSQ (Cuestionario de Sexualidad Femenina de McCoy), MPQ (Cuestionario de Dolor de McGill), MSHQ (Cuestionario de Salud Sexual para Hombres), ORS (Escala de Valoración del Orgasmo), PCS (Escala de Dolor Catastrófico), SAS (Escala de Aversión Sexual), SDM (Método Estructurado de Diagnóstico) y SFQ (Cuestionario de Funcionamiento Sexual).

6 PROPUESTA DE UN PROTOCOLO PARA LA EVALUACIÓN DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

A largo del capítulo se han expuesto un conjunto de instrumentos disponibles para la evaluación de las disfunciones sexuales. Con el objetivo de proponer un protocolo que permita una evaluación completa, válida y fiable, en la Tabla 15.12 se recoge una selección de los principales instrumentos necesarios para la realización del diagnóstico, la conceptualización del caso y el seguimiento del tratamiento en la evaluación de los trastornos sexuales.

RESUMEN

Estudios recientes ponen de manifiesto que las disfunciones sexuales pueden alterar de manera notable la calidad de vida no sólo del paciente sino también de la pareja, y por extensión del entorno familiar y social. De aquí la importancia de que el psicólogo se implique en el estudio, la evaluación y el tratamiento de la sexualidad de sus pacientes. Los análisis epidemiológicos indican una elevada prevalencia de este tipo de trastornos a lo largo de la vida tanto de hombres como de mujeres, situándose en un 24% de la población general. En función del género, el trastorno que con mayor frecuencia aparece en hombres es la eyaculación precoz seguido de los trastornos de erección, mientras que en las mujeres los problemas de mayor prevalencia son los trastornos del deseo sexual hipoactivo seguidos de los trastornos orgásmicos. Son muchos los factores que están implicados tanto en el inicio como en el mantenimiento de las disfunciones sexuales, y pese a lo que se pensaba hasta fechas relativamente recientes, en la mayoría de los casos son los factores no orgánicos los que desempeñan un papel fundamental en la etiología de los problemas sexuales. Concretamente se han señalado los siguientes factores: psicológicos, físicos y relacionados con el efecto de fármacos y drogas. El curso de los trastornos es variable, de manera que pueden tener su inicio en el comienzo de la historia sexual del paciente o bien aparecer tras haber mantenido una historia sexual satisfactoria previa y aparecer a partir de cierto acontecimiento determinado o experiencia de carácter sexual o no sexual.

La herramienta básica para llevar a cabo el diagnóstico de las disfunciones sexuales es la entrevista clínica. No obstante, no existen entrevistas estandarizadas en este caso y es el evaluador el que ha de realizar la propia entrevista siguiendo unas directrices básicas. Concretamente, la entrevista para la evaluación de los problemas sexuales se puede descomponer en dos formatos básicos: la entrevista para la evaluación inicial del problema y la entrevista de evaluación o historia sexual propiamente dicha. En el proceso de diagnosis del problema también cobran especial interés las escalas de puntuación. En general todas las medidas que se han mostrado presentan adecuados índices de fiabilidad y validez, además de manifestar utilidad clínica. Al llevar a cabo el diagnóstico de las disfunciones sexuales hay que destacar dos aspectos fundamentales, la comorbilidad y el diagnóstico diferencial. Considerando el solapamiento que se produce en las clasificaciones que se llevan a cabo al tener en cuenta las diferentes fases de la respuesta sexual, así como la alta comorbilidad que presentan los trastornos sexuales con otros trastornos psicológicos recogidos en el Eje I, es fundamental realizar un adecuado diagnóstico diferencial.

Para poder implementar un tratamiento es necesario identificar las variables implicadas tanto en el origen como en el mantenimiento de las disfunciones sexuales. Es concretamente esta labor la que se lleva a cabo durante el proceso de conceptualización del caso. Se dispone de una serie de instrumentos como son las medidas de autoinforme, la observación, los autorregistros, los registros psicofisiológicos y los exámenes físicos o médicos. De todos ellos, son los autoinformes los que mejores propiedades psicométricas poseen, de aquí que se consideren en este caso los instrumentos de elección, aunque también resultan particularmente útiles en ciertos casos los registros

(continúa)

psicofisiológicos, los exámenes médicos y los autorregistros. En el capítulo se incluyen un conjunto de orientaciones para llevar a cabo la evaluación específica de los diferentes trastornos.

Una vez llevada a cabo la intervención es necesario realizar un seguimiento del progreso del tratamiento y una valoración final del éxito del mismo. Una forma efectiva de llevar a cabo estos objetivos es mediante el uso de medidas estandarizadas de autoinforme; de hecho constituyen los instrumentos de elección, considerando que además de manifestarse sensibles a la efectividad del tratamiento, poseen adecuadas propiedades psicométricas.

Finalmente, se propone un protocolo básico de evaluación donde se han seleccionado los instrumentos básicos para llevar a cabo una evaluación útil, válida y fiable de las disfunciones sexuales.

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

- 1) La eyaculación precoz se considera un trastorno del: a) deseo sexual; b) de la excitación sexual; c) orgásmico.
- 2) ¿Cuál es el trastorno sexual de mayor prevalencia en las mujeres?: a) Deseo sexual hipoactivo; b) Anorgasmia femenina; c) Dispareunia.
- 3) ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera en relación a la entrevista clínica en el contexto de las disfunciones sexuales?: a) La *Structured Clinical Interview (SCID)* incluye un módulo específico para la evaluación de las disfunciones sexuales; b) Comprobar si se dan los requisitos básicos para llevar a cabo una terapia sexual es uno de los objetivos básicos de la *Entrevista para la evaluación inicial del problema*; c) La información y educación sexual que el paciente ha recibido ha de evaluarse en el contexto de la infancia y entorno familiar.
- 4) De las siguientes medidas de autoinforme ¿Cuál se considera altamente recomendado para el diagnóstico en el caso específico de mujeres?: a) El Índice Breve del Funcionamiento Sexual en las mujeres BISF-W; b) El Cuestionario sobre la Función Sexual Femenina FSFI; c) El Método Estructurado de Diagnóstico SDM.
- 5) ¿Sobre que técnica de evaluación se recomienda un uso limitado en el caso de las disfunciones sexuales?: a) Observación; b) Técnicas psicofisiológicas; c) Autorregistros.

Soluciones: 1c; 2a; 3b; 4b; 5a

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Carrobbles, J.A. (2011). Disfunciones Sexuales. En V. Caballo, I. C. Salazar, & J. A. Carrobbles (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp.625-653). Madrid: Pirámide.
- Meana, M., Binik, Y. M., & Thaler, L. (2008). Sexual Dysfunction. En J. Hunsley & E. J. Mash (dirs.), *A guide to assessments that work* (pp. 464-487). New York: Oxford UniversityPress.
- Sierra, J. C., & Buela-Casal, G. (2009). Evaluación y tratamiento de las disfunciones sexuales. En G. Buela-Casal & J.C. Sierra (dirs.), *Manual de Evaluación y Tratamientos Psicológicos* (pp. 439-485). Madrid: Biblioteca Nueva.

Evaluación de los Trastornos Parafílicos

16

Isabel M. Ramírez Uclés
Francisca López Torrecillas

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

1 Introducción

- 1.1. Descripción
- 1.2. Epidemiología
- 1.3. Etiología y Curso

2 Evaluación para la Delimitación del Problema: Contrastación de Hipótesis Diagnósticas

- 2.1. Instrumentos de Evaluación Utilizados: Descripción y Evidencias de Fiabilidad y Validez
 - 2.1.1. Medidas de Autoinforme: Descripción y Propiedades Psicométricas
 - 2.1.2. Otros Instrumentos Utilizados en el Diagnóstico
 - 2.1.2.1. Historia Conductual
 - 2.1.2.2. Medidas Conductuales
 - 2.1.2.2.1. Tiempo de Visualización o Tiempo de Reacción Visual
 - 2.1.2.2.2. Pletismografía Peneana
- 2.2. Diagnóstico Diferencial
- 2.3. Comorbilidad

3 Evaluación para la Conceptualización del Caso y la Planificación del Tratamiento

- 3.1. Variables Relevantes Implicadas en la Dinámica Funcional de las Parafilias e Instrumentos para su Evaluación

4 Evaluación para el Tratamiento, su Progreso y los Resultados de la Intervención

5 Propuesta de un Protocolo para la Evaluación de los Trastornos Parafilicos

RESUMEN

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

- Identificar las características definitorias de los trastornos parafílicos.
- Conocer los principales datos epidemiológicos, el curso y los factores etiológicos asociados a los trastornos parafílicos.
- Ser capaz de identificar y discriminar los instrumentos de evaluación apropiados para realizar las hipótesis diagnósticas.
- Determinar cuáles son las variables más importantes para la conceptualización de las parafilias y seleccionar los instrumentos adecuados para su evaluación y la planificación del tratamiento.
- Seleccionar los principales instrumentos para la evaluación del tratamiento, su progreso y los resultados de la intervención.
- Conocer los principales instrumentos considerando las diferentes fases del proceso de evaluación y las dimensiones específicas que evalúan.
- Seleccionar los instrumentos más apropiados en función de sus características psicométricas.

1 INTRODUCCIÓN

1.1. Descripción de los Principales Trastornos Parafílicos

En el actual Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR, APA, 2000) las *parafilias* se consideran «impulsos sexuales intensos y recurrentes, fantasías o comportamientos que implican objetos, actividades o situaciones poco habituales y que producen malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes para la actividad del individuo».

La característica esencial de una parafilia es la presencia de repetidas e intensas fantasías sexuales de tipo excitatorio, de impulsos o de comportamientos sexuales que en la mayoría de los casos implican: a) objetos no humanos; y b) sufrimiento o humillación de uno mismo, de la pareja, de niños o de otras personas que no consienten, y que se presentan durante un período de al menos 6 meses.

En algunos individuos, las fantasías o los estímulos parafílicos son necesarios para obtener excitación y constituyen elementos fundamentales para el desarrollo de la actividad sexual. En otros casos, las conductas de tipo parafílico se presentan sólo episódicamente (e.g. durante períodos de estrés), e incluso en algunas ocasiones el individuo es capaz de funcionar sexualmente sin fantasías ni estímulos de este tipo.

Los sujetos que presentan este tipo de disfunción pueden intentar, en muchos casos, llevar a cabo el desarrollo de sus fantasías en contra de la voluntad de la pareja o de otros, con resultados peligrosos para terceros, como en el caso del sadismo sexual o en la pedofilia. Dichas conductas podrían constituir un «delito contra la libertad e indemnidad sexual» contemplado en el Código Penal Español (Ley Orgánica 10/1995: BOE nº 218; 24/11/1995) reformado sucesivamente en 1999 y en 2003. De ahí la controversia que genera la distinción entre el delito y la conducta psicopatológica en este tipo de trastornos, con la consecuente dificultad para diferenciar entre ambos. También es frecuente la presentación de conductas de tipo parafílico que pueden conducir a autolesiones como en el caso del masoquismo sexual. Considerando todo lo anterior y dada la naturaleza de este tipo de problemas, estos individuos rara vez acuden espontáneamente a los profesionales de la salud mental. Cuando lo hacen es porque su comportamiento les ha ocasionado problemas con su pareja sexual o con la sociedad.

Las parafilias se pueden manifestar de diferentes formas entre las que el DSM distingue las siguientes: exhibicionismo, fetichismo, froturismo, paidofilia (pedofilia), masoquismo sexual, sadismo sexual, travestismo fetichista, voyeurismo y parafilias no especificadas. La Tabla 16.1, muestra una descripción de los principales trastornos parafílicos descritos por el DSM, no obstante algunos autores han descrito hasta cien conductas parafílicas menos frecuentes (Hernández, 2001).

En la actualidad los trastornos parafílicos se incluyen en el DSM-IV-TR como parte del conjunto de las disfunciones sexuales. No obstante en el futuro DSM-V (APA, 2012) los trastornos parafílicos se considerarán como una alteración independiente constituyendo una categoría propia. Entre los cambios más importantes a considerar destacan: a) la paidofilia que incluye un subtipo adicional denominado *hebefílico* (atracción sexual por niños prepúberes, normalmente menores de 11 años); y b) la inclusión del *trastorno hipersexual* y el *trastorno parafílico coercitivo* (abordaje coactivo que sufren algunas muje-

res por parte de los hombres). No obstante estos dos últimos se proponen para ser incluidos en la Sección III, apartado reservado a los trastornos que necesitan mayor investigación.

Tabla 16.1. *Clasificación de los Trastornos Parafilicos según el DSM-IV-TR (APA, 2000).*

Trastorno	Descripción	Observaciones
Trastorno Exhibicionista.	Fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican la exposición de los propios genitales a un extraño que no lo espera.	Es predominantemente masculina y lo habitual es que el hombre mantenga una erección durante la exhibición y en algunos casos realizan una masturbación. No obstante, es inusual que el individuo intente mantener una actividad sexual posterior con la persona desconocida.
Trastorno Fetichista.	Fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos ligados al uso de objetos no animados (e. g., ropa interior femenina). Los fetiches no deben ser únicamente artículos de vestir femeninos como los utilizados para travestirse (fetichismo travestista), o aparatos diseñados con el propósito de estimular los genitales (e. g., vibradores), y puede constituir una atención altamente específica sobre una parte distinta a los genitales o «parcialismo» (DSM-V).	La actividad más característica de la persona fetichista es la de masturbarse al tiempo que huele, mira o acaricia el objeto fetiche.
Trastorno Froteurista (Frotteurista).	Fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos ligados al hecho de tocar y rozar a una persona en contra de su voluntad.	La actividad consiste en presionar sus genitales contra el trasero u otra parte de la anatomía de la víctima, normalmente una mujer o en intentar tocarle la zona púbica o el pecho con las manos. Actúan en lugares o situaciones públicas muy concurridas. El individuo fantasea con que está teniendo una relación sexual consentida con la víctima y posteriormente le sirve como fantasía para activarse sexualmente.

(continúa)

Trastorno	Descripción	Observaciones
Paidofilia.	<p>Fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican la actividad sexual con niños prepúberes o niños algo mayores (generalmente de 13 años o menos). El individuo tiene al menos 16 años y es por lo menos cinco años mayor que el niño o los niños objetos de excitación.</p> <p>La atracción sexual puede ser por los hombres, por las mujeres o por ambos sexos, puede limitarse a situaciones de incesto o puede incluir atracción también hacia los adultos.</p>	<p>La naturaleza de la actividad que estos individuos realizan con los niños es muy variada y va desde acariciarlos sin violencia u observarlos cuando están desnudos y masturbarse delante de ellos a incluir penetraciones anales, vaginales o bucales. En todos los casos todos estos casos constituyen delitos contra la libertad sexual tipificados en el Código Penal Español.</p> <p>En la mayoría de los casos los individuos mantienen relación de parentesco con sus víctimas (hijos, familiares cercanos...) y en otros casos practican ciertas profesiones que los relacionan con ellas (profesores, monitores...).</p>
Trastorno de Masoquismo Sexual.	<p>Fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican el hecho (real, no simulado) de ser humillado, pegado, atado, golpeado o cualquier otra forma de sufrimiento.</p>	<p>Las actividades masoquistas son muy variadas y se puede producir tanto en ámbito de una relación de pareja o aplicadas sobre sí mismo por el propio sujeto masoquista.</p> <p>Una forma de especial relevancia por su alto grado de gravedad es la hipofixiofilia, asfixiofilia o estrangulación autoerótica que consiste en alcanzar el orgasmo o intensificarlo mediante la privación de oxígeno.</p>
Trastorno de Sadismo Sexual.	<p>Fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican actos (reales, no simulados) en los que el sufrimiento psicológico o físico (incluyendo la humillación) de la víctima es sexualmente excitante para el individuo.</p>	<p>Estas actividades pueden realizarse sobre una persona que consiente libremente y con frecuencia masoquista sexual (en la mayoría de los casos), o llevarse a cabo con otras personas en contra de su voluntad.</p>

(continúa)

Trastorno	Descripción	Observaciones
Fetichismo Transvestista.	<p>Fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican el acto de travestirse en un varón heterosexual o de forma más amplia, vestirse con ropas del otro sexo (DSM-V).</p> <p>En caso en los que el individuo presente malestar persistente con su papel o identidad sexual (disforia sexual), debe valorarse un diagnóstico alternativo de trastorno de la identidad sexual.</p>	<p>La mayoría de las personas transvestistas son hombres heterosexuales aunque también se encuentran en ocasiones transvestistas homosexuales y raramente transvestistas transexuales.</p> <p>La actividad sexual se produce en estos casos no por la ropa en sí misma (fetichismo), sino por el hecho de vestirse o de verse o imaginarse la persona como una mujer (autoginefilia).</p>
Voyeurismo.	<p>Fantasías sexuales recurrentes y altamente excitantes, impulsos sexuales o comportamientos que implican el hecho de observar ocultamente a personas desnudas, desnudándose o en plena actividad sexual.</p>	<p>El objetivo del individuo es el de excitarse sexualmente y masturbarse mientras observa, o hacerlo con posterioridad ante el recuerdo. Raramente se pretende mantener actividad sexual con la persona observada, normalmente desconocida.</p>
Parafilia no Especificada.	<p>Se incluyen todas las parafilias que no cumplen los criterios para ninguna de las categorías específicas. Se incluyen las siguientes: escatología telefónica (llamadas telefónicas obscenas), zoofilia (animales), necrofilia (cadáveres), coprofilia (heces), clismafilia (enemas), urofilia (heces) y parcialismo (que el DSM-V lo propone como una variante específica de fetichismo).</p>	

1.2. Epidemiología y Curso

Existen pocos datos epidemiológicos sobre los trastornos parafilicos dada la naturaleza controvertida de los mismos: los individuos que los padecen tienden a ocultarlos dado el rechazo social que provocan. Siguiendo a Bhugra, Popelyuk y McMullen (2010), entre las dificultades que plantea la investigación en este campo se pueden destacar: a) los problemas que plantea la definición cultural de lo anormal y/o lo desviado afectando a la consideración de legalidad/ilegalidad de determinados comportamientos

sexuales; b) el reconocimiento por parte de los sujetos de los comportamientos parafilicos; c) la baja demanda de ayuda clínica; y d) la dependencia cultural del establecimiento de tasas de comportamiento parafilicos (lo que se considera desviado en una cultura puede considerarse normal en otra).

A pesar de estas limitaciones, el mercado de la pornografía y todo lo relacionado con ella indican que la prevalencia de estos trastornos puede ser elevada. Respecto a la diferenciación por sexos, las estadísticas indican que las parafilias afectan más a hombres que a mujeres, las cuales constituyen una mínima muestra en todas las parafilias existentes (Raymont y Grant, 2008; Sadock y Sadock, 2008). La mayoría de estudios indican que la casi totalidad de los casos de trastornos parafilicos son exclusivamente masculinos. Tan sólo cabe destacar el caso del masoquismo sexual que es el más frecuente encontrado en mujeres. No obstante, se encuentra una ratio de 20 hombres por 1 mujer (Aggrawal, 2009). La mayoría de las mujeres con parafilia originalmente buscan ayuda para otros problemas, como depresión, promiscuidad o problemas de pareja (Levine, Risen y Althof, 1990).

En función de las diferentes categorías, el exhibicionismo constituye la parafilia más frecuente en la población general y la más tratada en centros especializados (Brockman y Bluglass, 1996; De Silva 1999), de hecho, según determinados estudios constituye un tercio de todas las parafilias existentes (Freeman, 1996; McAnulty, Dillon y Adams, 2001). Las otras parafilias que se presentan con mayor frecuencia son la pedofilia y el voyeurismo. El masoquismo y el sadismo sexual se observan con una frecuencia menor. Aproximadamente la mitad de individuos que presentan parafilias están casados. La prevalencia de la parafilias no especificadas es bastante desigual, por ejemplo la zoofilia se considera una práctica relativamente frecuente en zonas rurales y aisladas, mientras que la necrofilia es un trastorno muy poco frecuente. Raramente los sujetos solicitan tratamiento por este tipo de problemas.

En relación a la edad de inicio, aunque algunas fantasías y comportamientos asociados a las parafilias suelen iniciarse en la infancia o en las primeras etapas de la adolescencia, su desarrollo se define y se elabora durante la adolescencia y el inicio de la vida adulta, estimándose que un 50 % de estos sujetos comienzan sus actividades parafilicas antes de los 18 años (Becker y Kavoussi, 1989). Por definición, las fantasías e impulsos asociados a estos trastornos son recurrentes; no obstante y aunque estas alteraciones tienden a cronificarse y a durar muchos años, tanto las fantasías como los comportamientos disminuyen a menudo con el paso de los años, de manera que es difícil encontrar a individuos mostrando comportamientos parafilicos superados los 50 años. Dichos comportamientos pueden incrementarse en respuesta a estímulos psicosociales estresantes, en relación con otros trastornos mentales o con la oportunidad de poder practicar la parafilia. Con frecuencia los pacientes parafilicos suelen presentar parafilias múltiples y simultáneas, o bien éstas se han ido alternando a lo largo de sus vidas (Abel, Mittelman y Becker, 1985). En algunas otras ocasiones éstas pueden ser un síntoma de otros trastornos mentales como la esquizofrenia, trastornos de personalidad o de conducta (abuso de sustancias, alcoholismo, etc.).

1.3. Factores Etiológicos y Factores Asociados

Las parafilias constituyen trastornos muy complejos para los cuales se han propuesto diferentes tipos de teorías tanto de carácter biológico como psicológico.

Desde una perspectiva biológica, se han propuesto múltiples factores biológicos como responsables de los comportamientos parafilicos. Autores como Kafka (1997, 2003) sugieren la existencia de niveles alterados de neurotransmisores monoaminérgicos (serotonina, adrenalina y dopamina) en los sujetos parafilicos, siendo el más relevante la serotonina. Otras propuestas indican la presencia de niveles alterados de hormonas androgénicas, particularmente la testosterona (Aluja, Matínez de Osaba y Torrubia, 1989; Bradford y McLean, 1984). Existen otras hipótesis que implican la presencia de alteraciones en los lóbulos temporales y frontales (Carroll, Goforth y Raimonde, 2001; Graber, Hartmann, Coffman, Huey y Golden, 1982; Joyal, Black y Dassylva, 2007; Kolarsky, Freund, Machek y Polak, 1967). También se han detectado relaciones entre los trastornos de esclerosis hipocámpicas bilaterales y la paidofilia homosexual (Mendez, Chow, Ringman, Twitchell y Hikin, 2000). No obstante, no existe evidencia empírica suficiente que avale ninguno de los factores propuestos como responsables absolutos de la conducta parafilica.

Son las teorías explicativas de carácter psicológico las que se proponen como más aceptables para la explicación del comportamiento parafilico, particularmente las que hacen referencia a conductas patológicas aprendidas mediante procesos de condicionamiento tanto clásico como operante (McGuire, Carlisle y Young, 1965; Stoller, 1996) e incluso a través de procesos de aprendizaje vicario o imitación de modelos, sobre todo en la infancia y adolescencia (Marshall y Barbaree, 1990; Weiner y Rosem, 1990). Dentro de este grupo de teorías se incluye la teoría de la terminación conductual (*behavior completion*) propuesta por McConaghy (1980, 1988), basada en el carácter compulsivo que tienen muchos de los comportamientos parafilicos. El individuo, ante determinadas claves estímulares asociadas a conductas habituales, experimenta una intensa activación general que le impulsa a no detener la conducta y completarla; de esta forma desaparece la activación y el malestar subjetivo asociado a ella.

Se han propuesto hipótesis alternativas como las que sugieren que dichos comportamientos tienen un carácter adictivo considerando la cualidad compulsiva que tienen dichos trastornos (Herman, 1990), o desde una perspectiva etológica que explicaría las desviaciones sexuales como un trastorno del cortejo (*courtship disorders*), provocándose alteraciones en el patrón de activación que se produce en las diferentes fases de las interacciones sexuales humanas (Freund, 1990; Freund, Scher y Hucker 1983).

En relación a los factores asociados, en algunos casos los sujetos manifiestan que el único problema es el conflicto social, consecuencia de la reacción a su comportamiento. En otros casos manifiestan sentimientos de vergüenza, culpa o depresión por el hecho de realizar actividades no aceptadas socialmente e incluso en algunos casos inmorales. También es frecuente el desarrollo de disfunciones sexuales, trastornos de la personalidad y síntomas de carácter depresivo como consecuencia de su conducta, lo que suele provocar a su vez un incremento de la frecuencia e intensidad del comportamiento parafilico.

2 EVALUACIÓN PARA LA DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: CONTRASTE DE HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS

La evaluación de las conductas parafilicas se lleva a cabo fundamentalmente en dos situaciones: a) en contextos forenses, donde la parafilia se asocia a conductas criminales como es el caso de pedofilia o abuso sexual infantil, sadismo sexual o exhibicionismo; y b) en contextos clínicos, en los que el paciente solicita asesoramiento psicológico considerando que sus conductas, pensamientos, impulsos o fantasías sexuales dificultan sus relaciones interpersonales o sus relaciones de pareja.

En cualquiera de los casos, en primer lugar ha de llevarse a cabo una identificación del problema y proceder a la realización de un diagnóstico clínico. Para ello, inicialmente se requiere la realización de una *entrevista clínica* en la que se recoge una historia exhaustiva acerca del historial sexual del paciente. Al igual que se indicó en el caso de las disfunciones sexuales, no existen entrevistas clínicas estandarizadas para llevar a cabo la evaluación de los trastornos parafilicos; es por ello que corresponde al evaluador elaborar una entrevista que cubra todos los objetivos necesarios para poder llevar a cabo un diagnóstico acertado del problema. En el capítulo de disfunciones sexuales de este manual (ver capítulo correspondiente) se exponen de forma detallada las características que debe tener la entrevista clínica siguiendo la propuesta de Carroble y Sanz (1991).

Hay que resaltar que aunque la entrevista proporciona una información detallada, es frecuente que en este contexto la validez de la información obtenida se vea afectada considerando la naturaleza controvertida de los trastornos parafilicos. Ante preguntas del tipo «¿se ha sentido atraído sexualmente por niños?», o «¿ha tenido fantasías sexuales relacionadas con hacer daño a alguien?», el paciente puede sentirse intimidado y experimentar vergüenza acerca de su comportamiento sexual, e incluso sentirse comprometido legal o socialmente.

2.1. Instrumentos de Evaluación Utilizados: Descripción y Evidencias de Fiabilidad y Validez

Además de la entrevista clínica el evaluador dispone de otras técnicas para llevar a cabo el proceso de diagnóstico. A continuación se describen los instrumentos utilizados con mayor frecuencia para llevar a cabo tal fin en el contexto de los trastornos parafilicos.

2.1.1. Medidas de Autoinforme: Descripción y Propiedades Psicométricas

Las medidas de autoinforme proporcionan una alternativa estandarizada a la información proporcionada en la entrevista clínica para llevar a cabo la diagnosis del problema. Además, en el caso de los trastornos parafilicos, la utilización de medidas de autoinforme pueden ayudar a reducir la reticencia

por parte del paciente a responder las cuestiones «cara a cara» con el evaluador como se requiere en el caso de la entrevista clínica. La Tabla 16.2 muestra los cuestionarios más utilizados en la realización del diagnóstico de las parafilias así como su descripción.

Entre otros, los principales instrumentos de autoinforme utilizados para la realización del diagnóstico son el *Cuestionario Cardsort de Intereses Sexuales SICQ*, la *Evaluación Multidimensional de Sexo y Agresión MASA* y el *Inventario Multifásico del Sexo MSI*.

Dichos cuestionarios cuentan con propiedades psicométricas adecuadas. Concretamente, los estudios ponen de manifiesto que el *MSI* muestra alta fiabilidad en términos de consistencia interna y test-retest (Day, Miner, Sturgeon y Murphy, 1989; Kalichman, Henderson, Shealy y Dwyer, 1992; Simkins, Ward, Bowman y Rinck, 1989). Asimismo, las escalas de sadismo y otras parafilias del *MASA* también muestran alta fiabilidad en términos de consistencia interna y de fiabilidad test-retest. Además los ítems relativos a sadismo figuran en la evaluación de modelos teóricos de abuso sexual en mujeres (Knight y Sim-Knight, 2003). En cuanto al *SICQ* los autores (Holland et al., 2000) informan de altas correlaciones entre los resultados obtenidos por el mismo y las clasificaciones llevadas a cabo por los clínicos, con lo cual resulta un instrumento útil en la evaluación de las parafilias.

En la Tabla 16.2 se describen otros instrumentos de autoinforme utilizados en el diagnóstico de las parafilias. No obstante, bien porque los estudios psicométricos han mostrado baja fiabilidad como en el caso del *SHQ-R* (Seto, 2008), o bien porque han sido poco investigados como en el caso del *SFQ*, su uso en la práctica clínica es menos recomendable.

2.1.2. Otros Instrumentos Utilizados en el Diagnóstico

2.1.2.1. Historia Conductual

Se utiliza fundamentalmente en casos de pedofilia, considerando que se han relacionado las características de las víctimas con los intereses de los individuos pedofílicos diferenciando dichas preferencias con las de otros agresores sexuales.

A fin de determinar las características concretas de las víctimas de abusos sexuales que son objeto de atracción de los sujetos pedofílicos, Seto y Lalumière (2001) han desarrollado la *Escala de Screening de Intereses Pedofílicos (SSPI; Screening Scale for Pedophilic Interest)*, una escala de 4 ítems en las que se mide la activación del pene en respuesta a imágenes de niños frente a imágenes de adultos. Se ha demostrado que los agresores sexuales que obtienen puntuaciones altas en la escala son más susceptibles de padecer un trastorno pedofílico que los que obtienen bajas puntuaciones. El *SSPI* Se considera una medida muy útil de riesgo estático (ver apartado 3.1)

El instrumento ha mostrado altos índices de validez tanto en adultos como en adolescentes agresores sexuales cuyas víctimas son niños (Madrigano, Curry y Bradford, 2003; Seto, Murphy, Page y Ennis, 2003), así como una elevada utilidad clínica.

2.1.2.2. Medidas Conductuales

2.1.2.2.1. Tiempo de Visualización o Tiempo de Reacción Visual

Diversos estudios ponen de manifiesto que los agresores sexuales a niños invierten un tiempo de visualización mayor ante imágenes de niños vestidos, semivestidos o desnudos que ante adultos con las mismas características (Harris, Rice, Quinsey y Chaplin, 1996).

Basándose en estas investigaciones se han desarrollado medidas comerciales como la *Evaluación de Abel de Intereses Sexuales AASI* (*Abel Assessment of Sexual Interest*; Abel, Huffman, Warberg y Holland, 1998, Abel et al., 2004) para la evaluación de las parafilias, en las que además del tiempo de visualización se incluye un cuestionario para completar a través del ordenador (www.abelscreen.com).

No obstante, los estudios ponen de manifiesto que el tiempo de visualización no es una variable que permite por sí misma discriminar a los agresores sexuales frente a los sujetos controles (Smith y Fischer, 1999), de aquí su baja validez discriminante.

2.1.2.2.2. Pletismografía Peneana

La pletismografía peneana o falometría se refiere a la medición del flujo sanguíneo del pene en respuesta a determinados estímulos visuales o auditivos, con el objetivo de determinar el grado de excitación sexual.

Esta medida se ha utilizado en la evaluación de las diferentes parafilias, concretamente en el caso de los trastornos pedofílicos en los que se ha comparado el grado de excitación sexual de posibles agresores sexuales a menores ante imágenes de niños frente a imágenes de adultos.

Los estudios de validez discriminante demuestran que esta medida permite discriminar entre agresores sexuales a niños frente a sujetos controles (Barbaree y Marshall, 1989; Freund y Blanchard, 1989). También permite discriminar entre sujetos violadores frente a no violadores (Lalumière y Quinsey, 1994), así como detectar a individuos con diferentes parafilias como sadismo, transvestismo o exhibicionismo (Freund, Seto y Kuban, 1995; Marshall, Paine, Barbaree y Eccles, 1991; Seto y Kuban, 1996).

La pletismografía peneana también ha mostrado altos índices de validez predictiva en relación a la predicción de recaídas en agresores sexuales a niños (Hanson y Morton-Bourgon, 2004, 2005). En cuanto a la fiabilidad, los estudios realizados muestran bajos índices de fiabilidad test-retest (Barbaree, Baxter y Marshall, 1989; Fernández, 2002), no obstante se considera una herramienta muy útil en la evaluación de los trastornos parafílicos debido a su alta utilidad clínica.

Tabla 16.2. Instrumentos Utilizados en la Realización del Diagnóstico de los Trastornos Parafilicos.

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Medidas de Autoinforme		
Cuestionario Cardsort de Intereses Sexuales SICQ (<i>Sexual Interest Card-sort Questionnaire</i> ; Holland, Zolondek, Abel, Jordan y Becker, 2000).	Contiene 75 descripciones de actos sexuales explícitos que son relevantes en el diagnóstico de las diferentes parafilias. El paciente responde a cada una en una escala de 7 puntos según el interés que le provoque la escena. Los autores han realizado una versión corta de 45 descripciones.	Evalúa 15 categorías de comportamientos parafilicos y otras conductas sexuales (heterosexualidad, homosexualidad, froteurismo, voyeurismo, exhibicionismo...).
Evaluación Multidimensional de Sexo y Agresión MASA (<i>Multidimensional Assessment of Sex and Aggression</i> ; Knight, Prentky y Cerce, 1994).	Consta de 403 ítems.	Se desarrolló para evaluar a hombres adultos delincuentes sexuales, aunque estudios recientes también han demostrado su efectividad en adolescentes. Evalúa dominios como conducta antisocial, competencia social, ira y agresión, parafilias, compulsividad y preocupación sexual, planificación de la ofensa, actitudes sexuales y uso de pornografía. Son de interés en este capítulo las escalas de sadismo y parafilias.
* Inventario Multifásico del Sexo MSI (<i>Multiphasic Sex Inventory</i> ; Nichols y Molinder, 1984).	Consta de 200 ítems.	Instrumento de autoinforme diseñado para el uso con delincuentes sexuales que adopta un formato semejante al MMPI. Entre las escalas que mide destacamos las siguientes: deseabilidad social o justificación, obsesiones sexuales, escalas de mentira y distorsiones cognitivas. A su vez la escala de obsesiones sexuales incluye dos subescalas: desviaciones sexuales (paidofilia, exhibicionismo y violación) y conducta sexual atípica (fetichismo, llamadas obsesiones, voyeurismo y sadomasoquismo).

(continúa)

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Medidas de Autoinforme		
Cuestionario de Fantasías Sexuales WSFQ (<i>Sex Fantasy Questionnaire</i> ; Wilson, 1988).	Consta de 40 ítems.	Explora cuatro tipo de fantasías: exploradoras (sexo en grupo, cambio de parejas...), íntimas (sexo oral, masturbar a la pareja...), impersonales (voyerismo, fetiches...) y sadomasoquismo (látigos, ser forzado...). Se puede utilizar tanto en hombres como en mujeres.
Cuestionario de Historia Sexual Revisado de Clarke SHQ-R (<i>The Clarke Sexual History Questionnaire Revised</i> ; Langevin y Paitich, 2002).	Consta de 508 ítems.	Se divide en 17 secciones que cubren diferentes aspectos de la sexualidad convencional y comportamientos parafílicos, incluyendo experiencias sexuales tempranas en la niñez y adolescencia, fantasías, exposición a pornografía y disfunciones sexuales.
Cuestionario de Fantasías Sexuales SFQ (<i>Sexual Fantasy Questionnaire</i> ; O'Donohue, Letourneau y Dowling, 1997).	Consta de 107 ítems y se pide al sujeto la frecuencia de ocurrencia durante la vigilia de cada una de las fantasías sexuales en una escala tipo Likert de 0 a 5.	El cuestionario evalúa diferentes tipos de fantasías, pero gran parte de ellas se relacionan con temas paidofílicos.
Cuestionario de Fantasías Sexuales SFQ (<i>Sexual Fantasy Questionnaire</i> ; Daleiden, Kaufman, Hillier y O'Neil, 1998).	Consta de 127 ítems donde se evalúa la frecuencia de ocurrencia de diferentes fantasías sexuales.	Desarrollado para adolescentes. Se divide en dos subescalas: desviación global y no desviación global. La primera escala incluye fantasías relacionadas con azotar, dar palizas y torturar a otros y actividades parafílicas como sentir placer en escenarios de fuego o transvestismo. La segunda incluye fantasías relacionadas con abrazar, besar, o cogerse las manos.

(continúa)

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Medidas de Autoinforme		
Identidad de Género y Preferencias Eróticas del Varón GIEP (<i>Gender Identity and Erotic Preferences in Male</i> ; Blanchard y Freund, 1983).	Batería de pruebas para el uso con varones adultos. Los ítems pueden ser de respuesta múltiple o de verdadero/falso.	Está constituido por siete escalas: identidad con el género femenino, androfilia (atracción erótica hacia varones maduros), ginefilia (atracción erótica hacia mujeres maduras), experiencia heterosexual de hombres con mujeres, fetichismo, masoquismo y sadismo (en una versión posterior se incluye una versión de travestismo).
Escala de Fetichismo Transvestista CGFS (<i>Cross Gender Fetishism Scale</i> ; Blanchard, 1985).		Mide el valor erótico que tiene para un varón usar lencería y vestimenta de mujer, sus perfumes o maquillajes o afeitarse las piernas y depilarse. El objetivo es diferenciar el fetichismo de los hombres que se visten con ropa de mujeres con un comportamiento parafilico de los no fetichistas (disforia de género, transexualismo, <i>dragqueens</i> ...).
Escala de Atractivo hacia la Agresión Sexual ASAS (<i>Attraction to Sexual Aggression Scale</i> ; Malamuth, 1989).	Se utilizan escalas tipo Likert para medir frecuencia, grado de atractivo, grado de excitación.	Mide el grado de atractivo hacia la agresión sexual por parte de varones. Se evalúan pensamientos mantenidos acerca de actividades sexuales normales y de carácter parafilico (<i>petting</i> , sexo oral, <i>bondage</i> , látigos...).
Historia Conductual		
* Escala de Despiñaje de Intereses Pedofílicos SSPI (<i>Screening Scale for Pedophilic Interest</i> ; Seto y Lalumière, 2001).		
Medidas Conductuales		
Tiempo de visualización.		
Evaluación de Abel de Intereses Sexuales AASI (<i>Abel Assessment of Sexual Interest</i> ; Abel, Huffman, Warberg y Holland, 1998, Abel et al., 2004).		
* Pletismografía peneana.		

Nota: * Instrumentos altamente recomendados para el diagnóstico de las parafilias.

2.2. Diagnóstico Diferencial

Tal y como se ha venido indicando, en los trastornos parafílicos las fantasías, los comportamientos o los objetos deben provocar malestar o alteraciones clínicamente significativas (e.g., son obligatorias, producen disfunciones sexuales, requieren la participación de individuos en contra de su voluntad, conducen a problemas legales o interfieren en las relaciones sociales). De esta manera la parafilia debe diferenciarse del simple uso de fantasías o comportamientos sexuales no patológicos, o de objetos como un estímulo para la excitación sexual en sujetos normales (DSM-IV-TR).

Otras patologías como el retraso mental, la demencia, el cambio de personalidad debido a una enfermedad médica, la intoxicación por sustancias, un episodio maniaco o la esquizofrenia pueden producir un comportamiento sexual alterado debido a la disminución de la capacidad de juicio, de las habilidades sociales o del control de los impulsos (Maxmen y Ward, 1995). En estos casos se diferencian de las parafilias por los siguientes factores: el comportamiento sexual no constituye el patrón obligatorio o preferido del individuo; los síntomas sexuales alterados aparecen exclusivamente durante el curso de los trastornos mentales; y los actos sexuales inusuales tienden a ser aislados más que recurrentes y tienen un inicio más tardío.

También se han encontrado similitudes con los trastornos del control de los impulsos, así como con las adicciones sexuales. Las personas con parafilias suelen manifestar patrones de comportamiento típicos de trastornos como la bulimia nerviosa, trastornos por abuso de sustancias, o juego patológico (Goodman, 1993).

La parafilias también hay que diferenciarlas de los trastornos de identidad de género. Concretamente en el caso del fetichismo transvestista, en el que se hace uso de ropa del sexo opuesto, puede asociarse a disforia sexual. En estos casos, si no se cumplen todos los criterios para el trastorno de identidad sexual el diagnóstico ha de ser de fetichismo transvestista con disforia sexual. Los individuos deben recibir el diagnóstico adicional de trastorno de la identidad sexual si su cuadro clínico cumple todos sus criterios.

Las parafilias individuales se diferencian entre sí según las características del centro de interés parafílico. No obstante, si las preferencias sexuales del individuo cumplen los criterios diagnósticos para más de una parafilia, deben diagnosticarse todas ellas (DSM-IV-TR).

2.3. Comorbilidad

Los trastornos del Eje I que más frecuentemente coexisten con el trastorno parafílico son los trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastorno por déficit de atención/hiperactividad en la infancia, trastorno por consumo de sustancias y trastornos de control de impulsos (juego patológico, trastorno obsesivo-compulsivo o bulimia nerviosa) (Bradford, 1996; Goodman, 1993). Por otra parte también se han relacionado los trastornos de la personalidad (Eje II) con las conductas parafílicas, y concretamente el más frecuente parece ser el trastorno de la personalidad antisocial (Kafka y Prentky, 1994; Osborne y

Wise, 2009; Perry y Orchard, 1992). Levine, Risen y Althof (1990) señalan una alta comorbilidad en las mujeres con comportamientos parafilicos y depresión, promiscuidad y problemas de pareja.

3 EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO Y LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO

3.1. Variables Relevantes Implicadas en la Dinámica Funcional de las Parafilias e Instrumentos para su Evaluación

Una vez llevado a cabo el diagnóstico del problema el siguiente paso en el proceso de evaluación es determinar las posibles variables responsables del origen y mantenimiento de problema parafílico que nos ocupa. De esta manera se podrá llevar a cabo una conceptualización del caso que guiará la posterior planificación del tratamiento a seguir.

En el caso de las parafilias se han considerado cinco variables importantes a evaluar: a) Tendencias antisociales; b) Negación o minimización de la responsabilidad personal en la agresión sexual; c) Actitudes y creencias tolerantes hacia la agresión sexual; d) Déficits en la capacidad de autorregulación general y sexual; y e) Riesgo de recaídas (peligrosidad) en agresores sexuales. En la Tabla 16.4 se recogen las principales herramientas de evaluación de dichas variables para llevar a cabo la conceptualización del caso y la planificación del tratamiento de las parafilias, particularmente en el contexto de la agresión sexual.

a) Tendencias antisociales

Algunas investigaciones han puesto de manifiesto que los pacientes con trastornos parafilicos y tendencias agresoras que muestran elevadas puntuaciones en personalidad, creencias o actitudes antisociales presentan mayores índices de recaídas que aquéllos que presentan bajas puntuaciones (Hanson y Morton-Bourgon, 2004, 2005).

Existen muchas medidas válidas y fiables para la evaluación de la conducta antisocial. Entre ellas destaca la *Escala de Evaluación de Psicopatología de Hare Revisada (Hare Psychopathy Checklist-Revised, PCL-R; Hare, 2003)* que permite evaluar psicopatía y conductas antisociales en adultos con un historial violento o delictivo. Se trata de una escala de evaluación de 20 ítems basada en el juicio clínico, donde cada ítem se puntúa de forma independiente a partir de una entrevista semi-estructurada y fuentes de información colateral. Existe además una versión de cribado (*PCL-SV*) y otra para adolescentes (*PCL-VY*). Es una escala que se utiliza en contextos forense, penitenciario o clínico y se dispone de una versión en español de Moltó, Poy y Torrubia (2000). El *PCL* en todas sus versiones se considera una medida muy útil de riesgo estático.

Esta medida presenta elevados índices de fiabilidad, tanto en términos de consistencia interna como test-retest. Asimismo muestra una excelente validez de constructo, de contenido y de generalización. La utilidad clínica de la herramienta se califica como excelente.

b) Negación o minimización de la responsabilidad personal en la agresión sexual

Entre los agresores sexuales es frecuente la tendencia a la minimización o negación de la responsabilidad en los actos violentos. Esto suele constituir un problema en el momento de llevar a cabo el tratamiento, dado que el individuo considera que éste no es necesario y por lo tanto no se implican en el desarrollo exitoso del mismo.

Se destacan dos medidas para la evaluación de esta variable, la *escala de Negación o Minimización incluida en el Inventario Multifásico del Sexo MSI (Multiphasic Sex Inventory; Barbaree, 1991)* y la *medida de la Negación* incluida en la *Evaluación de las Facetas de los Agresores Sexuales FoSOD (Facets of Sex Offender Denial measure; Schneider y Wright, 2001)*. La FoSOD es un cuestionario de 65 ítems para evaluar a agresores sexuales infantiles.

Todos estos instrumentos presentan adecuadas propiedades psicométricas, referidos tanto a fiabilidad (consistencia interna y test-retest), como a validez (de contenido, de constructo y de generalización), así como a una elevada utilidad clínica.

Por su característica en este caso la medida de elección es la *escala de Negación o Minimización incluida en el MSI*.

c) Actitudes y creencias tolerantes hacia la agresión sexual

Constituye otra variable importante en la evaluación de pacientes agresores sexuales, dado que es frecuente que los agresores sexuales manifiesten una actitud tolerante ante las conductas violentas.

Por sus adecuadas propiedades psicométricas, destacan para evaluar esta variable: la *escala de Inmadurez y Distorsión Cognitiva* y la *escala de Justificación*, incluidas en el *MSI*; la *Escala de Cogniciones de Abel y Becker (Abel y Becker Cognition Scale; Abel, Becker y Cunningham-Rathner, 1984)*; y la *Escala MOLEST de Bumby (Bumby, 1996)*.

En esta categoría también se incluyen el *Inventario de la Conducta Sexual Agresiva (Aggressive Sexual Behaviour Inventory; Mosher, 1984)*, que mide el grado de agresión sexual infligido por hombres a mujeres así como actitudes machistas, y la *Escala de Actitudes Favorables a la Violación (Rape Supportive Attitude Scale; Lottes, 1991)*, que evalúa creencias y actitudes en relación con la violación del tipo «la mayoría de denuncias por parte de mujeres son falsas» o «las mujeres disfrutan con la violencia sexual».

La herramienta de evaluación del riesgo *Stable-2000* (ver apartado «e» del capítulo) también permite evaluar las actitudes y pensamientos tolerantes a la agresión sexual.

Los instrumentos de elección para la evaluación de esta variable son la *escala de Inmadurez y Distorsión Cognitiva* y la *escala de Justificación* incluidas en el *MSI* aunque la *escala MOLEST* ha mostrado excelentes índices de consistencia interna e índices aceptables de fiabilidad test-retest.

d) Déficit en la capacidad de autorregulación general y sexual

Diversas investigaciones han puesto de manifiesto la existencia de dificultades en la autorregulación tanto general como sexual en sujetos agresores sexuales (Bickey y Beech, 2002; Ward, Hudson y Keenan,

1998). De esta manera los sujetos parafilicos manifestarían problemas para controlar sus impulsos sexuales.

La *Stable-2000* contiene ítems que evalúan posibles déficit tanto en la autorregulación general como sexual. Esta variable también puede ser evaluada mediante medidas de personalidad como la impulsividad o búsqueda de sensaciones

e) Riesgo de recaídas (peligrosidad) en agresores sexuales

En muchos casos de parafilias, particularmente en aquellas que conllevan agresión sexual, tanto la conceptualización del caso como el tratamiento se focalizan en determinar y controlar el riesgo ante futuros ataques agresivos. La peligrosidad (*riesgo*) se establece como la posibilidad de futuras recaídas en relación a las conductas agresivas de tipo sexual por parte del individuo.

En la evaluación del riesgo de la peligrosidad de agresores sexuales se distinguen dos tipos de factores: factores de riesgo estáticos y factores de riesgo dinámicos. Los *factores de riesgo estáticos* hacen referencia a aquellas características históricas del sujeto que no son susceptibles de cambio (e.g. historia criminal previa o historia de abuso de sustancias), y los *factores de riesgo dinámicos* son aquellos que sí permiten ser cambiados y/o fluctúan a lo largo del tiempo, constituyendo objetivos claves en la terapia (e.g. actitud ante la agresión sexual o historia de vida antisocial). La Tabla 16.3 muestra los factores de riesgo que la investigación actual ha revelado como relevantes en la predicción de la violencia sexual.

Tabla 16.3. Factores de Riesgo Relevantes en la Valoración de la Peligrosidad Criminal (Adaptado de Esbec y Fernández, 2003).

	Violencia General	Violencia Sexual
Factores Estáticos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contacto previo con el Sistema Judicial o Sistema de Salud Mental. ▪ Delitos violentos previos. ▪ Trastorno mental. ▪ Historia de abuso de sustancias. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agresiones sexuales previas. ▪ Una o más víctimas masculinas. ▪ Víctimas extrafamiliares. ▪ Preferencia sexual por menores. ▪ Agresores sexuales que reinciden cometiendo delitos violentos no sexuales. ▪ Jóvenes. ▪ De raza minoritaria. ▪ Solteros.
Factores Dinámicos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Personalidad antisocial. ▪ Logro social. ▪ Conflictos interpersonales. ▪ Logros sociales. ▪ Abuso de sustancias. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escaso apoyo social. ▪ Estilo de vida antisocial. ▪ Actitud tolerante ante agresiones de tipo sexual.

En la actualidad existen diferentes métodos para evaluar la peligrosidad, considerando los diferentes factores de riesgo. Concretamente, se pueden diferenciar dos tipos de métodos para la predicción del riesgo (o peligrosidad): clínicos y estadísticos. Los *instrumentos clínicos* de que se dispone hoy día son relativamente subjetivos, incluyen entrevistas, observación del comportamiento y el uso de inventarios o escalas diseñadas para tal fin, como es el caso del *PCL-R* descrito anteriormente. Los *métodos estadísticos (actuariales)* son explícitos, objetivos y no requieren ningún juicio de valor por parte del evaluador.

La distinción entre ambas medidas no está del todo clara dado que ambas se basan en la clasificación del sujeto utilizando una serie de factores de riesgo conocido, pero en el caso de los métodos actuariales las reglas por las que se combinan dichos factores son objetivas, explícitas y no requieren juicios de valor por parte del evaluador; de ellas se obtiene una única puntuación para determinar el nivel de riesgo del sujeto. La diferencia entre unas y otras no radica en el tipo de variables utilizadas, sino en el método por el cual se llega al resultado.

En la actualidad los métodos actuariales utilizados con mayor frecuencia son: la *Guía para la Valoración del Riesgo de Agresión Sexual (Sex Offender Risk Appraisal Guide, SORAG; Quinsey, Harris, Rice y Cormier, 2006)*, *Evaluación Rápida del Riesgo de Reincidencia en Agresores Sexuales (Rapid Risk Assessment of Sexual Offense Recidivism, RRASOR; Hanson, 1997)*, el *Static-99 (Hanson y Thornton, 1999)*, la *Herramienta Minesota de Screening de Agresión Sexual Revisada (Minnesota Sex Offender Screening Tool-Revised, MnSOST-R; Epperson, Kaul, Huot, Hessselton y Goldman, 1998)* y el *Stable-2000 (Hanson y Harris, 2000)*. La *Escala de Screening de Intereses Pedofílicos (SSPI; Screening Scale for Pedophilic Interest; Seto y Lalumière 2001)* también se considera una medida actuarial del riesgo.

De todos ellos, el *Stable-2000* se considera la única herramienta actuarial para la evaluación de riesgo dinámico. Presenta índices excelentes de fiabilidad interjueces así como índices adecuados de validez de contenido, de constructo y de generalización, además de una utilidad clínica apropiada.

El resto de los métodos actuariales presentados evalúan el riesgo estático y es el *Static-99* el que mejores propiedades psicométricas presenta, y por tanto el instrumento de elección en estos casos. Concretamente se han identificado excelentes índices de fiabilidad interjueces y entre adecuados y excelentes índices de validez de contenido, de constructo y de generalización, además de una utilidad clínica apropiada.

También se ha propuesto la pletismografía peneana como un instrumento útil para la evaluación del riesgo en pacientes parafílicos.

Tabla 16.4. Instrumentos Utilizados para la Conceptualización del Caso y la Planificación del Tratamiento.

Variables	Instrumentos	Definición
Tendencias Antisociales.	<ul style="list-style-type: none"> * Escala de Evaluación de Psicopatología de Hare Revisada PCL-R (<i>Hare Psychopathy Checklist-Revised</i>). También PCL-SV y PCL-YV. 	Escala de puntuación de riesgo estático. Instrumento clínico.
Negación o Minimización de la Responsabilidad Personal en la Agresión Sexual.	<ul style="list-style-type: none"> * Inventario Multifásico del Sexo MSI (<i>Multiphasic Sex Inventory</i>). Escala de Negación o Minimización. Evaluación de las Facetas de los Agresores Sexuales FoSOD (<i>Facets of Sex Offender Denialmeasure</i>). Medida de la Negación. 	<p>Medida de autoinforme</p> <p>Medida de autoinforme</p>
Actitudes y Creencias Tolerantes hacia la Agresión Sexual.	<ul style="list-style-type: none"> * Inventario Multifásico del Sexo MSI (<i>Multiphasic Sex Inventory</i>). Escala de <i>Inmadurez</i> y <i>Distorsión Cognitiva</i> y escala de <i>Justificación</i>. Escala de Cogniciones de Abel y Becker. Escala MOLEST de Bumby. Inventario de la Conducta Sexual Agresiva (<i>Agressive Sexual Behaviour Inventory</i>). Escala de Actitudes Favorables a la Violación (<i>Rape Supportive Attitude Scale</i>). <i>Stable-2000</i>. 	<p>Medida de autoinforme.</p> <p>Escala de puntuación de riesgo dinámico. Método estadístico (actuarial).</p>
Déficit en la Capacidad de Autorregulación General y Sexual.	<ul style="list-style-type: none"> * <i>Stable-2000</i>. 	Escala de puntuación de riesgo dinámico. Método estadístico (actuarial).

(continúa)

Variables	Instrumentos	Definición
Riesgo de Recaídas (Peligrosidad) en Agresores Sexuales.	▪ Escala de Despistaje de Intereses Pedofílicos SSPI (<i>Screening Scale for Pedophilic Interest</i>).	Escala de puntuación de riesgo estático. Método estadístico (actuarial).
	▪ * Escala de Evaluación de Psicopatología de Hare Revisada PCL-R (<i>Hare Psychopathy Checklist-Revised</i>). También PCL-SV y PCL-YV .	Escala de puntuación de riesgo estático. Instrumento clínico.
	▪ * <i>Static-99</i> .	Escala de puntuación de riesgo estático. Método estadístico (actuarial).
	▪ <i>Stable-2000</i> .	Escala de puntuación de riesgo dinámico. Método estadístico (actuarial).
	▪ Guía para la Valoración del Riesgo de Agresión Sexual (<i>Sex Offender Risk Appraisal Guide</i>).	Escala de puntuación de riesgo estático. Método estadístico (actuarial).
	▪ Evaluación Rápida del Riesgo de Reincidencia en Agresores Sexuales RRASOR (<i>Rapid Risk Assessment of Sexual Offense Recidivism</i>).	Escala de puntuación de riesgo estático. Método estadístico (actuarial).
	▪ Herramienta Minesota de Screening de Agresión Sexual Revisada MnSOST-R (<i>Minnesota Sex Offender Screening Tool-Revised</i>).	Escala de puntuación de riesgo estático. Método estadístico (actuarial).
	▪ Pletismografía penana	Medida conductual. Incremento de la actividad sexual.

Nota: * Instrumentos altamente recomendados para la conceptualización del caso y la planificación del tratamiento.

4 EVALUACIÓN PARA EL TRATAMIENTO, SU PROGRESO Y LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

Una vez implantado el tratamiento es necesario realizar un seguimiento y llevar a cabo una evaluación de los resultados del mismo. Para ello es necesario disponer de una serie de instrumentos que se muestren sensibles a los cambios provocados por la intervención. La Tabla 16.5 muestra un conjunto de medidas útiles para determinar el progreso del tratamiento de los trastornos parafilicos y sus efectos sobre los síntomas y el diagnóstico del individuo.

Entre las técnicas seleccionadas para llevar a cabo tal fin se encuentran: a) Medidas de autoinforme: la Escala de *Inmadurez y Distorsión Cognitiva*, la Escala de *Justificación* y la Escala de *Obsesión Sexual del Inventario Multifásico del Sexo, MSI*; la Escala de *Cognición de Abel y Becker*, la Escala *MOLEST de Bumby* y la *Evaluación de las Facetas de los Agresores Sexuales, FoSOD*; b) Escalas de puntuación para evaluar los cambios en el riesgo dinámico: la *Escala de Puntuación del Tratamiento en Agresores Sexuales (Sex Offender Treatment Rating Scale, SOTRS; Anderson, Gibeau y D`Amora, 1995)* y la *Stable-2000*; c) Medidas conductuales como la pletismografía para evaluar cambios en la activación sexual.

En el contexto de la agresión sexual, la Escala de Puntuación del Tratamiento en Agresores Sexuales *SOTRS (Sex Offender Treatment Rating Scale)* es un instrumento que se utiliza de manera específica para evaluar el éxito del tratamiento. Consta de 54 ítems y mide seis aspectos relacionados con el desarrollo de la intervención: a) motivos, actitudes y creencias subyacentes a las agresiones; b) fantasías e impulsos sexuales atípicos; c) conciencia de la existencia de factores de riesgo situacionales; d) motivación para el cambio personal mediante el tratamiento; e) empatía con las víctimas sexuales; y f) patrón de agresión y sus detalles. El instrumento muestra un excelente índice de consistencia interna e índices aceptables de fiabilidad interjueces y test-retest.

Todas las medidas que se proponen para la evaluación del progreso del tratamiento y los resultados de la intervención poseen propiedades psicométricas adecuadas, además de una elevada utilidad clínica y sensibilidad al tratamiento (Tabla 16.5).

Tabla 16.5. Instrumentos Utilizados para la Evaluación del Progreso del Tratamiento y los Resultados de la Intervención.

Autoinformes
* Inventario Multifásico del Sexo MSI (<i>Multiphasic Sex Inventory</i>). Escala de Inmadurez y Distorsión Cognitiva, Escala de Justificación y la Escala de Obsesión Sexual.
Escala de Cogniciones de Abel y Becker.
Escala MOLEST de Bumby.
Evaluación de las Facetas de los Agresores Sexuales FoSOD (<i>Facets of Sex Offender Denialmeasure</i>). Medida de la Negación.
Escalas de Puntuación
* Escala de Puntuación del Tratamiento en Agresores Sexuales SOTRS (<i>Sex Offender Treatment Rating Scale</i>).
* Stable-2000.
Medidas Conductuales
* Pletismografía peneana.

5 PROPUESTA DE UN PROTOCOLO DE EVALUACIÓN PARA LOS TRASTORNOS PARAFÍLICOS

A largo del capítulo se han expuesto un conjunto de instrumentos disponibles para la evaluación de los trastornos parafílicos. Con el objetivo de proponer un protocolo que permita una evaluación completa, válida y fiable, en la Tabla 16.6 se recoge una selección de los principales instrumentos necesarios para la realización del diagnóstico, la conceptualización del caso y el seguimiento del tratamiento en la evaluación de las parafilias.

Tabla 16.6. Protocolo Básico de Evaluación de los Trastornos Parafilicos.

1. Evaluación para el Diagnóstico y la Delimitación del Problema	
Entrevista clínica.	
Medidas de autoinforme.	▪ Inventario Multifásico del Sexo, MSI .
Historia conductual.	▪ Escala de Despistaje de Intereses Pedofílicos, SSPI .
Medidas conductuales.	▪ Pletismografía Peneana.
2. Evaluación para la Conceptualización del Caso y Planificación del Tratamiento	
Tendencias antisociales.	▪ Escala de Evaluación de Psicopatología de Hare Revisada PCL-R (También PCL-SV y PCL-YV).
Negación o minimización de la responsabilidad personal en la agresión sexual	▪ Inventario Multifásico del Sexo, MSI . Escala de Negación o Minimización.
Actitudes y creencias tolerantes hacia la agresión sexual.	▪ Inventario Multifásico del Sexo, MSI . Escala de Inmadurez y Distorsión Cognitiva y escala de Justificación.
Déficits en la capacidad de autorregulación general y sexual.	▪ <i>Stable</i> , 2000.
Riesgo de recaídas (peligrosidad) en agresores sexuales.	▪ Escala de Evaluación de Psicopatología de Hare Revisada, PCL-R (También PCL-SV y PCL-YV). ▪ <i>Static-99</i> .
3. Evaluación para el Progreso y la Eficacia del Tratamiento	
Medidas de autoinforme.	▪ Inventario Multifásico del Sexo, MSI . Escala de <i>Inmadurez y Distorsión Cognitiva</i> y escala de <i>Justificación</i> .
Escalas de puntuación.	▪ Escala de Puntuación del Tratamiento en Agresores Sexuales, SOTRS . ▪ <i>Stable-2000</i> .
Medidas conductuales.	▪ Pletismografía peneana.

RESUMEN

Una parafilia es la presencia de repetidas e intensas fantasías sexuales de tipo excitatorio, de impulsos o de comportamientos sexuales que en la mayoría de los casos implican: objetos no humanos y sufrimiento o humillación de uno mismo, de la pareja, de niños o de otras personas que no consienten. En principio estos comportamientos podrían tener un carácter inocuo, no obstante, en muchas ocasiones los sujetos que presentan este tipo de disfunción pueden intentar llevar a cabo el desarrollo de sus fantasías en contra de la voluntad de la pareja o de otros, con resultados peligrosos para terceros, como en el caso del sadismo sexual o la pedofilia, constituyendo en estos casos un «delito contra la libertad e indemnidad sexual». De aquí que la actuación sobre estas disfunciones constituya un objetivo de los profesionales de la salud. Existen pocos datos epidemiológicos sobre los trastornos parafilicos dada la naturaleza controvertida de los mismos, no obstante el mercado de la pornografía indica que la prevalencia de estos trastornos puede ser elevada. Lo que sí indican las estadísticas es que la casi totalidad de los problemas parafilicos son exclusivamente masculinos, en las mujeres el más frecuente es el masoquismo sexual. En función de las diferentes categorías, el exhibicionismo constituye la parafilia más frecuente en la población general y la más tratada en centros especializados. En relación a los factores etiológicos, la influencia de los factores biológicos no queda del todo demostrada empíricamente, de aquí que sean los factores psicológicos los que se proponen como más aceptables para la explicación del comportamiento parafilico.

Al igual que en las disfunciones sexuales la herramienta básica para llevar a cabo el diagnóstico de los trastornos parafilicos es la entrevista clínica. No obstante, tampoco existen entrevistas estandarizadas en este caso y es el evaluador el que ha de realizar la propia entrevista cubriendo unos objetivos esenciales. Se dispone además de un conjunto de herramientas básicas para llevar a cabo el proceso de diagnosis, concretamente: medidas de autoinforme, historia conductual y medidas conductuales como el tiempo de visualización y la pletismografía peneana. En general todas las medidas que se han mostrado presentan adecuados índices de fiabilidad y validez, además de manifestar utilidad clínica. Al llevar a cabo el diagnóstico de las parafilias hay que destacar dos aspectos fundamentales, la comorbilidad y el diagnóstico diferencial. Considerando la alta comorbilidad que presentan los trastornos parafilicos con otros trastornos recogidos en los Eje I y II es fundamental realizar un adecuado diagnóstico diferencial.

En el proceso de conceptualización del caso y la planificación del tratamiento las variables que se han considerado relevantes a evaluar en los trastornos parafilicos han sido: tendencias antisociales; negación o minimización de la responsabilidad personal en la agresión sexual; actitudes y creencias tolerantes hacia la agresión sexual; déficits en la capacidad de autorregulación general y sexual; y riesgo de recaídas (peligrosidad) en agresores sexuales. Para ello se exponen diferentes herramientas de evaluación como medidas de autoinforme, escalas de puntuación del riesgo (estático y dinámico) y medidas conductuales como la pletismografía peneana. También en este caso todas ellas disponen de propiedades psicométricas adecuadas.

Una vez llevada a cabo la intervención es necesario realizar un seguimiento del progreso del tratamiento y una valoración final del éxito del mismo. Una forma efectiva de llevar a cabo estos

(continúa)

objetivos es mediante el uso de medidas de autoinforme, escalas de puntuación para evaluar los cambios en el riesgo dinámico y medidas conductuales como la pletismografía para evaluar cambios en la activación sexual.

Finalmente, se propone un protocolo básico de evaluación donde se han seleccionado los instrumentos básicos para llevar cabo una evaluación útil, válida y fiable de los trastornos parafílicos.

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

- 1) ¿Cuál es la parafilia más frecuentemente encontrada en mujeres?: a) Sadismo sexual; b) Masoquismo sexual; c) Transvestismo.
- 2) ¿Cuáles son los factores etiológicos que se proponen como los más aceptables para la explicación del comportamiento parafílico?: a) Biológicos; b) Psicológicos; c) De carácter adictivo.
- 3) La Evaluación Multidimensional de Sexo y Agresión, MASA constituye una herramienta de: a) Diagnóstico; b) Evaluación para la conceptualización del caso; c) Evaluación del tratamiento.
- 4) El abuso de sustancia como factor de riesgo en la valoración de la peligrosidad criminal, constituye un factor: a) Estático; b) Dinámico; c) Ninguna de las alternativas anteriores es correcta.
- 5) El Stable-2000 constituye una herramienta para la evaluación del riesgo actuarial: a) Dinámico; b) Estático; c) Dinámico y estático

Solución: 1b; 2b; 3a; 4b; 5a

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Cáceres, J. (2009). La evaluación de las parafilias. En V. Caballo (dir.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos: trastornos en la edad adulta e informes psicológicos* (pp. 267-280). Madrid: Pirámide.
- Carrobles, J. A. (2011). Disfunciones Sexuales. En V. Caballo, I. C. Salazar, J. A. Carrobles (dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp.625-653). Madrid: Pirámide.
- Seto, M.C., Abramowitz, C.S. y Barbaree, H.E. (2008). Paraphilias. En J. Hunsley y E. J. Mash (dirs.), *A guide to assessments that work* (pp. 488-512). New York: Oxford University Press.

Evaluación de los Trastornos Adictivos y por Consumo de Sustancias

Francisca López Torrecillas
Isabel M. Ramírez Uclés

17

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

1 **Introducción**

- 1.1. Descripción de los Trastornos por Consumo de Sustancias
- 1.2. Epidemiología
- 1.3. Factores Etiológicos

2 **Evaluación para la Delimitación del Problema: Contrastación de Hipótesis Diagnósticas**

- 2.1. Entrevistas Estructuradas
- 2.2. Medidas de Autoinforme de Gravedad de la Dependencia
- 2.3. Diagnóstico Diferencial
- 2.4. Comorbilidad

3 **Evaluación para la Conceptualización del Caso y la Planificación del Tratamiento**

- 3.1. Autorregistros
- 3.2. Medidas de Autoinforme Relativas a la Personalidad

4 **Evaluación para el Tratamiento, su Progreso y los Resultados de la Intervención**

- 4.1. Evaluación del Balance Decisional

5 **Propuesta de un Protocolo Básico para la Evaluación de los Trastornos por Consumo de Sustancias**

RESUMEN
EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN
BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

- Comprender los objetivos de la evaluación de los trastornos por consumo de sustancias.
- Conocer las técnicas de evaluación de los trastornos por consumo de sustancias y las posibilidades asociadas a cada una de ellas.
- Ser capaz de identificar la importancia de la fiabilidad y de la validez de las mediciones.
- Aprender a identificar algunas fuentes de errores en la evaluación de los trastornos por consumo de sustancias.
- Ser capaz de identificar y discriminar los instrumentos para las distintas fases de la evaluación.
- Aprender a relacionar distintas fuentes de datos.
- Asumir la posibilidad de utilizar más de un enfoque para la evaluación los trastornos por consumo de sustancias.
- Comprender las relaciones entre teoría y evaluación.

1 INTRODUCCIÓN

1.1. Descripción de los Trastornos por Consumo de Sustancias

El consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales (heroína, cocaína, cannabis, drogas de síntesis, alucinógenos, etc.) constituye uno de los fenómenos más complejos y difícilmente abordables dentro del contexto europeo y nacional de la salud; el abuso de dichas sustancias tiene consecuencias adversas en la salud individual, en la integración familiar y en el desarrollo y la estabilidad biopsicosocial. Técnicamente, el concepto de adicción se liga al consumo de las sustancias químicas o drogas «*que consumidas a través de cualquier vía de administración, altera el humor, el nivel de percepción o el funcionamiento cerebral; causan intoxicación, inducen dependencia psicológica y son autoadministradas por el individuo para cambiar su nivel de conciencia o para incrementar su bienestar psicológico*» (American Psychiatric Association [APA], 2012). El origen de la adicción es multifactorial, implicando factores biológicos, genéticos, psicológicos y/o sociales; sus manifestaciones clínicas dependen de las características individuales de personalidad de cada individuo, así como de sus circunstancias socio-culturales, siendo su principal síntoma la necesidad imperiosa o compulsiva de volver a consumir la sustancia para experimentar la recompensa que produce y para evitar el síndrome de abstinencia. Desde un punto de vista biológico, es bien sabido que la capacidad adictiva de una droga depende de la intensidad con que se producen los componentes de *tolerancia*, *dependencia* y *síndrome de abstinencia* (Cahill, Stead y Lancaster, 2012; Lobmaier, Gossop y Bramness, 2010; NIDA, 2008). La *tolerancia* está considerada como una menor respuesta al efecto de la droga debido a la permanencia, que viene explicada tanto por la farmacocinética como por la farmacodinámica; es el proceso por el que la persona tiene la necesidad de incrementar la ingesta de sustancia para alcanzar el efecto que obtenía al principio o el efecto deseado, provocándose una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a igualdad de dosis consumida. La *dependencia* de una sustancia se caracteriza por un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres o más de los síntomas (que se presentan en la Tabla 17.1) durante un periodo continuado de 12 meses, y de acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR (APA, 2000), dicho criterio puede ser aplicado a toda clase de sustancias a excepción de la cafeína. Le Moal y Koob (2007) sostienen que *el síndrome de abstinencia* de las diferentes drogas está caracterizado por la inhibición de la transmisión dopaminérgica y por el deterioro del sistema de recompensa natural. Durante la tolerancia, el circuito de recompensa o refuerzo positivo se modifica debido al uso crónico, produciéndose una adaptación de las neuronas con cambios que van a producir sus efectos como refuerzos negativos.

No existe una única clasificación de las drogas, pudiéndose establecer clasificaciones según su estructura química, su origen (naturales, sintéticas, semisintéticas), su acción sobre el Sistema Nervioso (estimulantes y depresores), sus consecuencias legales, socioculturales, etc. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1975) clasificó las drogas agrupándolas según sus efectos (depresoras, estimulantes o alucinógenas) y El DSM-IV-TR determina doce sustancias (alcohol, alucinógenos, anfetaminas y sustan-

cias afines, cafeína, cannabis, cocaína, inhalantes, nicotina, opioides, fenciclidina y sustancias afines, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, y otras sustancias), presentando criterios uniformes de dependencia y abuso, exceptuando la cafeína, que no ocasiona un síndrome de dependencia o de abuso, y la nicotina, que carece de un síndrome de abuso definido; igualmente, cada una de ellas presenta un cuadro delimitado de intoxicación y de abstinencia relacionado con el efecto fisiológico de la droga, sin considerar el efecto psicológico.

El diagnóstico de dependencia se alcanza mediante la aplicación de diversos criterios sintomáticos, conductuales y temporales (Tabla 17.1); los siete criterios pueden dividirse en tres grupos: criterios de dependencia física (1 y 2), criterios de consumo compulsivo (3, 4 y 7) y criterios de efectos adversos del consumo de la sustancia (5 y 6). Como una variación con respecto a versiones anteriores, el DSM-IV-TR establece que la dependencia puede subclasificarse en *dependencia con y sin dependencia física*, según estén o no incluidos los criterios 1 y 2 (tolerancia y síndrome de abstinencia); es decir, la dependencia física se indica por la presencia de tolerancia o abstinencia. Por su parte, el abuso se describe mediante cuatro ítems (Tabla 17.1), de los que sólo es necesaria la presencia de uno de ellos para que se establezca el diagnóstico.

Tabla 17.1. Criterios para la Dependencia de Sustancias (DSM-IV-TR, 2000).

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (criterio A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).
 - b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
3. La sustancia se toma con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por ejemplo, visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (por ejemplo, una dosis tras otra) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (por ejem-

(continúa)

plo, consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

Especificar si:

- Con dependencia fisiológica: signos de tolerancia o abstinencia (por ejemplo, si se cumplen cualquiera de los puntos 1 ó 2).
- Sin dependencia fisiológica: no hay signos de tolerancia o abstinencia (por ejemplo, si no se cumplen los puntos 1 y 2).

El DSM-IV-TR circunscribe el consumo de drogas al apartado de trastornos relacionados con sustancias e incluye solo a las drogas de abuso. Dentro del apartado de dependencia de sustancias, profundiza en el concepto de tolerancia y matiza que «*para una determinada sustancia pueden aparecer diversos grados de tolerancia para cada uno de sus distintos efectos sobre el sistema nervioso central*». En el apartado de abstinencia puntualiza sobre los síntomas, incluye el cannabis como un solo grupo de sustancias, los estimulantes como las anfetaminas y la cocaína, así como la nicotina, exponiendo que ni la tolerancia ni la abstinencia son condiciones necesarias o suficientes para diagnosticar una dependencia de sustancias. Así, propone una serie de criterios para clasificar los trastornos por consumo de sustancias; específicamente, los divide en dos grupos: el primero con los trastornos por consumo de sustancias, entre los que incluye la dependencia y el abuso; y el segundo grupo con trastornos inducidos por sustancias, en los que circunscribe la intoxicación, la abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por sustancias.

El DSM-IV-TR define la *intoxicación aguda* como *desadaptación conductual* y los criterios para su diagnóstico se presentan en la tabla 17.2. Es necesario destacar que la intoxicación produce un síndrome específico para cada tipo de sustancia, por lo que el DSM-IV-TR propone criterios diferenciados para cada una de ellas.

Tabla 17.2. *Criterios para la Intoxicación por Sustancias (DSM-IV-TR, 2000).*

1. Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente (o a su exposición). Nota: diferentes sustancias pueden producir síndromes idénticos o similares.
2. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central (e.g., irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social), que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.
3. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

El segundo concepto que aparece circunscrito a los trastornos inducidos por sustancias (*síndrome de abstinencia*) es el conjunto de síntomas o signos que se dan en una persona dependiente de una sustancia cuando deja bruscamente de consumirla o la cantidad consumida es insuficiente (los criterios

diagnósticos se presentan en la Tabla 17.3), aunque habitualmente los *trastornos inducidos por sustancias* provocan una cantidad de síntomas que son característicos de otros trastornos mentales. En la Tabla 17.4 se recogen los problemas que con mayor frecuencia se dan en los consumidores que suelen presentar comorbilidad al abuso y dependencia de la sustancias y pueden aparecer en el contexto de la intoxicación, de la abstinencia de la sustancia o persistir largo tiempo una vez que el consumo ha cesado, de ahí la importancia de realizar el diagnóstico diferencial. La información sobre la topografía y las características que proporcionan los sistemas de clasificación ayudan a determinar la existencia de un problema (y, por tanto, detectar la necesidad de un tratamiento) o bien facilitan la homogeneización de un diagnóstico (que sirva, por ejemplo, para seleccionar a los sujetos que van a formar parte de una investigación), funciones que resultan muy útiles para llevar a cabo estudios que evalúen la eficacia de los tratamientos. Ambas clasificaciones convergen y sirven de base para nuestra categorización; sin embargo, esta información no es suficiente para la comprensión del problema y la planificación de un tratamiento, que debe basarse en la delimitación precisa de las áreas del estilo de vida que han sido afectadas por el trastorno adictivo; para ello, como veremos a lo largo del presente capítulo, se utilizarán otros instrumentos de evaluación, como entrevistas estructuradas, información por parte de familiares, cuestionarios de cribado, de gravedad de la dependencia, de personalidad, de motivación para el tratamiento, análisis funcional y autorregistros.

Tabla 17.3. *Criterios para la Abstinencia de Sustancia (DSM-IV-TR, 2000).*

1. Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
2. El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.
3. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Tabla 17.4. *Trastornos Mentales Inducidos por Sustancias (DSM-IV-TR, 2000).*

- Delirium inducido por sustancias.
- Demencia persistente inducida por sustancias.
- Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias.
- Trastorno psicótico inducido por sustancias.
- Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias.

(continúa)

Trastorno sexual inducido por sustancias.

Trastorno de sueño inducido por sustancias.

Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (flashback).

Recientemente, un número creciente de estudios (Müller, Koch, Beutel, Dickenhorst, Medenwaldt y Wölfling, 2012; Pedrero-Pérez, Rodríguez-Monje y Ruiz-Sánchez de León, 2012; Peirce, Brooner, Kolodner y Schacht, 2012) encuentran una serie de conductas potencialmente adictivas, comportamientos que no implican el consumo de sustancias, sino que resultan de nuestra sociedad tecnológica. Los *chats* de Internet, la telefonía móvil, los videojuegos, los juegos de azar, la pertenencia a grupos sectarios, la pornografía y/o adicción al sexo, las compras compulsivas, el abuso de la televisión, etc., están provocando numerosos casos de dependencia en personas que obtienen, de estas herramientas, un refugio que las aleja de sus problemas emocionales o familiares; se trata de conductas repetitivas que resultan placenteras en las primeras fases, pero que después no pueden ser controladas por el individuo. No existen criterios diagnósticos específicos y consensuados para estas adicciones, aunque la experiencia clínica pone de manifiesto que el uso excesivo de las nuevas tecnologías resulta un problema real que afecta gravemente a algunas personas. Una vez más, la historia se repite, como lo acontecido con la ludopatía o juego patológico, cuyo reconocimiento como entidad nosológica propia data de 1980, cuando la APA la introdujo bajo la denominación de «*juego patológico*» en su Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III). El DSM-IV-TR considera el juego patológico como un trastorno del control de los impulsos y la persona que padece este trastorno se convierte, de forma crónica y progresiva, en alguien incapaz de resistir el impulso de jugar, y lo clasifican junto a otros trastornos en un epígrafe general denominado *Trastornos en el Control de los Impulsos no Clasificados en otros Apartados*. Siguiendo con lo que será la futura clasificación DSM-5 (APA, 2012) se tratarán como trastornos inducidos por sustancias, mientras que el resto de adicciones sin sustancia (compras, sexo, internet, móvil, trabajo, etc.), por su reciente aparición, siguen siendo objeto de controversia y confusión. No existen para estas nuevas adicciones criterios diagnósticos específicos y consensuados (en el DSM-IV-TR); sin embargo, desde la experiencia clínica, se pone de manifiesto que el uso abusivo de las nuevas tecnologías es un problema real que afecta gravemente a las personas que lo padecen (Sánchez-Carbonell, Beranuy, Castellana, Chamarro y Oberst, 2008).

1.2. Epidemiología

En la mayoría de los países conviven drogas aceptadas por la sociedad cuya producción, venta y consumo están legalmente permitidas, junto a otras que están sancionadas. España es uno de los países donde el alcohol sigue siendo la sustancia más consumida. Entre las drogas ilegales, el hachís y la heroína también presentan un índice de consumo alto; en los años 1900s el consumo de cocaína se encuentra en alza y además aparecen las drogas de síntesis. Todo ello, junto a la tendencia al poli-

consumo, dificulta el abordaje de este fenómeno (Giraudon, Vicente, Matías, Mounteney y Griffiths, 2012).

Las drogas y el alcohol han conseguido actualmente una relevancia sorprendente, si tenemos en cuenta que existen más tipos de drogas a las que acceder y que la adicción no se limita a los barrios marginales de las grandes ciudades, sino que afecta tanto a las clases media y alta como a las capas bajas. Según los datos más recientes proporcionados por el Observatorio Español sobre Drogas [OED] (2011), el consumo de drogas, tanto en la población general como en la población escolar, ha ido creciendo desde mediados de los años noventa, siendo las sustancias más consumidas el tabaco (44,7%) y el alcohol (74%). En cuanto a las drogas de carácter ilegal, la de mayor consumo es el cannabis y sus derivados (14,8%), seguida de la cocaína (4,2%) y del éxtasis (1,2%); el consumo del resto de drogas ilegales está poco extendido, si bien cabe destacar el incremento del consumo de hipnosedantes, cuya prevalencia se sitúa en 2,2 %, solo superado por el tabaco, el alcohol y el cannabis. En relación con las diferencias de género, el consumo de drogas en los hombres es superior al de las mujeres; sin embargo, existen algunos tipos o patrones de consumo para ciertas sustancias psicoactivas (consumo diario de tabaco, consumo de riesgo de bebidas alcohólicas e intoxicaciones etílicas) en los que las prevalencias de consumo en mujeres de determinados grupos de edad, han venido aumentando considerablemente en los últimos tiempos, disminuyendo de este modo las diferencias de prevalencias de consumo entre hombres y mujeres e, incluso, invirtiendo la relación en algunos grupos de edad (15-34 años). Las drogas más consumidas por los estudiantes de 14 a 18 años siguen siendo el alcohol, el tabaco y el cannabis (63% en el caso del alcohol, 26,2% en el de tabaco y 17,2% en el de cannabis); comparando estos resultados con los de las encuestas precedentes, observamos una reducción del consumo de la mayoría de las sustancias, más acusado en el caso del tabaco, cannabis, cocaína y heroína. El cannabis y la cocaína han sido las drogas ilegales más extendidas desde la década de los noventa hasta la actualidad.

No disponemos de datos vigentes sobre la prevalencia de la adicción al juego y los resultados de los diferentes estudios realizados en la última década sobre la proporción de jugadores patológicos en la población general, oscilan entre 0,1 y 1,5%, mientras que suele considerarse que existen entre 1,6 y 2,5% de jugadores patológicos; con respecto a las diferencias por sexo, es mucho más frecuente en hombres que en mujeres, aunque éstas son mucho más reacias a buscar ayuda terapéutica. Por orden de importancia de gasto en juego, se encuentran las máquinas tragaperras, bingo, loterías (lotería nacional), loterías de organismos benéficos (ONCE), lotería primitiva, bonoloto y casino (Becoña, 2004; Comisión Nacional del Juego, 2010).

1.3. Factores Etiológicos

El fenómeno de la drogodependencia es muy complejo, pues implica múltiples factores biológicos, sociales, de aprendizaje y de personalidad; además la vulnerabilidad de los individuos para desarrollar dependencia a determinadas sustancias está relacionada con dichos factores.

Desde un punto de vista biológico, la capacidad adictiva de una droga se vincula con los mecanismos bioquímicos; se sabe (Cooper y Haney, 2008; Santini y Klann, 2011) que diversas sustancias adictivas tales como el alcohol, cannabis, cocaína y opiáceos, producen modificaciones significativas de los niveles cerebrales de monoaminas biogénicas (dopamina, norepinefrina, acetilcolina y serotonina) y otros neurotransmisores, como ácido gamma-amino-butírico (GABA) y péptidos opiáceos, indicando que la adicción es un fenómeno bioquímico complejo en el que se observa una participación de la casi totalidad del sistema nervioso central. Se puede deducir que la necesidad imperiosa de obtener sensaciones específicas podría entenderse como una respuesta encaminada al mantenimiento de los niveles bioquímicos. Esta respuesta es el consumo de drogas y permite cambiar estados desagradables por otros más placenteros o reforzantes (Hutchinson *et al.*, 2012).

El periodo de la adolescencia está relacionado con la adquisición de una amplia base de repertorios sociales, entre los que la influencia que ejerce el grupo de iguales específicamente por conductas de imitación, la presión del grupo y el aumento del reconocimiento social, son factores que están relacionados con el consumo de drogas; en este patrón se integran otro grupo de variables individuales tales como actitudes, búsqueda de sensaciones y tendencias socioculturales (Alavi, Ferdosi, Jannatifard, Eslami, Alaghemandan y Setare, 2012).

El interés por el contexto familiar de las drogodependencias data de los años 70, concediéndose cada vez mayor importancia a la familia en la génesis, persistencia y disminución de los problemas relacionados con las drogas; de hecho, existe un volumen importante de estudios teóricos sobre relaciones familiares y consumo de drogas o alcohol, así como numerosos trabajos clínicos que ponen en evidencia la necesidad de intervenir en la interacción familiar. Desde el modelo de terapia familiar funcional, los trastornos adictivos se consideran como una conducta disfuncional que tiene lugar dentro de un contexto en el que interaccionan, fundamentalmente, la historia pasada, las expectativas futuras del drogodependiente y de cada uno de los miembros de la familia. Para comprender mejor el mantenimiento de la adicción de las drogas y alcohol, se analizan las pautas de interacción y las estrategias de afrontamiento que tienen lugar dentro de la familia y que contribuyen, junto a otros factores, a la explicación de la problemática de las adicciones. Se basan en la teoría de aprendizaje social y en procedimientos de intervención conductual como el contrato de contingencias, el entrenamiento en habilidades de solución de problemas y de comunicación y en el intercambio de conductas (Becoña *et al.*, 2012; López-Torrecillas, Bulas, León-Arroyo y Ramírez-Uclés, 2005).

Otro factor de especial relevancia, tanto por las implicaciones que tienen los procesos de aprendizaje en el campo de las drogodependencias como por la cantidad de literatura desarrollada en torno a este tema, es el aprendizaje por condicionamiento clásico y operante; desde este aprendizaje por condicionamiento clásico se explican dos fenómenos implicados en el proceso de la adicción, *la tolerancia condicionada* y *el síndrome de abstinencia condicionado*. La *tolerancia condicionada* se refiere al efecto que tiene la sustancia en el individuo como consecuencia del aprendizaje o de los estímulos ambientales que están presentes en el momento de la administración de la sustancia; consiste en modular los efectos de la droga por medio de señales ambientales presentes en el momento de la administración de la misma, influyendo también las expectativas o el estado de ánimo, que pueden

cambiar la intensidad de los efectos. Por su parte, el *síndrome de abstinencia condicionado* se origina al relacionarse el contexto en el que se consume la droga con los efectos de la misma; así, después del proceso de desintoxicación, el drogodependiente puede presentar un nuevo síndrome de abstinencia (conjunto de signos y síntomas que se manifiesta por la aparición de trastornos físicos y psicológicos cuando se interrumpe la administración de la droga) por el simple hecho de incorporarse a dicho entorno (Behera, Goswami, Khastgir y Kumar, 2003). El inicio de estas conductas adictivas se produce por la presencia de reforzadores positivos, los cuales controlan dicha conducta; se trata del poder placentero de la conducta en sí misma. Sin embargo, conforme se instaura la dependencia y comienza a aparecer un síndrome de abstinencia, el control del comportamiento (esto es, el mantenimiento de la adicción) se lleva a cabo mediante reforzadores negativos, es decir, el alivio del malestar (al igual que ocurre en las dependencias químicas). En definitiva, desde el aprendizaje por condicionamiento operante, se entiende el poder de las drogas sobre la conducta tanto por sus efectos directamente placenteros (reforzamiento positivo) como por su capacidad para eliminar los síntomas de retirada (reforzamiento negativo) (Graña y García, 1994).

Los trastornos relacionados con sustancias incluyen los trastornos relacionados con la ingestión de una droga de abuso (incluyendo el alcohol), los efectos secundarios de un medicamento y la exposición a tóxicos. Como acabamos de mencionar, el DSM-IV-TR agrupa las sustancias en 12 clases, sin embargo, en este capítulo vamos a tratar las más frecuentes en su manifestación, diagnóstico e intervención (Tabla 17.5)

2 EVALUACIÓN PARA LA DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS

La función de Evaluación Clínica en el contexto del consumo de sustancias se fundamenta en el diagnóstico del caso, considerado como el procedimiento que determina la presencia de síntomas y signos de abuso y/o dependencia según los criterios del sistema nosológico más aceptado (DSM-IV-TR). Los instrumentos de referencia para el diagnóstico son las entrevistas y las medidas de autoinforme, diferenciándose estas últimas según estén centradas en la dependencia de las consecuencias, en el síndrome de dependencia o en la gravedad del síndrome de abstinencia.

2.1. Entrevistas Estructuradas

La entrevista es un instrumento que constituye una fuente de datos clave sobre el comportamiento del drogodependiente; los elementos no verbales, paralingüísticos y verbales, su apariencia general y su estilo de comportamiento nos ayudan a contextualizar el problema que padece (Papke y Greenwald, 2012). Existen diferentes tipos de entrevistas en función de su grado de estructuración; así, las entrevistas clínicas estructuradas presentan un guión de preguntas y respuestas cerradas, mientras que las

entrevistas clínicas semiestructuradas implican un juicio clínico, requieren formación en psicopatología y un entrenamiento específico para su manejo.

En la primera entrevista es necesario hacer preguntas para realizar el análisis de la demanda, la resistencia al cambio y las características de la petición del drogodependiente; también es importante contextualizar la relación de todo el proceso de intervención, es decir, el momento para informar al drogodependiente sobre el derecho a la confidencialidad y preguntar a quién le permite que conozca su evolución y seguimiento. Por ello, la entrevista inicial cumple tres objetivos fundamentales: en primer lugar, la creación de una atmósfera de diálogo para que el paciente sienta que sus problemas son comprendidos; en segundo lugar establecer un marco de referencia para contextualizar la relación entre terapeuta y paciente que implique la definición de las normas, tiempos y condiciones durante todo el proceso de intervención; y el tercer objetivo es analizar la demanda, entendida como la valoración, compartida con el paciente, de lo que pide, de cómo lo pide y de la respuesta que se le va a ofrecer, remarcando las posibilidades y los límites de la intervención.

Las primeras entrevistas con el paciente o con la familia resultan claves y definitorias para la evolución posterior. Siempre que sea posible, se debe contrastar la información obtenida por el paciente con la que aportan familiares y otras personas de su entorno social, ya que completan el análisis de la demanda muchas veces sesgado, que el individuo posee de su trastorno, pues frecuentemente los drogodependientes tienden a minimizar su problema y la dosis consumida, restar importancia a otras drogas que consumen e infravalorar los problemas familiares, laborales, somáticos y psicopatológicos asociados.

Existe un grupo de entrevistas estructuradas o semiestructuradas que evalúan los problemas de abuso o dependencia de acuerdo con los criterios del DSM-IV-TR y que serán ampliadas en el siguiente apartado, dado que es conveniente realizar una evaluación de la comorbilidad (trastorno/patología dual) por las implicaciones e impacto que conlleva a lo largo de todo el proceso terapéutico.

La evaluación de la gravedad de la dependencia se realiza a partir de la presencia o ausencia de los síntomas descritos en el trastorno por abuso y dependencia de las sustancias psicoactivas (alcohol, nicotina, cocaína, opiáceos y conductas adictivas como el juego patológico), así como de las repercusiones que estos síntomas tienen en la vida de la persona, proporcionando información tanto para la evaluación de las necesidades del drogodependiente como para la elaboración de las estrategias de intervención y de seguimiento. En esta línea, entre las entrevistas más conocidas para evaluar el trastorno por abuso y dependencia de las sustancias psicoactivas (alcohol, cocaína, opiáceos, etc.) se dispone del Índice de Gravedad de la Adicción ASI (*Addiction Severity Index*; McLellan, Luborsky, Woody y O'Brien, 1980) y/o el EuroPASI, de Kokkevi y Hartgers (1995). Alessi y Petry (2003), por su parte, realizaron una adaptación del ASI (*Glaming Severity Index*) para valorar la gravedad del juego patológico (ver Tabla 17.5).

Con respecto a la validez de las entrevistas que evalúan gravedad del trastorno destacar que, desde el punto de vista clínico, EuroPASI proporciona información para describir las necesidades de los pacientes al inicio del tratamiento, asignar a los pacientes a las estrategias terapéuticas adecuadas y evaluar

los resultados de las intervenciones; tanto ASI como EuropASI son entrevistas ampliamente utilizadas cuya fiabilidad y validez han sido avaladas por recientes investigaciones (Bosch, Valero, Trujols y Tejero, 2003; Díaz- Mesa et al., 2010; González, Salvador, Martínez, López, Ruz y Guerra, 2002b).

Tabla 17.5. Principales Entrevistas Estructuradas de la Gravedad de la Dependencia.

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
<p>Índice de Gravedad de la Adicción, ASI (McLellan et al., 1980). EuropASI (Kokkevi & Hartgers, 1995). Versión Europea del Índice de Severidad de la Adicción. GLAMMING SEVERITY INDEX 52 (versión para juego patológico) de Alessi y Petry (2003).</p>	<p>150 ítems. Entrevista semiestructurada y estandarizada organizada en diferentes áreas que incluyen preguntas objetivas que miden el número, la extensión y la duración de los síntomas problema a lo largo de la vida del paciente y en los últimos 30 días. Su aplicación dura entre 40 y 50 minutos. Se obtiene una información de la gravedad del problema que se cuantifica desde el 0 hasta el 9.</p>	<p>Evalúa los problemas relacionados con el consumo de drogas y proporciona información de la situación en la que se encuentra el paciente en el momento de la evaluación. El contenido se agrupa en seis escalas: 1) situación médica (16 ítems); 2) situación laboral y social (26 ítems); 3) consumo de drogas y alcohol (28 ítems); 4) situación legal (23 ítems); 5) relaciones familiares y sociales (26 ítems) y 6) estado psicopatológico (22 ítems).</p>

2.2. Medidas de Autoinforme de Gravedad de la Dependencia

Después de la entrevista el proceso de evaluación puede continuar con la cumplimentación de otros instrumentos de autoinforme (escalas, cuestionarios, etc.), por lo que en este apartado se van a señalar diversos instrumentos que han demostrado su utilidad en la evaluación del nivel de dependencia o gravedad del problema; no obstante, ninguno de ellos debe utilizarse por sí solo para realizar el diagnóstico de dependencia, sino como complemento, esto es, se pueden utilizar con diversas finalidades dependiendo de los objetivos establecidos (epidemiológicos, de clasificación o clínicos). Entre estos instrumentos, cabe destacar la Escala de Evaluación de Consumo de Drogas DTES (*Drug Taking Evaluation Scale*; Holsten y Waal, 1980), que describe desde la polaridad de estar completamente libre de drogas hasta el máximo grado de trastorno por consumo; los tres primeros grados están considerados como área de normalidad, los tres siguientes como área sintomática, mientras que los tres últimos como área problemática; se dispone de una versión española realizada por Vilalta (1987). El Cuestionario de Dependencia LDQ (*Leeds Dependence Questionnaire*; Raistrick, Bradshaw, Tober, Weiner, Allison y Healey, 1994) es un instrumento sensible a los cambios que se producen en los consumidores de drogas (heroína, cocaína, alcohol y anfetaminas), adaptado y validado a la población española por González-Sáiz y Salvador-Carulla (1999) (ver Tabla 17.6).

El instrumento más conocido y utilizado para evaluar la dependencia de la nicotina es el Test Fagerström de Dependencia de la Nicotina FAGERSTROM (*Fagerstrom Test for Nicotine Dependence*; Heatherton,

Kozlowski, Frecker y Fagerström, 1991), del que existe una versión y adaptación de la misma (Becoña, Gómez-Durán y Álvarez-Soto, 1992). Para cuantificar el grado de dependencia en los ludópatas se utilizan principalmente dos medidas, el Cuestionario de juego de South Oaks SOGS (Lesieur y Blume, 1992); validado y adaptado a la población española por Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez (1994) y de la que existe una versión para adolescentes SOGS-RA (Winters, Stinchfield y Fulkerson, 1993) con su respectiva adaptación al castellano por Secades y Villa (1998).

En cuanto a las evidencias de validez de las medidas de autoinforme, destacar que Holsten y Waal (1980) muestran que la DTES es un buen instrumento para caracterizar poblaciones de drogodependientes, así como para evaluar la eficacia de los tratamientos de deshabituación. En lo referente al tabaco, el FAGERSTROM ha sido validado con medidas fisiológicas del contenido de nicotina en sangre (Pomerleau, Carton, Lutzke, Flessland y Pomerleau, 1994); por tanto, esta característica permite que sea utilizado para medir el grado de dependencia fisiológica. La relación entre este cuestionario y las medidas fisiológicas de fumar son altas (Becoña y García, 1995), siendo su estructura factorial consistente (De León, Becoña, Gurpegui, González-Pinto y Díaz (2002). Secades y Villa (1998) sostienen que el SOGS es fiable, válido y rápido.

Tabla 17.6. Principales Medidas de Autoinforme de la Gravedad de la Dependencia.

Identificación	Aplicación y Formato	Aspectos que Evalúa
Sustancias Psicoactivas		
Escala de Evaluación del Consumo de Drogas DTES (<i>Drug Taking Evaluation Scale</i> ; Holsten y Waal, 1980).	Consta de 64 ítems. La puntuación total es la suma de las puntuaciones obtenidas en cada subescala. Se puntúa con una escala Likert (nueve grados).	Destinado para medir actitudes derivadas del consumo de drogas (heroína, cocaína, anfetaminas, etc.). Se agrupa en cuatro dimensiones: consumo de drogas, funcionamiento social, relaciones socio-familiares y estado mental.
Nicotina		
Test Fagerström de Dependencia de la Nicotina FAGERSTROM (<i>Fagerstrom Test for Nicotine Dependence</i> ; Heatherton et al., 1991).	De administración sencilla y de gran utilidad práctica. Está formado por 6 ítems con dos o cuatro alternativas de respuesta. El punto de corte es de 6 o más para la dependencia (vs. no dependencia) o para la dependencia alta. La puntuación oscila de 0 a 11.	Permite evaluar el nivel de nicotina del fumador y su nivel de dependencia.

(continúa)

Identificación	Aplicación y Formato	Aspectos que Evalúa
Trastornos de Control de Impulsos (Juego Patológico)		
Cuestionario de Juego de South Oaks SOGS (South Oaks Foundation, 1992). Versión para adolescentes SOGS-RA (Winters, et al., 1993).	Consta de 20 ítems. Punto de corte 4 (probable jugador patológico). La puntuación oscila de 0 a 20.	Evalúa juego patológico.

2.3. Diagnóstico Diferencial

La coexistencia en un mismo paciente de trastornos por uso de sustancias con otras psicopatologías (trastornos depresivos, de ansiedad, psicóticos, de personalidad, etc.), constituye un importante problema sanitario. Diversos autores (Malta, Strathdee, Magnanini y Bastos, 2008; Szman, *et al.*, 2012; Torrens, Gilchrist y Domingo-Salvany, 2011) ponen de manifiesto que los drogodependientes con comorbilidad psicopatológica constituyen un grupo de riesgo elevado desde las perspectivas clínica y social; desde la perspectiva clínica, resulta muy frecuente la utilización de los servicios de urgencias por parte de estos, requieren más ingresos psicopatológicos, presentan una elevada prevalencia de suicidio, tienen un elevado riesgo de infecciones (como la del VIH, virus de la hepatitis B y C) y responden mal al tratamiento; igualmente, desde la perspectiva social, presentan marcada conflictividad social, acusadas tasas de desempleo y marginalidad, así como conductas violentas y cercanas a la criminalidad o conductas delincuenciales y violentas.

Para la realización de un diagnóstico diferencial hay que tener en cuenta que los efectos agudos y crónicos del alcohol y/o drogas simulan síntomas de muchos de los trastornos mentales, por lo que resulta difícil diferenciar entre los síntomas de los efectos agudos del consumo o de la abstinencia de la sustancia y los propios de un trastorno psicopatológico.

El DSM-IV-TR recomienda que para realizar un diagnóstico de los trastornos debidos al consumo, se identifiquen la/as sustancia/as psicotrópica/as involucrada/as en los trastornos mediante análisis objetivos de muestras de orina, sangre, pelo, etc; cuando se trata de un policonsumo continuo es necesario valorar la sustancia que causa el trastorno, considerando la que se consume con más frecuencia o de manera preferente. Además, dicha clasificación proporciona criterios específicos para diferenciar entre trastornos primarios y trastornos resultantes del consumo de sustancias, pero sólo para los trastornos psicóticos. Excluye los episodios psicóticos que pueden atribuirse al consumo de sustancias de la clasificación de primario. La psicosis puede atribuirse al consumo de sustancias cuando se dan tres condiciones; la primera es que el inicio de los síntomas debe ocurrir en las 2 semanas siguientes al consumo de sustancias; la segunda es que los síntomas psicóticos deben persistir más de 48 horas y la tercera está relacionada con la duración del trastorno, que no debe exceder los 6 meses. Un trastorno psicótico atribuido al consumo de una sustancia psicoactiva puede ser especificado como predomi-

nantemente depresivo o predominantemente maníaco. Por definición, el trastorno mental orgánico excluye los trastornos relacionados con el alcohol y otras drogas y no pueden usarse las categorías trastorno del estado de ánimo orgánico y trastorno delirante orgánico para diagnosticar los episodios que ocurren en los consumos de sustancias psicoactivas.

Para la realización del diagnóstico diferencial habría que considerar tres cuestiones fundamentales: la primera es la relación entre el consumo de drogas y los síntomas psicopatológicos, la segunda comprobar si la psicopatología es más grave de la que suele aparecer durante los episodios de intoxicación o del síndrome de abstinencia y la tercera, consiste en establecer la cronología de aparición de los trastornos, los antecedentes personales y/o familiares y la resolución del episodio después de varias semanas de abstinencia. La realización de la historia clínica de forma minuciosa y extensa (en la que se investigue si la patología psicopatológica es previa al inicio del consumo de drogas, si persiste después de periodos largos de abstinencia, si además existen antecedentes familiares similares de psicopatología similar y la respuesta al tratamiento), es un elemento clave para la realización del diagnóstico diferencial.

A continuación se presentan medidas relativas al Eje I y Eje II para el diagnóstico de los trastornos por uso de sustancias cuando aparecen de forma concomitante con otros síndromes psicopatológicos con especial énfasis en los criterios DSM-IV-TR (ver Tabla 17.7).

Tabla 17.7. Principales Medidas para el Diagnóstico Diferencial.

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Entrevista para la Evaluación de la Comorbilidad Psicopatológica (Eje I)		
Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV SCID-R (<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders</i> ; First, Spitzer, Gibbson y William, 1997, 1999).	Es una entrevista semiestructurada que evalúa los principales grupos de trastornos del Eje I de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR. Pasar la entrevista requiere de 1 a 3 horas.	Consta de 6 módulos (A a F); el módulo E se ocupa específicamente de los trastornos relacionados con el consumo de alcohol (ítems E1 a E16) y otras sustancias (ítems E17 a E32).
Entrevista para la Evaluación de la Comorbilidad Psicopatológica (Eje I)		
Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje II del DSM-IV SCID-II (<i>Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders</i> ; First et al., 1997).	Es una entrevista semiestructurada que. En cada criterio se empieza con una pregunta amplia dirigida a saber si está presente o no, y después se le pide confirmación con ejemplos, o con razones que justifiquen esos comportamientos. Cada uno de los criterios puede estar ausente o ser falso (1), estar por debajo del umbral (2) o ser positivo o por encima del umbral (3). Si al menos tres de los criterios puntúan 3, se considera que el trastorno de la personalidad está presente.	Evalúa 10 trastornos de personalidad contemplados en el Eje II del DSM-IV, así como de los dos trastornos incluidos en el apéndice B de dicho manual.

Dentro de este grupo incluiríamos las entrevistas clínicas estructuradas y semiestructuradas, que ya mencionamos en el apartado anterior, pero que en este caso son específicas para el diagnóstico de trastornos psicopatológicos (ver Tabla 17.7). Entre las más usadas destacamos la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I SCID-I (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1997; 1999), con la que podemos establecer los diagnósticos más importantes del Eje I y de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR, validada para la población española por Torrens et al. (2004).

La evaluación de los trastornos de personalidad suele hacerse mediante la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje II del DSM-IV-TR, SCID-II (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders*; First, Gibbon, Spitzer, Williams y Benjamin, 1997), que diagnostica los trastornos de personalidad que se corresponden con el Eje II del DSM-IV-TR y para su administración se requiere un entrevistador experto y entrenado en su manejo, siendo el juicio del clínico el que, en base a la información obtenida, determina si el criterio se cumple o no; existe una versión española validada por Gómez-Beneyto et al. (1994).

La ventaja de estos instrumentos es su exhaustividad, pues permiten definir la presencia de los diferentes trastornos psicopatológicos que pudiera tener el paciente además de los relacionados con el consumo de drogas. Sin embargo, su aplicación en el caso concreto de la realización del diagnóstico diferencial en pacientes con dependencia de sustancias, presenta el inconveniente de la mutua exclusión, es decir, evalúa cada diagnóstico independientemente, de forma que difícilmente se puede precisar si un trastorno psiquiátrico es previo (primario) o es drogoinducido. Para resolver este inconveniente es necesario que tengamos en cuenta el perfil de consumo del paciente y la relación de cada trastorno con dicho perfil, ya que, para el diagnóstico diferencial, tan importante es el instrumento como el procedimiento de evaluación. En la misma línea, la SCID-II necesita que el evaluador tenga una amplia formación en psicopatología y, además, realice una estandarización específica del instrumento.

2.4. Comorbilidad

La comorbilidad psicopatológica en pacientes drogodependientes representa en la actualidad un tema de interés clínico creciente, pues está asociada a una mayor probabilidad de problemas psicosociales e interpersonales, al riesgo de suicidio, a menor adherencia al tratamiento y a mayor dificultad en el mantenimiento de la abstinencia (Haver, 2003; Langeland, Draijer, y van den Brink, 2004). Existe una elevada prevalencia de pacientes con patología dual entre los sujetos que buscan tratamiento, siendo mayor en la red de atención al drogodependiente y más alta entre aquellos con dependencia de alcohol o cocaína; de forma más específica, la comorbilidad más alta de la dependencia del alcohol se da con los trastornos de ansiedad, los trastornos afectivos y la esquizofrenia (Fan y Hassell, 2008; Farris, Epstein, McCrady y, Hunter-Reel, 2012). Por lo que se refiere especialmente a los trastornos de personalidad, la tasa de comorbilidad de la dependencia del alcohol oscila entre el 40% y el 44% de los casos estudiados; en concreto, la mayor comorbilidad aparece con los trastornos de la personalidad obsesivo-compulsiva, antisocial, paranoide y dependiente (Sánchez-Peña, Alvarez-Cotoli y Rodríguez-

Solano, 2012). Entre los datos más significativos referidos al consumo de cocaína, destacar que el abuso o dependencia a la misma se asocia con trastornos afectivos (depresivo mayor y bipolar) y riesgo de suicidio (Petit, Reynaud, Lejoyeux, Coscas y Karila, 2012) y con el trastorno antisocial de la personalidad (Pedrero, Sánchez de León, Olivar, Rojo, Llanero y Puerta, 2011). La prevalencia del consumo de cocaína en esquizofrénicos es muy variable y, dependiendo de los estudios, oscila entre 22% y el 31% (Jiménez-Castro, Raventós-Vorst, Escamilla y Batel, 2011). Hasin y Kilcoyne (2012) señalan que los esquizofrénicos abusan de la cocaína y sugieren que lo hacen para combatir los síntomas negativos de la enfermedad, los trastornos depresivos postpsicóticos y los efectos colaterales de los antipsicóticos.

Cabe destacar también que actualmente el cannabis es la droga ilegal más consumida, produciéndose un aumento del consumo experimental sobre todo en la población adolescente y a edades cada vez más tempranas; además del incremento del consumo, se está produciendo en la población más joven, la disminución de la percepción de riesgo, que es mucho menor que para otras drogas. Guillem, Pelissolo, Vorspan, Bouchez-Arbabzadeh y Lépine (2009) encuentran comorbilidad entre el consumo de cannabis y trastornos psicopatológicos (trastorno de ansiedad y afectivos), siendo más probable en el caso de las mujeres la aparición de un trastorno afectivo.

Resulta difícil encontrar un drogodependiente que consuma una sola sustancia (alcohol, cannabis, cocaína, heroína, etc.) ya que lo habitual es el consumo de varias de estas sustancias, por lo que cabría hablar de policonsumo; específicamente, los pacientes que solicitan tratamiento por consumo de cocaína abusan también del alcohol, aunque paralelamente la ingesta de alcohol se utiliza como paliativo del deseo intenso por el consumo de cocaína a pesar de que produce efectos contrarios (aumento en las conductas de búsqueda compulsiva de cocaína, mayor pérdida de control del consumo, más problemas sociales y más conductas de riesgo y antisociales) (Heil, Badger y Higgins, 2001). En otras ocasiones, el consumo de alcohol actúa como factor precipitante de las recaídas en los periodos de deshabituación de cocaína, de ahí la trascendencia de la abstinencia de ambas sustancias como premisa fundamental para alcanzar la estabilidad y normalidad (Schmitz, Stotts, Sayre, DeLaune y Grabowski, 2004). El alcohol puede preceder a la cocaína o acompañarla en un intento de aprovechar sus efectos sedantes para aliviar la inquietud y la disforia asociados a ésta pero también es utilizada después de haber ingerido alcohol buscando su efecto estimulante con el único objetivo de seguir bebiendo. Sea de una forma u otra, sabemos que el uso combinado de ambas drogas da lugar en el organismo al compuesto denominado cocaetileno, sustancia de alto poder tóxico que incrementa el efecto euforizante de la cocaína a la vez que sus efectos tóxicos en los sistemas cardiovascular y nervioso (Natekar y Koren, 2011). No obstante, en la actualidad, la cocaína se consume preferentemente asociada al alcohol, siendo difícil establecer su cronología (Baker, O enášková, Kvcialova y Kasprzyk-Hordern, 2012). Además, el consumo de cocaína se asocia al de otras sustancias como cannabis, benzodiacepinas y heroína. (Alessi, Rash y Petry, 2011; Snozek, Bjergum y Langman, 2012); en este sentido, Connock et al., (2007) destacan como fenómeno habitual que los pacientes en tratamiento con metadona por su adicción a opiáceos consumen cocaína. Por otro lado, el consumo de cocaína puede coexistir con otros trastornos del control de los impulsos, como ludopatía, sexo compulsivo, parafilias, etc., complicando su tratamiento, evolución y pronóstico (Lorains, Cowlshaw y Thomas, 2011). Cuando el consumo de cocaína es concurrente con la ludopatía se ha podido comprobar que existen mayores proble-

mas de impulsividad y dificultad para controlar el deseo (El-Guebaly, Mudry, Zohar, Tavares y Potenza, 2011; Leeman y Potenza, 2012).

Dado el interés reciente por otros trastornos relativos al control de impulsos, se incorporan los estudios realizados por Black (2007), Mueller y de Zwaan (2008), quienes encuentran que aproximadamente en un 37% de los compradores compulsivos coexisten además otros problema de control de impulsos (alimentación, parafilias), otros trastornos de la personalidad (obsesivo-compulsivo), así como trastornos de ansiedad.

Por lo tanto, existe una elevada prevalencia de pacientes con comorbilidad, considerando como tal la presencia de un diagnóstico actual de trastorno por uso de sustancias distinto a la sustancia problema entre los pacientes que buscan tratamiento, siendo mayor en la red de atención al drogodependiente y mayor también entre aquellos con dependencia de alcohol o cocaína. El conocimiento de estos antecedentes puede ayudar a la hora de planificar los recursos asistenciales para este tipo de pacientes.

3 EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO Y LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO

Puesto que la conducta adictiva no se produce de manera aislada, es necesario explorar todas las áreas de la vida del paciente y analizar de manera exhaustiva los factores que están relacionados con el inicio y mantenimiento de la conducta adictiva, es decir, las características del drogodependiente (biológicas, de aprendizaje, de personalidad y sociales). Para esto servirán de ayuda entrevistas, escalas, cuestionarios e inventarios de evaluación diseñadas hasta ahora en este ámbito.

A diferencia de otros trastornos, en los problemas por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas el estado físico y médico resulta a veces determinante. Muchas personas desarrollan enfermedades directamente relacionadas con el consumo de la sustancia (e.g., cirrosis por el consumo de alcohol, hepatitis o VIH por el consumo de heroína por vía parenteral, problemas cardíacos por el consumo de cocaína, etc.), enfermedades o problemas físicos que pueden condicionar el tratamiento, por lo que deben tenerse en cuenta para la planificación de la intervención.

El proceso de evaluación debe proseguir con la cumplimentación de otros instrumentos que valoren los trastornos asociados al consumo de drogas; en este sentido se utilizarán distintas escalas y cuestionarios, así como evaluaciones más específicas que pueden ser determinantes para la evaluación (evaluación neuropsicológica si se piensa que pueda haber deterioro neuropsicológico por la sustancia u otros motivos). Igualmente, la personalidad del paciente, el estado de salud y el estado psicológico general es de gran relevancia para conocer el estado actual del individuo, así como lo que podemos conseguir en el tratamiento. En este afán de obtener la mejor comprensión posible del problema y de las variables que lo mantienen, podemos utilizar numerosas estrategias de evaluación que den contenido al análisis funcional, autorregistros y medidas de autoinforme que abordaremos a continuación.

3.1. Autorregistros

El empleo de autorregistros es un proceder muy habitual en el campo de la adicción a las drogas (Marlatt, 1979) y su fiabilidad como método objetivo de valoración de la conducta de consumo de drogas ha sido ampliamente estudiada (Sobell, Sobell y VanderSpek, 1979). La realización de los autorregistros ayudará al paciente a tomar conciencia de su comportamiento mecánico y, además, puede registrar y cuantificar objetivamente las variables que controlan su conducta adictiva (tabaco, alcohol, drogas, juego, etc.). Para la realización del mismo es necesario que fijemos previamente los parámetros concretos que el paciente debe observar y registrar (frecuencia, situación, grado de deseo, etc.), esto es, las condiciones en las que ocurre y las consecuencias que le siguen, siendo posible que la conducta empiece a modificarse por el hecho mismo de estarla observando, fenómeno que se conoce por el nombre de «efectos reactivos»; no obstante, la reactividad de la autoobservación es un fenómeno frecuente, aunque sus efectos son poco duraderos (Becoña y Gómez-Durán, 1991). En el caso del consumo de tabaco, los fumadores, la mayoría de las veces, encienden un cigarrillo de forma automática e inconsciente debido al hábito producido, es decir, por la multitud de veces que lo han realizado durante su historia de fumador; para cambiar este comportamiento mecánico, observarlo y conocerlo adecuadamente es necesario hacer autorregistros. También son de gran utilidad en el caso del juego, dado que nos permite detectar las circunstancias individuales que ponen en marcha la conducta de juego y las consecuencias derivadas de dicha conducta; en este caso el paciente puede recoger datos sobre fecha, hora, pensamientos, lugares y tiempo empleado, sobre el tipo de juego, la compañía y el dinero gastado, así como sobre las consecuencias experimentadas.

3.2. Medidas de Autoinforme Relativas a la Personalidad

Las medidas de autoinforme como cuestionarios, inventarios o escalas se emplean para evaluar la presencia o ausencia de conductas o síntomas asociados al consumo de drogas y alcohol y nos ayudan a muestrear toda una serie de comportamientos manifiestos o encubiertos del paciente que contribuyen al mantenimiento del problema. Así, también ofrecen información de los efectos del tratamiento al ser aplicadas en los periodos de línea base y de postratamiento/seguimiento.

Los instrumentos para la evaluación de personalidad son en su mayoría cuestionarios autoadministrados y con un elevado número de ítems; suelen estar basados en teorías de personalidad específicas y no siempre coincidentes con los criterios diagnósticos DSM-IV-TR. Aportan datos multifactoriales para elaborar un informe con un perfil de rasgos de personalidad. Entre ellos destacamos el Cuestionario Factorial de Personalidad 16 PF (versión española 16 PF-5; Cattell y Cattell, 1995) y el Inventario de Personalidad de Cloninger TCI-R (*Temperament and Character Inventory*, versión revisada; Cloninger, 1994), adaptado a la población española por Gutiérrez-Zotes et al., (2004) (ver Tabla 17.8).

Aunque presentan distintos formatos, los cuestionarios de personalidad comentados contienen un conjunto de elementos verbales estructurales referentes a características personales, opiniones, acti-

tudes, deseos, sentimientos, y/o comportamientos. Desde una perspectiva teórica y metodológica han sido desarrollados a partir de la teoría de los rasgos y el enfoque de investigación correlacional, utilizando estrategias factoriales (16PF) o empíricas (TCI-R). Dichos instrumentos disponen de considerables estudios empíricos que demuestran su fiabilidad y validez.

Tabla 17.8. Principales Medidas de Autoinforme Relativas a la Personalidad.

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Cuestionario Factorial de Personalidad 16PF-5 (Cattell & Cattell, 1995).	Consta de 185 preguntas. Es uno de los cuestionarios de personalidad más utilizados. Solo pueden corregirse con un CD de corrección y perfil que consume un uso por sujeto evaluado y se puede encontrar en TEA.	Mide los 16 rasgos de personalidad. Posee también una escala de inteligencia y escalas de control para asegurar la sinceridad de la persona evaluada (Manipulación de la Imagen (MI), de Infrecuencia (IN) y Aquiescencia (AQ).
Inventario del Temperamento y del Carácter Revisado TCI-R (<i>Temperament and Character Inventory-Revised</i> ; Cloninger, 1994).	Consta de 240 ítems con respuestas de tipo Likert que van de 1 (totalmente falso), a 5 (totalmente verdadero).	29 subescalas agrupadas en 4 dimensiones de temperamento (Búsqueda de novedad, Evitación del daño, Dependencia de la recompensa, Persistencia) y tres dimensiones de carácter (Autodirección, Cooperación y Autotrascendencia). Distingue entre la personalidad normal y «clínica».

4 EVALUACIÓN PARA EL TRATAMIENTO, SU PROGRESO Y LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

Las diversidades observadas tanto clínicas y asistenciales como sociales en los consumidores de drogas, nos llevan a plantearnos la intervención desde una perspectiva dinámica, advirtiendo la aparición de diferencias en la motivación por parte de los pacientes para realizar tratamiento de su adicción y para el mantenimiento de la abstinencia. De esta forma, el Modelo Transteórico del Cambio (Prochaska y DiClemente, 1982; Prochaska, DiClemente y Norcross, 1993) describe y delimita las variables y elementos que los individuos ponen en marcha, de forma intencional, en el proceso de cambio de una conducta adictiva. Proponen que en dicho proceso se dan tres dimensiones: Estadios, Procesos y Niveles de Cambio, donde los Estadios hacen referencia a diferentes etapas motivacionales, los *Procesos* son conductas (observables o no) que los sujetos realizan encaminadas a modificar su comportamiento adictivo, referidas a las diferentes estrategias de afrontamiento que tienen que poner en práctica en diferentes estadios de cambio y los *Niveles* son cambios necesarios que se tienen que producir para abandonar una conducta adictiva.

Los estadios de cambio se definen como los pasos que preceden y siguen a la toma de decisión de una persona sobre si debe seguir consumiendo drogas o no, pasos descritos dentro de un proceso dinámico que implica la progresión a través de seis estadios de cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y recaída. Con respecto al estadio de precontemplación, cuando los drogodependientes están situados en este estadio aún no se han planteado modificar su conducta adictiva, la falta de reconocimiento del problema o déficit de «insight» se ha citado (Evans y Delfabbro, 2005; Gomberg, 2003) como factor determinante de la resistencia a la búsqueda de tratamiento. En el estadio de contemplación los drogodependientes van tomando conciencia de su problema pero no han desarrollado aún un compromiso firme de cambio; es en el estadio de preparación donde el drogodependiente toma la decisión y se compromete a abandonar su adicción. La etapa en la que el individuo cambia es denominada por el modelo como de acción para posteriormente pasar al mantenimiento de la abstinencia (estadio de mantenimiento). Si el mantenimiento de la abstinencia falla, el drogodependiente pasa al estadio de recaída.

Basándose en el Modelo transteórico de cambio (Prochaska et al., 1994; Prochaska y DiClemente, 1986) se han elaborado una serie de cuestionarios para evaluar los estadios, procesos y niveles de cambio, entre los que caben destacar el Cuestionario de los Procesos de Cambio para la Adicción al Alcohol y/o Drogas PCQ (Prochaska y DiClemente, 1982), adaptado a la población española por Martin, *et al.* (1992) y el Cuestionario de Disposición al Cambio RCQ (Rollnick, Heather, Gold y Hall, 1992) (ver Tabla 17.9).

Con respecto a los estudios de validación del PCQ, Martin et al. (1992); Prochaska y DiClemente (1992) muestran que el PCQ dispone de una fiabilidad alta. Es uno de los cuestionarios más utilizados en las terapias cognitivo- conductuales para dependientes de cocaína. Por su parte, con relación a la validación del RCQ, los estudios (Rodríguez-Martos, 2004; Rollnick et al., 1992) encuentran coeficientes de fiabilidad altos.

4.1. Evaluación del Balance Decisional

En el segundo constructo del modelo transteórico de Prochaska y DiClemente, (Prochaska y DiClemente, 1982; 1992; Prochaska, DiClemente y Noscross, 1993), el balance decisional, se encuentran los procesos de cambio que se refieren a la forma en que los individuos van modificando su conducta, incluyendo sus actuaciones manifiestas o encubiertas. Se define como la valoración de las ventajas frente a las desventajas de la realización de la conducta adictiva. Desde la perspectiva del modelo transteórico del cambio, las personas que se sitúan en las primeras etapas de precontemplación y contemplación niegan las consecuencias negativas del consumo y se centran fundamentalmente en los efectos placenteros de las mismas; según se avanza en las etapas, la tendencia se hace inversa, los efectos placenteros del consumo de drogas se valoran mucho menos y se le otorga mayor importancia a las consecuencias negativas del consumo. Una forma de valorar el grado de motivación para consumir alcohol y/o drogas o para realizar la conducta adictiva, es a través de preguntas en las que se pide al drogodependiente sus razones para realizar la conducta y los motivos para el abandono de la misma.

Los instrumentos que examinan el balance decisional investigan los aspectos positivos y negativos de un comportamiento en particular, pues el ejercicio de balance decisional ayuda a los individuos a identificar los beneficios y los costos de la realización de la conducta adictiva; una comparación con un fin determinado de los costos y beneficios parece que facilita el reconocimiento y la resolución de los problemas asociados y consiste en pedir a los individuos que estén interesados en hacer un cambio de comportamiento, que hagan una lista de los beneficios y costos de cambiar y de no cambiar en columnas paralelas (ver Tabla 17.9).

Uno de los instrumentos más utilizados en esta área son la Escala de Balance Decisional para Adictos (heroína, cocaína, alcohol y tabaco) de Prochaska et al., (1994) que está diseñada para valorar el conflicto o balance decisional relacionado con el abandono de la conducta adictiva (heroína, cocaína, alcohol y/o tabaco); basados en la teoría del balance decisional de Janis y Mann (1977) quienes propusieron que el drogodependiente o alcohólico, en la toma de decisiones, utiliza un esquema de balance decisional que permite representar los aspectos cognitivos y motivacionales de la toma de decisiones.

De acuerdo con los estudios que analizan la validación de la Escala de Balance Decisional para adictos nos proporciona información sobre los pacientes que se encuentran motivados o sin motivación para el tratamiento, en función de si han dado un mayor peso a las ventajas o a los inconvenientes. Para los que se encuentran en la fase de contemplación y los que han recaído, las ventajas y los inconvenientes acerca del consumo tienden a equipararse; en los que han dejado de consumir recientemente, los inconvenientes tienen más peso que las ventajas, minimizándose la importancia de ambos, mientras que los pacientes abstinentes durante un periodo de tiempo prolongado conceden más relevancia a los inconvenientes que a las ventajas, aunque ambos poseen escasa importancia para él. Por tanto, se espera al final del tratamiento que en los pacientes predominen los inconvenientes sobre las ventajas en la valoración del consumo de alcohol y drogas para así poder evitar la recaída.

Tabla 17.9. Principales Medidas de Evaluación para el Tratamiento, su Progreso y los Resultados de la Intervención.

Identificación	Aplicación y Formato	Dimensiones
Evaluación de las Etapas o Estadios de Cambio		
Cuestionario de los Procesos de Cambio para la Adicción al Alcohol y/o Drogas PCQ (Prochaska y DiClemente, 1982).	Consta de 30 ítems. Escala tipo Likert de 5 grados. Los puntos de corte se establecen a partir de 8 o más para hombres (hasta los 60 años) o de 4 o más para las mujeres, adolescentes, y para hombres de más de 60 años. Su ventaja es que identifica a los consumidores de drogas y bebedores de riesgo que no tienen criterios de dependencia e incluye indicadores de consumo problemático, de dependencia, del patrón de consumo y de la problemática actual y anterior.	9 dimensiones que coinciden con los diez procesos básicos que propone el modelo: aumento de la concienciación, autorreevaluación, reevaluación ambiental, relieve dramático, autoliberación manejo de contingencias, las relaciones de ayuda, contracondicionamiento, control de estímulos). Evalúa el proceso de cambio que ha desarrollado el paciente para posteriormente aplicar una estrategia de intervención destinada, en última instancia a la abstinencia.
Cuestionario de Disposición al Cambio RCQ (Rollnick, Heather, Gold, y Hall, 1992).	Consta de 12 ítems. De respuesta dicotómica. Cada uno de los estadios que evalúa (precontemplación, contemplación y acción) está representado por 4 ítems.	Diseñado para medir y operativizar en qué fase del Modelo de Prochaska y DiClemente (precontemplación, contemplación y acción) se encuentran los consumidores, de alcohol y drogas en tratamiento, para poder diseñar estrategias de intervención terapéutica. Se describen tres estadios motivacionales.
Evaluación de las Etapas o Estadios de Cambio		
Balance Decisional para Adictos (heroína, cocaína, alcohol y tabaco) de Prochaska, et al. (1994).	Consta de 42 ítems con respuesta tipo Likert de 1 a 5 puntos.	Dos dimensiones, de 21 ítems (ventajas e inconvenientes).Migneault, Velicer, Prochaska y Stevenson (1999); Prockaska et al. (1994) apoyándose en la teoría de Janis y Mann (1977) elaboraron una escala de ventajas e inconvenientes para el consumo de drogas, alcohol y tabaco.

5 PROPUESTA DE UN PROTOCOLO BÁSICO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

A lo largo del capítulo se han expuesto un conjunto de instrumentos disponibles para la evaluación de los trastornos por consumo de sustancias. Con el objetivo de proponer un protocolo que permita una evaluación completa, válida y fiable, en la Tabla 17.10 se recoge una selección de los principales instrumentos necesarios para la realización del diagnóstico, la conceptualización del caso y el seguimiento del tratamiento en la evaluación de los trastornos por consumo de sustancias.

Tabla 17.10. Principales Medidas de Autoinforme Relativas a la Personalidad.

Evaluación para:	Nicotina	Alcohol	Cocaína	Opiáceos	Juego
El diagnóstico y delimitación del problema.	FAGERSTROM	EUROPASI			SOGS
La conceptualización del caso y la planificación del tratamiento.	AUTORREGISTRO// 16PF-5				
Tratamiento, su progreso y los resultados de la intervención.	PCQ//BALANCE DECISIONAL				

Nota: FAGERSTROM = Test Fagerström de Dependencia a la Nicotina; EUROPASI = Versión Europea del Índice de Severidad de la Adicción; SOGS = Cuestionario de Juego de South Oaks; 16PF-5 = Cuestionario Factorial de Personalidad; PCQ = Cuestionario de los Procesos de Cambio para la Adicción al Alcohol y/o Drogas.

RESUMEN

El consumo de drogas ha ido creciendo progresivamente entre los adolescentes y jóvenes, hasta convertir a España en el tercer país de la Unión Europea con el mayor porcentaje de consumidores desde mediados de los años noventa. Las sustancias más consumidas son el tabaco y el alcohol (74%). En cuanto a las drogas de carácter ilegal, la de mayor consumo es el cannabis, seguida de la cocaína. En cuanto a la adicción al juego, la proporción de jugadores patológicos oscilan entre 0,1 y 1,5%.

Aunque actualmente los instrumentos de evaluación en drogodependencias son muy numerosos, se plantea la necesidad de examinarlos debido a que abarcan un proceso amplio y global que implica distintas aproximaciones valorativas, siendo necesario un acercamiento a la realidad única y personal del drogodependiente. Puesto que la conducta adictiva no se produce de manera aislada, es necesario explorar todas las áreas de la vida del paciente y analizar de manera exhaustiva los factores que están relacionados con el inicio y mantenimiento de la conducta adictiva; esto es, las características del drogodependiente (biológicas, de aprendizaje, de personalidad y sociales), para lo que nos ayudamos de entrevistas, escalas, cuestionarios e inventarios de evaluación que hasta ahora se han diseñado en este ámbito. El objetivo fundamental de la evaluación de las drogodependencias está orientado a la consecución de un cambio en el consumo de consumo de alcohol, drogas y/o conducta adictiva y en el estilo de vida del drogodependiente, evaluación que se inicia a través de la escucha de la petición de ayuda y del análisis de la demanda, buscando comprender cómo surgen estos problemas, estimar su dimensión, evaluar sus consecuencias y determinar los puntos fuertes y débiles de cada situación personal y familiar; todo ello, permite la identificación de las necesidades de tratamiento como paso previo a la organización de un plan de intervención. La primera entrevista, por ende, tiene una doble función, el análisis de la demanda y la resistencia al cambio siendo su objetivo principal obtener información sobre el motivo de la consulta. Tanto para la evaluación como para el tratamiento de las drogodependencias, es necesario determinar una serie de parámetros que reflejen el desarrollo del consumo particular de cada paciente.

Una de las tareas más importantes para el clínico en el abordaje de cualquier conducta adictiva es la de evaluar y establecer diagnósticos funcionales que sean útiles en la planificación del tratamiento. El marco de referencia para esto es la evaluación conductual (en este caso de la dependencia del tabaco, alcohol, heroína, cocaína e incluso del juego) que designa al proceso de recogida de información que permite tomar decisiones sobre la producción de un cambio de conducta y la evaluación de ese cambio.

La historia clínica y diversas evaluaciones complementarias nos ayudan a entender la adquisición y el desarrollo de esta patología y nos facilitan las bases para la elaboración de estrategias de intervención.

El primer aspecto es conocer si la persona tiene un problema de abuso o dependencia y relacionarlo con el nivel de gravedad del trastorno, para lo que se utilizarán los criterios del DSM-IV-TR. Mediante el establecimiento de estos criterios se llegará a un diagnóstico de abuso o depen-

(continúa)

dencia de la sustancia o sustancias concretas para las que acude a tratamiento y si es el diagnóstico principal o no, pues con frecuencia se encuentran otros problemas y trastornos psicopatológicos asociados al abuso y dependencia de distintas sustancias, que se conoce como comorbilidad. En la misma línea se deben conocer el proceso y diagnóstico de la intoxicación y del síndrome de abstinencia, por la enorme relevancia que tienen en estos individuos cuando dejan de consumir la sustancia o cuando recaen por no ser capaces de mantener la abstinencia; en estos casos utilizaremos también los criterios del DSM-IV-TR para cada sustancia o sustancias específicas por las que ha acudido a tratamiento. El proceso de evaluación debe proseguir con la cumplimentación de otros instrumentos, como distintas escalas y cuestionarios elaborados específicamente para los trastornos más importantes que suelen tener asociados (trastornos de ansiedad, de personalidad, etc.). A diferencia de otros trastornos, en los problemas por abuso y dependencia de sustancias psicoactivas, el estado físico y médico es, a veces, determinante, ya que muchas personas desarrollan enfermedades directamente relacionadas con el consumo de la sustancia (e.g., cirrosis por el consumo de alcohol, hepatitis o VIH por el consumo de heroína por vía parenteral, problemas cardíacos por el consumo de cocaína, etc.), enfermedades o problemas físicos que pueden condicionar el tratamiento; en todo caso, se deben tener muy en cuenta de cara a la aplicación de dicho tratamiento y llevar a cabo una intervención médica junto a otra de tipo psicológico. En este afán de obtener la comprensión más amplia del problema y de las variables que lo mantienen, se pueden utilizar numerosas estrategias de evaluación que den contenido al análisis funcional (autoregistros, personalidad, etc.). Es importante también analizar el grado de motivación para el tratamiento, de acuerdo con el Modelo de Prochaska y DiClemente (1982), mediante medidas de autoinforme que nos indiquen las etapas o estadios en las que se encuentra el paciente, su balance decisional y autoeficacia.

La utilización de medidas de autoinforme, como cuestionarios, inventarios o escalas, ha sido cada vez más frecuente en los profesionales de la salud mental para evaluar la presencia o ausencia de determinadas conductas o síntomas asociados al consumo de drogas, alcohol, tabaco y ludopatía. Este tipo de medidas ayuda a muestrear toda una serie de comportamientos manifiestos o encubiertos del sujeto, que pueden estar contribuyendo al mantenimiento del problema principal o bien constituyen elementos del problema. Igualmente, muchas veces sirven para evaluar los efectos del tratamiento al ser aplicadas en los periodos de línea base y de postratamiento/seguimiento.

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

- 1) En la primera entrevista es necesario cubrir los siguientes objetivos: a) Valorar la comorbilidad, el riesgo de infecciones (como la del VIH, virus de la hepatitis B y C) y la demanda; b) Crear una atmósfera de diálogo para que el paciente sienta que sus problemas son comprendidos; establecer un marco de referencia para contextualizar la relación entre terapeuta y paciente que implique la definición de las normas, tiempos y condiciones durante todo el proceso de intervención y analizar la demanda; c) Valorar la respuesta al tratamiento, la motivación para el cambio y la autoeficacia.
- 2) La Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I SCID-I (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*; First, Spitzer, Gibbson y William (1997; 1999): a) Evalúa los trastornos del Eje I; b) Evalúa los trastornos del Eje II; c) Evalúa el nivel de dependencia de la sustancia.
- 3) ¿En que caso es tremendamente recomendable utilizar el autorregistro en las primeras fases de la evaluación?: a) Consumo de tabaco; b) Consumo de alcohol; c) Consumo de cocaína.
- 4) El Cuestionario de los Procesos de Cambio para la Adicción al Alcohol y/o Drogas PCQ (Prochaska y DiClemente, 1982): a) Evalúa la motivación para el tratamiento; b) Las posibilidades de recaída; c) El compromiso firme de dejar de consumir.
- 5) ¿Cuál de los siguientes instrumentos utilizarías en la evaluación para la contextualización del caso y planificación del tratamiento en una persona con trastorno por consumo de drogas?: a) MCMI-III (Millon, *et al.*, 1994); b) 16 PF (Cattell y Catell, 1995); c) SCID-R (First *et al.*, 1999).

Corrección: 1b; 2a; 3a; 4a; 5b

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Becoña, E., & Cortés, M. (2011) *Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en Formación*. Barcelona: Sociodrogalcohol.
- Donovan, D. M., & Marlatt, G. A., (2005). *Assessment of Addictive Behaviors (2nd Dir.)*. New York: Guilford Press.
- Graña, J. L. (1994). *Conductas Adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Editorial Debate S.A.

Evaluación de los Trastornos Somatomorfos o de Síntomas Somáticos

18

Paloma González-Peña
Miguel Ángel Carrasco Ortiz

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

1 Introducción

- 1.1. Descripción de los Principales Trastornos Somatomorfos
- 1.2. Epidemiología y Curso
- 1.3. Factores Etiológicos y Asociados

2 Evaluación para la Delimitación del Problema: Contrastación de Hipótesis Diagnósticas

- 2.1. Instrumentos de Evaluación: Descripción y Características
- 2.2. Evidencias de Fiabilidad y Validez
- 2.3. Diagnóstico Diferencial
- 2.4. Comorbilidad

3 Evaluación para la Conceptualización del Caso y la Planificación del Tratamiento

- 3.1. Variables Relevantes a Evaluar e Instrumentos para su Contrastación
- 3.2. Evidencias de Fiabilidad y Validez para la Evaluación de la Conceptualización del caso

4 Evaluación para el Tratamiento, su Progreso y los Resultados de la Intervención

5 Propuesta de un Protocolo para la Evaluación de los Trastornos de Síntomas Somáticos o Somatomorfos

RESUMEN
EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN
BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

- Identificar los diferentes trastornos de síntomas somáticos o somatomorfos de acuerdo a sus características y manifestaciones clínicas principales.
- Conocer los principales datos de prevalencia y el curso esperable de estos trastornos.
- Establecer hipótesis diagnósticas alternativas y generar un plan de contrastación para falsarlas de acuerdo con el diagnóstico diferencial correspondiente y el patrón de comorbilidad propio de estas alteraciones.
- Conocer los principales instrumentos y sus características para el diagnóstico y delimitación de los trastornos de síntomas somáticos.
- Conocer las variables relevantes asociadas a los trastornos para elaborar hipótesis de conceptualización y contrastarlas con los instrumentos adecuados.
- Seleccionar los instrumentos recomendados para la evaluación de los resultados de la intervención, su progreso y seguimiento.

1 INTRODUCCIÓN

Los trastornos somatomorfos son aquellos en los que el sujeto manifiesta un elevado malestar caracterizado por numerosas quejas físicas focalizadas en partes concretas de su cuerpo (e.g., dolores articulares o musculares, cansancio, pérdida de visión, imposibilidad de mover algún grupo muscular...) u otras dolencias físicas que no se corresponden con ninguna patología orgánica y no se explican a través de ninguna enfermedad médica. La ausencia de un diagnóstico médico les lleva a visitar a numerosos médicos y especialistas y les convierte en usuarios habituales de los servicios sanitarios. Este hecho genera un elevado malestar emocional en estas personas que se sienten incomprendidas por los profesionales de la salud e incluso por sus familiares y amigos. Los numerosos síntomas y dolencias que presentan interfieren su vida familiar y laboral, y condicionan sus relaciones interpersonales y su funcionamiento cotidiano con importantes repercusiones sobre su calidad de vida (Aigner, Förster-Streffleur, Prause, Freidl, Weiss y Bach, 2006; Kroyman et al., 1997; Sadal'skaia y Enikolopov, 2002). Este malestar físico y psicológico se traduce en un elevado coste económico para la Salud Pública y la Seguridad Social debido a las frecuentes bajas laborales, concesiones de invalidez, visitas a los servicios sanitarios y consumo de fármacos, especialmente analgésicos.

Aunque, como veremos en el epígrafe siguiente, dentro de este grupo de trastornos se incluyen diferentes alteraciones cuyo denominador común es el elevado malestar emocional y deterioro funcional derivado de la sintomatología física percibida, en este capítulo nos centraremos fundamentalmente en la evaluación de la hipocondría, el trastorno dismórfico y el trastorno de dolor.

1.1. Descripción de los Principales Trastornos Somatomorfos

De acuerdo con el DSM-IV (APA, 2000) dentro de este grupo de trastornos se incluye el trastorno de somatización, el trastorno somatomorfo indiferenciado, el trastorno de conversión, el trastorno por dolor, la hipocondría, el trastorno dismórfico corporal y el trastorno somatomorfo no especificado.

La edición del DSM-V realiza cambios sustanciales en la clasificación diagnóstica relativa a los trastornos somatomorfos respecto de la versión anterior: cambio de denominación (Trastornos de Síntomas Somáticos), modificación de criterios diagnósticos (e.g., Trastorno por conversión), reubicación de algunos trastornos en otros epígrafes (e.g., Trastorno dismórfico corporal), propuesta de categorías más globales (ver Tabla 18.1). Con estos cambios el DSM V ha tratado de generar una nomenclatura más claramente psicológica (e.g., énfasis en variables cognitivas y emocionales) que médica y mejorar la discriminación entre el Eje I (síndromes clínicos) y Eje III (enfermedades médicas) para elevar la fiabilidad diagnóstica (Mayou, Kirmayer, Simon, Kroenke y Sharpe, 2005), sin asumir la dualidad cuerpo-mente.

Concretamente, algunos de los cambios acontecidos en la versión DSM-V, hasta la fecha son: la inclusión del trastorno del dolor dentro de la categoría Trastorno de síntomas somáticos con predominio de dolor relacionado con el trastorno de adaptación y con factores psicológicos que afectan a una

condición médica; la integración del trastorno dismórfico corporal como parte del trastorno obsesivo compulsivo; y la denominación de la hipocondría como trastorno de ansiedad por enfermedad. En la tabla 18.1 se recoge la descripción de cada uno de estos trastornos según las versiones DSM-IV y DSM-V (las descripciones de esta última clasificación son las provisionales hasta la edición definitiva).

Independientemente de las clasificaciones, las manifestaciones clínicas comunes a estas alteraciones se caracterizan fundamentalmente por: (a) presencia de (miedo a...) síntomas somáticos y quejas; (b) cogniciones características sobre los síntomas (e.g., atribuciones, interpretación negativa de las sensaciones corporales, atención focalizada en los procesos físicos, sensibilización a las sensaciones somáticas); c) malestar emocional; y d) deterioro funcional.

Tabla 18.1. Descripción de los Principales Trastornos de Síntomas Somáticos o Somatomorfos Según Criterios DSM (APA, 2000; APA, 2012).

DSM-IV-TR	
Trastornos Somatomorfos	
Trastorno de Somatización.	Patrón de síntomas somáticos, recurrentes y clínicamente significativos que están presentes antes de los 30 años.
Trastorno Somatomorfo Indiferenciado.	Uno o más síntomas físicos que persisten más de 6 meses.
Trastorno de Conversión.	Síntomas o déficit que afectan a la función motora o sensorial y que sugieren una enfermedad neurológica o médica.
Trastorno del Dolor.	El dolor como síntoma principal y que merece atención médica
Hipocondría.	Miedo a padecer o estar convencido de padecer una enfermedad grave.
Trastorno Dismórfico Corporal.	Preocupación desproporcionada por algún defecto en el aspecto físico.
Trastorno Somatomorfo no Especificado.	Síntomas somatomorfos que no cumplen todos los criterios anteriores.
DSM-V*	
Trastorno de Síntomas Somáticos	
Trastorno de Síntomas Somáticos.	Patrón de síntomas positivos (síntomas somáticos de ansiedad). Excesivos pensamientos, sentimientos y conductas en respuesta a estos síntomas. La sintomatología es persistente (más de 6 meses). Se especifica si hay predominio del dolor.

(continúa)

DSM-V*

Trastorno de Síntomas Somáticos

Trastorno de Ansiedad por Enfermedad (antigua hipocondría).

Preocupación y ansiedad excesivas y desproporcionadas por tener o adquirir una enfermedad grave. La persona realiza numerosas conductas relacionadas con la salud (e.g., comprobaciones sobre indicios de enfermedad) o con la evitación desadaptativa (e.g., evita ir al médico o a los hospitales). El estado de preocupación es de al menos 6 meses. Se especifica Subtipo de búsqueda de cuidados (buscan atención con tasas elevadas de visitas médicas); Subtipo de evitación de cuidados (rara vez buscan cuidado médico porque les genera niveles elevados de ansiedad).

Trastorno de Conversión (Neurológico Funcional).

Similar al DSM-IV pero se propone que la ausencia de simulación y la presencia necesaria de un estresor no sean criterios diagnósticos.

Factores Psicológicos que Afectan a una Condición Médica.

Presencia de uno o más factores psicológicos o conductuales que afectan a una condición médica incrementando su riesgo de sufrimiento, muerte o invalidez.

Trastorno de Síntomas Somáticos No Clasificado en Otro Lugar.

No se cumplen con exactitud los criterios de los trastornos anteriores.

Trastorno Dismórfico Corporal.

Preocupación por uno o más defectos percibidos o defectos en la apariencia física que no son observables o levemente observables por los otros. La persona realiza conductas repetitivas (e.g., mirarse al espejo, arreglarse demasiado, pellizcarse la piel o buscar consuelo) o actos mentales (e.g., compara su apariencia con la de los otros) como respuesta a su preocupación por la apariencia. Se especifica si existe dismorfia muscular.
Este trastorno se incluye dentro de la categoría «Trastorno Obsesivo Compulsivo y Relacionados» y se excluye de los Trastornos de Síntomas somáticos.

Nota: * Clasificación provisional sujeta a posibles cambios en la versión definitiva.

1.2. Epidemiología y Curso

Tomando como referencia la clasificación diagnóstica DSM-IV (APA, 2000), en población española la prevalencia de los trastornos somatomorfos es del 21,3 % en la consulta del médico de familia (García-Campayo, Campos, Marcos et al., 1996) y del 6% en el centro de salud mental (Pérez-Echevarría, Fernández-Milian, Hijós y Tomás, 2002). Parecen ser los trastornos más frecuentes después de los problemas de ansiedad y depresión. El trastorno de somatización muestra unos índices de prevalencia variables, desde un 0,2% hasta un 2%. En población no clínica, Creed y Barsky (2004) encuentran una

prevalencia del trastorno de somatización del 0,4% y entre el 0,02-7,7% para la hipocondría; el 1,7% para el trastorno dismórfico corporal (Rief, Muhlmann, Wilhelm, Borkenhagen y Brahler, 2006); y el 8,1% para el trastorno del dolor (en los primeros 12 meses del dolor) (Fröhlich et al., 2006). A pesar de que la epidemiología de los trastornos de síntomas somáticos no es muy alta, el grado de malestar que genera en el sujeto y la sobrecarga que sufren los centros de atención primaria por esta demanda, hace importante su estudio y tratamiento. En población infantil aparecen también somatizaciones pero es escasa su prevalencia antes de los 10 años

En cuanto a las diferencias por sexo, existe una mayor prevalencia entre las mujeres en el trastorno de somatización (3,3% frente al 1,9% de los hombres) (Gureje, Simon, Ustun y Goldberg, 1997) y en el trastorno por dolor (Maldonado y Spiegel, 2001). En cambio, en la hipocondría y en el trastorno dismórfico corporal no aparecen diferencias en la prevalencia por sexos.

Respecto al curso de estas alteraciones, aunque es variable, en su mayoría se inician en la adolescencia o principios de la edad adulta y muestran una tendencia a la cronificación. La intensidad frecuencia y gravedad de los síntomas es un indicador de cronificación y mal pronóstico (Olde Hartman et al., 2009). Se observan tasas de mejora entre un 50-75% en los sujetos con síntomas sin explicación médica y entre un 30-50% para los que padecen hipocondría. La recuperación del trastorno (e.g., en el Trastorno por dolor) está mediada por otras variables tales como la pérdida o no de la actividad social y laboral o las expectativas de remisión que la persona tenga.

1.3. Factores Etiológicos y Asociados

Los modelos explicativos de los trastornos de somatización incluyen numerosos factores consistentes con una perspectiva multicausal del problema (Kapfhammer, 2001; Schulte y Petermann, 2011).

- Factores de predisposición familiar avalados por la presencia de estos trastornos entre miembros de una misma familia (10-20% de las mujeres con parentescos de primer grado presentan trastornos de somatización) y padres con altos niveles de psicopatología (ansiedad, depresión, abuso de sustancias, conducta antisocial y agresiva).
- *Factores cognitivo-perceptivos.* Son los factores que más importancia parecen tener en la aparición de estos trastornos. Entre ellos se han destacado: interpretación y anticipación catastrófica de los síntomas (e.g., «tendré un cáncer»), atribuciones incorrectas sobre la enfermedad, actitudes hacia la salud, atención selectiva y focalización en las reacciones corporales, hipervigilancia y escrutinio de las sensaciones corporales, expectativas de enfermedad, tendencia al recuerdo de experiencias de dolor y malestar físico, y preocupación excesiva por la salud.
- *Experiencias previas de enfermedad y experiencias traumáticas.* La presencia de enfermedades bien propias o de personas cercanas (e.g., padres con historia de enfermedad crónica) parece facilitar la instauración de un patrón cognitivo de preocupación y ansiedad por el cuerpo y la salud, así como determinadas actitudes y creencias sobre ésta. Experiencias traumáticas (e.g., abuso sexual,

maltrato) han explicado el valor disociativo funcional que la somatización o la conversión pudieran tener (Stone, Sharpe y Binzer, 2004).

- *Afrontamiento Inadecuado.* Dificultades de afrontamiento ante situaciones de estrés o situaciones que demandan responsabilidad, dificultades interpersonales y de pareja, exigencias de madurez para la vida adulta y la independencia.
- *Características de personalidad y emocionalidad.* Se han encontrado entre personas con problemas de somatización dificultades para reconocer y comunicar emociones como expresión de rasgos alexitímicos, elevados niveles de afecto negativo o ansiedad rasgo que posiblemente funcionen como dilatadores de las percepciones y reacciones corporales, y un estilo egocéntrico y seductor.
- *Apego inseguro y relaciones familiares de escasa calidad.* Las dificultades con el vínculo afectivo de apego se han asociado a estos trastornos como un elemento que propicia las dificultades de autorregulación de estas personas, especialmente ante situaciones de pérdida o separación. En línea con esto, las relaciones familiares poco cohesionadas incluso negligentes parecen estar en la base de estas alteraciones (Iezzi, Duckworth y Adams, 2001).

2 EVALUACIÓN PARA LA DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS DIAGNÓSTICAS

Para delimitar y diagnosticar los trastornos de síntomas somáticos y su gravedad contamos con distintas técnicas de evaluación psicológica entre las que destacaremos las entrevistas estructuradas, para el análisis de los criterios diagnósticos (evaluación categorial) y, los cuestionarios, escalas de puntuación y autorregistros, para el análisis de la intensidad de los síntomas y las manifestaciones clínicas específicas (evaluación dimensional). No obstante, conviene advertir que la evaluación psicológica debe ser precedida necesariamente por una evaluación médica que descarte la posible presencia de causas orgánicas en la aparición de estos síntomas. Los resultados médicos serán fundamentales como pruebas de realidad para que la persona que padece estos síntomas entienda la naturaleza esencialmente psicológica de su problema.

Detallaremos a continuación los principales instrumentos para el diagnóstico y la delimitación de los trastornos somatomorfos o de síntomas somáticos.

2.1. Instrumentos de Evaluación: Descripción y Características

a) Entrevistas

Varias de las entrevistas estructuradas diseñadas para el diagnóstico clínico contienen un módulo específico para la evaluación de los trastornos somatomorfos. Este módulo, de forma similar a como ocurre en los demás, incluye preguntas que exploran cada uno de los criterios diagnósticos. En el caso de las últimas versiones, atienen a los criterios DSM-IV o CIE.10. Generalmente, inician la exploración

del trastorno con las preguntas llave o sondeo que se refieren a criterios clave sin los cuales no es posible realizar el diagnóstico. Si la respuesta del paciente corrobora el criterio evaluado se continúa con las preguntas referidas al resto de criterios hasta confirmar o no el diagnóstico; si por el contrario las preguntas llave no corroboran el criterio diagnóstico clave, se continúa con la exploración del siguiente trastorno a evaluar.

Para los adultos, una de las entrevistas estructurada que permite evaluar los trastornos somatomorfos de acuerdo con los criterios DSM-IV es la Entrevista Clínica Estructurada SCID-I-CV (versión clínica) (First, Spitzer, Williams y Gibbon, 1997). Esta entrevista además de las preguntas de cribado permite el diagnóstico de los siguientes trastornos: trastorno por somatización, trastorno por dolor, trastorno no específico, hipocondría y trastorno dismórfico corporal. La Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*; WHO, 1993, 2007) sólo cuenta con un módulo de exploración de los síntomas físicos al que denomina *Neurastenia* pero no permite el diagnóstico de los diferentes trastornos según los criterios al uso. Esta escala puede ser utilizada para el análisis de los síntomas y el cribado de los trastornos pero no para su diagnóstico. En el caso específico de la hipocondría existen dos entrevistas estructuradas: la Entrevista Diagnóstica Estructurada para la Hipocondría (*Structured Diagnostic Interview for Hypochondriasis*; Barsky, Cleary, Wyshak, Spitzer, Williams y Klerman, 1992) que en su versión actualizada (Speckens, 2001) evalúa los criterios diagnóstico del DSM IV; y la Entrevista Estructurada Breve para la Fobia Específica a la Enfermedad y la Hipocondría (*Brief Structured Interview Designed to Assess Specific Phobia of Illness and Hypochondriasis*; Malis, Hartz, Doebbeling y Noyes, 2002), basada en la anterior pero centrada en la diferenciación entre la hipocondría y la fobia a la enfermedad. Para el diagnóstico del trastorno dismórfico corporal tenemos la Entrevista para el Trastorno Dismórfico Corporal BDDE (*Body Dysmorphic Disorder Examination*; Rosen y Reiter, 1995). Todas ellas se recogen en la Tabla 18.2.

Tabla 18.2. Principales Entrevistas Diagnósticas para la Evaluación de los Trastornos de Síntomas Somático Somatomorfos.

Identificación	Características
Entrevista Clínica Estructurada SCID-I (SCID-CV versión clínica) (First, Spitzer, Williams y Gibbon, 1997).	Diseñadas para el diagnóstico de las alteraciones psicopatológicas según los criterios DSM-IV. Contiene un módulo específico para los trastornos somatomorfos que además de las preguntas de cribado permite el diagnóstico de: trastorno por somatización, trastorno por dolor, trastorno no específico, hipocondría y trastorno dismórfico corporal.
Entrevista Diagnóstica Estructurada para la Hipocondría (<i>Structured Diagnostic Interview for Hypochondriasis</i> ; Barsky, Cleary, Wyshak, Spitzer, Williams y Klerman, 1992). Versión Revisada Speckens (2001).	Evalúa los criterios diagnósticos de la hipocondría según los criterios del DSM-IV. Contiene preguntas referidas a los criterios diagnósticos con escala dicotómica («sí» o «no»).

(continúa)

Identificación	Características
Entrevista Estructurada Breve para la Fobia Específica a la Enfermedad y la Hipocondría (<i>Brief Structured Interview Designed to Assess Specific Phobia of Illness and Hypochondriasis</i> ; Malis, Hartz, Doebbeling y Noyes, 2002).	Consta de 25 preguntas que evalúan los criterios diagnósticos de la hipocondría y la fobia a la enfermedad. Las preguntas se agrupan en dos partes: Hipocondría (9 preguntas), Fobia a la enfermedad (16 preguntas). Está basada en la entrevista anterior de Barsky et al. (1992).
Entrevista para el Trastorno Dismórfico corporal BDDE (<i>Body Dysmorphic Disorder Examination</i> ; Rosen y Reiter, 1995). Adaptación española Raich, Torras y Mora, 1997).	Semiestructurada. 28 preguntas que se evalúan en una escala Likert de 7 puntos. Duración aproximada 30 minutos. Evalúa las partes corporales percibidas como defectuosas, el carácter delirante o no de la creencia y tres dimensiones relativas a los síntomas del trastorno y la imagen corporal: insatisfacción/preocupación, conductas de evitación y defecto físico/conocimiento social.

En el caso de los niños y adolescentes las entrevistas que permiten un diagnóstico en consonancia con los criterios DSM-IV para estos trastornos son:

- Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes **DICA** (Reich, 2000). Versión castellana de la DICA por Ezpeleta *et al.* (Ezpeleta, de la Osa, Doménech, Navarro y Losilla, 1995; 1997) con tres versiones, una para padres (**DICA-P**), otra para niños (**DICA-C**) y otra para adolescentes (**DICA-A**).
- Entrevista de Evaluación Psiquiátrica para Niños y Adolescentes **CAPA** (*The child and adolescent psychiatric Assessment*, Angold, 1994; Angold y Costello, 2000). Consta de dos versiones, una para niños (**CAPA-N**) y otra para padres (**CAPA-P**).

Estas entrevistas ya han sido detalladas en los capítulos precedentes a los que puede recurrirse para una información más extensa (e.g., capítulo 1).

Además de las entrevistas estructuras pueden utilizarse para el diagnóstico entrevistas *ad hoc* no estructuradas, en las que el evaluador pregunta sobre los criterios diagnósticos de los correspondientes trastornos. Una muestra de preguntas que pueden incluirse en las entrevistas no estructuradas se recoge en la Tabla 18.3. Debido a las limitaciones de fiabilidad y validez que poseen este tipo de entrevistas solo se recomienda su uso con finalidades de cribado más que de diagnóstico. No obstante, su uso es inevitable para el análisis de la historia del problema y su delimitación. Con esta finalidad, el evaluador ha de tener presente algunas consideraciones relevantes respecto de la interacción evaluador-evaluado cuando administra una entrevista a personas con trastornos de síntomas somáticos (Starcevic, 2002). Los pacientes con este tipo de problemas tienden a persistir en sus quejas sobre los síntomas físicos, rechazan las explicaciones médicas tranquilizadoras, muestran cierto desafío a la autoridad médica a quien cuestionan sus explicaciones y muestran cierto desinterés por la intervención. En esta línea buscan más una explicación de sus síntomas que una intervención psicológica. El efecto de este comportamiento

en la entrevista, en particular, y en la interacción con el profesional de la salud, en general, genera una respuesta de rechazo e incomodidad en el evaluador o terapeuta quienes experimentan sentimientos de ineficacia y negativa a tratar este tipo de problemas. El clínico ha de tener presente estas peculiaridades en la interacción a fin de favorecer la continuidad en la intervención y garantizar su adherencia.

Tabla 18.3. Preguntas Ejemplo para el Cribado de los Trastornos de Síntomas Somáticos o Somatomorfos.

Síntomas Somáticos.	«¿Dónde identificas el malestar corporal?», «¿En qué momentos del día sientes molestias?», «¿En qué ocasiones no puedes hacer lo que quieres debido a las molestias físicas?».
Trastorno Dismórfico Corporal.	«¿Hay alguna característica física que te genera preocupación?», «¿Cuánto tiempo inviertes en observarlo?», «¿dejas de hacer alguna cosa para que la gente no lo perciba?».
Hipocondría o Ansiedad por la Salud.	«¿Qué grado de preocupación te genera la posibilidad de padecer una enfermedad?», «¿Con qué frecuencia va al médico?», «¿El diagnóstico médico le ha parecido correcto?».
Trastorno del Dolor.	«¿Dónde tiene las molestias?», «¿Desde cuándo?», «¿Le inhabilita en su vida familiar o laboral?», «¿Qué diagnóstico le ha dado el médico?».
Trastorno de Somatización *.	¿Ha tenido alguna vez dificultad para tragar o sensación de nudo en la garganta?; ¿Ha tenido alguna vez sensación de quemazón en los órganos sexuales o el recto?; ¿Ha tenido dificultad para recordar lo que había hecho horas o días antes? (Descartando el consumo de drogas o alcohol en ese período); ¿Ha tenido alguna vez dificultad para respirar?; ¿Ha padecido alguna vez vómitos frecuentes?; ¿Ha sufrido de forma repentina dolores menstruales intensos?; ¿Ha padecido alguna vez dolores frecuentes en los dedos de las manos o de los pies?

Nota: * Se corresponden con los ítems de la Escala de Cribado de Othmer y DeSouza (1985). Versión española García Campayo et al., 1996).

b) Cuestionarios y Escalas de Puntuación

Los cuestionarios y escalas de puntuación en su mayoría son autoinformes aunque en algunos casos (e.g., con niños) estos pueden ser heteroinformados por los padres, profesores o el propio evaluador. Estos instrumentos permiten una evaluación dimensional de los trastornos, es decir, bajo la concepción de la alteración psicológica como un continuo, estiman la frecuencia y el nivel de gravedad o intensidad de la sintomatología que permite identificar la posible presencia del trastorno. Estos instrumentos permiten delimitar y analizar el problema pero no establecer un diagnóstico categorial.

Dentro de estos cuestionarios y escalas podemos diferenciar los instrumentos generales y multidimensionales de los específicos, diseñados exclusivamente para la evaluación de un trastorno en parti-

cular. Entre los primeros están aquellos que poseen una escala o dimensión para la evaluación de los síntomas físicos los cuales proporcionan un punto de corte a partir del cual se considera la presencia patológica de la sintomatología en cuestión. Entre los segundos, se encuentran aquellos que analizan la sintomatología específica, sus manifestaciones clínicas y la intensidad de las mismas (Tabla 18.4).

Entre los cuestionarios multidimensionales mencionados que contienen una dimensión para la evaluación de los síntomas físicos están:

- Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota **MMPI-2** (Hathaway, 2002); Versión Reformulada **MMPI-2-RF** (Ben-Potath y Tellegen, 2009); Versión para adolescentes **MMPI-A** (Butcher y Willians, 2003).
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon **MCMI-II** (Millon, 1998) y **MCMI-III** (Millon, 2009); versión para adolescentes **MACI** (Millon, 2004).
- Listado de Síntomas de Derogatis **SCL-90-R** (Derogatis, 2003). Contiene un factor de somatización.
- Cuestionario de Análisis Clínico (**CAQ**; Krug, 1989). Contiene una escala específica de hipocondría.
- Sistema de Evaluación de la Conducta en Niños y Adolescentes **BASC** (Reynolds y Kamphaus, 2004). Contiene en sus diferentes versiones una escala de somatización.
- Sistema de Evaluación Empírica de Achenbach **ASEBA** (*Achenbach System of Empirically Based Assessment*; Achenbach, 2009). Contiene una escala de somatización en las diferentes versiones.

En la Tabla 18.4 se incluyen diferentes cuestionarios y escalas organizados por los trastornos específicos: trastornos de síntomas somáticos físicos (somatización), hipocondría/ansiedad a la enfermedad, trastorno dismórfico corporal y trastorno por dolor. La selección de instrumentos que recogen esta tabla se centra en el análisis de la sintomatología propia del trastorno y permiten la delimitación de las manifestaciones clínicas y la estimación de la gravedad del mismo. Estos instrumentos no están recomendados para el diagnóstico categorial.

Tabla 18.4. Instrumentos Utilizados para la Delimitación y Análisis de la sintomatología de los Trastornos de Síntomas Somáticos o Somatomorfos.

Identificación	Características y Aspectos que evalúan
Específicos para T Síntomas Físicos	
Cuestionario de Salud del Paciente de 15 síntomas PHQ-15 (Van Ravesteijn et al., 2009).	Versión adulto autoinformada. Subescala del Cuestionario PHQ. 15 ítems (13 evalúan síntomas físicos; 2 pérdida de energía y problemas de sueño). Escala Likert 4 puntos.
Inventario de Cuantificación de Síndromes Somatomorfos QISS (Wedekind et al., 2007).	18 ítems. Medida general de numerosos síntomas físicos.
Escala de Disociación de la Tensión DSS (Stiglmayr et al., 2003).	Versión adulto autoinformada. 21 ítems. Escala Likert 10 puntos. Evalúa características disociativas y somatoformas.
Cuestionario de Disociación Somatoforme SDQ-20 (Nijenhuis, et al., 1996).	Versión adulto autoinformada. 20 ítems. Evalúa la severidad de la disociación somatoforme.
Cuestionario de Somatización de Niños CSI (Walker, GarberGreene, 1991).	Versión autoinformada. 36 ítems. Escalas tipo Likert 4 puntos. Niños y adolescentes. Evalúa las quejas somáticas.
Cuestionario de Somatización de Niños para Padres P-CSI (Walker, GarberGreene, 1991).	Versión padres. Heteroaplicada. 36 ítems. Escala tipo Likert de 4 puntos. Evalúa las quejas somáticas de los hijos.
Escala de Cansancio FS (Chalder et al., 1993).	11 ítems en escala tipo Likert de 4 puntos. Versión autoinformada para niños. Evalúa la severidad del cansancio.
Cuestionario del Deterioro Funcional FDI (Walker y Greene, 1991).	14 ítems. Versión infantil de 8 a 17 años. Evalúa el funcionamiento físico y social en jóvenes con enfermedades físicas.
Específicos para Hipocondría y Ansiedad por la Enfermedad	
Cuestionario de Conducta de Enfermedad IBQ (Pilowsky y Spence, 1983). Traducción Ballester y Botella (1993).	62 ítems. Evalúa la convicción de enfermedad, percepción psicológica vs somática, Inhibición afectiva, perturbación afectiva, negación e irritabilidad.
Índice de Whiteley IW (Pilowsky, 1967). Traducción al español en Avía (1993).	Forma parte del Cuestionario IBQ. 14 ítems. Escala dicotómica con tres dimensiones: preocupación por el cuerpo, fobia a la enfermedad, convicción de enfermedad.

(continúa)

Identificación	Características y Aspectos que evalúan
Específicos para Hipocondría y Ansiedad por la Enfermedad	
Escala de Actitud hacia la Enfermedad IAS (Kellner, 1986). Adaptación española Avia (1993). Versión para jóvenes Kellner (1987).	27 ítems. Escala Likert 5 puntos. Medidas de conducta anormal de enfermedad. Evalúa la hipocondría, nivel de ansiedad por la salud física y el miedo a una posible enfermedad. 9 escalas: preocupación por la enfermedad, preocupación por el dolor, hábitos de salud, creencias hipocondriacas, tanatofobia, miedo a la enfermedad, preocupación por el cuerpo, experiencia de tratamiento, efectos de los síntomas. Versión para jóvenes a partir de 11 años. 21 ítems.
Escala para la Evaluación de la Conducta de Enfermedad SAIB (Rief et al., 2003).	Evalúa la conducta de enfermedad mediante 26 ítems que comprenden cinco factores: verificación de diagnóstico, expresión de los síntomas, medicación, consecuencias de la enfermedad y escaneo.
Inventario Multidimensional de Rasgos Hipocondriacos MIHT (Longley, Watson y Noyes, 2005).	Autoinforme. Adultos. Consta de 31 ítems. Evalúa 4 factores: alienación hipocondriaca, dependencia hipocondriaca, absorción hipocondriaca y preocupación hipocondriaca.
Escala de Preocupaciones por la Enfermedad ICS (Wesner y Noyes, 1991). Traducción al castellano Martínez y Botella (1996).	18 ítems con respuesta tipo Likert de 5 puntos. Evalúa fobia a la enfermedad y explora conductas de evitación y búsqueda de información tranquilizadora. Dos factores: preocupación/miedo salud y evitación.
Escala de Hipocondría y Actitud a la Propia Salud de Maastricht MEGAH (Schmidt y Lousberg, 1993).	Autoinforme. 67 ítems. Evalúa creencias hipocondriacas y opiniones sobre el estado de salud en 5 escalas: Ansiedad por la salud personal, ansiedad general, convicción de enfermedad, confianza/desconfianza de los médicos, búsqueda de información médica.
Escala de Amplificación Somatosensorial SSAS (Barsky, Wyshak y Klerman, 1990). Traducción española Martínez y Botella (1996).	10 ítems. Escala Likert 5 puntos. Detecta un estilo somático amplificador que implica: hipervigilancia corporal, focalización en sensaciones infrecuentes o tenues, interpretación de las sensaciones corporales como patológicas con intensa preocupación sobre ellas.
Cuestionario de Ansiedad por la Salud HAQ (Lucock y Morley, 1996).	22 ítems. Escala Likert 5 puntos. Evalúa 4 dimensiones: miedo a la enfermedad y muerte, inquietud y preocupación por la salud, conducta de búsqueda de información tranquilizadora e interferencia en la vida cotidiana.
Inventario de Ansiedad por la Salud HAI (Salkovskis et al., 2002).	18 ítems escalados en 4 enunciados. 14 ítems que evalúan ansiedad por la salud y 4 consecuencias negativas percibidas. Diferencia las personas que sufren de ansiedad por la salud de las que tienen enfermedad física.

(continúa)

Identificación	Características y Aspectos que evalúan
Específicas para el Trastorno Dismórfico Corporal	
Cuestionario de Figura Corporal, BSQ (<i>The Body Shape Questionnaire</i> ; Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987).	34 ítems. Escala Likert 6 puntos. Autoinforme. Evalúa las preocupaciones sobre el peso, la figura, y los sentimientos sobre su apariencia.
Cuestionario de Comprobación Corporal BCQ (<i>Body Checking Questionnaire</i> ; Reas y Netemeyer, 2002).	23-ítems. Evalúa conductas de exploración y comprobación corporal sobre la apariencia general, o de partes específicas del cuerpo.
Cuestionario Multidimensional de las Relaciones Cuerpo-Self, MBSRQ (<i>The Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire</i> ; Cash, 1994; Cash, 2000). Traducción española Raich, Torras y Figueras (1996).	69 ítems. Escala Likert 5 puntos. Evalúa los aspectos actitudinales respecto de la imagen corporal mediante 5 dominios: evaluación de la apariencia, orientación de la apariencia, satisfacción con áreas del cuerpo, preocupación con el sobrepeso, peso autoclasificado. Estos dominios se organizan en tres subescalas: satisfacción, preocupación con el peso y autoclasificación respecto al peso.
Específicas para el Trastorno de Dolor	
Inventario Multidimensional de Dolor WHYMPI (Kerns et al., 1985).	Evalúa el dolor crónico, la respuesta del entorno y la participación en las actividades diarias.
Cuestionario de Intensidad del Dolor de McGill MPQ (<i>McGill Pain Questionnaire</i> ; Melzack, 1995). Versión Abreviada MPQ-SF (Melzack, 1983).	20 ítems. Versión abreviada 15 ítems. Contiene una relación de adjetivos que valoran la intensidad del dolor que son puntuados en una escala de intensidad.
Escala de Calificación del Malestar Intrusivo IIRS (Devins, 1994).	80 ítems. Escala Likert 7 puntos. Evalúa el deterioro en 12 áreas como la salud, la alimentación, el trabajo, el ocio activo y el ocio pasivo.

c) Autorregistros

El uso de autorregistros es usado de forma versátil especialmente para la identificación de pensamientos y emociones en las diferentes situaciones específicas en las que se desenvuelve la persona. Específicamente para la evaluación de la intensidad y cualidad del dolor, están indicadas el uso de escalas. Estas pueden ser básicamente de tres tipos: *numéricas*, se componen de una dimensión numérica progresiva desde 0 a 100 ó 0 a 10; *verbales*, se componen de una dimensión progresiva mediante categorías verbales «nada-poco-bastante-mucho»; o *analógicas* que permiten estimar la percepción subjetiva de la intensidad del dolor mediante colores de diferente graduación, longitudes o tamaños de figuras geométricas en progresión de menos a más intensidad, o caras que gesticulan en función del nivel de intensidad de dolor, etc. (Turk, Okifuji y Sinner, 2008). Es habitual el uso combinado o

compuesto de estas escalas (*escalas mixtas*) en las que se acompaña una escala analógica con números o categorías verbales. Algunas de estas escalas son, la Escala Facial para el Dolor Revisada (*Faces Pain Scale-Revised*, Hicks et al., 2001. Adaptada al español por Miró y Huget, 2004) que incluye una relación de caras con diferentes expresiones indicativas de dolor según su intensidad; y la Escala de Dolor Pediátrico para Adolescentes APPT (*The Adolescent Pediatric Pain Tool*; Saavedra et al., 1989) la cual combina elementos pictóricos (dibujo de un cuerpo para identificar la localización del dolor), gráfico-analógicos (para identificar la intensidad) y verbales (un listado de adjetivos para calificar la calidad del dolor).

Dentro de los autorregistros también se utilizan los diarios de dolor, mediante los que la persona registra en tiempo real la intensidad percibida de dolor (0-100), localización, calidad del mismo (punzante, agudo, suave, profundo, embotado, frío/caliente), duración (continuo, intermitente, momentáneo, fugaz) y alguna información adicional que sea de interés como consumo o no de analgésicos, alcohol, actividad realizada, etc... La alternativa a estos registros de papel o lápiz son los dispositivos electrónicos en los que el paciente anota bajo aviso de alarma su nivel de percepción del dolor. Estos dispositivos por su coste aún son poco utilizados en la práctica clínica (Turk, Burwinkle y Showlund, 2007).

2.2. Evidencias de Fiabilidad y Validez

A pesar de las dificultades de fiabilidad y validez que tradicionalmente ha existido para la medida de los trastornos de síntomas físicos (e.g., dolor, somatización), hoy contamos con un gran número de instrumentos que permiten una evaluación adecuada de estos trastornos.

Las entrevistas estructuradas son las que más evidencias de validez y fiabilidad tienen para el diagnóstico categorial de los trastornos somatomorfos y por tanto son las que se recomiendan para tal fin. Concretamente, una buena elección es la Entrevista Estructurada SCDI, para el conjunto de los trastornos; específicamente para la hipocondría la Entrevista Diagnóstica Estructurada SDIH o la Entrevista Breve para la Fobia Específica a la Enfermedad y la Hipocondría; y para el trastorno dismórfico corporal la Entrevista BDDE (*Body Dysmorphic Disorder Examination*; Rosen y Reiter, 1995). Estas últimas por su carácter específico y sus buenas propiedades psicométricas (fiabilidad test-retest, consistencia interna, valor discriminante y predictivo) son mejores opciones cuando se pretenda evaluar un trastorno de hipocondría.

Para el análisis de síntomas y la estimación de su intensidad las dimensiones de somatización de los instrumentos clínicos genéricos han mostrado buena fiabilidad y capacidad discriminativa entre sujetos con o sin psicopatología somática. En este sentido se recomiendan fundamentalmente para el cribado y la estimación de la gravedad pero no para el diagnóstico. Finalmente, los cuestionarios específicos mencionados cuentan con adecuadas propiedades psicométricas que avalan su uso y por tanto pueden ser utilizados especialmente para las manifestaciones clínicas concretas de un trastorno en particular. En el caso de la hipocondría se recomiendan (Speckens, 2001) el Índice de Whiteley IW, las

Escalas de Actitud hacia la Enfermedad IAS, y el Cuestionario de Conducta de Enfermedad IBQ. Para el trastorno dismórfico el Cuestionario Multidimensional de las Relaciones Cuerpo-Self, MBSRQ, el Cuestionario de Figura Corporal, BSQ y el Cuestionario de Comprobación Corporal BCQ. En el caso de los síntomas por dolor el Cuestionario de Intensidad del Dolor de McGill MPQ o su versión reducida MPQ-SF.

Los autorregistros, particularmente para la estimación de la intensidad del dolor, tienen la ventaja de proporcionar información en tiempo real, lo que permite mejor validez que la información aportada retrospectivamente, y por tanto se recomienda su uso para tal fin.

2.3. Diagnóstico Diferencial

El primer y más importante diagnóstico diferencial que debe hacerse con este tipo de trastornos es el de la presencia de una enfermedad médica. Sin embargo, hay que considerar que puede coexistir la presencia de un trastorno orgánico con un trastorno de síntomas somáticos.

Además de los posibles trastornos orgánicos, el diagnóstico diferencial debe realizarse con los trastornos de ansiedad, los diferentes trastornos de síntomas somáticos entre sí, y los trastornos depresivos.

Respecto del diferencial con los trastornos de ansiedad, es necesario distinguir entre la fobia a la enfermedad y el trastorno de ansiedad por enfermedad o hipocondría. En el primer caso, las respuestas de ansiedad son propias de la fobia específica (miedo excesivo e irracional que la persona reconoce como tal), responden a estímulos fundamentalmente externos (e.g., hospitales, médicos...) y sólo ante ellos se desatan las reacciones de ansiedad y las conductas de evitación (fundamentalmente pasivas); en el segundo caso (ansiedad por enfermedad) la persona tiene una menor conciencia de lo excesivo de su miedo, los estímulos temidos tienden a ser internos (e.g., cambios corporales) y se manifiesta en cualquier momento mediante la preocupación reiterada de poseer una enfermedad grave y de conductas de evitación activas o de neutralización (e.g, buscar información). La hipocondría o ansiedad a la enfermedad es más resistente a la tranquilización médica que la fobia.

Otra de las alteraciones de ansiedad a diferenciar con la hipocondría es el trastorno de pánico. En este caso, la preocupación está en la posibilidad de sufrir otra crisis de pánico o en la de padecer una enfermedad cardíaca y morir por infarto. Su preocupación se centra en la activación fisiológica y su evitación es fundamentalmente pasiva (evitación o escape). No es característico de estos sujetos las actitudes de enfermedad y las conductas de evitación activa o neutralizadora (Hiller, Leibbrand, Rief y Fichter, 2005; Martínez, Belloch y Botella, 1996).

Respecto a los trastornos de síntomas somáticos y la hipocondría, la queja en aquellos es más desproporcionada, general, mutable y centrada en los síntomas físicos. En la hipocondría, en cambio, la queja es más específica y el malestar gira en torno a la interpretación del síntoma como signo de enfermedad grave, con un carácter más obsesivo y menos afectivo.

Finalmente, a diferencia de los trastornos depresivos, los síntomas físicos que pueden acompañar a la depresión (e.g., cefaleas, trastornos digestivos o desregularización del sueño) desaparecen o disminuyen cuando el estado de ánimo mejora, indicando su carácter secundario. No es el caso en los trastornos de síntomas somáticos.

2.4. Comorbilidad

Los principales trastornos comórbidos con los trastornos de síntomas somáticos son los trastornos de ansiedad y depresión (de Waal et al., 2004; Fink, Hansen y Oxhoj, 2004). Es también frecuente la aparición conjunta de diferentes trastornos de síntomas somáticos (e.g., trastorno por dolor e hiponcondría).

Entre los patrones comórbidos de mayor frecuencia están: a) trastorno de síntomas somáticos con predominio del dolor con la ansiedad generalizada y la distimia (Föhlich et al., 2006); b) trastorno de ansiedad por enfermedad (hiponcondría en DSM-IV) y depresión mayor, trastorno de pánico con o sin agorafobia y trastorno obsesivo compulsivo (Garyfallos et al., 2008); c) trastorno dismórfico corporal (encuadrado en el trastorno obsesivo compulsivo en el DSM V), depresión mayor y fobia social, trastorno obsesivo compulsivo y consumo de sustancias (Gunstad y Phillips, 2003) junto con la adicción al ejercicio físico y los trastornos de alimentación (Pope, Gruber, Choi, Olivardia y Phillips, 1997).

Además de la comorbilidad con el Eje I, los trastornos de síntomas somáticos se asocian también con trastornos de personalidad histriónica, límite y antisocial.

Por último, es también frecuente la aparición conjunta de diferentes trastornos de síntomas somáticos (e.g., trastorno por dolor e hiponcondría) y la comorbilidad con los trastornos disociativos (e.g., conversión) (Brown, Cardeña, Nijenhuis, Sar y Van der Hart, 2007).

3 EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO Y LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO

3.1. Variables Relevantes a Evaluar e Instrumentos para su Contrastación

La explicación de los trastornos somatomorfos y de síntomas somáticos, como hemos detallado, poseen una naturaleza multicausal que debe ser el punto de partida para la evaluación de su conceptualización. Partiendo de los principales modelos teóricos (Barsky, 2001; Friedberg, 2010; Kapfhammer, 2001; Salkovskis y Warwick, 2001; Schulte y Petermann, 2011; Warwick y Salkovskis, 1990) que han intentado explicar estos trastornos, destacamos las variables que deben ser objeto de evaluación para una formulación de estos trastornos.

- *Variables cognitivo-perceptivas* relativas a: la interpretación y atribución erróneas de los síntomas que llevan a una explicación fundamentalmente física más que emocional de los síntomas; la anticipación y expectativa catastrófica de las sensaciones corporales y los síntomas; la preocupación sobre la enfermedad; un estilo perceptivo amplificador consistente en la excesiva vigilancia y atención del cuerpo acompañadas de conductas de escrutinio y comprobación de síntomas; alta sensibilidad a las respuestas corporales de ansiedad; la percepción de baja eficacia ante la enfermedad; creencias sobre la enfermedad y grado de convicción sobre el padecimiento de una enfermedad física.
- *Reacciones emocionales* de ansiedad, depresión, ira, y muy especialmente miedo anticipatorio al padecimiento de una enfermedad grave o a la muerte. La vivencia de los síntomas físicos de las personas con problemas somáticos es fundamentalmente de ansiedad por el miedo anticipatorio de poseer una enfermedad grave; no obstante la permanencia de los síntomas sin la presencia de una «causa» médica que los justifique y el impacto sobre su vida cotidiana terminan generando estados depresivos y reacciones de ira e irritabilidad. De aquí la importancia de la intervención sobre los estados emocionales negativos.
- *Afrontamiento inadecuado de la enfermedad*. La persona afronta los síntomas mediante la evitación o mediante un afrontamiento activo pero insuficiente o inadecuado. El Afrontamiento evitativo se manifiesta mediante conductas de evitación pasiva (más propias de la fobia a la enfermedad) y evitación activa (más características de la hipocondría). Entre las primeras, la evitación a estímulos como hospitales, médicos, personas con alguna enfermedad física, lectura sobre temáticas médicas; y entre las segundas, conductas relativas a la reiterada comprobación de estado corporal y el escrutinio de los síntomas, búsqueda constante de información tranquilizadora sobre la enfermedad y exploraciones médicas reiteradas. El afrontamiento insuficiente o ineficaz, se traduce en estrategias inadecuadas de manejo del dolor y escasos recursos para su afrontamiento (e.g., distracción, relajación). Entre estas estrategias, la ausencia de una actividad física regular tiene un importante papel en la intensidad y percepción del dolor, así como la instauración de hábitos saludables de descanso y actividades placenteras. Es habitual la negación de los síntomas como una expresión de manifestaciones emocionales o psicológicas. La toma abusiva de medicación, fundamentalmente analgésica, o de consumo de alcohol u otros psicofármacos es una estrategia también habitual para el afrontamiento de estos problemas que debe ser explorada.
- *Reacciones de los otros y falta de apoyo social*. Las reacciones de los otros ante las conductas de dolor y las quejas de los síntomas físicos conviene que sean analizadas. A veces, los familiares y amigos reaccionan con conductas de atención y cuidado (posibles reforzadores) y a veces con ira y malestar. La ausencia de apoyo social funcionaría como un factor de riesgo para el incremento del malestar.
- *Significado de los síntomas*. Muy en relación con las conductas de afrontamiento y las reacciones del contexto, analizar el significado de los síntomas requiere explorar, al menos, las siguiente hipótesis: si los síntomas físicos y las quejas responden a un mecanismo instrumental o funcional mantenido por reforzamiento positivo (e.g., beneficios secundarios, tranquilización...) o negativo (e.g.,

reducción del malestar, evasión de responsabilidades...); si los síntomas responden a una evitación de las exigencias de madurez para la vida adulta y la independencia; o si es la expresión comunicativa y/o emocional en el marco de unas relaciones interpersonales conflictivas (e.g., pareja, hijos, amigos...). Dentro de los beneficios secundarios, cabe mencionar, las bajas laborales, la intensificación de las relaciones de atención y cuidado que satisfacen una personalidad dependiente, el mantenimiento de rol de enfermo bajo el que controla determinadas contingencias... Incluso, el sentido simbólico que puedan tener unos síntomas y no otros de acuerdo con su historia personal (e.g., la parálisis o el dolor de una mano en un pianista con miedo a tocar y no de un pie o un ojo).

- *Acontecimientos estresantes* relativos, bien a experiencias previas de enfermedad propia o de personas cercanas significativas, o bien, relativos a vivencias traumáticas, tales como experiencias de maltrato, abandono o abuso sexual.
- *Características de personalidad*. Dos características de personalidad han sido las que más atención han recibido en relación con los problemas de somatización: la alexitimia y el afecto negativo o neuroticismo. La primera explicaría la aparición de los síntomas como la expresión de una dificultad para la comunicación emocional y la dificultad para conectar la presencia de problemas cotidianos, personales e interpersonales (cuya presencia se niega en muchas ocasiones) con la presencia de malestar emocional; la segunda como un dilatador de la percepción negativa de las reacciones físicas y una reacción desproporcionada ante ellas.
- *Impacto sobre el funcionamiento y la actividad del sujeto*. Como en cualquier otra alteración psicológica, pero especialmente en ésta por su implicación física, el nivel de actividad y la afectación en el ámbito laboral, social, familiar tiene gran relevancia. Es por esto que deben ser evaluados el impacto de la alteración sobre la calidad de vida y el nivel de interferencia en el funcionamiento cotidiano de la persona.
- *Relaciones de apego inseguro y calidad de las relaciones familiares*. La exploración de las relaciones de vínculo con sus figuras de referencia y la calidad de las relaciones pasadas y presentes pueden ayudar a entender la sintomatología y el análisis de las posibles causas de origen del problema.
- *Análisis de la dinámica funcional de las variables expuestas*. El conjunto de variables mencionadas puede afectar de diferente manera en el problema actual. Pueden ser variables con un papel en el origen o en el mantenimiento del problema. Es por ello, que es recomendable analizar las contingencias entre estas variables en cada caso particular: factores predisponentes y desencadenadores, mecanismos mantenedores por reforzamiento positivo (e.g., beneficios secundarios, atención) y negativo (e.g., alivio momentáneo de ansiedad) así como los círculos de retroalimentación entre las cogniciones y las conductas de autoescrutinio de las sensaciones corporales que aumentan su percepción y favorecen su intensidad.

Para la evaluación de las variables propuestas se recogen diferentes instrumentos de evaluación que pueden ser consultados en la Tabla 18.5. Estos instrumentos deben ser completados con registros de observación o autoregistros (situación-pensamiento-emoción) y entrevistas *ad hoc* para el análisis de la dinámica funcional de las variables expuestas.

Tabla 18.5. Variables Relevantes e Instrumentos para la Conceptualización de los Trastornos de Síntomas Somáticos o Somatomorfos (Contrastación para las Hipótesis de Conceptualización).

Hipótesis / Instrumentos	Dimensiones y Características
Cogniciones Cognitivo-Perceptivas	
Escala de Amplificación Somato-sensorial SAS (Barsky et al., 1990).	10 ítems. Escala Likert 5 puntos. Detecta un estilo somático amplificador mediante la preocupación por las sensaciones viscerales y somáticas que no corresponden a enfermedades graves.
Escala de Catastrofización del Dolor PCS (Sullivan, Bishop y Pivik, 1995).	13 ítems. Escala Likert 4 puntos. Evalúa el estilo catastrofista relacionado con el dolor.
Cuestionario de Autoeficacia en Dolor crónico CPSS (Anderson et al., 1995).	Evalúa tres factores: manejo del dolor, afrontamiento a los síntomas y funcionamiento físico.
Cuestionario de Vigilancia y Conciencia del Dolor PVAQ (McCracken, 1997; McCracken, Zaifert y Gross, 1992).	16 ítems. Escala Likert 6 puntos. Evalúa la atención al dolor.
Escala de Vigilancia Corporal BVS (<i>Body Vigilance Scale</i> ; Schmidt, Lewy y Trakowski et al. 1997).	4 ítems. Evalúa la tendencia a atender a las sensaciones corporales relacionadas con el dolor: focalización, sensibilidad a los cambios y tiempo empleado en atender a las sensaciones.
Escala de Actitud hacia la Enfermedad IAS (<i>Illness Attitude Scales</i> ; Kellner, 1986).	Versión autoinformada para jóvenes a partir de 11 años. 21 ítems. Escala Likert 5 puntos. Evalúa el nivel de ansiedad por la salud física y el miedo a una posible enfermedad (También incluida en Tabla 18.4).
Cuestionario de Pensamientos Automáticos sobre la Imagen Corporal BIATQ (<i>Body Image Automatic Thoughts Questionnaire</i> ; Cash et al., 1991).	52 ítems. Escala 5 Likert 5 puntos. Dos dimensiones: pensamientos positivos y pensamientos negativos.
Afrontamiento del Dolor y los Síntomas	
Inventario de Afrontamiento del Dolor Crónico CPCI (<i>Chronic Pain-Coping Inventory</i> ; Jensen, Turner, Romano y Strom, 1995).	64 ítems. Evalúa 8 subescalas: descanso, vigilancia, demanda de atención, relajación, persistencia en la tarea, ejercicio/estiramiento, autoinstrucciones, búsqueda de apoyo social.

(continúa)

Hipótesis / Instrumentos	Dimensiones y Características
Afrontamiento del Dolor y los Síntomas	
Inventario Multidimensional de Afrontamiento del Dolor de Vanderbilt, VCPMI (<i>Vanderbilt Multi-dimensional Pain Coping Inventory</i> ; Smith, Wallston, Dwyer y Dowdy, 1997).	49 ítems. Evalúa diferentes estrategias de afrontamiento a través de 11 subescalas: solución de problemas, reevaluación positiva, distracción, confrontación, distanciamiento/negación, estoicismo, uso de la religión, autoculpa, auto-aislamiento.
Cuestionario de Dependencia de Alcohol CAGE (Ewing y Rouse, 1968).	4 ítems. Escala dicotómica sí/no. Permite el cribado del consumo de alcohol.
Cuestionario de Evitación de la Imagen Corporal BIAQ (<i>Body Image Avoidance Questionnaire</i> ; Rosen, Srebnik, Saltzberg y Wendt, 1991).	19 ítems. Evalúa las conductas activas y pasivas relacionadas con la exposición a determinadas partes del cuerpo. 4 escalas: manera de arreglarse, actividades sociales, restricción de la ingesta, conducta de aseo y peso.
Escala de Disociación de la Tensión DSS (Stiglmayr et al., 2003).	Versión adulto autoinformada. 21 ítems. Escala Likert 10 puntos. Evalúa características disociativas y somatomorfas.
Reacciones Emocionales	
Inventario de Depresión de Beck. BDI-II (Beck et al., 1996, 2011a; adaptación española de Sanz, García-Vera et al., 2005). Versión abreviada de 13 ítems FastScan (Beck et al, 2011b; Guy, 1976). Versión Infantil CDI (Kovacs, 2004).	Autoinforme, 15'. Adultos y adolescentes. La sintomatología se evalúa con 21 ítems formulados cada uno de ellos con ítems de distinta intensidad (0-3-4). El sujeto evaluado escoge el que mejor le describe. Versión abreviada 13 ítems.
Inventario de Ira STAXI (Miguel-Tobal, Casado, Can-Vinde y Spielberger, 2001). Versión infantil STAXI-NA (Del Barrio, Spielberger y Aluja, 2005).	A partir de 16 años. 49 ítems. Escala Likert 4 opciones. Evalúa la experiencia, expresión y control de la ira en sus manifestaciones estado y rasgo. Escalas y subescalas: Ira-estado (sentimiento de ira, expresión física de la ira, expresión verbal de la ira), Ira-rasgo (temperamento de ira y reacción de ira); expresión y control de la ira (expresión interna y externa, y control interno y externo).
Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad ISRA (Tobal y Cano, 1994).	Individual o colectiva. 224 ítems: 22 situaciones y 24 respuestas representativas. A partir de 16 años. Frecuencia de distintas reacciones de ansiedad ante diferentes situaciones. 4 dimensiones de ansiedad: ante la evaluación, interpersonal, fóbica y vida cotidiana.

(continúa)

Hipótesis / Instrumentos	Dimensiones y Características
Reacciones Emocionales	
<p>Escala de Ansiedad Estado Rasgo ante la Apariencia Física PASTAS (<i>Physical Appearance State and Trait Anxiety Scale</i>; Reed, Thompson, Brannick y Sacco, 1991).</p>	<p>19 ítems. Escala Likert 5 puntos. Se puntúa el nivel de ansiedad experimentado ante partes específicas del cuerpo. La parte de rasgo evalúa el nivel caracterológico o de personalidad de la ansiedad ante la imagen corporal. La versión estado es más sensible a los cambios de intervención.</p>
<p>Escala de Síntomas de Ansiedad ante el Dolor PASS-20 (McCracken y Dhingra, 2002).</p>	<p>40 ítems. Escala Likert 6 puntos. Evalúa el miedo y la ansiedad como respuesta al dolor.</p>
Características de Personalidad	
<p>Escala Revisada de Alexitimia de Toronto TAS-R (Taylor, Bagby y Parker, 1992). Traducción española en Martínez y Botella (1996).</p>	<p>23-ítems. Escala Likert 5 puntos. El contenido se agrupa en dos factores: dificultades para distinguir sensaciones y sentimientos, y pensamiento orientado externamente.</p>
<p>Escalas de Afecto Positivo y Negativo PANAS (Watson, Clark y Tellegen, 1988). Versión española (Sandín et al., 1999). Versión infantil PANASN (Sandín, 2003).</p>	<p>20 ítems. Evalúa afecto positivo y afecto negativo. Escala Likert tres puntos.</p>
<p>Cuestionario de Personalidad NEO-PI-R (Costa y McCrae, 1992). Versión breve NEO-FFI. Adaptación española Tea-Ediciones.</p>	<p>240 ítems. Escala Likert 5 puntos. 5 Escalas: Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad. Versión reducida 60 ítems.</p>
Acontecimientos Estresantes/Experiencias previas	
<p>Inventario para el Despistaje de Acontecimientos Traumáticos TESI-PRR / TESI-SRR (<i>Traumatic Events Screening Inventory</i>; Ippen et al., 2002; Ribbe, 1996).</p>	<p>6 – 18 años versión autoinformada; 0-6 años versión para padres. También existe la versión de entrevista para clínicos. 24 ítems. Evalúa la exposición a diferentes acontecimientos traumáticos que incluyen daños previos, hospitalización, violencia doméstica y comunitaria, desastres, accidentes, maltrato físico y sexual. Valora la amenaza que el suceso supone a la integridad física del niño y las reacciones de éste al mismo (miedo extremo, indefensión, horror, agitación o confusión).</p>
<p>Escala de Reajuste Social SRRS (Holmes y Rahe, 1967). Adaptación española González de Rivera et al. (1983).</p>	<p>61 ítems que evalúan los acontecimientos que alteran en distinta medida el estado habitual de las personas a las que se le presentan. Se valora de 1 a 100 según la intensidad de la reacción emocional, impacto, estrés o cambio que pueden inducir en un individuo normal.</p>

(continúa)

Hipótesis / Instrumentos	Dimensiones y Características
Acontecimientos Estresantes/Experiencias previas	
Cuestionario de Sucesos Vitales CSV (Sandín y Chorot, 1987).	Evalúa la ocurrencia y la intensidad del estrés percibido que suscitan 62 acontecimientos vitales en los últimos 12 meses. Cada ítem se presenta con una escala de 10 puntos de menor a mayor intensidad referidos a los siguientes dominios: trabajo, pareja, familia, salud, residencia, social, legal, finanzas.
Impacto y Calidad de Vida	
Evaluación Psiquiátrica del Funcionamiento del Paciente, Eje K (Kennedy, 2004).	Evalúa el deterioro psicológico, habilidades sociales y de vida cotidiana, violencia, abuso de sustancias, deterioro médico y deterioro secundario.
Escala de Evaluación de la Actividad Global EEAG (APA, 2000). Versión para niños CGAS (Ezpeleta et al., 1999; Shaffer et al., 1983).	Evalúa el funcionamiento psicosocial de la persona en función de la intensidad de los síntomas y el nivel de actividad.
Entrevista de Calidad de Vida de Lehman QOLI (<i>Quality of Life Interview</i> , Lehman, Kernan y Postrado, 1995; Lehman, 2000).	Evaluación de la calidad de vida en enfermos mentales crónicos en diferentes áreas de la vida cotidiana, familia, ocio, trabajo y salud. Proporciona una medida de satisfacción global con la vida.
Índice de Invalidez por Dolor PDI (<i>Pain Disability Index</i> ; Pollard, 1984).	7 ítems. Evalúa el grado de invalidez e interferencia percibida que genera el dolor en relación con las responsabilidades, familiares y domésticas, el ocio, las actividades sociales, empleo, conducta sexual, autocuidado y actividades vitales de apoyo.
Perfil de Impacto de la Enfermedad SIP (<i>Sickness Impact Profile</i> ; Bergner, Bobbitt, Carter y Gibson, 1981).	136 ítems. Evalúa el nivel disfuncional físico y psicosocial: movilidad, cuidado corporal, interacción social, comunicación, alerta, sueño y descanso, comida, trabajo, manejo doméstico, ocio y conducta emocional.
Cuestionario del Deterioro Funcional FDI (Walker y Greene, 1991).	Evalúa el funcionamiento físico y social en jóvenes con enfermedades físicas. 14 ítems. Versión infantil de 8 a 17 años.
Apoyo Social/Relaciones de Apego	
Listado de Evaluación de Apoyo Interpersonal ISEL (Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983).	40 ítems dicotómicos que evalúan la disponibilidad percibida de los otros. Se exploran 4 dominios: apoyo tangible, valoración-consejo, autoestima y pertenencia.
Cuestionario de Apoyo Social CAS (Bernal et al., 2003).	9 ítems con escala Likert 5 puntos. Evalúan el apoyo social necesitado (emocional, interpersonal y material) y la satisfacción con dicho apoyo.

(continúa)

Hipótesis / Instrumentos	Dimensiones y Características
Apoyo Social/Relaciones de Apego	
Entrevista de Apego para Adultos AAI (<i>Attachment Adult Interview</i> ; George, Kaplan y Main, 1985). Versión para niños CAI (Target, Fonyagy y Shmueli-Goetz, 2003).	Entrevistas que evalúan retrospectivamente las experiencias de apego de la persona con sus figuras de referencia, la valoración e interpretación de las mismas así como la regulación emocional suscitada al recordar los recuerdos. El conjunto de emociones evaluadas es un indicador del sistema de regulación emocional de la persona y de su representación mental del apego relacionado con el sistema de cuidado.

3.2. Evidencias de Fiabilidad y Validez para la Evaluación de la Conceptualización del caso

Los instrumentos propuestos para la conceptualización de los problemas de síntomas físicos han mostrado adecuadas propiedades psicométricas para la medida del constructo que han sido elaborados, especialmente han mostrado buenas evidencias de validez de constructo y de fiabilidad, principalmente de consistencia interna.

4 EVALUACIÓN PARA EL TRATAMIENTO, SU PROGRESO Y LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

Cuando el objetivo de la evaluación es valorar los efectos del tratamiento y su progreso, se recomienda, al menos la medida de tres áreas: a) el uso de instrumentos específicos que evalúen los cambios en la sintomatología y las manifestaciones clínicas del trastorno; b) los cambios en las variables de conceptualización del caso que han sido objeto de intervención; c) el cambio en el impacto que produce el trastorno en la vida cotidiana y el funcionamiento de la persona.

Para evaluar la modificación de la sintomatología o el descenso de su intensidad, lo más adecuado es administrar los instrumentos indicados para la evaluación dimensional del trastorno. Concretamente, para la evaluación de los efectos del tratamiento de la hipocondría, La Escala de Actitud hacia la Enfermedad IAS, el Cuestionario de Conducta de Enfermedad IBQ y el Índice Whiteley IW contenido en este último cuestionario son sensibles a los cambios terapéuticos y por tanto, detectan los cambios producidos como consecuencia del tratamiento (Speckens et al., 1996a; Speckens, 2001). Para el trastorno dismórfico tanto la Entrevista para el Trastorno Dismórfico Corporal BDDE como el Cuestionario de Figura Corporal, BSQ, el Cuestionario de Comprobación Corporal BCQ y el Cuestionario Multidimensional de las Relaciones Cuerpo-Self, MBSRQ se han utilizado para la medida de los efectos del tratamiento y han resultado ser buenas medidas para la detección de los cambios derivados de la intervención (Salaberría, Borda, Amor y Echeburúa, 2000). En el caso de los trastornos de dolor, el Cuestionario

Abreviado de Dolor (MPQ-SF) y muy especialmente el Inventario Multidimensional de Dolor WHYMPI (Turk et al., 2008) son los recomendables.

Para la medida de los cambios en las variables asociadas o causales del problema aquellos instrumentos administrados para la conceptualización del caso deberían ser administrados nuevamente y comparar las medidas pre y postest. Igualmente se recomienda analizar los cambios producidos en las medidas genéricas de impacto de la enfermedad e interferencia en el funcionamiento y la actividad regular (Turk, Okifuji y Skinner, 2008). Para ello, los instrumentos de calidad de vida (e.g., Entrevista de Calidad de Vida de Lehman QOLI) o de nivel de actividad (e.g, Eje K o la Escala de Evaluación de la Actividad Global EEAG) están recomendados.

Por último, las medidas en los autorregistros y diarios acumulados a lo largo de la intervención son también buenos indicadores para evaluar el cambio producido.

5 PROPUESTA DE UN PROTOCOLO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS O SOMATOMORFOS

De la relación de instrumentos analizados se propone una selección como protocolo básico para la evaluación de los trastornos de síntomas somáticos o somatomorfos. En la Tabla 18.6 se recoge la relación de estos instrumentos agrupados en tres secciones: 1) para el diagnóstico (entrevistas estructuradas) y la delimitación (autoinformes con escalas dimensionales) de los trastornos; b) para la conceptualización y formulación del caso; y c) para la evaluación de los resultados del tratamiento, su progreso y seguimiento. (ver Tabla 18.6).

Tabla 18.6. Protocolo Básico para la Evaluación de los Trastornos de Síntomas Somáticos o Somatomorfos.

Evaluación para el Diagnóstico y Delimitación del Problema
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación categorial de los criterios diagnósticos: <ul style="list-style-type: none"> — Para el conjunto de Trastornos: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevista Clínica Estructurada SCID-I. — Para Hipocondría y Ansiedad a la Enfermedad. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevista Diagnóstica Estructurada para la Hipocondría. ▪ Entrevista Estructurada Breve para la Fobia Específica a la Enfermedad y la Hipocondría. — Para el Trastorno Dismórfico Corporal. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevista para el Trastorno Dismórfico corporal BDDE. ▪ Evaluación dimensional de la sintomatología (severidad de los síntomas). <ul style="list-style-type: none"> — Para la hipocondría: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Escala de Actitud hacia la enfermedad IAS. ▪ Cuestionario de Conducta de Enfermedad IBQ. ▪ Índice Whiteley IW. — Para el trastorno dismórfico: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevista para el Trastorno Dismórfico corporal BDDE. ▪ Cuestionario de Figura Corporal, BSQ. ▪ Cuestionario de Comprobación Corporal BCQ. ▪ Cuestionario Multidimensional de las Relaciones Cuerpo-Self, MBSRQ. — Para trastornos de dolor: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuestionario de Dolor de McGill MPQ y MPQ-SF. ▪ Inventario Multidimensional de Dolor (WHYMPI).
Evaluación para la Conceptualización del Caso
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Utilizar los instrumentos indicados en Tabla 18.5 según las variables relevantes identificadas en la formulación del caso. ▪ Autorregistros y diarios.
Evaluación de los Resultados del Tratamiento, Evolución y Seguimiento
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medidas posttest de los instrumentos de evaluación dimensional del punto 2 (Conceptualización del Caso). ▪ Medidas genéricas de impacto de la enfermedad y funcionamiento: <ul style="list-style-type: none"> — Escala de Evaluación de la Actividad Global EEAG. — Nivel de Actividad Eje K. ▪ Instrumentos de calidad de vida: <ul style="list-style-type: none"> — Entrevista de Calidad de Vida de Lehman QOLI.

RESUMEN

Los trastornos somatomorfos son aquellos en los que el sujeto manifiesta un elevado malestar caracterizado por numerosas quejas físicas focalizadas en partes concretas de su cuerpo (e.g., dolores articulares o musculares, cansancio, pérdida de visión, imposibilidad de mover algún grupo muscular...) u otras dolencias físicas que no se corresponden con ninguna patología orgánica y no se explican a través de ninguna enfermedad médica. Dentro de este grupo de trastornos se incluye el trastorno de somatización, el trastorno somatomorfo indiferenciado, el trastorno de conversión, el trastorno por dolor, la hipocondría, el trastorno dismórfico corporal y el trastorno somatomorfo. Estas denominaciones y sus características serán modificadas en la nueva edición del DSM.

La prevalencia de los trastornos somatomorfos es del 21,3 % en la consulta del médico de familia y del 6% en el centro de salud mental. Parecen ser los trastornos más frecuentes después de los problemas de ansiedad y depresivos. En cuanto a las diferencias por sexo existe una mayor prevalencia entre las mujeres en el trastorno de somatización pero en la hipocondría y el trastorno dismórfico corporal no aparecen diferencias sustanciales entre sexos. Respecto al curso de estas alteraciones, aunque es variable, en su mayoría se inician en la adolescencia o principios de la edad adulta y muestran una tendencia a la cronificación.

Los modelos explicativos de los trastornos de somatización incluyen numerosos factores consistentes con una perspectiva multicausal del problema, entre los que pueden citarse: factores de predisposición familiar, factores cognitivo-perceptivos, experiencias previas de enfermedad y experiencias traumáticas, afrontamiento inadecuado, características de personalidad y emocionalidad; y, apego inseguro y relaciones familiares de escasa calidad.

Para delimitar y diagnosticar los trastornos de síntomas somáticos y su gravedad contamos con distintas técnicas de evaluación psicológica entre las que destacaremos las entrevistas estructuradas, para el análisis de los criterios diagnósticos (evaluación categorial) y, los cuestionarios, escalas de puntuación y autorregistros, para el análisis de la intensidad de los síntomas y las manifestaciones clínicas específicas (evaluación dimensional). No obstante, conviene advertir que la evaluación psicológica debe ser precedida necesariamente por una evaluación médica que descarte la posible presencia de causas orgánicas en la aparición de estos síntomas. Las entrevistas estructuradas son las que más evidencias de validez y fiabilidad tienen para el diagnóstico categorial de los trastornos somatomorfos y por tanto son las que se recomiendan para tal fin. Concretamente, una buena elección es la Entrevista Estructurada SCDI; para la hipocondría la Entrevista Diagnóstica Estructurada SDIH o la Entrevista Breve para la Fobia Específica a la Enfermedad y la Hipocondría; y para el trastorno dismórfico corporal la Entrevista BDDE.

Para el análisis de síntomas y la estimación de su intensidad se recomienda, en el caso de la hipocondría (Speckens, 2001) el IW, IAS, y el IBQ; para el trastorno dismórfico el MBSRQ, BCQ o BSQ; y en el caso de los síntomas por dolor el MPQ-SF.

Para afinar el diagnóstico es importante realizar un diagnóstico diferencial con la presencia de una posible enfermedad médica, con los trastornos de ansiedad, los diferentes trastornos de síntomas somáticos entre sí y con los trastornos depresivos.

(continúa)

Los principales trastornos comórbidos con el trastorno de síntomas somáticos son los trastornos de ansiedad y depresión.

La explicación de los trastornos somatomorfos y de síntomas somáticos, como hemos detallado, poseen una naturaleza multicausal que debe ser el punto de partida para la evaluación de su conceptualización, la cual debe incluir, al menos, las siguientes variables: cognitivo-perceptivas, reacciones emocionales, afrontamiento inadecuado, reacciones de los otros y apoyo social, significado de los síntomas, acontecimientos estresantes, características de personalidad, impacto sobre el funcionamiento y la actividad del sujeto; y relaciones de apego inseguro y calidad de las relaciones familiares. Además, la formulación del caso debe analizar la dinámica funcional de las variables expuestas.

Cuando el objetivo de la evaluación es valorar los efectos del tratamiento y su progreso, se recomienda el uso de instrumentos específicos que evalúen los cambios en la sintomatología y las manifestaciones clínicas del trastorno, los cambios en las variables de conceptualización del caso que han sido objetos de intervención y, por último, el cambio en el impacto que produce el trastorno en la persona.

De la relación de instrumentos analizados se propone una selección como protocolo básico para la evaluación de los trastornos de síntomas somáticos o somatomorfos.

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN

- 1) Las manifestaciones clínicas comunes a estas alteraciones se caracterizan fundamentalmente por: a) presencia de ideación somática; b) cogniciones sobre los síntomas; c) equilibrio emocional.
- 2) El curso de los trastornos somatomorfos: a) es bastante regular; b) se inicia en la adolescencia, c) se inicia a finales de edad adulta o vejez.
- 3) Entre las características de personalidad y emocionalidad se han encontrado entre personas con problemas de somatización: a) rasgos alexitímicos; b) elevados niveles de Conciencia; c) un estilo elevadamente empático.
- 4) De las entrevistas estructurada cuál es la entrevista más recomendada para evaluar los trastornos de dolor: a) Entrevista Clínica Estructurada SCID-I-CV; b) Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta CIDI; c) Entrevista para el Trastorno Dismórfico corporal BDDE.
- 5) ¿Cuál de los siguientes instrumentos evalúa dependencia y absorción hipocondríacas?: a) Escala para la Evaluación de la Conducta de Enfermedad SAIB; b) Escala de Preocupaciones por la Enfermedad ICS; c) Inventario Multidimensional de Rasgos Hipocondríacos MIHT.

Soluciones: 1 b; 2 b; 3a; 4 a; 5 c

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Raich, R. M. (2010). *Imagen corporal: Conocer y valorar el propio cuerpo* (Ojos Solares). Madrid: Pirámide.
- Turk, D. C., Okifuji, A., & Skinner, M. (2008). Chronic Pain in Adults. En J. Hunsley & E. J. Mash (Eds.), *A guide to assessments that work* (576-600). New York: Oxford University Press.
- Martínez, P. (2009). La evaluación de la Hipocondría. En V. E. Caballo (Dir.), *Manual para la Evaluación Clínica de los Trastornos Psicológicos* (pp. 169-194). Madrid: Pirámide.