

● TEMA 1

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

► **Recuerda clave:** La evaluación clínica es un **proceso científico dinámico** encaminado a la **resolución de problemas y toma de decisiones** en el ámbito de la salud mental.

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA EVALUACIÓN CLÍNICA

● Línea del tiempo clave

- **1896:** **Witmer** crea la primera clínica psicológica en la Universidad de Pensilvania → nacimiento de la **Psicología Clínica**.
- **Primera Guerra Mundial:** Evaluación para selección de personal militar.
 - **Test Army Alpha y Beta** (Scott, Yerkes y Otis).
 - Atención a soldados con estrés postraumático (Thorndike y Woodworth).

- **Años 20-30:** Avances en evaluación de la personalidad y creación de clínicas aplicadas.
- **Aportaciones del psicoanálisis:** Freud, Jung, Meyer y Beers; neurólogos como Morton Prince.
- **Segunda Guerra Mundial:** Los psicólogos toman las riendas de la atención e intervención psicológica.
- **1946:** La **APA reconoce oficialmente** la especialidad de psicólogo clínico y se expande la formación.
- **1953:** Desarrollo del **Código Ético de la APA**.
- **Años 60-70 (Edad de Oro):** Los psicólogos americanos pueden prescribir medicación (en España aún no).

(!) Dato importante: Aunque Witmer fundó la clínica en 1896, la evaluación clínica **no se reconoció como especialidad hasta 1946**.

★ **Ejemplo:** Los test Army Alpha (para alfabetizados) y Army Beta (para analfabetos o no hispanohablantes) fueron pioneros en la evaluación masiva de inteligencia para la selección militar.

Retos actuales de la evaluación clínica

- Creación de **protocolos de evaluación abreviados** de mayor eficiencia.
- Abordaje de la **evaluación multicultural**.
- Evaluaciones que permitan **selección y planificación de tratamientos** de forma más consolidada.
- Progreso en la **precisión y validez del juicio clínico** y la toma de decisiones.
- Uso de instrumentos validados y procedimientos estructurados para la formulación de casos.

2. EVALUACIÓN CLÍNICA: DELIMITACIÓN, OBJETIVOS Y PROCESO

■ **Definición:** La Evaluación Clínica es el proceso que se ocupa desde una **aproximación científica** a la exploración y análisis de la **salud mental**, con el fin de **tomar decisiones y resolver problemas** para que mejore el comportamiento, ajuste, adaptación al medio y satisfacción personal del evaluado.

► Características fundamentales:

- Carácter **procesual y dinámico** (no es un acto aislado).
- Aproximación científica basada en la **evidencia**.
- Área de actuación: principalmente la **salud mental**.
- Objetivos últimos: **tomar decisiones y resolver problemas**.

Objetivos generales de la evaluación clínica

Incluyen la **descripción, clasificación, selección/predicción, explicación, cambio y/o valoración** de los tratamientos o intervenciones aplicadas.

Los tres objetivos fundamentales del evaluador

a) Delimitar y diagnosticar el problema: Requiere describir las conductas, signos y síntomas problemáticos y/o clasificar los problemas con los sistemas clasificatorios (**DSM o CIE**).

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.

c) Valorar los resultados del tratamiento y sus efectos: A lo largo del tratamiento (**Monitorización**) y a medio-largo plazo (**Seguimiento**).

El proceso de evaluación

Es una **secuencia interactiva y dinámica de actuaciones** para la recogida sistemática de información. Es un proceso **organizado y pautado** que vertebra la actuación para contrastar hipótesis, tomar decisiones y solucionar problemas.

↔ Fases del proceso de evaluación según las GAP (Guías del Proceso de Evaluación)

- 1 **Análisis de caso**
- 2 **Organización e información de los resultados e información al cliente**
- 3 **Planificación de la intervención**
- 4 **Valoración y seguimiento**

Etapas operativas del proceso de evaluación

1. **Recogida inicial de información** (especificación de la demanda).
2. **Formulación de hipótesis** (diagnósticas y funcionales o explicativas).

3. **Deducción de enunciados verificables** (operativización de hipótesis en variables identificables y evaluables).
4. **Contrastación de hipótesis** (medida de variables mediante instrumentos y técnicas de evaluación).
5. **Valoración de resultados** de la intervención y su seguimiento.

● **Recuerda:** El proceso se realiza de acuerdo con la **evidencia empírica disponible** sobre los contenidos teóricos y la tecnología válida y fiable (técnicas, instrumentos y procedimientos).

• • • • • • • • • •

3. CRITERIOS DE CALIDAD CIENTÍFICA Y ÉTICA: EVALUACIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA (EBA)

■ **Evaluación Basada en la Evidencia (EBA):** Consiste en el uso de la investigación y teorías científicas como base para:

1. Selección de los constructos a evaluar según objetivos de evaluación establecidos.
2. Uso de técnicas e instrumentos **validados** para su contrastación.
3. Implementación del proceso de evaluación.

► **Meta de la EBA:** Desarrollar una evaluación **clínicamente relevante, culturalmente sensible y científicamente fundada**.

★ **Ejemplo:** En la práctica clínica, la EBA consiste en aplicar la evidencia científica a la resolución del problema, combinando la **experiencia del clínico**, el **contexto** y los **valores del cliente**.

Garantías de la evaluación científica

- **Precisión**
- **Validez**
- **Rigurosidad de implementación**

Evidencias de calidad científica de técnicas e instrumentos

Existen **tres referentes básicos** para analizar la calidad de un instrumento:

1. **Análisis de ítems**
2. **Evidencias acumuladas de fiabilidad**
3. **Evidencias acumuladas de validez**

Para que un instrumento sea **psicométricamente sólido**, debe estar **estandarizado** y tener evidencias adecuadas de **fiabilidad y validez**.

Indicadores de calidad psicométrica para instrumentos de uso clínico

Indicador	Descripción
Medidas Normativas	De tendencia central y descriptivos obtenidos de muestras amplias clínicas y/o generales.
Consistencia Interna	Grado en que las puntuaciones están libres de error. Se expresa mediante α de Cronbach (mínimo aceptable .70) o KR20 para ítems dicotómicos.

Fiabilidad Interjueces	Grado de concordancia entre dos jueces. Se expresa mediante correlación de Pearson, Intraclass o Índice Kappa .
Fiabilidad Test-retest	Grado de estabilidad y convergencia de puntuaciones repetidas separadas por un intervalo temporal. Correlación de Pearson.
Validez de Contenido	Grado de relevancia y representatividad de los contenidos medidos. Se obtiene por juicios de expertos , revisión bibliográfica u observación de incidentes críticos.
Validez de Constructo	Grado de adecuación, significado, utilidad y relevancia de las inferencias basadas en las puntuaciones. Incluye validez de contenido. Se obtiene mediante análisis de estructura y dimensionalidad, y análisis predictivos, concurrentes y discriminantes.
Validez de Generalización	Grado en que la medida puede ser utilizada con diferentes grupos y contextos.
Sensibilidad al Tratamiento	Grado en que la medida refleja el cambio a lo largo del tratamiento. Se expresa mediante diferencias de medias o puntuaciones en medidas repetidas .
Utilidad Clínica	Grado en que la medida atiende a consideraciones prácticas: eficiencia (coste-beneficio) , facilidad de uso (administración, corrección, interpretación), aceptabilidad de los pacientes y relevancia clínica.

• • • • • • • • • •

4. CRITERIOS DE CALIDAD CIENTÍFICA DEL PROCESO DE EVALUACIÓN

4.1. Instauración de un proceso sistematizado de recogida de información

Va más allá de la administración de instrumentos; supone el **análisis e integración de la información** (a veces inconsistente y contradictoria) y el establecimiento de **inferencias adecuadas** según la demanda del evaluado, los objetivos de evaluación y las hipótesis a contrastar.

4.2. Evaluación de los contenidos adecuados y relevantes

La información debe ser:

- **Centrada en el sujeto**, personalizada e idiográfica (referida a la casuística particular).
- **Cualitativa y cuantitativa**.
- Referida al **propio sujeto** y al **contexto personal, biográfico, familiar y laboral**.
- Debe abarcar **variables externas** y **atributos internos**.

■ Los contenidos a evaluar se agrupan en tres bloques

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

- Conductas problemáticas y áreas de conflicto.
- Signos, síntomas, síndromes y trastornos mentales.
- Parámetros de **duración, frecuencia e intensidad** en sus modalidades: **cognitiva, conductual y emocional**.

- Impacto e interferencia en la vida y funcionamiento del evaluado.
- **Diagnóstico diferencial:** trastornos que comparten características con el identificado.
- **Patrón de comorbilidad:** fenómeno que alerta del elevado riesgo de **cronicidad, severidad y predisposición** a otras alteraciones.

♦ **Los cinco ejes del DSM (importante):**

- **Eje I:** Trastornos clínicos (síntomas y síndromes).
- **Eje II:** Características desadaptativas de personalidad.
- **Eje III:** Enfermedades y condiciones médicas.
- **Eje IV:** Problemas psicosociales y ambientales.
- **Eje V:** Nivel de funcionamiento y actividad general.

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

La **formulación del caso** se relaciona con el establecimiento de hipótesis clínicas explicativas y la comprensión del funcionamiento del evaluado.

★ **Ejemplo:** En la Psicología Conductual, el **Análisis Funcional** es una herramienta sistematizada muy útil. Pero también existen aportaciones desde: UCL (conductual), perspectiva dinámica, modelos de solución de problemas, mapa patogénico, modelos cognitivos, sistémicos y constructivistas.

Hoy se acepta que la mayoría de problemas poseen **múltiples causas y factores asociados** que median y moderan las relaciones causales.

El análisis de las hipótesis formuladas supone:

- Identificación de variables (personales, contextuales, pasadas y presentes).

- Establecer las variables más **relevantes** en el caso particular.
- Configurar las **relaciones funcionales** (causales, covariación, mediación, moderación) a modo de mapa conceptual.
- Identificar variables **modificables** vs. **no modificables**.

c) Información relativa a la evolución y efectos del tratamiento

Se extraen las variables que pueden ser objeto de intervención (relevantes y modificables). Se evalúan:

- **Indicadores globales** de actividad, funcionamiento y adaptación.
- Medidas **postest** tras el tratamiento de las variables evaluadas previamente (**pretest**).
- El análisis del cambio entre pre y postest es el indicador de evolución.
- Las medidas deben ser **sensibles al cambio** y tener evidencias de calidad psicométrica.

4.3. Selección adecuada de métodos de evaluación y fuentes informantes

La utilización de **diversos métodos** (Multimétodo) y **diferentes fuentes** (Multifuentes) es básica.

(!) Concepto clave: La **validez incremental** es el grado en que la inclusión de medidas a lo largo del proceso mejora consistentemente las inferencias o toma de decisiones. La simple combinación de medidas no debe asumirse por defecto; debe ser **demostrada empíricamente** para cada objetivo.

Ejemplos clave de validez incremental

★ **Ejemplo: TDAH:** Las entrevistas estructuradas no aportan validez incremental a los listados de síntomas informados por padres y profesores. Completar escalas breves por ambos es suficiente para el diagnóstico. Si los padres no informan síntomas, no es necesario administrar el listado a los profesores.

★ **Ejemplo: Trastorno bipolar en jóvenes:** La evaluación multifuente no ha mostrado validez incremental; para el despistaje es suficiente una sola fuente.

★ **Ejemplo: Psicopatología en adultos:** Las pruebas proyectivas no aumentan la validez incremental del MMPI-2, excepto para trastorno antisocial de la personalidad y alteraciones de pensamiento.

● Estrategia recomendada de evaluación

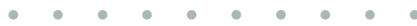
1. **Inicio:** Entrevista clínica + medidas generales y multidimensionales de despistaje (ej. **SCL-90**).
2. **Continuación:** Entrevistas estructuradas y cuestionarios específicos para delimitar el problema, confirmar el diagnóstico y explorar intensidad, impacto y gravedad.
3. **Conceptualización:** Evaluación de constructos relacionados mediante cuestionarios, autorregistros, observación y entrevistas ad hoc que exploren las relaciones entre variables.

Nota: Esta estrategia de iniciar con instrumentos multidimensionales puede producir un **elevado aumento de falsos negativos** (no diagnosticados que sí padecen el trastorno).

4.4. Restricción y control de los sesgos del evaluador

La evaluación basada en instrumentos estandarizados y validados es más precisa que la evaluación basada en **juicio clínico desestructurado**. Se debe controlar:

- **Sesgos cognitivos:** confirmación, disponibilidad, anclaje, etc.
- **Sesgos emocionales:** reacciones personales hacia el evaluado.
- **Presiones externas:** intereses de terceros.



5. HABILIDADES COMUNICACIONALES DEL EVALUADOR EN EL CONTEXTO CLÍNICO

La pericia y competencia técnica están relacionadas con la habilidad para manejar la interacción de forma **eficaz y eficiente**.

a) Habilidades que muestren pericia y liderazgo

- Demostrar conocimientos sobre la temática.
- Hacer preguntas que denoten conocer el tema.
- Dar explicaciones fundamentadas de la problemática.
- Responder exitosamente a las dudas.
- Mantener los objetivos de la entrevista y adaptarlos a las circunstancias.

b) Habilidades empáticas y de recepción

- **Receptividad y cordialidad:** sensibilidad a señales conductuales, verbales, espaciales, emocionales o expresivas.

- **Responsividad:** respuestas acordes y ajustadas a las señales identificadas.
- **Facilitación de la expresión:** explorar hechos y sentimientos, invitar al detalle, transmitir comprensión e interés.
- **Empatía:** adoptar la perspectiva del interlocutor, actitud acogedora y respetuosa, ausente de juicios de valor, silencio atento, reproducción de gestos, hacer eco de expresiones, sintetizar.

c) Habilidades de escucha

- **Dejar hablar** (primera habilidad): no interrumpir, no anticipar respuestas, dar tiempo.
- **Escuchar activamente:** asentir con la cabeza, mantener contacto ocular, baja reactividad verbal.
- Criterio general: el cómputo final de palabras del evaluador debe ser **inferior al del evaluado**.
- Uso instrumental de los **silencios** para que el otro hable y se desinhiba.

d) Habilidades para evocar y mantener el flujo comunicativo

Técnica	Descripción
Eco o reflejo	Repetir alguna frase del interlocutor de manera neutra, incidiendo en el contenido más afectivo.
Dar la palabra	Conceder el uso del turno e invitar a hablar.
Clarificar	Solicitar aclaración, pedir que explique más o detalle con precisión.

Comentarios confirmatorios	Emitir comentarios para reafirmar el contenido y manifestar que se ha recibido.
Paráfrasis	Retroalimentar mediante enunciados que recogen el contenido semántico del mensaje.
Resumir	Elaborar información comprimida incluyendo los elementos nucleares y relevantes.

e) Habilidades para preguntar

? Dos formatos de preguntas

Preguntas Abiertas: Evocan narración libre; indicadas para obtener máxima información, iniciar la entrevista y favorecer un testimonio no contaminado.

Preguntas Cerradas: Acotadas, respuesta concreta; indicadas para matizar, concretar, acotar, contener discurso y sugerir.

Reglas para saber preguntar:

- Dirigirlas personalmente para favorecer relación cercana.
- **Evitar sugerir la respuesta** (no contaminar).
- Evitar alternativas cerradas y disyuntivas que impidan expresar emoción o pensamiento propio.
- Evitar preguntas excesivamente prolijas que deriven en pérdida de control.
- Prever el grado de tensión que puedan generar.
- Recurrir a ejemplos o enunciados alternativos para clarificar.
- Formular preguntas con **claridad y sin complejidad gramatical**.

- Secuencia recomendada: **pregunta abierta + algunas cerradas** que precisen la información.

f) Habilidades de intervención verbal

Para cuando el evaluador pretende **introducir un cambio** en la conducta del interlocutor:

Técnica	Descripción
Sondeo	Preguntas precisas dirigidas a obtener información sobre un tema particular.
Afirmación de capacidad	Realizar y enfatizar alguna capacidad o cualidad del evaluado.
Confrontación	Mostrar contradicciones o discrepancias de la información aportada.
Interpretación	Realizar una inferencia o posible explicación sobre contenido o comportamiento.
Señalamiento	Poner de manifiesto de forma explícita un aspecto a enfatizar.
Instrucciones	Dar información objetiva sobre un tema o procedimiento.
Encuadre	Centrar o dirigir la atención hacia un aspecto de interés.
Información	Proporcionar datos, experiencias o contenidos sobre una temática.



6. EL INFORME CLÍNICO: COMUNICACIÓN DE RESULTADOS

Informe oral

Suele realizarse en el contexto de una **entrevista de devolución**. Los aspectos técnicos y formales del informe escrito deben mantenerse.

Informe escrito

Es un documento **científico y legal** que recoge objetivos, hipótesis, métodos de contrastación y resultados. Debe ser **riguroso y útil**, contribuyendo a la toma de decisiones.

● Criterios del informe clínico

Criterios de estilo

- Lenguaje comprensible y ajustado al nivel del 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 y derivar los comentarios de los datos.
- **Explicitar la diferencia entre descripción e interpretación**.
- Evitar inferencias e interpretaciones no fundamentadas.
- Usar esquemas previos para la redacción.
- Cuidar especialmente el apartado de conclusiones.

Criterios de formato

- Datos de identificación detallados del profesional y del evaluado.

- Fechas de evaluación y emisión.
- Estructura definida.
- Firma del evaluador, nº de colegiación y sello de la institución.
- Cumplimiento de condiciones de privacidad (entrega en mano, sobre cerrado).
- Presentación cuidada.

Criterios de contenido

- Contenidos estructurados según las fases de la evaluación.
- Información detallada de demanda, objetivos, metodología, resultados y conclusiones.
- Indicación detallada de instrumentos con referencias de versión, autores, adaptación, modalidad y edición.
- **Ausencia de juicios de valor** y calificativos personales de evaluadores.
- Ausencia de comentarios vagos y generales (**efecto Barnum**).
- Ajuste entre interpretaciones teóricas e inferencias y la casuística del evaluado.
- Conexión entre datos e inferencias realizadas.
- Fundamentación adecuada de las conclusiones.

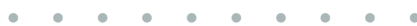
■ Estructura básica del informe clínico

1. Datos identificativos.
2. Delimitación de la demanda.
3. Antecedentes y contextualización del problema.
4. Objetivos de la evaluación.
5. Metodología (áreas evaluadas, técnicas e instrumentos, fases y procedimiento).
6. Resultados: análisis descriptivo y puntuaciones obtenidas.
7. Comportamiento durante la exploración.

8. Análisis y síntesis de resultados.
9. Conclusiones.
10. Fecha, firma, nº de colegiación y sello.
11. Anexos (si procede).

► **Principios deontológicos del informe:**

- **Confidencialidad y secreto profesional**.
- Consentimiento informado.
- Uso adecuado de instrumentos de evaluación.
- Protección de datos personales.
- **Máxima neutralidad:** emocional, de intereses y de presiones externas.
- **Máxima objetividad:** datos y pruebas que sostengan las afirmaciones.
- **Calidad metodológica** en el procedimiento e instrumentos.
- **Respeto a las diferencias individuales:** no etiquetas estáticas ni estereotipos.



OK RESUMEN RÁPIDO PARA EL EXAMEN

► **Conceptos que deben salirte automáticos**

- **Witmer (1896):** fundador de la psicología clínica. **APA (1946):** reconocimiento oficial.
- **Evaluación clínica:** proceso científico para resolver problemas de salud mental.

- **3 objetivos del evaluador:** delimitar/diagnosticar, evaluar variables explicativas, valorar resultados del tratamiento.
- **4 fases GAP:** análisis de caso, organización de resultados, planificación de intervención, valoración y seguimiento.
- **EBA:** evaluación clínicamente relevante, culturalmente sensible y científicamente fundada.
- **Indicadores psicométricos clave:** consistencia interna (α Cronbach $\geq .70$), fiabilidad test-retest, validez de contenido, constructo y utilidad clínica.
- **3 bloques de contenidos a evaluar:** delimitación del problema, conceptualización del caso, evolución y efectos del tratamiento.
- **Validez incremental:** mejora real de las inferencias al añadir una medida; no asumirla por defecto.
- **Estrategia recomendada:** entrevista + despistaje general (SCL-90) → entrevistas estructuradas + cuestionarios específicos → evaluación de constructos relacionados.
- **Informe:** documento científico y legal; debe ser riguroso, útil, con estilo claro, formato adecuado y contenido fundamentado.

• TEMA 2

Evaluación de los Trastornos del Neurodesarrollo

Victoria del Barrio Gándara · Evaluación Clínica UNED

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

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.

Utilizar las distintas estrategias disponibles para su evaluación.

Conocer los instrumentos disponibles en lengua española y sus cualidades psicométricas para abordar con garantías la evaluación de: retraso mental, lenguaje, trastornos del espectro autista e hiperactividad.

1. INTRODUCCIÓN

Los trastornos del neurodesarrollo deben cumplir **tres condiciones**: 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 trastorno.

En este tema se abordan los trastornos infantiles con problema orgánico de base (motor, intelectual o social): **retraso mental, autismo, hiperactividad y trastornos del lenguaje**. No se tratan los trastornos motores ni los de aprendizaje.

★ **Dato clave:** La **detección precoz** es esencial porque cuanto más pronto se detecta el problema, más eficaz es la intervención. Los problemas que tienen asociadas alteraciones fenotípicas (ej. síndrome de Down) y los motores son los más detectados precozmente.

★ **Comorbilidad:** Estos trastornos tienen una **alta comorbilidad** o co-ocurrencia entre sí, posiblemente por compartir un mismo factor causal: la disfunción neurológica.

2. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL DESARROLLO INTELECTUAL

Definición de inteligencia (Piaget): la capacidad de adaptación intelectual y social. Los test miden la capacidad de razonar (numérica, verbal, mecánica, espacial y social). Un sujeto poco inteligente mantiene su conducta *por debajo de los niveles de ejecución normales* para su nivel de edad.

Prevalencia del Retraso Mental (RM) en el mundo occidental: entre el **2-6%** de la población general. Distribución: RM moderado 10% de todos los RM; severos 3-4%; profundos 1-2%; el resto son ligeros. Las tasas se incrementan entre individuos con trastornos de conducta **hasta un 70%** en los institucionalizados.

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

¿Cuándo se ha de evaluar la capacidad intelectual?

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

En adultos: ligado a selección, cambio importante en rendimiento/adaptación, episodios que pueden afectar a la capacidad mental (deterioro por edad, enfermedad, traumatismos) o en **situaciones forenses** (responsabilidad penal, idoneidad para el desempeño de una tarea, discapacidad).

Dato empírico: la evaluación de la inteligencia puede predecir el **90% del éxito escolar** e identificar un 10% de niños con problemas. Sin embargo, el **80% de los fracasados escolares NO son fracasados vitales** (importante: los test tienen carga cultural → no «tirar la toalla» con los niños).

2.1.1. Evaluación Dimensional (Instrumentos)

Cuando se evalúa a un sujeto con retraso mental: su comprensión es la de un niño menor → la fase de acostumbamiento debe ajustarse. La evaluación individual es **obligatoria en niños menores de 12 años** y cuando se presume algún tipo de problema. La evaluación **puede ser colectiva** en adultos de nivel intelectual normal si la prueba se ajusta a la población.

EFFECTO FLYNN: Incremento del CI de **3 puntos por década**. Se ha producido por la depuración y renovación de ítems, actualización de baremos y búsqueda de tareas significativas sin sesgos culturales (Gerstorff et al., 2011).

Debate sobre las pruebas de inteligencia: Stalin (1935) y Hitler (1939) prohibieron los tests mentales. En California, el juez Peckham intentó la misma prohibición por el perjuicio que ocasionaba a los colectivos afroamericanos.

PRINCIPALES INSTRUMENTOS INDIVIDUALES:

Instrumento	Aplicación y Formato	Dimensiones
K-BIT (Kaufman, 1991). Test Breve de Inteligencia de Kaufman	Individual. 4-90 años. Duración estimada 30'	Procesamiento Simultáneo, Procesamiento Secuencial, Conocimientos. Permite hallar Cociente Verbal y Manipulativo
Escala de Wechsler No Verbal WNV (Wechsler y Naglieri, 2011)	Individual. 5-11 años. Corrección informatizada	Matrices, Claves, Rompecabezas, Reconocimiento, Memoria espacial
WISC-IV (Wechsler, 1991). Adaptación española 2001	Individual. 6-16 años. Aplicación 60'	Información, Comprensión, Semejanzas, Aritmética, Vocabulario, Memoria, Cubos, Figuras incompletas, Historias, Puzles, Códigos
WPPSI-III (Wechsler, 1999)	Aplicación individual. 3-7 años. > 60'	Cociente Intelectual Verbal y Cociente Manipulativo
★ WAIS / WAIS-IV. Adaptación al castellano Pearson 2012	Individual. 16-90 años. Aplicación 60'	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. Factor G y Memoria en todas las edades. Rendimiento y dificultades de aprendizaje

• **TEMA 2** Evaluación de los Trastornos del Neurodesarrollo Evaluación Clínica · UNED

Instrumento	Aplicación y Formato	Dimensiones
Escala de Alexander (1978)	Individual. 7 en adelante. No verbal. 40'	Inteligencia práctica
Matrices Progresivas (Raven, 1938). Adaptación española (1995)	Individual. No verbal. Tiempo variable	Razonamiento deductivo
Escalas de Aptitudes Intelectuales CAS (Naglieri, 2007). Adapt. española 2010	Individual 3.6 a 17 años	Razonamiento no verbal, Habilidad ejecutiva, Verbal, Espacial, Memoria de trabajo y Velocidad de procesamiento
Inventario de Desarrollo Battelle (Newborg et al., 1996)	Individual 0-8 años. Aplicación abreviada 30' y completa 90'	Desarrollo en dimensiones: Personal, Social, Motor, Lenguaje y Cognitivo
Escala Observacional del Desarrollo EOD (Secadas, 1996)	Individual 0-6 años	Desarrollo en 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

2.1.2. Evaluación Categorical: Criterios del Retraso Mental (DSM-IV-TR)

El diagnóstico de RM requiere **dos criterios básicos (A y B)**:

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

Importante: 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.

Nivel de RM	Puntuación CI	Características principales
Retraso Mental LEVE	70 y 55-50	Puede llevar una vida independiente con tutela mínima. Formación académica similar a la de un niño de 12 años
Retraso Mental MODERADO	50-55 y 35-40	Pueden ser entrenados en tareas cotidianas y adquirir lenguaje para la comunicación. No se benefician de formación académica. Pueden desempeñar trabajos de poca demanda con supervisión
Retraso Mental GRAVE	35-40 y 20-25	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	Necesitan supervisión continua a lo largo de la vida. Solo los muy trabajados logran adquirir algunas habilidades
RM No especificado	Sin determinación posible	Cuando por falta de colaboración del sujeto no es posible la evaluación, pero el comportamiento indica RM

(!) Dato importante: Los niños por debajo de **5 años** pueden sufrir variaciones importantes en su evolución intelectual → las evaluaciones deben considerarse **inestables**. En la **pubertad** también puede producirse una modificación del CI: muchos niños con RM bien trabajados han incrementado su CI en esta época. Se recomienda la **evaluación dinámica** y reevaluar en épocas críticas.

Error de medida: puede alcanzar los **5 puntos** → especialmente importante en niños *límitrofes* a la hora de planificar su educación.

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

La evaluación del CI no basta: hay que evaluar **fortalezas y debilidades** para planificar la intervención. La evaluación complementaria debe atender tanto al sujeto como a su **contexto**:

- **En niños:** interacción padres-hijo, rendimiento escolar, interacción social y estado emocional.
- **En adultos:** áreas prácticas anteriores + aptitudes para el trabajo y expectativas sobre el sexo.

★ **Ejemplo práctico (RM moderado en adulto):** Se evalúa capacidad de atención para ajustar el entrenamiento en habilidades laborales → se puntualiza las habilidades sociales para trabajo en equipo → se establece el grado de ajuste emocional para determinar la capacidad de afrontar situaciones incómodas.

INSTRUMENTOS PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA INTELIGENCIA:

Hipótesis / Variable	Instrumento	Características
Capacidad atenta y de concentración	Test de Atención D2 (Brickenkamp y Zillmer, 2003)	Capacidad atenta y de concentración
Inadaptación personal, escolar, social y familiar	Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil TAMAI (Hernández, 1996)	Evaluación de la inadaptación personal, escolar, social y familiar
Habilidades funcionales diarias	Sistema para la Evaluación de la Conducta Adaptativa ABAS-II (Harrison y Oakland, 2003). Adaptación española: Montero y Fernández-Pinto	Evalúa habilidades funcionales diarias: comunicación, utilización de recursos, vida en el hogar o escuela, salud y seguridad, ocio, autocuidado, autodirección, motora y empleo. 3 índices globales: Conceptual, Social y Práctico
Conducta asertiva en situaciones sociales	Escala de Habilidades Sociales EHS (Gismero, 2002)	Adolescentes y adultos. Conducta asertiva en diferentes situaciones sociales: defensa de derechos, iniciativas con sexo opuesto, expresión de opinión, defenderse, expresar enojo, capacidad de elogiar o cortar una interacción
Hábitos de autocuidado/autonomía y dependencia	Registros ad hoc	Hábitos de limpieza, sueño, comida, salidas con amigos, actividades deportivas
Nivel de ayudas necesarias	Escala de Intensidad de Apoyos SIS (Bryant et al., 2007; Adaptación española: Verdugo, Martínez e Ibáñez)	Nivel de ayudas que necesitan las personas con discapacidad intelectual: vida en el hogar y comunidad, aprendizaje, empleo, salud y seguridad, actividades sociales

3. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN

El lenguaje es un **sistema de símbolos utilizados para la comunicación**. Es una de las actividades más complejas del ser humano porque incluye todas las facetas de la actividad humana: física, fisiológica (motora, visual, acústica), cognitiva (CI), emocional (motivación) y social (estimulación).

Prevalencia: los problemas de lenguaje afectan entre el **3-23% de los niños** (Jessup et al., 2008) con consecuencias duraderas especialmente en el área del aprendizaje. La detección precoz es esencial.

La Lingüística analiza las estructuras del lenguaje:

- **Forma:** sintaxis, morfología, fonología.
- **Contenido:** simbólico o semántico.
- **Uso:** pragmática o funcionalidad.

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

3.1.1. Evaluación de la Instalación del Lenguaje – Estrategias de Observación

Existen dos métodos para evaluar el lenguaje: a) **descriptivo** (observar la conducta lingüística; habitual en la primera etapa de la vida); b) **normativo** (el más habitual tras la instalación del lenguaje). La observación ha de hacerse de manera muy estructurada.

ESTRATEGIAS DE OBSERVACIÓN DEL LENGUAJE (Forns, 1989):

Nº	Estrategia	Tipo de lenguaje evaluado
1	Discriminación auditiva (movimiento de cabeza ante ruido fuera del campo visual)	Comprensivo gestual
2	Articulación (imitar una palabra que dice el evaluador)	Expresivo verbal
3	Denominación (mostrar imagen, el niño dice el nombre)	Expresivo verbal
4	Mostración (nombrar uno de varios objetos, el niño lo señala)	Comprensivo gestual
5	Categorización (incluir términos en categorías o buscar términos para categorías)	Comprensivo verbal
6	Discriminación (señalar un objeto: ¿esto qué es?)	Expresivo verbal
7	Ejecución (dar una orden que el sujeto ejecuta)	Comprensivo verbal
8	Relación (presentar un objeto y pedir el opuesto)	Comprensivo verbal
9	Completamiento (frase incompleta que el sujeto termina)	Comprensivo verbal
10	Sentido de refranes (buscar el sentido de un refrán)	Comprensivo verbal
11	Elicitación (lámina dinámica: ¿Qué pasa aquí?)	Expresivo verbal
12	Narración (contar un cuento)	Expresivo verbal
13	Necesidad (retirar un objeto deseado para provocar su petición)	Expresivo gestual o verbal

• **TEMA 2** Evaluación de los Trastornos del Neurodesarrollo Evaluación Clínica · UNED

Evaluación del Lenguaje No Verbal (Kinestesia) — Componentes clave

El lenguaje no verbal es el primer estadio de la comunicación. Se evalúan:

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

3.1.2. Evaluación del Desarrollo del Lenguaje – Hitos evolutivos clave

PROMEDIO DE PALABRAS FUNCIONALES POR EDAD (Tabla 2.3)

Edad	Nº de palabras funcionales
12 meses	2 a 3 palabras
18 meses	10 a 20 palabras
24 meses	50 a 250 palabras ← DATO DE EXAMEN
30 meses	300 a 600 palabras
36 meses	800 a 900 palabras

Dato clave: Entre los **12-18 meses** aparecen las primeras palabras y su adquisición sigue un ritmo acelerado. Desde los **3 años** puede iniciarse la evaluación del lenguaje verbal propiamente dicho.

3.1.3. Evaluación Dimensional: Pruebas Estandarizadas GENÉRICAS

Instrumento	Aplicación y Formato	Dimensiones evaluadas
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
Escalas para Evaluar el Desarrollo del Lenguaje de Reynell RDLS (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 (Fenson et al., 1993/1994; Adaptación Jackson-Maldonado et al., 2011; López Ornat et al., 2012)	Individual. 8-30 meses. 60-90'	Palabras y gestos (8-15 meses); Palabras y frases (16-30 meses)
Prueba de Lenguaje Oral de	Individual. 3-6 años. 15'	Forma: Fonología y Morfología; Contenido:

• **TEMA 2** Evaluación de los Trastornos del Neurodesarrollo Evaluación Clínica · UNED

Instrumento	Aplicación y Formato	Dimensiones evaluadas
Navarra PLON-R (Aguinaga y Cols., 1989)		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., 1998)	4 a 7 años	Morfología, Sintaxis, Semántica y Pragmática

3.1.3.2. Pruebas Estandarizadas ESPECÍFICAS para el Lenguaje

Se usan cuando las pruebas genéricas identifican el área afectada y se quiere **afinar el diagnóstico** evaluando sólo una faceta lingüística:

Instrumento	Aplicación	Área específica
Test de Vocabulario en Imágenes Peabody PPVT-R	Individual. 2.5 a 18 años. Tiempo estimado 15'. 35 láminas en blanco y negro	Reconocimiento y discriminación (vocabulario)
Inventario de Articulación (Melgar de González, 1976)	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, Goodglass, Weintraub, 1983; adaptación española, 1986)	Individual. 5.5 años en adelante	Semántica. Problema de recuperación de palabras
Boston-Evaluación de la Afasia y Trastornos Relacionados (Goodglass y Kaplan, 2005)	A partir de cinco años. Aplicación individual	Semántica
Test de Conceptos Básicos de BOEHM (Boehm, 1967; adaptación española 1986; 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, cutáneocinesésicas, visuales; funciones del lenguaje receptivo, expresivo, lectura y escritura
Luria-DNA (Christensen, Manga y Ramos, 1991)	A partir de 7 años. 50'	Visoespacial, Lenguaje, Memoria, Procesos intelectuales, Atención
Luria Inicial (Ramos y Manga, 1995)	4-6 años. Tiempo estimado 60'	Motricidad, Lenguaje oral, Rapidez de procesamiento, Memoria verbal y no verbal
Prueba para la Evaluación del Desarrollo Fonológico en Niños (Bosch, 1981/1984)	3-7 años	Fonología

3.1.4. Evaluación Categorical: Criterios Diagnósticos (DSM-IV-TR)

• **TEMA 2** Evaluación de los Trastornos del Neurodesarrollo Evaluación Clínica · UNED

Nota: la evaluación dimensional *precede necesariamente* a la categorial porque así lo exigen los criterios.

Trastorno	Criterios diagnósticos principales
Lenguaje EXPRESIVO (criterios A-D)	A) Desajuste entre puntuaciones en lenguaje gestual/comprendido y expresivo (éste por debajo), obtenidas mediante pruebas objetivas y estandarizadas B) Las dificultades interfieren en la vida académica, laboral y social C) No existen problemas mixtos de lenguaje ni TGD D) No procede si hay RM, déficit sensorial o motor, o privación social
Trastorno MIXTO Expresivo-Receptivo (criterios A-D)	A) Puntuaciones en instrumento normalizado, tanto en lenguaje expresivo como comprendido, por debajo de la capacidad no verbal B) Dificultades interfieren en la vida académica, laboral y social C) No se dan criterios de TGD D) Si existe RM o déficit sensorial/motor: los problemas de lenguaje son superiores a los de esa perturbación
Trastornos FONOLÓGICOS (criterios A-C)	A) Fracaso en el uso de sonidos esperables para su nivel de edad: errores de articulación, sustitución, presentación, utilización y organización de los sonidos B) Dificultades interfieren en la vida académica, laboral y social C) Si existe RM o déficit sensorial/motor: los problemas de lenguaje son superiores
TARTAMUDEO (criterios A-D)	A) Alteración de la fluidez y temporalidad de emisión de sonidos y sílabas: 1) Repetición de sonidos/sílabas; 2) Prolongaciones de sonidos; 3) Interjecciones; 4) Palabras fragmentadas; 5) Bloqueos; 6) Circunloquios; 7) Exceso de tensión física; 8) Repetición de palabras monosilábicas B) Dificultades interfieren en la vida C/D) Si déficit motor o sensorial → los problemas de lenguaje son superiores

Nota sobre el Eje III del DSM: Cuando se dan alteraciones físicas (motoras, sensoriales, neurológicas), el diagnóstico pasa al **Eje III** que recoge las alteraciones por motivos médicos.

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

★ **Ejemplo práctico (niño de 7 años con problemas de lenguaje):** Secuencia de evaluación recomendada:

- ◆ 1. Descartar RM aplicando prueba de inteligencia (alta incidencia de problemas de lenguaje en RM).
- ◆ 2. Descartar TGD mediante observación de conducta (si el sujeto tiene comunicación gestual, social y afectiva → descartar).
- ◆ 3. Aplicar test genérico de lenguaje (ej. ITPA). Si la puntuación está 2 años por debajo de la edad: confirmar problema de lenguaje.
- ◆ 4. Análisis de las zonas afectadas y comprobación de problemas de recuperación.
- ◆ 5. Elección de test específico que amplíe la información sobre esas áreas (ej. Boston).
- ◆ 6. Test de articulación.
- ◆ 7. Observación de momentos comunicativos: canal habitual del niño, con quién se comunica con más éxito, en qué ocasiones.

4. EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

4.1. Descripción e Historia del Autismo

Historia: El autismo fue diagnosticado por primera vez por **L. Kanner (1943)** a partir de once casos. Kanner acertó en el diagnóstico pero erró en la etiología (pensaba que los padres eran la causa por ser profesionales fríos y distantes). El **psicoanálisis** consolidó la tesis de la culpabilidad paterna. *Los padres no fueron redimidos hasta años más tarde*, cuando las investigaciones (especialmente comparando con padres de niños paráliticos cerebrales) demostraron que no eran la causa (Rutter, 1970).

Características más habituales del autismo: fracaso crónico en el desarrollo social, ausencia de interrelaciones acordes con la edad, falta de espontaneidad y responsividad emocional, retraso o ausencia de lenguaje comunicativo, dificultades para iniciar o seguir conversación, lenguaje singular (ecolalias, inversión pronominal, lenguaje metafórico), alteraciones motoras, repeticiones no funcionales (manerismos, movimientos estereotipados), resistencia a cambios, reacciones catastróficas, constricción emocional, conductas autolesivas, hipersensibilidad auditiva.

«**Islas de competencia**»: los niños autistas pueden presentar zonas no afectadas donde vuelcan toda su atención e interés.

★ Factores de riesgo biológicos del autismo:

- ◆ Enfermedades infecciosas de la madre durante el embarazo o alteraciones bioquímicas.
- ◆ Anomalías en el sistema reticular, cerebelo y tronco cerebral.
- ◆ Alteraciones funcionales en niveles de **serotonina**, actividad cerebral.
- ◆ **Teoría genética:** en gemelos idénticos, autismo en ambos en el **60%** (y 92% si se considera espectro autista). En hermanos o mellizos: sólo 2% (y 10% espectro). Genes aislados: **PCDH19 y PCDH10** (Guerra, 2011).
- ◆ **Neuronas espejo:** la Universidad de San Diego (años 90) sostuvo que los autistas carecen de neuronas espejo (situadas en el giro frontal inferior de la corteza premotora), lo que explicaría el déficit en facultades sociales y capacidad empática → incapacidad para desarrollar una *Teoría de la Mente* (Rivière, 1997).
- ◆ Causas físicas ambientales: **intoxicación por mercurio o metales tóxicos** (síntomas similares), alergias a productos químicos presentes en vacunas o comestibles.

Prevalencia: 2 al 5 por diez mil. **Sexo masculino: ratio 4/1** (excepto síndrome de Rett: sólo en niñas). Las tasas parecen aumentar, aunque puede deberse también a mayor atención y precisión diagnóstica. Duración: de **por vida**, aunque los tratamientos precoces han mejorado enormemente los niveles de ejecución.

~75% de los niños autistas tienen asociado un retraso mental. Evaluación necesariamente **multidisciplinar** por evaluadores expertos y entrenados.

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

4.2.1. Evaluación Categorical: Criterios DSM-IV-TR

• **TEMA 2** Evaluación de los Trastornos del Neurodesarrollo Evaluación Clínica · UNED

El DSM-V tiende a unificar todos los TGD en el término global «**Trastornos del Espectro Autista**». Asperger *no se incluirá en el DSM-V*. El DSM-IV-TR distingue: Autismo, T. de Rett, T. Desintegrativo, T. de Asperger y Otros TGD no especificados.

Criterios del DSM-IV-TR	AUTISMO	SÍNDROME DE RETT	SÍNDROME DE ASPERGER	TRASTORNO DESINTEGRATIVO
Inicio	Antes de los 3 años	Desde 5 meses. Solo niñas	Más tarde que el autismo. Varones	Desde 2 años a 10. +Varones
Sexo	Varones	Solo niñas	Varones	+Varones
Lenguaje	Retraso o ausencia de lenguaje	Importante trastorno del lenguaje	Sin alteraciones de lenguaje ni cognitivas	Pérdida de adquisiciones previas (lenguaje comprensivo y expresivo)
Características motoras	Conductas repetitivas y estereotipadas	Movimientos corporales y andares torpes	Patrones estereotipados	Pérdida de habilidades motoras. Deficiente control de esfínteres. Involución
Criterio A (diagnóstico)	Total de 6 criterios: ≥2 de alteraciones sociales, ≥1 de comunicación, ≥1 de conductas estereotipadas	Desarrollo prenatal/perinatal normal; desarrollo motor normal 5 primeros meses; circunferencia del cráneo normal al nacer → luego desaceleración	Alteración de la interacción social en ≥2 áreas + patrones estereotipados en ≥1 área. SIN retraso significativo en lenguaje ni desarrollo cognitivo	Desarrollo normal 2 primeros años → pérdida de adquisiciones antes de los 10 años en ≥2 áreas

(!) Entrevista ADI-R (Rutter, Le Couteur y Lord, 2003; ed. española 2004): Entrevista estructurada de **93 cuestiones** (92 ítems) para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista. Pensada para 4-5 años. Cubre criterios del DSM-IV y del ICD-10. Tres campos: **Lenguaje, Interacción social y Conducta estereotipada**. Necesita mucha preparación del evaluador. No utilizable por debajo de 2 años de edad mental. Duración: 1-3 horas (puede hacerse en varias sesiones).

4.2.2. Evaluación Dimensional: Instrumentos (adaptados a población española)

Instrumento	Descripción	Características
Listado Modificado de Autismo para los más Pequeños (Robins, Fein, Barton y Green, 2001; adaptación española: Canal-Bedia et al., 2011)	Instrumento de cribado rápido → necesita confirmación diagnóstica posterior	Detección rápida
★ ADOS - Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo (Lord, Rutter, DiLavore y Risi, 2001; ed. española, 2005)	Protocolo CERRADO de observación. Constata conductas propuestas por el evaluador: manipulación de objetos, interacción con personas, lenguaje gestual y verbal. 4 módulos para diferentes niveles de edad. Solo aplicable si el niño alcanza los 2 años de edad mental. Puntuaciones estandarizadas con puntos de corte	Heteroinforme-Observación
SCQ - Cuestionario de Comunicación Social (Berument, Rutter et al., 2001)	Cuestionario aplicable a PADRES. Duración: 10-12 minutos. Fiabilidad y validez LIMITADA → usarlo SOLO como medio de despistaje	Autoforme/padres

• **TEMA 2** Evaluación de los Trastornos del Neurodesarrollo Evaluación Clínica · UNED

Instrumento	Descripción	Características
1999; ed. española: Rutter, Bailey y Lord, 2005)	para pasar después evaluación más específica	

4.2.3. Diagnóstico Diferencial dentro del Espectro Autista

Las diferencias principales son en la **edad de aparición, el sexo y el grado de alteración del lenguaje**, aunque la actuación terapéutica tiene muchas semejanzas:

- **TDAH:** Se diferencia claramente porque el TDAH no tiene los mismos problemas sociales ni comunicativos del autismo.
- **Retraso Mental:** actualmente esta confusión sólo se da entre profesionales poco competentes.
- **Esquizofrenia:** antes de DSM-III el autismo estaba incluido entre las esquizofrenias.

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

★ Proceso recomendado:

- ◆ Comenzar con un instrumento de despistaje para padres (ej. SCQ).
- ◆ Una vez corroborada la hipótesis → entrevista individualizada directamente al niño (ej. ADI-R).
- ◆ Comprobar qué criterios se cumplen y en qué tipo de trastorno del desarrollo nos encontramos.
- ◆ Dudas sobre algún criterio → generar esquemas de observación *ad hoc*. Obligatorio si el niño está por debajo de 2 años de edad mental.
- ◆ Diagnóstico difícil e importante → recurrir al **mayor número de fuentes posibles** para confirmar.
- ◆ **NO iniciar** este tipo de evaluación sin haber tenido antes entrenamiento y experiencia como ayudante de un experto.

5. TRASTORNO DE ATENCIÓN / HIPERACTIVIDAD (TDAH)

5.1. Descripción e Introducción

El TDAH tiene una **base biológica** que altera el procesamiento de la información y la capacidad de inhibición de conductas emocionales e impulsivas (Brown, 2006). Se ha advertido una **hipoactivación de las zonas cerebrales prefrontales**, que da lugar a la posibilidad de tratamiento farmacológico mediante activadores (desaconsejado antes de los **4 años**, Barkley, 1990).

Prevalencia: entre un **3-5% en edad escolar** (APA), aunque algunos investigadores han encontrado hasta un 20% (Taylor, 1994). Los diagnósticos se incrementan cada año. Causas de la disparidad:

- ◆ Uso de muy distintos instrumentos y criterios (la hiperactividad es tal **SÓLO** cuando aparece en todos los contextos).
- ◆ Desde 1990 la APA considera la hiperactividad un riesgo para el desarrollo de problemas de aprendizaje → derecho a educación especial → alteración de la motivación para el diagnóstico.
- ◆ El tratamiento farmacológico ha disparado la presión de los laboratorios hacia la prospección de nuevos casos.
- ◆ La permisividad educativa incrementa conductas impulsivas que se confunden con la hiperactividad. Dato: el incremento del diagnóstico se produce principalmente en la *adolescencia*, pero los síntomas son más patentes en la primera infancia.

El DSM-IV-TR incluye **sólo una categoría diagnóstica**: Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH/ADHD).

Factores sociales: la hiperactividad se da con más frecuencia en clases sociales deprimidas, donde se acumulan mayores factores de riesgo respecto al embarazo, alimentación y parto, que pueden incrementar alteraciones biológicas.

Evaluación médica y neurológica: se recomienda **EEG** (para descartar epilepsia y constatar ritmo lento frontotemporal), y en ocasiones **TAC** (para descartar alteraciones estructurales). Las tomografías suelen constatar metabolismo frontal de glucosa reducido, núcleo caudado izquierdo, cuerpo calloso y vermis cerebelar disminuidos. Sin embargo, la *presencia de estos signos NO añade diferencia al diagnóstico psicológico*.

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

Pasos previos al diagnóstico psicológico:

- 1. Remitir al sujeto a revisión médica para descartar causas orgánicas (lesión cerebral).
- 2. Descartar mala educación: el niño mal educado muestra su conducta principalmente en casa y en la escuela (cuando el maestro no puede manejarlo), **pero NO en entornos de interés** (deporte, juego). El niño hiperactivo **mantiene la conducta en TODOS los contextos**, incluso en los de interés.
- 3. Cotejar criterios diagnósticos → evaluación dimensional para cuantificar el problema → prueba genérica → pruebas específicas → registros ad hoc.

5.2.1. Evaluación Categorical: Criterios DSM-IV-TR

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TDAH (DSM-IV-TR)

A) Patrón de conducta persistente más intenso y frecuente que el de niños de su

misma edad, con:

INATENCIÓN (≥6 síntomas de los siguientes):

- a) Falla a menudo en prestar atención a detalles o comete errores en el trabajo escolar.
- b) Dificultades para sostener la atención en tareas y actividades lúdicas.
- c) Parece no oír cuando se le habla directamente.
- d) No sigue instrucciones y fracasa en terminar sus tareas (no por oposicionismo o falta de inteligencia).
- e) Dificultades para organizar sus tareas y actividades.
- f) No le gusta o evita tareas que necesitan esfuerzo mental.
- g) A menudo pierde cosas necesarias.
- h) Se distrae con estímulos externos.
- i) Se olvida de sus actividades diarias.

HIPERACTIVIDAD (≥6 síntomas de los siguientes):

- a) Inquietud con manos, pies y moviéndose en la silla.
- b) Se levanta de la silla en clase o en lugares donde debería estar sentado.
- c) Corretea, se encarama, trepa en ocasiones inapropiadas (en adolescentes: sentimiento de inquietud).
- d) Le cuesta implicarse en juegos tranquilos.
- e) 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) No puede esperar su turno.
- c) Interrumpe o se entromete.

B) Algunos síntomas aparecen **antes de los 7 años** (aunque se haya tardado en dar el diagnóstico).

C) Los síntomas deben darse en **al menos 2 de 3 contextos: casa, escuela y trabajo**.

D) Debe haber evidencia clínica de **interferencia en la vida académica, personal u ocupacional**.

E) No se deben dar los criterios de Esquizofrenia, Psicoticismo, Trastornos del Desarrollo, Afectivos, Ansiedad, Disociativos o de Personalidad.

A partir de estos criterios se emiten tres tipos de diagnóstico: a) Mixto (inatención e hiperactividad); b) Con fundamentalmente síntomas de inatención; c) Con fundamentalmente síntomas de hiperactividad.

5.2.1.1. Instrumentos Catoriales

La **entrevista** es el medio de evaluación principal. Normalmente aplicadas a **padres** (por la dificultad de estos niños para fijar la atención). Las preguntas se centran en: tipo de conductas, situaciones en que se producen, intensidad y frecuencia, y reacción del adulto.

- **Entrevista de Hiperactividad (Barkley, 1981) y Cuestionario de Situaciones de Casa y Escuela (Barkley y Edelbrock, 1987):** preguntas sobre tipo de conductas, dónde se producen, intensidad, frecuencia y cómo reacciona el adulto.

• **TEMA 2** Evaluación de los Trastornos del Neurodesarrollo Evaluación Clínica · UNED

5.2.2. Evaluación Dimensional: Escalas

Es el tipo de evaluación más frecuente, sobre todo para el despistaje. Se puede usar el CBCL de Achenbach (ver Capítulo 1), pero lo más conveniente es la utilización de cuestionarios específicos:

Instrumento	Características
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. Muy utilizado en España
★ Escala de Connors IOWA (1969-1973/1998). Versión abreviada (1997)	Para padres y profesores
Brief Rating Scale for ADHD (Morris et al., 2006)	
Cuestionario ADHD para Padres y Profesores (Amador et al., 2006)	
Cuestionario CSAT (Servera y Llabrés, 2006)	Para 6-11 años
Cuestionario de Atención D2 (Brickenkamp y Zillmer, 2007)	Desde 8 años
MFF-20 Emparejamiento de Figuras (Cairns y Cammock, 2006)	Para 6-12 años

5.2.3. Discriminación Diagnóstica

TABLA: EVALUACIÓN DISCRIMINANTE ENTRE TRASTORNOS AFINES AL TDAH

Síntoma/Característica	TDAH	T. Oposicionista Desafiante (TOD)	T. de Conducta (TC)
Inicio	Antes de los 7 años	Aprox. 6 años	Aprox. 10 años
Síntomas cardinales	Inatención + Actividad Motora + Impulsividad	Rabietas, discusión, desobediencia, molestia deliberada, protestas; iracundo, resentido, vengativo	Agresión, destrucción, robos, violación de leyes
Carácter	Conducta en todos los contextos. Puede no tener conducta antisocial	Más emocional	Problemas con la autoridad y las leyes
Diferencia clave	Síntomas en TODOS los contextos (incluidos los de interés)	Carácter más emocional	Se acompaña de problemas con la autoridad y las leyes (Loeber, Burke y Pardini, 2009)

(!) Importante: La comorbilidad del TDAH es muy alta con los trastornos de conducta y de aprendizaje, asociándose también a un alto nivel de agresión (Herpertz et al., 2008). **Sólo se puede hacer el diagnóstico de hiperactividad si el niño presenta los síntomas antes de los 7 años** y los muestra en cualquier situación.

A pesar de la base neurológica, se **recomienda no perder de vista la intervención conductual** (Quay y Stringaris, 2012).

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

★ Ejemplo práctico (niño de 9 años):

Evaluación dimensional con EDAH: percentil 85 en Hiperactividad, 70 en Déficit de Atención, 50 en Impulsividad, 75 en Problemas de Conducta y 70 en Problemas de Aprendizaje.

Las distintas fuentes informan diferencialmente: los problemas de conducta son más intensos en el hogar; los de atención son superiores informados por el maestro.

Plan de tratamiento diferencial:

- ◆ **En casa:** rutinas diarias que creen hábitos + entrenamiento de padres (supresión de atención ante desobediencia, castigo de la agresión con aislamiento, intensificación de refuerzos de conductas adecuadas) + cuadro de registro pormenorizado.
- ◆ **En la escuela:** adaptación de las tareas (divididas en porciones breves con períodos de actividad intermedios: hacer recados, repartir papel, recoger trabajos).
- ◆ **Con el niño:** incrementar control emocional, alargar períodos de atención, generar sistema de autoinstrucciones, reforzar tiempos de inmovilidad.

Nota: el grado de impulsividad bajo facilita la introducción de la reflexión y las autoinstrucciones.

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

TABLA 2.10 — PROTOCOLO BÁSICO DE EVALUACIÓN (Tabla 2.10)

1. EVALUACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Según el trastorno sospechado:

- Retraso Mental: **Escalas de Wechsler** en sus versiones según la edad + **Test RAVEN** si no hay lenguaje o persona de otra cultura
- Trastornos de la comunicación: **ITPA, MacArthur CDI o PLON**
- Trastornos Autistas: **ADOS**
- Trastorno de Hiperactividad: **EDAH, IOWA de Conners**
- Comprobar con criterios categoriales que verdaderamente se trata del diagnóstico planteado.
- Comprobar mediante evaluación dimensional la magnitud del problema.

2. EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO

- Evaluar las variables asociadas al problema que serán objeto de intervención (ver instrumentos propuestos en los epígrafes correspondientes).
- Usar preferentemente los instrumentos recomendados y adaptar a la edad y dominio del lenguaje del sujeto.

3. EVALUACIÓN PARA EL PROGRESO Y EFICACIA DEL TRATAMIENTO

- Analizar los datos de la evaluación y hacer las recomendaciones pertinentes (tanto datos negativos como positivos).
- Para el progreso del tratamiento: preferible un instrumento de **autoinf. de rápida aplicación** para agilizar la toma de datos en los distintos períodos.
- Excepción: la evaluación de la inteligencia debe hacerse con el mismo instrumento que al principio en un período más largo.
- Seguimiento del lenguaje: comparando los registros de palabras, fonemas y frases que el niño realiza antes y durante la intervención.
- TGD: los evaluadores de conducta comparan registros de conducta pre y durante la intervención. Lo que interesa no es el diagnóstico sino el **progreso** habido.

LEYENDA DE SIGLAS DEL TEMA 2 (imprescindible memorizar)

Sigla	Nombre completo
WISC-IV	Escala de Wechsler de Inteligencia para Niños
WAIS-IV	Escala de Inteligencia de Adultos de Wechsler
WPPSI-III	Escala de Wechsler para Preescolar y Primaria
RIAS	Escalas de Inteligencia de Reynolds
ABAS-II	Sistema para la Evaluación de la Conducta Adaptativa
EHS	Escala de Habilidades Sociales
SIS	Escala de Intensidad de Apoyos
TAMAI	Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil
ITPA	Prueba Illinois de Habilidades Psicolingüísticas

• **TEMA 2** Evaluación de los Trastornos del Neurodesarrollo Evaluación Clínica · UNED

PPVT-R	Test de Vocabulario en Imágenes Peabody
RDLS	Escalas para Evaluar el Desarrollo del Lenguaje de Reynell
CDI (MacArthur)	Inventario de Desarrollo Comunicativo de MacArthur
PLON-R	Prueba de Lenguaje Oral de Navarra
BLOC	Batería del Lenguaje Objetivo y Criterial
LARSP	Evaluación del Lenguaje y Procedimiento de Despistaje y Tratamiento
ADI-R	Entrevista para el Diagnóstico del Autismo
ADOS	Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo
SCQ	Cuestionario de Comunicación Social
EDAH	Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
TDAH / ADHD	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad
TGD	Trastorno Generalizado del Desarrollo
RM	Retraso Mental
TEA	Trastorno del Espectro Autista
TOD	Trastorno Oposicionista Desafiante
TC	Trastorno de Conducta

✓ RESUMEN RÁPIDO PARA EL EXAMEN

► Conceptos que deben salirte automáticos

3 condiciones para trastorno del neurodesarrollo: aparecer en la infancia + disfunción en la maduración del SN + no explicarse mejor por otro trastorno.

Prevalencia RM: 2-6% población occidental. RM leve: la mayoría. Moderado: 10% de todos los RM.

Evaluar CI solo cuando: rendimiento motor o escolar inferior al de niños de su edad, o cambio en su evolución. Ante rendimiento normal → innecesario.

Efecto Flynn: +3 puntos de CI por década.

RM: CI < 70 + desadaptación en actividades de la vida diaria. Si lleva una vida autónoma → NO es RM aunque CI < 70.

Error de medida del CI: hasta 5 puntos → muy importante en niños limítrofes.

Prevalencia problemas de lenguaje en niños: 3-23%.

Palabras a los 24 meses: 50-250 palabras. ← DATO DE EXAMEN.

Primeras palabras: 12-18 meses.

Diagnóstico de lenguaje: evaluación dimensional precede necesariamente a la categorial.

Autismo: diagnosticado por Kanner (1943). Prevalencia: 2-5 por diez mil. Sexo masculino 4/1 (excepto Rett: solo niñas). ~75% tienen RM asociado. Duración: de por vida.

Neuronas espejo y autismo: carencia → déficit social + empático → incapacidad para teoría de la mente.

Gemelos idénticos y autismo: 60% (ambos con autismo); 92% (espectro autista).

ADOS: protocolo CERRADO de observación. No aplicable por debajo de 2 años de edad mental. 4 módulos por edad.

ADI-R: 93 cuestiones. Pensada para 4-5 años. Tres campos: lenguaje, interacción social, conducta estereotipada.

SCQ: cuestionario para padres. 10-12 minutos. Solo para DESPISTAJE (fiabilidad y validez limitada).

TDAH - Prevalencia: 3-5% en edad escolar (APA). Hipoactivación zonas prefrontales. Desaconsejado tratamiento farmacológico antes de 4 años.

Niño mal educado vs. hiperactivo: el hiperactivo mantiene la conducta en TODOS los contextos, incluso en los de su interés.

Criterio C del TDAH: síntomas en al menos 2 de 3 contextos (casa, escuela, trabajo).

Criterio B del TDAH: algunos síntomas antes de los 7 años.

3 tipos de diagnóstico TDAH: a) Mixto; b) Fundamentalmente inatención; c) Fundamentalmente hiperactividad.

EDAH: instrumento de referencia para la evaluación del TDAH en España. Para 6-12 años.

Protocolo básico: RM→Wechsler/RAVEN; Comunicación→ITPA/PLON; Autismo→ADOS; TDAH→EDAH/Conners.

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN (Soluciones al final)

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

• TEMA 2 Evaluación de los Trastornos del Neurodesarrollo Evaluación Clínica · UNED

palabras.

3. Las Escalas de Reynell se aplican a niños de: a) 2 a 6 años; b) 0 meses a 3 años; c) 18 meses a 4 años.

4. El ADOS (Lord, Rutter, DiLavore y Risi) es: a) una entrevista; b) un autoinforme; c) un 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: 1b, 2a, 3c, 4c, 5b, 6a

●

TEMA 3

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

Paloma González-Peña · Miguel Ángel Carrasco Ortiz · Evaluación Clínica UNED

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

- Describir los principales trastornos de conducta y control de impulsos, sus características, epidemiología y factores etiológicos.
- Conocer los principales instrumentos para la delimitación y diagnóstico de estos trastornos.
- Identificar las principales variables que explican estas alteraciones y los instrumentos para evaluarlas.
- Establecer la combinación de instrumentos para evaluar los efectos del tratamiento.
- Integrar en un protocolo básico los instrumentos para diagnóstico, conceptualización y valoración del tratamiento.

1. INTRODUCCIÓN

Los **trastornos disruptivos** incluyen alteraciones derivadas de la **alta impulsividad** y los **problemas de conducta graves**. Son la causa más importante de conflictos en casa y en el colegio en población infantojuvenil, y uno de los motivos más habituales de consulta.

Impulsividad: incapacidad autorregulatoria para resistir un impulso, demorar una gratificación o evitar un acto perjudicial. La secuencia típica es: tensión/activación interior → emisión del acto → placer/liberación (*reforzante*) → en muchos casos, **sin arrepentimiento ni culpa**.

1.1. Descripción de los Principales Trastornos (DSM-IV-TR y DSM-V)

Trastorno	DSM-IV-TR → DSM-V	Dato clave
Trastorno Negativista Desafiante (TND)	Se mantiene en DSM-V dentro de la nueva categoría	Persona negativista, desobediente y hostil. Prevalencia: 3-5% jóvenes
Trastorno Disocial / Trastorno de Conducta (TC)	DSM-V: Trastorno de la Conducta	Agresión, destrucción, robo, violación de normas graves (antes de 18 años). Prevalencia: 1-4%
Trastorno de Comportamiento Perturbador NE (TCPNE)	Comportamiento negativista-desafiante sin cumplir criterios TC ni TND	Prevalencia general: 6-10%

● **TEMA 3** Evaluación de los Trastornos Disruptivos, del Control de Impulsos y de la Conducta

Trastorno	DSM-IV-TR → DSM-V	Dato clave
Trastorno Explosivo Intermitente (TEI)	Se mantiene. Aparece en adolescencia tardía	Arrebatos temperamentales desproporcionados → agresión física o verbal
Cleptomanía	DSM-V: pasa a conducta impulsiva relacionada con depresión o TC	Impulso de robar objetos no necesarios. < 5%, más frecuente en mujeres
Piromanía	DSM-V: deja de tener apartado específico	Fascinación por el fuego. Rara; prevalencia no determinada
Tricotilomanía	En DSM-V se mueve a TOC y relacionados	Arrancarse pelos sin control. Prevalencia: 3%; más en mujeres (3.4% vs 1.5%)
Juego Patológico	En DSM-V pasa a Trastornos por Uso de Sustancias y Adictivos	Ver capítulo de adicciones

(!) **Cambio clave DSM-V:** Crea la nueva categoría "**Trastornos disruptivos, del control de impulsos y de la conducta**", que agrupa: TND, TEI, TC, T. Antisocial de la Personalidad, Piromanía y Cleptomanía. La Piromanía pierde apartado específico; la Cleptomanía pierde identidad diagnóstica propia.

1.2. Epidemiología y Curso

- **Prevalencia general de problemas de conducta en jóvenes:** 6-10% (Loeber et al., 2000).
- **TND:** 3-5%; **TC:** 1-4%.
- **Curso:** la incidencia tiende a decrecer de edad preescolar a primaria (4-6 años) y se incrementa hasta la adolescencia (6-15 años). *No es consistente para todos los tipos:* la agresión física leve decrece; las conductas antisociales encubiertas y la agresión grave aumentan.
- **Diferencias de sexo:** ratio 2:1 a 4:1 (niños > niñas). Antes de los 4 años no hay diferencias. A partir de los 4 años, los problemas aumentan entre niños. En la adolescencia el ratio se reduce (2:1) porque aumentan los problemas en niñas.
- **TEI:** baja incidencia, raro, predomina en varones, inicio al final de la adolescencia tardía hasta la tercera década.
- **Tricotilomanía:** curso variable, prevalencia 3% a lo largo de la vida, más en mujeres.

1.3. Factores Etiológicos y Factores Asociados

Los problemas de conducta e impulsividad son resultado de una **compleja interacción multicausal**:

Factor	Descripción
Biológicos	Dificultades perinatales, alteraciones de neurotransmisores, disfunciones en áreas de función ejecutiva, excesiva reactividad autonómica
Temperamentales y de personalidad	Ausencia de miedo, falta de inhibición, excesiva actividad motora → dificultad en empatía, sensibilidad al refuerzo, escasa respuesta a castigos → menos responsivos a socialización parental. En adultos: rasgos elevados de psicopatía (insensibilidad, frialdad) y neuroticismo
Cognitivos	CI bajo (sobre todo verbal), problemas en procesamiento de información social, evaluación positiva de la violencia para solucionar problemas, atribuciones incorrectas de intencionalidad
Familiares	Apego inseguro, conductas hostiles, escasa involucración educativa, disciplina autoritaria/inconsistente/hostil, falta de supervisión, estrés parental
Sociales	Rechazo de compañeros, victimización, identificación con grupo antisocial, nivel socioeconómico bajo (acumula factores de riesgo: vivienda, educación deficitaria, violencia comunitaria)

2. EVALUACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO Y LA DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Se utilizan **múltiples métodos y fuentes**: entrevistas, escalas de puntuación y cuestionarios, y registros de observación.

2.1. Instrumentos de Evaluación Utilizados

2.1.1. Entrevistas Diagnósticas (Evaluación Categorical)

Son los **instrumentos de elección para el diagnóstico categorial**. Permiten identificar criterios diagnósticos, hacer diagnóstico diferencial y estimar la severidad. Presentan **preguntas guía/sondeo** (solo si son afirmativas se pasa a subsecuentes). Duración: 45 min a 2 h. Edad: a partir de 6 años (algunos autores recomiendan desde 9).

Limitaciones: alto coste temporal, entrenamiento requerido, sesgo del evaluador. Las personas con problemas de conducta *tienden a minimizar u ocultar* sus incidencias negativas → usar medidas alternativas (observación, fuentes múltiples).

★ Entrevista	Aplicación	Dimensiones
DISC (Diagnostic Interview Schedule for Children; Reich, 2000)	Padres y profesores de niños 4-17 años. Niños 9-17 años. 358 preguntas en forma de racimo. 45 min a 2 h	Síntomas TND y TC según DSM-IV-TR y CIE-10. Evalúa grado de deterioro
EDNA-IV (Reich, 2000)	Versión niño (8-12 años), adolescente (13-18), padres	Diagnósticos DSM-IV: TND, TC, TDAH
★ DICA-IV (Ezpeleta, de la Osa, Doménech et al., 1997; Reich, 2000) ← ALTAMENTE RECOMENDADA	DICA-P (padres de 6-17 años), DICA-C (niños 6-12), DICA-A (adolescentes 13-18). Diseño en racimo. 45 min a 2 h	Síntomas TND y TC según DSM-IV. Adaptación al castellano disponible
CAPA (Angold y Costello, 2000)	Jóvenes 9-18 años. Secciones: introducción, descripción de problemas, revisión de síntomas, calificación del deterioro. Tiempo: 2 horas	Trastornos y síntomas según DSM-IV y CIE-10 (TC, trastorno disruptivo)
PAPA (Egger y Arnold, 2004)	Padres de niños 2-5 años. Derivada del CAPA. 1.5-2 horas	Trastornos y síntomas según DSM-IV y CIE-10 para preescolares

Nota: ★ = altamente recomendada para el diagnóstico. La DICA tiene adaptación al castellano y es la mejor elección para población española.

2.1.2. Cuestionarios y Escalas de Puntuación (Evaluación Dimensional)

Evaluación **dimensional** del problema. Permiten comparar al niño con un grupo normativo de referencia. Suelen tener versiones paralelas por fuente (joven, padres, profesores, compañeros). Algunos incluyen subescalas de ansiedad, depresión, problemas sociales → facilitan diagnóstico alternativo y comorbilidad.

★ Instrumento	Versiones / Formato	Qué evalúa
★★ ASEBA (Sistema de Evaluación Empírica de Achenbach) (Achenbach, 2009). Traducción española: Llatje, Ezpeleta y Doménech, 2012	YSR (autoinf. adolescentes); CBCL 1.5-5 años y 6-18 años (padres); TRF (profesores); SCICA (entrevista semiestructurada); DOF (observación directa); TOF (observación durante evaluación)	Evaluación multifuente y multimétodo. Dos partes: aspectos de adaptación social (20 ítems) y listado de conductas (118 elementos). Escalas de síndromes interiorizados y exteriorizados + Escalas clínicas DSM-IV
★★ BASC-2 (Sistema de Evaluación Conductual) (Reynolds y Kamphaus, 2004). Adaptación española: González et al., 2004	Versiones padre, profesor y autoinformada. Tres niveles: 1) 3-6 años; 2) 6-12 años; 3) 12-18 años. Historia clínica estructurada, protocolo de observación y batería de conductas y emociones	Síndromes clínicos: ansiedad/depresión, inhibición/depresión, quejas somáticas, problemas sociales, de pensamiento, de atención, conducta delictiva, conducta agresiva. Escalas DSM: TND, TC, problemas afectivos, ansiedad, somáticos e hiperactividad

● **TEMA 3** Evaluación de los Trastornos Disruptivos, del Control de Impulsos y de la Conducta

★ Instrumento	Versiones / Formato	Qué evalúa
ECDI (Inventario de Problemas de Conducta Eyberg) (Eyberg y Pincus, 1999)	Versión niños 2-16 años (CCBI con 36 ítems; escala 0-7). Versión profesor (SESBI-R con 38 ítems)	Agresión, incumplimiento, arrebatos temperamentales, conducta disruptiva y molesta, robo y mentira
HSQ (Cuestionario de Situaciones en Casa) (Altepeter y Breen, 1991)	Versión padre HSQ 16 ítems (escala 0-9). Versión profesor SSQ 12 ítems (escala 0-9)	Conducta disruptiva, hiperactividad, impulsividad, problemas de conducta, conducta agresiva y delictiva

Dato examen — ASEBA vs BASC-2:

- ◆ Los listados de Achenbach (ASEBA) muestran **baja correspondencia con las categorías diagnósticas del DSM** → para diagnóstico categorial deben usarse con cautela.
- ◆ Para minimizar esta limitación, los autores elaboraron las escalas **ASEBA-DSM** (DSM-oriented scales) acordes a DSM-IV y CIE-10.
- ◆ Ambos sistemas (ASEBA y BASC-2) tienen escalas de observación sistematizada integradas: **BASC-SOS** (Student Observational System, observación en aula) y **ASEBA-DOF** (Direct Observation Form, 96 ítems, periodos de 10 minutos para 5-14 años).

Instrumentos para conductas agresivas/violentas específicas (evaluación complementaria)

Para evaluar las diferentes **manifestaciones de la conducta agresiva** (abierta-encubierta, directa-indirecta, proactiva-reactiva, agresiva-heteroagresiva, delictiva-no delictiva):

Instrumento	Características
AQ - Cuestionario de Agresión (Buss y Perry, 1992). Adapt. española: Andreu, Peñas y Graña, 2002	Versión autoinformada, jóvenes 18-20 años. 51 ítems. Subescalas: agresión física, agresión verbal, ira y hostilidad
AFV - Cuestionario de Agresividad Física y Verbal (Pastorelli et al., 1997). Adapt. española: Del Barrio, Moreno y López, 2001	Versión padre o profesor. Para niños y adolescentes. 20 ítems Likert 1-3. Nivel general de agresión y dimensiones física y verbal
AQ - Cuestionario de Agresión Reactiva y Proactiva RPQ (Raine et al., 2006). Adapt. española: Andreu et al., 2009	Evalúa agresión reactiva y proactiva
DIAS - Escala de Agresión Directa e Indirecta (Björkqvist, 1992). Adapt. española: Toldos, 2005	Versión autoinformada y versión para iguales. 14 ítems escala 1-5. Agresión física, verbal e indirecta
CSBS - Escala de Conducta Social para Niños (Crick, 1996)	Versión iguales (9-12 años, 13 ítems, 3 compañeros). Versión profesor (15 ítems, escala 1-5). Diferencia agresión relacional y abierta. Identifica conducta prosocial

2.1.3. Evidencias de Fiabilidad y Validez para el Diagnóstico

Entrevistas estructuradas: buena fiabilidad y validez, adecuada utilidad clínica. La **DICA** (adaptación española de Ezpeleta et al., 1995/1997) es la mejor opción para población española para diagnóstico categorial.

★ **Instrumentos más recomendados (Frick y McMahon, 1998):**

- ◆ Entrevista: **DICA**
- ◆ Listados de conductas: **ECBI, ASEBA y BASC-2**
- ◆ Registros de observación sistematizados: **BASC-SOS y ASEBA-DOF**
- ◆ Para delimitación del problema: **índices de deterioro funcional** (ej. CAFAS — Escala de Evaluación Funcional para Niños y Adolescentes)

● **TEMA 3** Evaluación de los Trastornos Disruptivos, del Control de Impulsos y de la Conducta**2.2. Diagnóstico Diferencial**

Trastorno	Clave del Diagnóstico Diferencial
Trastorno Negativista Desafiante (TND)	• Comparte impulsividad con TDAH → diferencia: TND tiene carácter más emocional • Comparte irritabilidad con episodio maníaco • Asociado a problemas de comprensión del lenguaje (sin constituir alteración independiente) • Patrón de comportamiento MENOS GRAVE que el TC • Los problemas de conducta no se diagnostican si hay depresión o trastorno psicótico
Trastorno Explosivo Intermitente (TEI)	• No aparece en el transcurso de un delirium o demencia • Distinguir del comportamiento agresivo del TND, TC, T. Antisocial de la Personalidad (solo >18 años), T. Límite de la Personalidad, episodio maníaco o Esquizofrenia • Todos los anteriores deben considerarse antes de confirmar un TEI

2.3. Comorbilidad

Alta comorbilidad entre problemas de conducta y:

- **TDAH** → es el trastorno que con diferencia aparece más asociado. Tasas: 36% niños, 57% niñas (Waschbusch, 2002).
- **Trastornos interiorizados** (depresión y ansiedad): tasas superiores a lo esperado por azar. En la mayoría de los casos los problemas de conducta *preceden* a los síntomas depresivos/ansiosos.
- **Consumo de sustancias** (especialmente en preadolescencia): asociado al abuso de múltiples sustancias.
- **Problemas de lenguaje** (en edad preescolar): retraso del lenguaje se asocia a problemas de conducta en niños más pequeños.
- **Problemas académicos**: entre los mayores, bajo logro académico.

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

La naturaleza **multicausal** de estos trastornos confiere enorme complejidad a la intervención. Las principales variables asociadas:

- **Rasgos de vulnerabilidad temperamental y de personalidad:** inestabilidad emocional, frialdad/dureza, bajos niveles de empatía, búsqueda de sensaciones, impulsividad, falta de autorregulación, baja autoestima.
- **Problemas emocionales:** ira, depresión, ansiedad.
- **Inadecuadas estrategias de socialización parental:** hostilidad, falta de afecto/supervisión, control punitivo, autoritario o permisivo.
- **Dificultades interpersonales:** aceptación de compañeros, competencia social.
- **Procesamiento inadecuado de la información:** atribuciones de intencionalidad, creencias sobre la violencia como estrategia, justificaciones morales de la conducta violenta, metas hostiles.

Dato importante: la **edad de inicio** diferencia dos trayectorias: inicio **antes de los 10 años** (con problemas intelectuales y vulnerabilidad temperamental) → pronóstico menos favorable; inicio en la **adolescencia** (adaptación transitoria) → mejor pronóstico (Vermeiren, Jaspers y Moffitt, 2006).

Instrumentos clave para la conceptualización (selección para el examen)

Hipótesis / Variable	★ Instrumento	Características
Temperamento (reactividad y autorregulación)	Cuestionarios de Temperamento de Rothbart (Rothbart, Ahadi, Hersey y Fisher, 2001) IBQ (3-12 meses); ECBQ (1-3 años); CBQ (3-7 años); TMCQ (7-10 años); EATQ-R (9-15 años); ATQ (adultos)	Evalúa diferentes rasgos de temperamento relativos a reactividad y autorregulación según la edad
Personalidad general (neuroticismo, extraversión, psicoticismo)	EPQ-R / EPQ-J (Eysenck, Eysenck y Barrett, 1985)	100 ítems dicotómicos. 4 escalas: Neuroticismo, Extraversión, Psicoticismo y Deseabilidad social
Personalidad Big Five	BFQ (Caprara, Barbaranelli y Borgognoni-Perugini, 1993). Versión infantil: BFQ-N (Barbaranelli, Caprara y Rabasco, 2006). Adapt. española: del Barrio et al., 2006	132 ítems adultos, 65 niños. Likert 5 puntos. 5 escalas: Inestab. Emocional, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad
Autocontrol	CACIA - Cuestionario de Autocontrol Infantil y Adolescente (Capafons y Silva, 1986) SCRS - Self-Control Rating Scale (Kendall y Wilcox, 1979)	CACIA: 89 ítems, 11-18 años. 5 escalas: retroalimentación, retraso recompensa, autocontrol criterial, autocontrol procesual y sinceridad. SCRS: 33 ítems, escala 1-7, 3-11 años
Impulsividad	★ BIS-11 (Barratt Impulsiveness Scale-11; Patton, Stanford y Barratt, 1995)	30 ítems. Evalúa impulsividad motora, no planificada y atencional
Empatía	IRI - Índice de Reactividad Emocional de Davis (1980). Adapt. española: Mestre et al., 2004; Carrasco et al., 2011	Adolescentes y adultos. Componentes cognitivos y afectivos de la empatía. 5 factores
Ira	★ STAXI / STAXI-NA (Spielberger, 1999). Adapt. española adultos: Miguel-Tobal et al., 2001; infantil: Del Barrio, Aluja y Spielberger, 2004	55 ítems adultos, 49 infantil (escala 1-3). Evalúa la ira como estado/rasgo y el afrontamiento
Depresión	BDI-II (Beck, Steer y Brown, 1996). Versión infantil: CDI (Kovacs, 2004)	21 ítems BDI-II. Evalúa gravedad/intensidad sintomática. A partir de 13 años. 2 factores: somático y cognitivo

● **TEMA 3** Evaluación de los Trastornos Disruptivos, del Control de Impulsos y de la Conducta

Hipótesis / Variable	★ Instrumento	Características
Habilidades sociales e interpersonales	CHIS / CHI-2 - Cuestionario de Habilidades de Interacción Social (Monjas, 1994)	60 ítems. 6 escalas: básicas, hacer amigos, conversacionales, emocionales, solución de problemas y relación con adultos
Socialización parental	★ ESPA29 (Musitu y García, 2001)	29 situaciones cotidianas. Escalas de Aceptación/Implicación y Coerción/Imposición → 4 tipologías: autoritativo, indulgente, autoritario o negligente
Posición social (rechazo/aceptación de iguales)	SOCIOMETRÍA - SOCIOMET (González, Álvarez y García, 2010)	Aplicación grupal. Evalúa relaciones sociales, clima social y posición social (preferido, rechazado, ignorado, controvertido)

Herramientas complementarias para la conceptualización:

- ◆ Autorregistros de **situación-pensamiento-emoción** (registran situaciones de conflicto, cogniciones y atribuciones).
- ◆ Registros de **antecedentes-conductas-consecuentes** (contingencias en el entorno particular).

Evidencias de fiabilidad y validez: los instrumentos de la Tabla 3.6 muestran sólida fiabilidad y validez y son buenos predictores del comportamiento futuro problemático, impulsivo o violento.

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

Especialmente importante en estos trastornos porque se han documentado casos 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).

Instrumentos recomendados para la evaluación del progreso del tratamiento

Instrumento	Tipo	Por qué se recomienda
★★ ASEBA (Achenbach, 2009) — listados CBCL/YSR/TRF	Dimensional	Por sus propiedades psicométricas: sensibles al cambio, escala continua. Se recomienda también completar por profesores (no implicados en la intervención) para controlar expectativas
★★ ECDI (Inventario de Problemas de Conducta Eyberg)	Dimensional	Propiedades psicométricas destacadas para evaluar el seguimiento
BASC-SOS y ASEBA-DOF	Observación sistematizada	Observación sistematizada por evaluadores no implicados directamente en la intervención. Control de sesgos de expectativa
DPICS (Sistema de Codificación Interacción Padre-Hijo; Eyberg et al., 2005)	Codificación observacional	Evalúa interacciones padres-hijos en situaciones de juego libre y estructuradas. Categorías: alabanza, amenazas, mentiras, pegar, comunicación, negativismo del niño. Inconveniente: alto coste de entrenamiento
SOC-III (Sistema de Observación de Interacciones Familiares; Cerezo et al., 1991)	Codificación observacional — versión española	Alternativa en español a los sistemas de codificación internacionales. Observa frecuencia, duración, secuencia y valencia de interacciones conductuales (atención, instrucción, obediencia, oposición) en contexto familiar
Escalas de deterioro funcional: CAFAS (Ezpeleta et al., 2006; Hodges, 1995) EEAG (APA, 2000) / CGAS versión niños (Ezpeleta et al., 1999) Escala Abreviada de Discapacidad (Bird et al., 2005)	Funcionamiento global	Altamente recomendadas por adecuación psicométrica y sensibilidad al tratamiento. CAFAS para niños y adolescentes. EEAG escala global de actividad. CGAS versión infantil
TAMAI (Hernández, 1996)	Adaptación global	Evalúa inadaptación personal, escolar, social y familiar

5. PROPUESTA DE UN PROTOCOLO BÁSICO DE EVALUACIÓN

PROTOCOLO BÁSICO — TRASTORNOS DISRUPTIVOS Y DE CONDUCTA

1. EVALUACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

- Entrevista diagnóstica: **DICA-IV** (Ezpeleta, de la Osa, Doménech et al., 1997; Reich, 2000)
- Listados de conducta: **ASEBA** (Achenbach, 2009)
- Sistema de evaluación conductual: **BASC-2** (Reynolds y Kamphaus, 2004)

2. EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO

- Temperamento: **Cuestionarios de Temperamento de Rothbart**
- Personalidad: **EPQ-R** (Eysenck et al.) + **BFQ / BFQ-N** (Caprara et al.)

● TEMA 3 Evaluación de los Trastornos Disruptivos, del Control de Impulsos y de la Conducta

→ Dificultades de socialización: **SOC** (Herrero et al., 2009)

→ Impulsividad: **BIS-11** (Patton et al., 1995)

→ Ira: **STAXI / STAXI-NA** (Spielberger, 1999)

→ Habilidades sociales: **CHIS / CHI-2** (Monjas, 1994)

→ Socialización parental: **ESPA29** (Musitu y García, 2001)

→ Competencia social entre iguales: **SOCIOM ET** (González, Álvarez y García, 2010)

→ Registros de contingencias (antecedentes-conductas-consecuentes) y autorregistros situación-pensamiento-emoción

3. EVALUACIÓN PARA EL PROGRESO Y EFICACIA DEL TRATAMIENTO

→ Listados de conducta: **ASEBA** (Achenbach, 2009)

→ Sistema de evaluación conductual: **BASC-2**

→ Escala de actividad global: **EEAG** (APA, 2000) / versión niños: **CGAS** (Ezpeleta et al., 1999; Shaffer et al., 1983)

✓ RESUMEN RÁPIDO PARA EL EXAMEN

■ Conceptos y datos que deben salirte automáticos

■ **DSM-V crea** la categoría "Trastornos disruptivos, del control de impulsos y de la conducta". Piromanía pierde apartado; Cleptomanía pierde identidad diagnóstica.

■ **Prevalencia:** problemas de conducta en jóvenes 6-10%. TND: 3-5%. TC: 1-4%. Ratio por sexo: 2:1 a 4:1 (niños > niñas). Antes de 4 años: no hay diferencias por sexo.

■ **Curso:** decrece 4-6 años, aumenta hasta adolescencia. La agresión física leve DECRECE; las conductas antisociales encubiertas AUMENTAN.

■ **Factores etiológicos:** biológicos + temperamentales/personalidad + cognitivos (CI verbal bajo, atribuciones erróneas) + familiares (apego, disciplina inconsistente) + sociales (rechazo de iguales, NSE bajo).

■ **Diagnóstico categorial** → **entrevistas estructuradas. Diagnóstico dimensional** → **cuestionarios estandarizados.**

■ **Instrumentos más recomendados para el diagnóstico (Frick y McMahon, 1998):** entrevista DICA + listados ECBI + ASEBA + BASC-2 + registros de observación BASC-SOS y ASEBA-DOF.

■ **ASEBA:** baja correspondencia con categorías DSM → solución: Escalas ASEBA-DSM (DSM-oriented scales).

■ **Limitación clave en la evaluación:** los sujetos con problemas de conducta tienden a minimizar u ocultar sus conductas negativas → usar observación y múltiples fuentes.

■ **Diagnóstico diferencial TND:** vs TDAH (el TND tiene carácter más emocional), vs episodio maníaco, vs TC (TC es más grave).

■ **Diagnóstico diferencial TEI:** descartar siempre TND, TC, T. Antisocial (solo >18 años), T. Límite, episodio maníaco, Esquizofrenia.

■ **Comorbilidad clave:** TDAH es el que más aparece asociado a TC (36% niños, 57% niñas). Alta comorbilidad también con depresión, ansiedad, abuso de sustancias y bajo rendimiento académico.

■ **Edad de inicio:** antes de los 10 años (+ problemas intelectuales + vulnerabilidad temperamental) → **peor pronóstico. Adolescencia** → **mejor pronóstico.**

■ **Para conceptualización — instrumentos clave:** BIS-11 (impulsividad), STAXI/STAXI-NA (ira), ESPA29 (socialización parental), CHI-1/CHI-2 (habilidades sociales), IRI (empatía).

■ **Para evaluación del tratamiento** → **instrumentos más sensibles al cambio:** cuestionarios dimensionales (ASEBA, ECBI). También: registros de observación BASC-SOS / ASEBA-DOF, DPICS (codif. padre-hijo), SOC-III (versión española), escalas de deterioro funcional (CAFAS, EEAG, CGAS).

■ **¡Dato examen! Se han documentado casos donde el tratamiento en jóvenes ha producido un INCREMENTO de los problemas de conducta (Dishion, McCord y Poulin, 1999) → importancia de la evaluación del progreso.**

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN (Soluciones al final)

● **TEMA 3** Evaluación de los Trastornos Disruptivos, del Control de Impulsos y de la Conducta

- 1) Para la evaluación diagnóstica **categorial** 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 6-10%**; 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-2 las cumplimenta: 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.
- 6) La DICA es especialmente recomendada porque: a) es muy breve; b) **tiene adaptación al castellano y es válida para diagnóstico categorial en población española**; c) solo evalúa TC.

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

4 · Evaluación de los Trastornos de Personalidad

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

La personalidad se conceptualiza genéricamente como una manera de ser: aquello que explica la conducta, el pensamiento y las emociones de cada sujeto. Una cosa es la personalidad y otra distinta sus **trastornos (TP)**, aunque instrumentos para la personalidad normal se han utilizado también para evaluar sus trastornos, dado que son la base explicativa de la conducta. Existe relación entre los TP y los **Cinco Grandes**, especialmente el Trastorno Límite y el Narcisista (Costa y Widiger, 2001). La inflexibilidad y desajuste de los rasgos de personalidad produce las desadaptaciones patológicas que llamamos TP (Andersen y Bienvenu, 2011).

NOTA CLAVE — EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA CLASIFICACIÓN

Los TP ya estaban presentes en el **DSM-I (1952)** sin eje específico: eran 27, agrupados en 5 tipos (Genéricos, Rasgos, Psicopáticos, Sintomáticos, Transitorios). El **DSM-III (1980)** incluyó el **Eje II**, donde se ubicaron desde entonces. El **DSM-III-R (1987)** fijó la estructura de 11 TP en tres grandes grupos, que se ha mantenido. En el Eje I permanecen los trastornos clínicos; en el Eje II se ubican los TP y los trastornos del desarrollo — propósito pragmático: incluir en Eje II aquellas alteraciones con alta comorbilidad y estabilidad en el tiempo e intensidad. El borrador del DSM-5 (2012) define los TP como una **alteración de la identidad, el sentido de sí mismo y la capacidad para mantener relaciones efectivas** en presencia de rasgos patológicos de personalidad. Algunos expertos abogan por partir de dimensiones básicas de personalidad (Gunderson y Pollack, 1990; Krueger et al., 2011); otros consideran que el borrador con 5 categorías (antisocial, evitativo, límite, obsesivo-compulsivo, esquizotípico) y 6 dominios puede ser más controvertido que el actual (Esbec y Echeburúa, 2011).

NOTA CLAVE — LOS 3 GRUPOS DE TP

- **Grupo A (Raros, excéntricos):** T. Paranoide, T. Esquizoide, T. Esquizotípico — falla el funcionamiento personal, afectan fundamentalmente al propio sujeto.
- **Grupo B (Exteriorizados):** T. Antisocial, T. Límite, T. Histriónico, T. Narcisista — afectan al sistema de rasgos; el entorno sufre las consecuencias del trastorno.
- **Grupo C (Interiorizados):** T. Evitativo, T. Dependiente, T. Obsesivo-Compulsivo — alteran las funciones interactivas del sujeto con su entorno.
- Además, un grupo de **«Otros desórdenes»** que no cumplen los criterios específicos de ningún grupo pero sí los genéricos (e.g., personalidad pasivo-agresiva, personalidad depresiva).

1.1. Epidemiología

Dada la alta comorbilidad entre los TP, resulta difícil dar una cifra exacta de incidencia (Kaplan y Sandok, 1996). Cada uno puede variar entre **0,5% (paranoide)** y **7% (esquizoide)**, con una cifra global aproximada del **6%** (Zide y Gay, 2001).

Tabla 4.1 · Prevalencia de los Distintos Trastornos de Personalidad (población general)	
Trastorno	Prevalencia (%)
Esquizoide	0,5-7
Esquizotípica	3
Narcisista	1
Histriónica	1-3
Borderline (Límite)	1-2
Evitativa	0,5-1
Dependiente	3-10
Paranoide	0,5-3

NOTA CLAVE

Más frecuentes en **hombres**: narcisista, paranoide, antisocial y esquizoide. Más frecuentes en **mujeres**: depresivos, dependientes, límites y evitativos (Ortiz-Tallo, Cardenal, Ferragut y Cerezo, 2011). El TP aparece en la **adolescencia tardía o juventud temprana**, acompañando 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; su explicación última se encuentra en ciertas estructuras de **temperamento y personalidad** que facilitan respuestas desajustadas ante el estrés ambiental — un rasgo predisponente que se dispara con mayor probabilidad en situaciones estresantes. Normalmente existen **patrones familiares** de estas perturbaciones.

1.3. Comorbilidad

NOTA CLAVE

Todos los TP tienen su trastorno clínico correspondiente en el Eje I, y además existe alta comorbilidad **entre ellos** (Skher y Trull, 2002; Shea et al., 2004). Cuando solo se incluyen en el Eje II es porque no tienen el grado de intensidad/perturbación que los convertiría inequívocamente en un trastorno del Eje I (similar a la diferencia entre depresión mayor y distimia). 2 tipos de factores de riesgo: **sociales** (experiencias estresantes — pérdidas, enfermedades, desastres, desamor — en etapas tempranas donde los mecanismos de afrontamiento aún no están constituidos; Kochanska, 1993) y **biológicos** (aspectos temperamentales con raíces biológicas/genéticas que condicionan la reacción emocional; Raine et al., 2004).

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

El proceso de evaluación ha de ser necesariamente **dilatado**, pues requiere analizar el comportamiento del sujeto a lo largo del tiempo para valorar la estabilidad de los rasgos (Lilienfeld, 1998). Un evaluador poco experimentado que aplica un instrumento en una situación tensa puede confundir un TP con un trastorno clínico — se recomienda evaluar varias veces y analizar cuidadosamente la biografía del sujeto.

NOTA CLAVE — ANTES DE DIAGNOSTICAR UN TP, DESCARTAR:

- 1. Un problema de **ajuste de corta duración** ante un acontecimiento estresante.
- 2. Cualquier **problema físico** (tumores, drogas) que pueda producir sintomatología similar.

2.1. Evaluación Categorical

2.1.1. Criterios Diagnósticos

La evaluación categorial comienza constituyendo grupos taxonómicos que cumplen determinados criterios y termina diagnosticando al sujeto en un grupo. Criterios de dos tipos: **genéricos** (aplicables a todos los TP) y **específicos** (diferencian los tipos entre sí).

NOTA CLAVE — CRITERIOS GENÉRICOS (A-F)

- **(A)** Presente en 4 campos: 1) Cognición (percepción de sí mismo/otros/entorno); 2) Afectividad (tipo, intensidad, labilidad, adecuación emocional); 3) Funcionamiento de relaciones interpersonales; 4) Control de impulsos.
- **(B)** Patrón consistente, inflexible y extenso en todos los campos personales y sociales.
- **(C)** Conduce a malestar o incapacitación significativa social, laboral u otras áreas.
- **(D)** Patrón estable, con comienzo en la adolescencia o juventud temprana.
- **(E)** No se explica mejor como manifestación/consecuencia de otro trastorno.
- **(F)** No se debe a ingestión de sustancias ni a otra condición médica.

Tabla 4.2 · Criterios Específicos del Grupo A (Raros, Excéntricos) — resumen	
Trastorno	Características principales
Paranoide	Suspica, desconfiado; sospecha de los demás sin fundamento; ideas de referencia; renuente a confiar en otros; rencoroso; contraataca airadamente; sospecha injustificada sobre fidelidad de la pareja.
Esquizoide	Reclusión social; ni desea ni disfruta de relaciones íntimas; escoge actividades solitarias; no le interesa el sexo; no disfruta de las cosas; ausencia de amigos; indiferente al elogio o crítica; frío, faltar de afecto.
Esquizotípico	Trastornos perceptivos y déficits sociales; preocupación injustificada sobre la realidad; creencias raras; percepciones extrañas; encuentra significaciones ocultas; pensamiento/lenguaje raros; ideas paranoides; conducta excéntrica; afectos inapropiados.

Criterio de exclusión común: no debe darse este diagnóstico si hay esquizofrenia, trastorno afectivo, cualquier tipo de desorden psicótico, ni si las alteraciones se deben a condiciones médicas.

Tabla 4.3 · Criterios Específicos del Grupo B (Exteriorizados) — resumen	
Trastorno	Características principales
Antisocial	Desprecio y violación de los derechos de los otros desde los 15 años; quebrantamiento de normas; deshonestidad; impulsividad; irritabilidad/agresividad; irresponsabilidad; falta de remordimiento.
Límite (Borderline)	Inestabilidad e impulsividad; terror a ser abandonado; relaciones interpersonales inestables; impulsividad (sexo, drogas); suicidio; autodramatismo; inestabilidad emocional; emociones cambiantes; incontrol de emociones; historia de autoagresiones.
Histriónico	Emocionalidad excesiva, necesidad de admiración y búsqueda de atención; conducta provocativa; usa el atractivo físico como anzuelo; considera sus relaciones más íntimas de lo que realmente son; sugestionable.
Narcisista	Necesita ser centro de atención; es prepotente, espera trato favorable y cumplimiento automático de sus expectativas; requiere excesiva admiración; falta de empatía; envidioso, celoso; arrogante; frente a otros TP similares no incluye impulsividad ni agresión; manipulación del otro; ideación paranoide transitoria.

Criterio de exclusión (Límite): esta conducta no se da exclusivamente durante un episodio de Esquizofrenia o Manía.

Tabla 4.4 · Criterios Específicos del Grupo C (Interiorizados) — resumen	
Trastorno	Características principales
Evitativo	Inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a la evaluación negativa; comienza en la juventud; evitación de relaciones con otros; incapaz de implicarse a menos de estar seguro de aceptación; reacio a intimar por miedo a ser ridiculizado; preocupación por ser criticado o rechazado; se siente inhibido por sentimientos de inadecuación.
Dependiente	Sumisión, dependencia y miedo a la separación; dificultad para tomar decisiones; deseos de que otros asuman sus responsabilidades; excesivos esfuerzos para obtener apoyo de otros; se siente incómodo y desamparado al estar solo; cuando acaba una relación busca urgentemente otra.
Obsesivo-Compulsivo	Preocupación por el orden, perfeccionismo y control mental y social, sin flexibilidad; preocupación por detalles, órdenes, listas, reglas; rígido, terco; escrupuloso; hipercumplidor; dificultades para expresar desacuerdo; guarda objetos inservibles.

EJEMPLO — OTROS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD (FUERA DE GRUPOS A/B/C)

Personalidad Pasivo-Agresiva: resistentes a la autoridad y a las órdenes, pero no desarrollan conductas de oposición abierta — no dan paso a la agresión que sienten, generando resentimiento y actitudes críticas que dificultan su integración.

Personalidad Depresiva: visión de la vida desesperanzada, miserable y triste; baja autoestima; se perciben culpables de todo; con frecuencia desarrollan depresión clínica.

2.1.2. Técnicas Diagnósticas de Evaluación Categorical

Dos formas posibles: 1) observar al sujeto y comprobar presencia/ausencia de criterios sin otra guía que los criterios mismos; 2) utilización de **entrevistas clínicas estructuradas o semiestructuradas**, constituidas por al menos un ítem por criterio.

Tabla · Principales Entrevistas para la Evaluación Categorical	
Instrumento	Características
DIPD — Entrevista Diagnóstica de Trastornos de Personalidad (Zanarini et al., 1996)	2-3 preguntas por criterio; escala 0-2. Aplicable a adultos. Evalúa todos los TP a partir del DSM-III-R.
SCID-II — Entrevista Clínica Estructurada de Desórdenes de Personalidad (First, Gibbon, Spitzer, Williams y Benjamin, 1997; versión esp. First et al., 1999)	Uso categorial (presente/ausente) o dimensional (escala 0-2); 45-90 min. Aplicable a adultos. Evalúa todos los TP; basada en DSM-IV Eje II.
DIB-R — Trastorno de Personalidad Borderline (Zanarini et al., 1989; versión esp. Barrachina et al., 2004)	186 ítems. Entrevista semiestructurada. Evalúa 22 características de la personalidad límite (desesperanza crónica, desvalorización, culpa, ideación paranoide, mutilación, preocupación por el abandono...). 3 subescalas: inestabilidad, autoimagen, afectividad.

EJEMPLO — ÍTEMS ESPECÍFICOS DE AUTOINFORME POR GRUPO

- Grupo A** (raros/excéntricos): «La gente tiene intención de dañarme», «¿Por qué debo estar cerca de la gente?», «¿Crees oír voces que te dan órdenes?», «Yo soy mi mejor amigo».
- Grupo B** (exteriorizados): «Las normas de otros son malas», «Yo debo tener siempre lo que quiero», «¡Miradme: soy el mejor!», «Mi cólera domina mi conducta, no puedo controlarla».
- Grupo C** (interiorizados): «Tengo que tener afecto», «El mundo es un lugar peligroso», «No puedo funcionar sin el apoyo de otros», «Hay que tener reglas severas en la vida».

2.2. Evaluación Dimensional

Frente al diagnóstico categorial, la opción dimensional pretende cuantificar a lo largo de un continuo el grado en que un sujeto presenta determinada sintomatología. No todos los expertos están de acuerdo con la concepción categorial (Krueger, Skodol, Livesley, Shrout y Huang, 2007). Se asienta la tendencia a evaluar dimensionalmente porque: a) es necesario cuantificar la **gravedad** y no solo la presencia (Caballo, 2001; Costa y Widiger, 2002); b) los sujetos se distribuyen según la curva normal, permitiendo cuantificar el grado de desadaptación de un individuo respecto a otros.

2.2.1. Evaluación Dimensional Genérica

Se recomienda comenzar por un instrumento genérico: permite confirmar la hipótesis generada en la entrevista de recepción y detectar otras perturbaciones no patentes en el primer contacto.

Tabla 4.9 · Instrumentos de Amplio Espectro para la Evaluación de los TP	
Instrumento	Características
MCMI-III — Inventario Clínico de la Personalidad de Millon (Millon, Davis y Millon, 1997; adapt. esp. Sánchez, Ávila et al., 2007)	175 elementos, 4 escalas psicométricas, 7 escalas clínicas, 3 síndromes de gravedad. 10 escalas para el Eje I, 11 escalas de Eje II, 3 niveles de gravedad. Aplicable a adultos.
MMPI-2-RF — Inventario Multifásico de Personalidad (Ben-Porath y Tellegen, 2008; ed. esp. 2009)	338 ítems, corrección electrónica, ≈45 min, aplicable a adultos. Escalas de Personalidad de 2º orden: Alteraciones Emocionales, Alteraciones del Pensamiento, Alteraciones del Comportamiento o Exteriorizadas.
NEO-PI-R — Inventario de Personalidad (Costa y McCrae, 2010)	240 ítems. Puede dar información de 6 facetas diferentes de cada uno de sus 5 factores: Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad, Responsabilidad.

Escalas genéricas como el MCMI y el MAPI tienen subescalas de TP y pueden usarse para confirmación diagnóstica (Morey, Waugh y Blashfield, 1985). El NEO-R también ha resultado especialmente útil y buen predictor de los TP (Lawton, Shields y Oltmanns, 2011).

2.2.2. Cuestionarios de Evaluación Específica

Conveniente consolidar los datos del instrumento genérico con un cuestionario específico de TP, que además proporciona posible validez concurrente.

NOTA CLAVE — PRINCIPALES CUESTIONARIOS ESPECÍFICOS

- **MIPS** — Índice de Millon de Estilos de Personalidad (Millon, 1994; Millon et al., 2006): autoinformado, ≈20 min. Subescalas para Esquizotipia, Borderline y Paranoide.
- **CEPER** — Cuestionario de Evaluación de la Personalidad (Caballo y Valenzuela, 2002): autoinforme español, 150 elementos (4 de sinceridad), escala 0-6. 14 estilos personales: Paranoide, Esquizoide, Esquizotípico, Histriónico, Narcisista, Antisocial, Límite, Evitativo, Dependiente, Compulsivo, Pasivo-agresivo, Sádico, Autodestructivo y Depresivo.
- **PCL-R** — Inventario Psicopatológico Revisado (Hare, 2011; adapt. esp. Moltó, Poy y Torrubia, 2011): 2 factores (Interpersonal/Afectivo y Desviación social), 4 facetas (Interpersonal, Afectiva, Estilo de vida, Antisocial). 20 ítems, escala 0-2. Solo adultos, se aplica sobre la entrevista de Hare.
- **PAI** — Entrevista para la Evaluación de la Personalidad (Morey, 2011): 344 ítems, solo adultos, 45 min. 11 escalas clínicas con 28 subescalas, 4 escalas de validez, 5 orientadas a planificación del tratamiento.
- **PDQ-4** — Cuestionario de Diagnóstico de Personalidad (Hyler, 1994; adapt. esp. Calvo et al., 2012; versión adolescente Fonseca, Paino y Lemos, 2012): 99 ítems sí/no. Evalúa Paranoide, Esquizoide, Esquizotípico, Antisocial, Borderline, Histriónico, Narcisista, Evitativo, Dependiente y Obsesivo-Compulsivo.
- Otros: **IA-TP** (Inventario de Adjetivos, Tous, Pont y Muiños, 2005; 8 escalas); **CFPQ** (Cuestionario del Factor General de Personalidad, Amigó, Caselles y Micó, 2010; 20 ítems); **SPQ** (Cuestionario de Personalidad Esquizotípica, Raine, 1991; 74 ítems, adapt. esp. Grasa et al., 2004); **SIPP-118** (Índice de Severidad de Problemas de Personalidad, McGlashan et al., 2005; Verheul et al., 2008; también versión adolescente).

Existen numerosas entrevistas y cuestionarios adicionales (PDI-IV, PDE, SIDP-IV, DIB-R, DIN, PCL, ETAPA, RQ, DAPP-BQ, MSI-BPD, PPI-R, SWAP-200, CAT-PD, EASI, MMPI-2, PAS, TPQ, MPQ-BF, entre otros), en su mayoría surgidos en los años 80-90 al amparo del DSM-III.

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

Estrategia recomendada: comenzar con un instrumento genérico (el **MCMI-III** ofrece la información más precisa), y si se confirma la hipótesis, aplicar un cuestionario específico (e.g., **CEPER**, elaborado para población española).

NOTA CLAVE — 3 ADVERTENCIAS ESENCIALES PARA EL DIAGNÓSTICO

1. **Duración y contexto:** solo si la sintomatología perdura **más de un año** puede hacerse un diagnóstico de TP. Hay que asegurarse de que no se trata de un **trastorno de ajuste** ante un acontecimiento extraordinario. En sujetos de otras culturas (inmigrantes), la desadaptación puede ser **cultural y no personal** — extremar el cuidado.
2. **Comorbilidad:** es muy frecuente que un mismo sujeto presente dos o más TP simultáneamente (tienden a aparecer conjuntamente). Se debe dar el diagnóstico en el orden de importancia hallado según la sintomatología evaluada; se ha criticado esta comorbilidad como reflejo de falta de precisión de los instrumentos y del modelo (Bornstein, 2011).
3. **Confusión con el Eje I:** la edad de aparición, la intensidad de interferencia con la vida cotidiana y la duración son los elementos que más fácilmente discriminan. Los TP son más estables, más globales y más tolerables para el sujeto que los trastornos del Eje I.

Tabla 4.11 · Diferencias Diagnósticas entre Trastornos del Eje I y Eje II		
TP (Eje II)	Trastorno Eje I equivalente	Criterio diferencial
T. Paranoide	Paranoia	Sin delirios ni alucinaciones (Eje II) vs. con ellos (Eje I)
T. Esquizoide	Esquizofrenia	Sin delirios ni alucinaciones vs. con ellos
T. Esquizotípico	Esquizofrenia	Sin delirios ni alucinaciones vs. con ellos
T. Antisocial	T. Disocial	Comienzo precoz (Eje II) vs. comienzo tardío/uso de sustancias (Eje I)
T. Límite	T. Afectivos / de ansiedad	Comorbilidad con ansiedad y con trastornos de alimentación; nivel de ansiedad más alto; edad de aparición
T. Dependiente	—	Comienzo precoz vs. comienzo tardío
T. Obsesivo-Compulsivo	TOC	Sin compulsiones (Eje II) vs. con compulsiones (Eje I)

El TP Narcisista, frente a otros similares, NO incluye impulsividad ni agresión. El trastorno antisocial se diferencia del trastorno de conducta por la edad de inicio: 18 años (antisocial) vs. 15 años (conducta). En todos los TP debe constatare que la conducta no se da exclusivamente durante un episodio de Esquizofrenia o Manía.

NOTA CLAVE — TABLA 4.12: RASGOS DE PERSONALIDAD Y CRITERIOS ESENCIALES

Se pueden combinar características personales con criterios esenciales de cada TP dando lugar a perfiles característicos (Gunderson y Ronningstam, 2001), organizados en **4 grandes dimensiones de rasgos: Afecto Negativo** (labilidad emocional, ansiedad, inseguridad de separación, sumisión, hostilidad, depresión, suicidalidad), **Desvinculación** (contención afectiva, depresión, suicidalidad, introversión, anhedonia, evitación de la intimidad), **Antagonismo** (manipulación, decepción, grandiosidad, búsqueda de atención, dureza, irresponsabilidad) y **Desinhibición/Psicoticismo** (impulsividad, rigidez perfeccionista, distraibilidad, excentricidad, creencias raras, irregularidades de pensamiento y percepción).

Pese a la fama de trastornos permanentes, se ha constatado una **mejoría del 50%** en pacientes sometidos a psicoterapia (Perry et al., 1999) — la permanencia se da en la inacción, pero son trastornos sensibles a la intervención. Es esencial repetir la evaluación tras el tratamiento con los **mismos instrumentos** de la evaluación inicial, y dilatar el período de seguimiento.

Se recomiendan **3 niveles de evaluación** (Hopwood et al., 2011): 1) estimación de la **severidad** (mayor poder predictivo); 2) determinación de **estilos de personalidad**; 3) evaluación de **rasgos de personalidad**. Se propone también el uso de **instrumentos combinados** (e.g., MCMI + SCID) para corroborar la precisión diagnóstica (García y Deus, 2010).

3.1. Fiabilidad

NOTA CLAVE — DATOS DE FIABILIDAD

- La correlación diagnóstica entre distintos expertos con la misma entrevista, y entre diferentes entrevistas, es **baja**: entrevistas estructuradas entre sí ≈0,40; estructuradas con clínicas ≈0,30; estructuradas con cuestionarios ≈0,27 (Clark, Livesley y Morey, 1997).
- Trastorno límite (DIPD): en un estudio longitudinal de 1 año, solo la inestabilidad de relaciones interpersonales y las ideas de suicidio mostraron estabilidad adecuada (Grilo et al., 2007) — baja eficiencia pese a ser un trastorno considerado estable. Fiabilidad interjueces de la DIPD = **0,68**; test-retest (1 semana) = **0,69**.
- Los **autoinformes** presentan ventajas en tiempo de aplicación y fiabilidad convergente (Widiger, 1992, 2002).
- Instrumentos específicos obtienen mejores cifras: **CEPER** — alfa de Cronbach 0,97, correlación dos mitades 0,91 (CEPER-III: 0,93). **PDQ-4** español — alfa total 0,90. **SPQ** español — consistencia interna 0,90.

3.2. Validez

NOTA CLAVE — DATOS DE VALIDEZ

- La validez concurrente es difícil de conseguir en TP; normalmente se necesitan varias fuentes para evitar el «maquillaje» narrativo (especialmente en narcisista/paranoide). La concordancia entre fuentes no es alta: correlación paciente-cónyuge = **0,33** pese a la convivencia estrecha (South, Oltmanns, Johnson y Turkheimer, 2011).
- MCMI-III**: concordancia diagnóstica interjueces buena — más alta: 81% (Dependiente) y 79% (Obsesivo); más baja: 44% (Negativista).
- CEPER** vs. Millon: 0,30-0,68 según escalas; la más baja Esquizoide (0,19), mejora en CEPER-III (0,50-0,72).
- SPQ** español vs. SCID: 0,69. **PDQ-4** español vs. TCI: 0,30-0,73 según escalas.

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

Figura 4.1 • Secuencia Diagnóstica en los Casos de TP	
Fase	Contenido
1. Entrevista de primer contacto	Hipótesis de TP por adaptación crónica sin localización posible en el Eje I.
2. Instrumento general	Aplicación del Millon Clinical Personality Inventory-III (MCMI-III; Millon, 2007). Confirmación de la hipótesis y localización de posible sintomatología.
3. Instrumento específico	Administración del CEPER y confirmación del TP.

Es conveniente la confirmación con las personas de referencia y con el propio sujeto de la existencia y duración de los síntomas detectados. Se elabora un plan de intervención acorde con las expectativas del cliente y el consejo técnico del experto, y un informe que subraye puntos fuertes y débiles orientando la intervención, junto con una planificación de evaluaciones del proceso. Los instrumentos adecuados para el seguimiento son, normalmente, los mismos de la evaluación específica inicial.

✓ Resumen Rápido para el Examen

- DSM-I (1952): 27 TP sin eje específico. DSM-III (1980): crea el **Eje II**. DSM-III-R (1987): fija 11 TP en 3 grupos (estructura actual).
- 3 grupos: **A** (raros/excéntricos: paranoide, esquizoide, esquizotípico), **B** (exteriorizados: antisocial, límite, histriónico, narcisista), **C** (interiorizados: evitativo, dependiente, obsesivo-compulsivo).
- 6 criterios genéricos (A-F): 4 campos afectados (cognición, afectividad, relaciones, control de impulsos), patrón inflexible, malestar significativo, **inicio en adolescencia/juventud**, no se explica mejor por otro trastorno, no debido a sustancias/condición médica.
- Prevalencia global aproximada: **6%** (rango 0,5%-7% según trastorno). Más frecuente en hombres: narcisista, paranoide, antisocial, esquizoide. Más frecuente en mujeres: depresivo, dependiente, límite, evitativo.
- 2 tipos de evaluación: **categorial** (observación directa o entrevistas estructuradas: DIPD, SCID-II, DIB-R) y **dimensional** (cuantifica gravedad en un continuo).
- Estrategia recomendada: instrumento **genérico primero** (MCMI-III de elección) → instrumento **específico después** (CEPER para población española).
- Diagnóstico de TP requiere: síntomas **>1 año** de duración; descartar trastorno de ajuste; considerar factor cultural en inmigrantes; alta comorbilidad entre TP entre sí; diferenciar de su homólogo en Eje I (criterio clave: presencia/ausencia de delirios y alucinaciones en grupo A; compulsiones en TOC vs. obsesivo-compulsivo de personalidad).
- TP Antisocial: inicio a los **18 años** (vs. trastorno de conducta, que empieza a los 15).
- TP Narcisista NO incluye impulsividad ni agresión (a diferencia de otros TP del grupo B).
- 3 niveles de evaluación recomendados (Hopwood et al., 2011): severidad, estilos de personalidad, rasgos de personalidad.
- Fiabilidad entre entrevistas/evaluadores es **baja** (0,27-0,40); los **autoinformes/cuestionarios específicos** obtienen mejores cifras de fiabilidad y validez que las entrevistas.
- Pese a su carácter crónico, **50% de mejoría** con psicoterapia (Perry et al., 1999) — son trastornos sensibles a la intervención.
- Es imprescindible reevaluar con los **mismos instrumentos** tras el tratamiento, y prolongar el seguimiento.

Ejercicios de Autoevaluación

- Un trastorno de personalidad: a) se presenta precozmente; b) se presenta en la adolescencia; c) se presenta en edad adulta.
- Los TP son: a) transitorios; b) de duración media; c) de larga duración.
- 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.

5 · Evaluación de los Trastornos de Ansiedad

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 de las alteraciones emocionales más comunes en población adulta e infantil. Genéricamente, es el conjunto de alteraciones desadaptadas de una reacción emocional normal y necesaria que se traduce en sentimientos de **tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación**, con un correlato reactivo del sistema nervioso autonómico y cognitivo, caracterizado por la **anticipación de un peligro o amenaza** (Spielberger, Pollans y Worden, 1984). La elevada intensidad, frecuencia e interferencia en el funcionamiento adaptativo es lo que confiere la cualidad de trastorno.

NOTA CLAVE — CLASIFICACIÓN DSM

DSM-IV-TR incluye: crisis de angustia, agorafobia, trastorno de angustia con/sin agorafobia, fobia específica, fobia social, **TOC, trastorno de estrés postraumático**, trastorno de estrés agudo, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica, trastorno inducido por sustancias y trastorno de ansiedad no especificado. También se incluye el **trastorno de ansiedad de separación** (recogido en la sección de trastornos de la infancia).

DSM-V (futuro): el **TOC** y el **trastorno de estrés postraumático** se tratarán como categorías independientes, fuera de los trastornos de ansiedad.

Tabla · Descripción Breve de los Principales Trastornos de Ansiedad	
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 (sin pánico)	Reacciones de miedo intenso acompañado de evitación ante situaciones donde escapar o recibir ayuda 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, situacional).
Fobia Social	Reacciones de miedo intenso o vergüenza acompañada de evitación a situaciones sociales en las que la persona está expuesta a desconocidos y puede ser evaluada o enjuiciada.
Ansiedad Generalizada	Ansiedad persistente con preocupación excesiva sobre diversos contenidos y de difícil control, acompañada de moderados síntomas somáticos.

1.2. Epidemiología y Curso

NOTA CLAVE — DATOS DE PREVALENCIA Y CURSO

- Población adulta: prevalencia entre **1% y 13%** aproximadamente (APA, 2000; Kessler et al., 2005). Población infantil/adolescente: **5-10%** (Anderson, Williams, McGee y Silva, 1987).
- Más prevalentes: **fobias específicas y fobias sociales**, seguidas de ansiedad generalizada. Menos frecuente: **trastorno de pánico sin agorafobia** (Sandín y Chort, 2010).
- Las chicas informan de niveles más altos e intensos de ansiedad (población normativa, subclínica y clínica), aunque las tasas por sexo varían según el tipo de trastorno, destacando diferencias en agorafobia y fobias específicas.
- **Periodo de inicio:** entre los 6 y 21 años. Inicio más temprano: fobias específicas, fobia social y ansiedad de separación (Kessler et al., 2005). En la infancia son frecuentes miedos transitorios/evolutivos que remiten antes de la adolescencia sin llegar a ser fobias específicas.

1.3. Factores Etiológicos y Factores Asociados

NOTA CLAVE — PRINCIPALES FACTORES

- **Familiares y genéticos:** gran parte de los afectados informan de antecedentes familiares (factores genéticos + transmisión intergeneracional por aprendizaje/patrones relacionales). Estudios de gemelos: **≈33%** de la varianza en ansiedad infantil es genética (Eley, 2001).
- **Temperamentales:** afectividad negativa, neuroticismo e **inhibición conductual** (Kagan, 1997) aumentan el riesgo y la probabilidad de herencia.
- **Exposición a acontecimientos estresantes e incontrolables**, principalmente en la infancia (Weems, Silverman, Rapee y Pina, 2003).
- **Influencia del aprendizaje:** condicionamiento directo/indirecto (Ollendick y King, 1991), aunque no es condición necesaria — muy pocos niños con fobia han tenido condicionamiento directo (Field, 2006); interactúa con factores predisponentes (temperamento, historia de aprendizaje).
- **Procesos sociales e interpersonales:** influencia de iguales y familia; pobreza, psicopatología parental, experiencias traumáticas. **Apego inseguro** → más probabilidad de trastorno de ansiedad y mayor sensibilidad a la ansiedad (Warren et al., 1997; Weems et al., 2002). El sobrecontrol/sobreimplicación/conducta intrusiva parental también se asocia (Whaley, Pinto y Sigman, 1999).
- **Sesgos cognitivos y distorsiones:** focalización atencional en señales amenazantes, interpretación de situaciones ambiguas como amenazantes, interpretación de sensaciones de ansiedad como peligrosas, expectativas de autoeficacia (Bandura, 1977) y sensibilidad a la ansiedad (Reiss, 1991).

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

Fundamentalmente se utilizan las **entrevistas estructuradas** (diagnóstico categorial) y las **escalas de puntuación** (diagnóstico dimensional).

2.1. Instrumentos de Evaluación Utilizados

2.1.1. Entrevistas Estructuradas

La entrevista diseñada específicamente para la evaluación de los trastornos de ansiedad es la **ADIS** (Anxiety Disorders Interview Schedule; Silverman y Albano, 1996), en dos versiones: niños (ADIS-C) y padres (ADIS-P).

Tabla 5.2 · Principales Entrevistas Diagnósticas para Niños y Adolescentes (★ Altamente recomendadas)	

Instrumento	Aplicación	Características
DISC/NIMD-DISC-IV (Costello et al., 1984; Shaffer et al., 2000)	Autoinformada 9-17 años (DISC-Y); versión padres 6-17 años (DISC-P). 264 elementos, sí/no. 60-110 min.	Explora los trastornos infantiles del Eje I del DSM-III-R y DSM-IV.
DICA (Reich, Leacock y Shanfeld, 1997; Reich, 2000; versión esp. Ezpeleta et al., 1995, 1997)	6-17 años. 3 versiones: padres (DICA-P), niños (DICA-C), adolescentes (DICA-A). 247 elementos, sí/no. 60-120 min.	Explora los trastornos infantiles del Eje I del DSM-III-R y DSM-IV.
CAPA (Angold, 1994; Angold y Costello, 2000)	Versión niños (CAPA-N) y padres (CAPA-P). Módulos diagnósticos. 60 min c/u.	Grado de interferencia en funcionamiento cotidiano. Síndromes según DSM-III-R, DSM-IV y CIE-10.
ISCA (Kovacs, 1997; Sherrill y Kovacs, 2000)	3 versiones: actual (ISCA-Current), a lo largo de la vida (ISCA-Lifetime), seguimiento (FISA). Gradiente 0-8. 45-120 min.	Evaluación de síntomas clínicos.
★ ADIS-IV (Silverman, Albano y Sandín, 2001)	Versión padres (ADIS-IV-P) y niños (ADIS-IV-C). Preguntas sí/no + escalas de gravedad 0-8. 2-3 horas.	Trastornos de ansiedad según DSM-IV + secciones para estado de ánimo, sustancias y somatomorfos.

Tabla 5.3 · Principales Entrevistas Diagnósticas para Adultos (★ Altamente recomendadas)		
Instrumento	Aplicación	Características
CIDI (OMS, 1993)	Adultos. Preguntas sondeo + diagnóstico agrupadas por trastorno.	Diagnóstico según DSM-IV y CIE-10. Diseñada originalmente para legos entrenados, fines epidemiológicos.
SCID-I / SCID-CV (First, Spitzer, Williams y Gibbon, 1995, 1997, 2002)	Adultos. 9 módulos, preguntas sondeo + específicas. Escala 1 (falso), 2 (subumbral), 3 (umbral). 45-90 min.	Diseñadas según criterios DSM-IV. SCID-I: fines de investigación. SCID-CV: uso clínico.
SADS / SADS-LA (Spitzer, 1978; Endicott y Spitzer, 1978)	90-120 min, requiere extenso entrenamiento.	Estudio específico de trastornos de ansiedad: estado clínico presente e historia psicopatológica. Basada en el RDC.
★ ADIS-M (DiNardo, O'Brien, Barlow, Waddell y Blanchard, 1983; adapt. esp. Valiente, Sandín y Chorot, 2003a)	Preguntas sí/no + Likert 8 puntos.	Agrupar preguntas de los distintos criterios diagnósticos de los trastornos de ansiedad del DSM-IV.

NOTA CLAVE — EVIDENCIAS DE FIABILIDAD Y VALIDEZ DE LAS ENTREVISTAS

Pese a ser poco utilizadas por los clínicos, las entrevistas estructuradas son las medidas **más fiables y válidas** para el diagnóstico categorial (Miller, 2001). Buenas evidencias para DICA, DISC-IV, CAPA e ISCA. La **ADIS**, por su especificidad y calidad psicométrica, es la **entrevista de elección** para trastornos de ansiedad (fiabilidad ≥0,70, aunque no discrimina bien niveles de agorafobia). En segundo lugar, la **SCID**. La validez de la **CIDI** ha sido cuestionada (rigidez excesiva, no permite clarificar preguntas), aunque su concordancia con la SCID es buena. La **SADS** tiene buena fiabilidad pero es poco utilizada específicamente para ansiedad.

2.1.2. Escalas de Puntuación

Alternativa para un diagnóstico **dimensional**. Dos tipos: **a) globales/«omnibus»** (medida general de ansiedad, no de un trastorno específico) y **b) específicas** (identifican un trastorno particular o alguna de sus dimensiones).

Tabla 5.4 · Escalas de Puntuación Global para la Evaluación de la Ansiedad	
Instrumento	Características
STAI / STAIC (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970)	40 ítems, Likert 3 niveles. Niños y adultos. Ansiedad Estado (transitoria) y Ansiedad Rasgo (propensión).
CMAS-R (Reynolds y Richmond, 1985)	37 ítems sí/no. 6-19 años. 5 dimensiones: fisiológica, preocupación/hipersensibilidad, inquietud/concentración, social, mentira/deseabilidad social. Puntuación global y por escalas.
★ MASC (March, Parker, Sullivan, Stallings y Connors, 1997)	39 ítems, Likert 4 niveles. 8-18 años. 4 dimensiones: síntomas físicos, evitación del daño, ansiedad social, ansiedad de separación.
SCARED-R (Muris, Merckelbach, Schmidt y Mayer, 1999)	66 ítems, Likert 3 puntos. 8-18 años. 7 dimensiones: ansiedad de separación, generalizada, pánico, fobia social, TOC, estrés postraumático, fobia específica.
CAS (Gillis, 1980, 1990)	20 ítems, presencia/ausencia. 6-8 años. Puntuación total + 2 factores: emocionalidad/excitabilidad; retraimiento/dependencia. Niveles bajo/medio/alto.
ISRA (Tobal y Cano, 1994)	224 ítems: 22 situaciones y 24 respuestas representativas. Desde 16 años.

EJEMPLO — ESCALAS ESPECÍFICAS POR TRASTORNO

Fobia específica y fobia social: SPAI, SPIN, LSAS, FSQ, DAI, CLQ, FQ, FSSC-R.
Pánico y agorafobia: PDSS (Escala de Gravedad de Trastorno de Pánico) y APPQ (Cuestionario de Fobia y Pánico de Albania).
Ansiedad generalizada: WAQ (Cuestionario de Ansiedad y Preocupación).
Ansiedad de separación: CASIT, CASI-N/CASI-P, SAAS (Eisen, Hahn, Hajinlian, Winder y Pincus).

NOTA CLAVE — EVIDENCIAS DE FIABILIDAD Y VALIDEZ DE LAS ESCALAS

En general buenas propiedades psicométricas (consistencia interna y test-retest). **CMAS-R y STAIC** discriminan bien ansiedad vs. no ansiedad, pero se solapan con TDAH/trastorno emocional. **MASC y SCARED** muestran mejor discriminación entre trastornos de ansiedad, aunque su discriminación con depresión/TDAH es limitada. Las escalas tienden a generar más **falsos positivos** que verdaderos positivos (Costello y Angold, 1988), especialmente en varones. Destacan por psicometría y utilidad clínica: **FSSC-R, MASC y SPAIC** (niños). Para fobias, ninguna escala ofrece aún garantías suficientes para el diagnóstico. Para pánico: **PDSS**. Para ansiedad generalizada: **WAQ**.

2.2. Diagnóstico Diferencial

Tabla 5.5 · Diagnóstico Diferencial en la Evaluación de los Trastornos de Ansiedad	
Trastorno	Diferenciar de / Consideraciones
T. Ansiedad debido a Enfermedad Médica	Problemas de tiroides, alteraciones cardíacas.
T. Ansiedad Inducido por Sustancias	Consumo de sustancias con efectos fisiológicos de ansiedad (cocaína, cannabis, anfetaminas, cafeína) o abandono brusco de depresores (alcohol, barbitúricos).
Trastorno de Pánico	Identificar ataques de pánico (AP) en el contexto de otros trastornos (TOC, TEPT...). Diferenciar de: trastorno dismórfico corporal,

	fobia social/específica, episodio depresivo mayor, TAG, hipocondría, trastorno delirante/esquizofrenia, trastorno de tics, supersticiones/comportamientos repetidos.
T. Ansiedad Generalizada	Atender al contenido de las preocupaciones: sociales (Fobia Social), objetos específicos (Fobia Específica), separación (Ansiedad de Separación), evento traumático (TEPT), pensamientos intrusivos egodistónicos (TOC).
Fobia Específica y Fobia Social	Diferenciar de: angustia con agorafobia, ansiedad de separación, trastornos generalizados del desarrollo/esquizoide, trastorno de personalidad por evitación (a veces equiparables), timidez en reuniones sociales (malestar e interferencia más leve).
Ansiedad de Separación	Diferenciar de: TAG, trastorno de angustia, trastorno disocial, fobia social/estado de ánimo, trastornos psicóticos (experiencias perceptivas inusuales basadas en percepción errónea, reversibles ante figura vinculada).

2.3. Comorbilidad

NOTA CLAVE

Muy frecuente, especialmente en niños/adolescentes: **91%** en población clínica, **>70%** en población general (Wittchen, Nelson y Lachner, 1998). En adultos: comorbilidad entre trastornos de ansiedad entre el **30% y 80%** (Kessler et al., 2007). La **fobia específica** es la que más aparece junto a otros trastornos de ansiedad; la **ansiedad generalizada** la que menos. La **depresión** es el síndrome con mayores tasas de comorbilidad con los trastornos de ansiedad (Barlow, 1988; Maser y Cloninger, 1990).

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

Es necesario evaluar las variables relevantes relacionadas con el origen/mantenimiento de cada trastorno específico, contrastando las hipótesis de conceptualización.

NOTA CLAVE — MECANISMOS DE MANTENIMIENTO POR TRASTORNO

- **Pánico:** aprensión ansiosa centrada en sensaciones somáticas (Barlow, 1998), sensibilidad a la ansiedad (Reiss, 1991), interpretación catastrófica, pérdida de control percibida y baja autoeficacia. La **evitación** mantiene la ansiedad por refuerzo negativo e interrumpe la extinción/habitación.
- **Ansiedad generalizada:** la **preocupación** como estrategia de evitación cognitiva de la activación psicofisiológica e imágenes aversivas (Borkovec, 1994) — refuerzo negativo que impide la extinción. Valoración positiva de preocuparse («ayuda a resolver problemas») vs. creencias negativas («la preocupación es perjudicial») → **intolerancia a la incertidumbre** (Koerner y Dugas, 2008).
- **Fobia específica:** identificación de condiciones estímulares, conductas de evitación y cogniciones distorsionadas (anticipaciones catastróficas, expectativas de peligro).
- **Fobia social:** inhibición conductual (Kagan, 1997), experiencias sociales negativas, apego inseguro, focalización atencional en señales sociales, déficits de habilidades sociales, miedo al ridículo, ansiedad anticipatoria, asociación con consumo de alcohol. Debate: especificidad vs. generalización (relevante para el diagnóstico diferencial con TP por Evitación).
- **Ansiedad de separación:** características familiares, salud mental parental, apego, temperamento difícil + padres poco responsivos/hostiles (apego desorganizado/evitativo; Manassis, 2001), acontecimientos estresantes (hospitalización, enfermedad crónica, violencia familiar), sobreestimación del peligro de separarse e infravaloración de la propia capacidad de independencia (Bögels y Zigterman, 2000).

Tabla 5.6 · Variables e Instrumentos para la Conceptualización del Trastorno de Pánico (★ ★ recomendados para conceptualización)		
Hipótesis	Instrumentos	Dimensiones
Sensibilidad a la Ansiedad	★ ★ Inventario de Sensibilidad a la Ansiedad ASI (Reiss et al., 1986; Sandín et al., 1996)	16 ítems. Preocupación física, incapacitación mental, preocupación social.
Miedo a las sensaciones corporales	★ ★ Cuestionario de Sensaciones Corporales BSQ (Chambless, Caputo, Bright y Gallagher, 1984)	18 ítems. Sensaciones somáticas experimentadas.
Pensamientos sobre pérdida de control	★ ★ Cuestionario de Cogniciones Agorafóbicas ACQ (Chambless et al., 1984)	14 ítems. Cogniciones sobre pérdida de control y preocupación física.
Gravedad fóbica y malestar	Cuestionario de Miedos FQ (Marks y Mathews, 1979)	24 ítems. Subescalas: agorafobia, sangre/daño, fobia social, ansiedad/depresión.
Evitación, problemas de movilidad	Inventario de Movilidad para Agorafobia MI (Chambless et al., 1985)	Gravedad de la evitación solo/acompañado.
Frecuencia/malestar/interferencia	★ ★ Escala de Gravedad del Trastorno de Pánico PDSS (Shear et al., 1992)	7 áreas: frecuencia, distrés, ansiedad anticipatoria, miedos agorafóbicos/interoceptivos, evitación, interferencia. Escala 0-4. 15 min.
Evitación conductual	Test conductuales y autorregistros in vivo	Itinerario programado, Registro de Unidades Subjetivas de Ansiedad.
Conductas de seguridad	Escala de Conductas de Seguridad de Texas TSMS (Kamphuis y Telch, 1988)	Listado de conductas ante situaciones temidas.
Autoeficacia	Cuestionario de Autoeficacia SE-SCAQ (Gauthier, Bouchard, Côté, Laberge y French, 1993)	Escala 0-100.
Miedo imaginado por áreas	Cuestionario de Fobia y Pánico de Albania APPQ (Rapee et al., 1994, 1995)	Áreas: agorafobia, fobia social, interoceptiva.

Tabla 5.7 · Variables e Instrumentos para la Conceptualización del Trastorno de Ansiedad Generalizada		
Hipótesis	Instrumentos	Dimensiones
Gravedad de la preocupación	Cuestionario de Ansiedad y Preocupación WAQ (Dugas et al., 1995)	4 áreas de preocupación, 16 ítems.
Gravedad de síntomas TAG	★ ★ ★ Cuestionario de Preocupación PSWQ (Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990)	16 ítems, Likert 1-5.
Interferencia y calidad de vida	QLQ (Ladouceur et al., 1998) / QOLI (Frisch, 1994)	31/17 ítems. Dominios: salud, familia, actividad, finanzas, comunidad, trabajo, metas, seguridad.
Pensamientos positivos sobre preocuparse	Cuestionario Por Qué Preocuparse WW-II (Wells y Carter, 1999)	25 ítems, 5 subescalas.
Creencias negativas sobre incertidumbre	★ ★ ★ Escala de Intolerancia a la Incertidumbre IUS (Dugas y Robichaud, 2007; adapt. González et al., 1998)	27 ítems, Likert 5.
Orientación negativa a los problemas	Cuestionario de Orientación a Problemas Negativos NPOQ (Gosselin, Ladouceur y Pelletier, 2005)	12 ítems, Likert 5.
Supresión de pensamiento y evitación	★ ★ ★ Cuestionario de Evitación Cognitiva CAQ	25 ítems, 5 subescalas: sustitución, distracción, evitación de

cognitiva	(Gosselin et al., 2002)	acciones/situaciones, transformación de imágenes.
Supresión de pensamientos	Inventario de Supresión de Pensamientos WBSI (Wegner y Zanakos, 1994)	15 ítems, Likert 5.

Tabla 5.8 · Variables e Instrumentos para la Conceptualización de Fobia Social y Fobia Específica		
Hipótesis	Instrumentos	Dimensiones
Severidad, evitación, malestar, miedo a evaluación	★ ★ SPAI / SPAI-C (Turner et al., 1989, 1996; Beidel, Turner y Fink, 1996)	45 ítems (versión infantil 16). Miedo a hablar en público, ansiedad escolar/comunitaria, escala de agorafobia.
Intensidad ansiedad social	★ ★ SPIN (Connor et al., 2000)	17 ítems. Ansiedad social, malestar fisiológico, evitación.
Interacción y actuación social	LSAS (Liebowitz, 1987); SPS y SIAS (Mattick y Clarke, 1998)	24 / 20 / 19 ítems.
Evitación social y ansiedad	SAD y FNE (Watson y Friend, 1969)	28 y 30 ítems, V/F.
Ansiedad social en niños	SASC-R (La Greca y Stone, 1993); EDAS (Olivares y García-López, 1998, 1999)	12 y 10 ítems.
Miedos específicos	FSQ (serpientes), DAI (dental), CLQ (claustrofobia), ★ FSSC-R (Ollendick et al., 1983, 1989)	FSSC-R: 80 ítems, 5 dimensiones de miedo.
Sensibilidad al asco	Escala de Asco DS (Haidt et al., 1994)	32 ítems.
Perfeccionismo	FMPS (Frost et al., 1990)	35 ítems, dimensiones de perfeccionismo.
Actuación social observada	SPRS (Turner et al., 1986); registros	Calidad vocal, fluidez, malestar codificados 1-5.
Autoverbalizaciones	SISST (Glass et al., 1982)	30 ítems, Likert 5. Pensamientos positivos/negativos.
Estrategias de afrontamiento	Inventario Multidimensional de Afrontamiento (Endler y Parker, 1990b)	70 ítems, 3 factores: tarea, emoción, evitación.

Tabla 5.9 · Variables e Instrumentos para la Conceptualización de la Ansiedad de Separación		
Hipótesis	Instrumentos	Dimensiones
Severidad y características	CASIT (González et al.); CASI-N/CASI-P (Espada et al.)	24-26 ítems, Likert 5, 3 escalas cada uno.
Miedo a estar solo/abandono	SAAS-C / SAAS-P (Eisen y Schaefer, 2005)	34 ítems, 6 subescalas: miedo a estar solo, miedo al abandono, quejas somáticas, preocupación por sucesos desastrosos, señales de seguridad.

NOTA CLAVE — OTRAS TÉCNICAS DE CONCEPTUALIZACIÓN

Observación conductual: conductas de evitación (% pasos de aproximación), juicios subjetivos de miedo, conductas de interacción social, conductas de interacción padre-hijo.

Autorregistros: fuerte validez convergente/discriminativa; información sobre situaciones/objetos que disparan la ansiedad, señales interoceptivas y cogniciones asociadas mediante diarios/registros ad hoc.

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

NOTA CLAVE

Los cuestionarios presentan las mejores propiedades psicométricas, aunque registros de observación y autorregistros son a menudo los más útiles en la práctica. Altamente recomendados: fobias → SPAI, SPIN, ASI; pánico/agorafobia → ASI, BSQ, ACQ, FQ; ansiedad generalizada (preocupación) → PSWQ; (calidad de vida) → QLQ, QOLI; (procesos cognitivos) → IUS, WW-II, NPOQ, CAQ.

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

Muchos instrumentos de diagnóstico/conceptualización se usan a modo de pretest-postest. Se recomienda administrar las escalas dos veces antes de iniciar el tratamiento (evaluación inicial y comienzo de la intervención) para separar la fluctuación de la mera repetición del cambio real atribuible al tratamiento (Silverman y Ollendick, 2008). Las escalas de puntuación son los instrumentos de elección por su sensibilidad al cambio.

NOTA CLAVE — INSTRUMENTOS RECOMENDADOS PARA EVALUAR EL TRATAMIENTO

- Niños (Silverman y Ollendick, 2008): ADIS, CBCL, CMAS-R, FSSC-R, MASC. La observación conductual es menos sensible al cambio que entrevistas/escalas.
- Adultos — fobias: SPAI, SPIN, LSAS (severidad); BAT (indicadores conductuales); IRS (funcionamiento vital).
- Pánico/agorafobia: mismos que conceptualización (ASI, BSQ, ACQ, FQ) + autorregistros y tests de aproximación conductual.
- Ansiedad generalizada: ADIS-IV, PSWQ, WAQ, QLQ, QOLI, IUS, WW-II, NPOQ, CAQ.
- Limitación psicométrica común (excepto ADIS): se desconoce su fiabilidad interjueces.

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

Tabla 5.10 · Protocolo Básico para la Evaluación de los Trastornos de Ansiedad	
Fase	Instrumentos
Diagnóstico	Entrevista diagnóstica ADIS-IV
Conceptualización del caso	Escalas según variables implicadas: Fobia/fobia social → SPAI, SPIN, ASI; Pánico y agorafobia → ASI, BSQ, ACQ, FQ; Ansiedad Generalizada → PSWQ, QLQ, QOLI, IUS, WW-II, NPOQ, CAQ; Registros conductuales ad hoc y autorregistros
Progreso y resultados del tratamiento	Severidad de síntomas: escalas de puntuación (CBCL, CMAS-R, FSSC-R, SPAI, SPIN, etc.); Indicadores conductuales: test de aproximación conductual y autorregistros; Funcionamiento: instrumentos de calidad de vida, diarios y autorregistros

ADIS-IV = Entrevista para el Diagnóstico de los Trastornos de Ansiedad; 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/QOLI = Cuestionarios 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 Achenbach; CMAS-R = Escala Revisada de Ansiedad Manifiesta para Niños; FSSC-R = Inventario de Miedos Revisado para Niños.

✓ Resumen (según el libro)

Los trastornos de ansiedad son de las alteraciones emocionales más comunes en población adulta e infantil (prevalencia adulta 1-13%; infantil/adolescente 5-10%). Las chicas informan de niveles más altos de ansiedad, aunque varía según el tipo de trastorno. El período de inicio de la mayoría es entre los 6 y 21 años. Múltiples factores implicados: familiares/genéticos, temperamentales, exposición a estresores incontrolables, aprendizaje, procesos sociales/interpersonales y sesgos cognitivos.

Para el diagnóstico se utilizan fundamentalmente entrevistas estructuradas (categorial) y escalas de puntuación (dimensional) — globales/omnibus vs. específicas. Las escalas muestran, en general, adecuadas propiedades psicométricas (consistencia interna y fiabilidad test-retest), discriminando entre sujetos con y sin ansiedad. Diagnóstico diferencial y comorbilidad son aspectos relevantes: la comorbilidad es muy frecuente, especialmente en niños/adolescentes, siendo la depresión el síndrome con mayores tasas de comorbilidad con los trastornos de ansiedad.

Para la conceptualización del caso se dispone de un amplio conjunto de instrumentos (cuestionarios, observación conductual, autorregistros) organizados por trastorno. Los cuestionarios tienen las mejores propiedades psicométricas, aunque registros y autorregistros son a menudo los más útiles en la práctica clínica.

Para evaluar el progreso del tratamiento, las escalas de puntuación son los instrumentos de elección por su sensibilidad a los efectos del tratamiento, usadas a modo de pretest-posttest junto con entrevistas y autorregistros.

Finalmente, se propone un protocolo que incluye desde una entrevista estructurada para el diagnóstico (ADIS-IV) hasta diferentes escalas de puntuación y cuestionarios específicos para 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 recomendada 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» qué 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.

● TEMA 6

Evaluación del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)

Miguel Ángel Carrasco Ortiz · Evaluación Clínica UNED

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

- Describir el TOC en función de sus síntomas y parámetros temporales (criterios diagnósticos).
- Conocer los principales datos epidemiológicos, el curso del trastorno y los factores etiológicos.
- Generar hipótesis diagnósticas atendiendo al diagnóstico diferencial.
- Contrastar hipótesis con los instrumentos de evaluación recomendados.
- Conocer las variables más relevantes para la conceptualización del TOC y los instrumentos para su contrastación.
- Conocer los instrumentos para la evaluación del tratamiento del TOC.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Descripción

El TOC es clasificado según el **DSM-IV-TR** como un trastorno de ansiedad, aunque el **DSM-V (APA, 2012)** lo propone como una **alteración independiente**. Se caracteriza por la presencia de **obsesiones** y **compulsiones**.

OBSESIONES: contenidos cognitivos intrusivos, recurrentes y persistentes (pensamientos, ideas, imágenes, impulsos o dudas). La persona los experimenta como **inaceptables, extraños o sin sentido**. Generan elevado malestar y van más allá de preocupaciones cotidianas. La persona los reconoce como productos de su mente.

Temáticas más generales: simetría/orden, contenidos prohibidos (agresión, violencia, sexo), religión, enfermedades, contaminación, almacenamiento/coleccionismo (Bloch et al., 2008).

Obsesiones reactivas vs. autógenas (Lee y Kwon, 2003):

- ◆ **Reactivas:** surgen a partir de un estímulo externo y concreto. Identificar estímulos evocadores y rituales asociados.
- ◆ **Autógenas:** surgen internamente (pensamientos, imágenes o impulsos de contenido socialmente censurable o de tipo moral). Intervenir además sobre la **fusión pensamiento-acción**.

COMPULSIONES (rituales): actos mentales o conductuales deliberados y urgentes cuya función es **neutralizar la ansiedad** o las consecuencias temidas que suscitan las obsesiones.

Rituales conductuales: lavado de manos, comprobación, conteo, rutinas de repetición, lentitud selectiva.

● **TEMA 6** Evaluación del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)

Rituales cognitivos: rezo, repaso mental de actos, repetición mental de palabras/frases/números. Las compulsiones más frecuentes son las de **comprobación** (Ruscio et al., 2010).

Importante: obsesiones y compulsiones se producen en una secuencia encadenada *intrusión* → *neutralización* → *intrusión*. Es posible encontrar compulsiones sin obsesiones y viceversa (De Silva y Rachman, 1992). A veces la compulsión aparece *previamente* a la obsesión (preparación anticipatoria).

1.2. Epidemiología y Curso

- Prevalencia estimada: ~2%, similar en niños y adultos (Kessler et al., 2005). Los síntomas sin trastorno completo pueden alcanzar el 25% en población general (Fullana et al., 2009).
- Prevalencia similar en hombres y mujeres, aunque en la **infancia es más frecuente en niños (ratio 3:1)** (Zohar, 1999).
- Curso: inicio generalmente en la **adolescencia o principios de la vida adulta**; los casos más severos se remontan a la infancia. Desarrollo progresivo y **curso crónico**. Afectación moderada en la mayoría de casos (Ruscio et al., 2010).

1.3. Factores Etiológicos

Factor / Modelo	Descripción
Biológico — Genética	Estudios de familias y gemelos indican base genética. Mayor probabilidad si un familiar lo padece (van Grootheest et al., 2007). Disminución/alteración de serotonina (Shafran y Specknens, 2005) + dificultades en circuitos subcorticales orbitofrontales (Saxena et al., 2001). Dopamina vinculada a conductas estereotipadas y rituales (Denys et al., 2004)
Conductual — Modelo Bifactorial (Mowrer, 1960)	Obsesiones = estímulos condicionados de ansiedad (condicionamiento clásico). Rituales = respuestas de evitación activa condicionadas por reforzamiento negativo. Modelos complementarios: Teoría de la Preparación (Seligman, 1971), Teoría de la Incubación (Eysenck, 1985), Aprendizaje Social (Rachman, 1977/1997)
Cognitivo	a) Problemas en el procesamiento: dificultad para diferenciar lo relevante de lo irrelevante (Reed, 1985) b) Vulnerabilidad por excesiva reactividad emocional (Barlow, 1988) c) Sobreestimación de amenazas y pensamientos irracionales (McFall y Wollersheim, 1979) d) Asociación pensamiento → daño/culpa/amenaza (Foa y Kozak, 1986) e) ★ Responsabilidad excesiva (Salkovskis, 1989): pensar que algo puede ocurrir equivale al hecho → compulsiones reducen la responsabilidad percibida f) ★ Fusión Pensamiento-Acción (Rachman, 2003): 1) pensar en un suceso aumenta su probabilidad; 2) pensar en hacer algo es como hacerlo g) Ausencia de estrategias metacognitivas (Wells, 2000)

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

Secuencia recomendada: 1) Entrevista clínica inicial (ver cap. 1) → si hay sospecha de TOC → 2) Evaluación estandarizada con entrevista estructurada → 3) Evaluación detallada de síntomas mediante listados/cuestionarios (grado de convicción, fijeza, sin-sentido) → 4) Operativización concreta de los síntomas.

2.1. Instrumentos de Evaluación: Descripción, Fiabilidad y Validez

2.1.1. Entrevistas Diagnósticas

De las entrevistas estructuradas descritas en el capítulo de ansiedad, dos están específicamente indicadas para el TOC:

★ Entrevista	Descripción
★★ ADIS-IV (DiNardo et al., 1994; Valiente, Sandín y Chorot, 2003a) Versión niños: Silverman y Albano, 1996 ← MÁS RECOMENDADA	Módulo específico para TOC. Alta fiabilidad interjueces (Brown et al., 2001). Buena validez convergente y divergente (Brown, Chorpita y Barlow, 1988). Escala dimensional para evaluar la gravedad de los síntomas → permite estimar intensidad y discriminar sujetos con/sin el trastorno. Desventaja: tiempo requerido y grado de formación necesario

● **TEMA 6** Evaluación del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)

★ Entrevista	Descripción
SCID-I / SCID-CV (First et al., 1997/2002)	Resultados inconsistentes para el TOC (Williams et al., 1992). Baja fiabilidad particularmente para este trastorno. Segunda opción tras la ADIS

Limitación general de las entrevistas: alto coste temporal y grado de formación requerido.

2.1.2.a) Escalas para el Análisis de las Características de las Cogniciones

Estas escalas evalúan el grado de **fijeza, sin-sentido y convicción** que manifiesta la persona sobre sus obsesiones y compulsiones. Son esenciales para el diagnóstico diferencial (diferencia obsesiones de preocupaciones, alucinaciones, etc.).

★ Instrumento	Formato	Dimensiones
★ BABS — Escala de Creencias de Brown (Eisen et al., 1998) ← ALTAMENTE RECOMENDADA	Individual. Heteroaplicada. 7 ítems. Adultos. Escala Likert 4 puntos	Grado de sin-sentido y convicción 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 (ítem opcional). Puntuación media en TOC: 8.38 (DT=4.14). Alta puntuación = pobre comprensión
OVIS — Escala de Ideas Sobrevaloradas (Neziroglu y cols., 1999)	Individual. Auto y heteroaplicada. Escala Likert 10 puntos	Parámetros: fuerza de convicción, racionalidad, mayor/menor convicción en última semana, grado de precisión, adherencia de los otros, eficacia de la compulsión, insight, resistencia, duración. Sin puntos de corte establecidos
Escala de Fijeza de Creencias (Foa et al., 1995; Kozak, 1996)	Individual. Heteroaplicada. 5 ítems. Adultos. Escala Likert	Grado de insight e irracionalidad que la persona percibe sobre sus miedos obsesivos. Se centra en la intensidad con la que creen que se producirán los efectos temidos si no realizan los rituales

2.1.2.b) Cuestionarios/Escalas Globales de Síntomas (★ Los más importantes)

La mayoría describen listados de obsesiones y compulsiones con escala Likert de frecuencia/intensidad. Son medidas de **screening/despistaje**: cuantifican la intensidad y gravedad pero no proporcionan diagnóstico categorial por sí solos. Se recomienda usar **más de una escala** (ninguna abarca toda la sintomatología posible).

★ Instrumento	Formato	Dimensiones / Observaciones
★★ Y-BOCS — Escala de Síntomas Obsesivo-Compulsivos de Yale-Brown (Goodman et al., 1989a,b; Baer, 1994) Versión infantil: CY-BOCS (Goodman et al., 1989; Scahill et al., 1997) ← LA MÁS USADA	Individual. Autoaplicada o heteroaplicada. Escala de 0-4 para cada parámetro	Listado descriptivo de 50 obsesiones y compulsiones de diferente temática (agresión, contaminación, sexualidad...) evaluadas en 6 parámetros: 1) grado de interferencia en vida cotidiana/malestar; 2) grado de resistencia; 3) grado de control; 4) grado de evitación; 5) sobrevaloración de la responsabilidad/culpabilidad; 6) grado de lentitud/indecisión/duda. El evaluador estima el grado de intensidad global. ★ Limitaciones: no contiene suficientes ítems para rituales mentales; no diferencia bien síntomas TOC de preocupaciones, rumiaciones depresivas o conductas repetitivas impulsivas (ej. tricotilomanía)
★ VOCI — Inventario Obsesivo-Compulsivo de Vancouver (Thordarson et al., 2004) ← RECOMENDADO para tratamiento	Individual/colectiva. Autoaplicada. 55 ítems. Escala Likert 5 puntos (0=nada; 4=totamente verdadero). Adultos	6 escalas: contaminación, verificación, obsesiones, acumulación, orden y simetría, indecisión. Recomendado para evaluar el progreso del tratamiento
★ OCI-R — Inventario Obsesivo-Compulsivo Revisado (Foa et al., 2002) Versión infantil: Foa et al., 2010 ← RECOMENDADO para tratamiento	Individual/colectiva. Autoaplicada. 18 ítems. Escala Likert 5 puntos	Grado de malestar en 6 escalas de 3 ítems cada una: lavado, verificación, orden, obsesiones, acumulación y neutralización (control). Recomendado para evaluar el progreso del tratamiento
MOCI — Inventario Obsesivo-Compulsivo de Maudsley (Hodgson y Rachman, 1977)	Individual/colectiva. Autoaplicada. 30 ítems. Escala verdadero/falso	Puntuación total sobre la gravedad. 4 subescalas: verificación, limpieza y lavado, lentitud y repetición, duda y conciencia

● TEMA 6 Evaluación del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)

★ Instrumento	Formato	Dimensiones / Observaciones
PI-R — Inventario de Padua Revisado (Burns et al., 1996) Versión española: Mataix-Cols, Sánchez-Turet y Vallejo, 2002	Individual/colectiva. Autoaplicada. 39 ítems. Escala Likert 5 puntos	5 subescalas: obsesiones de contaminación y compulsiones de limpieza, compulsiones de aseo y vestido, compulsiones de comprobación, obsesiones de daño, impulsos de daño
CHOCI — Inventario Obsesivo-Compulsivo para Niños (Shafran et al., 2003)	Autoaplicada o heteroaplicada a padres. 32 ítems. Escala Likert 3 puntos	Evalúa sintomatología del TOC y su severidad. Dos partes: 1) compulsiones (10 ítems); 2) obsesiones (10 ítems). Cada sección evaluada con escala de severidad de 5 puntos (6 ítems) sobre los 3 síntomas más relevantes
COIS-C/COIS-P — Escala del Impacto del TOC en Niños (Piacentini et al., 2003)	Autoaplicada o heteroaplicada. 52 ítems. Escala Likert 3 puntos	Evalúa el grado de interferencia en 4 dominios: escuela, familia, relaciones sociales y habilidades en la vida cotidiana. Útil para evaluar el criterio diagnóstico de significación clínica y el progreso del tratamiento en niños

Nota: Los cuestionarios son medidas de despistaje; por sí solos no son instrumentos diagnósticos. Conviene usar más de una escala. Las críticas a VOICI, SCOPI y CBOCI se relacionan con su limitada validez discriminativa (Grabill et al., 2008).

2.2. Evidencias de Fiabilidad y Validez para el Diagnóstico

★ Instrumentos más recomendados para el diagnóstico (Abramowitz, 2008):

- ◆ **ADIS-IV:** entrevista de elección. Mejor psicometría para el TOC. Alta fiabilidad interjueces (Brown et al., 2001). Mayor validez incremental que cualquier otro instrumento.
- ◆ **Y-BOCS:** escala más usada; buena fiabilidad interjueces, test-retest y consistencia interna. Validez convergente elevada. **Limitación:** alta correlación con síntomas depresivos (baja discriminación); no existe consenso factorial robusto.
- ◆ **BABS:** buena consistencia interna y capacidad discriminativa entre pacientes con y sin TOC (Eisen et al., 1998). Indicada para explorar características de las cogniciones.

Versiones infantiles: han mostrado adecuadas propiedades psicométricas (Gallant et al., 2008; Uher et al., 2008), aunque el LOI muestra dificultades para la evaluación en población pediátrica americana (Sthorch et al., 2011).

Fuentes informantes: las escalas completadas por el clínico muestran propiedades psicométricas más variables (mayor dependencia del evaluador). Ventaja: permiten clarificar síntomas y relaciones funcionales.

2.3. Diagnóstico Diferencial

Dos niveles: sintomático (diferencia obsesiones de otras cogniciones) y de síndrome/trastorno.

NIVEL SINTOMÁTICO — Diferencia las obsesiones de:

- ◆ **Preocupaciones (TAG):** contenidos de la vida cotidiana (salud, trabajo, finanzas), *no* egodistónicas → la persona *no* manifiesta claro malestar por experimentarlas.
- ◆ **Rumiaciones depresivas:** visión negativa de uno mismo y del mundo (degradación propia, culpa, desesperanza). *No* egodistónicas.
- ◆ **Fantasías:** ideaciones placenteras. Las sexuales se asocian a aumento del arousal, *no* al malestar.
- ◆ **Delirios:** *no* generan malestar, denotan pérdida de contacto con la realidad. A diferencia de las obsesiones, el paciente *no* las reconoce como productos de su mente.

NIVEL MOTOR — Diferencia las compulsiones de:

- ◆ **Tics y movimientos estereotipados:** topografía menos compleja que una compulsión; *no* existe relación funcional con la obsesión en términos de neutralización.

● TEMA 6 Evaluación del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)

- ◆ **Conductas impulsivas (comer, drogas, juego, robar):** proporcionan satisfacción/placer; no disparadas por obsesiones.
- ◆ **Tricotilomanía, onicofagia:** responden a impulso de autoestimulación/falta de regulación; no tienen carácter egodistónico claro.

Trastorno	Clave del D. Diferencial
T. de Ansiedad por Enfermedad Médica	Obsesiones y compulsiones relacionadas etiológicamente con el consumo de sustancias
T. Dismórfico Corporal / Fobia Específica o Social / Tricotilomanía	El contenido de las ideas y rituales está relacionado exclusivamente con ese trastorno (ej. preocupación por un defecto físico)
Depresión Mayor	El contenido de las obsesiones es congruente con el estado de ánimo depresivo (visión negativa de sí mismo). Los pensamientos <i>no</i> poseen claro carácter egodistónico
TAG	Los pensamientos repetitivos se corresponden con preocupaciones excesivas relacionadas con la vida real (ej. perder un empleo) que la persona considera apropiadas. No existen rituales de lavado o comprobación
Hipocondría / Fobia específica a la salud	Ideas recurrentes centradas en el miedo a padecer/estar padeciendo una enfermedad → interpretación de síntomas y sensaciones físicas. No existen rituales de lavado o comprobación
T. Obsesivo-Compulsivo de la Personalidad ★	No existen compulsiones ni obsesiones. Existe elevada preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control. Se pueden dar ambos diagnósticos simultáneamente
Esquizofrenia / T. Delirante ★	La presencia de los síntomas <i>no</i> tiene carácter egodistónico y existe pérdida del contacto con la realidad. Se pueden dar ambos diagnósticos simultáneamente

★ La presencia de criterios diagnósticos para ambos trastornos puede justificar la presencia de ambos diagnósticos simultánea o adicionalmente.

2.4. Comorbilidad

Trastornos comórbidos más comunes con el TOC:

- **Trastornos del estado de ánimo y trastornos del control de impulsos** (los más frecuentes).
- **Tics** y trastornos de ansiedad, principalmente TAG.
- **Alta prevalencia de conductas suicidas** entre sujetos con TOC.
- Con tasas ≤10%: síndrome de Tourette, trastornos de la alimentación (Cruzado, 2011; Ruscio et al., 2010).

En población infantil: igual que en adultos (estado de ánimo, tics, ansiedad) + **TDHA** (a diferencia de la población adulta; Scahill et al., 2006; Zohar, 1999).

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

3.1. Principales Variables Funcionales del TOC: Variables a Evaluar

Variable	Descripción
Amenazas/Disparadores externos	Situaciones (ej. conducción), objetos (ej. cuchillos), lugares (ej. baños públicos) que funcionan como disparadores de ansiedad y conductas compulsivas
★ Cogniciones intrusivas	Los principales activadores de las compulsiones/rituales. Pensamientos, imágenes o impulsos de contenido inaceptable. Estrategia clave: el evaluador debe normalizar su presencia (son comunes incluso sin TOC) y no emitir juicio de valor

● TEMA 6 Evaluación del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)

Variable	Descripción
★ Consecuencias temidas	Pensamientos vinculados a las obsesiones sobre lo que ocurrirá si no se realizan los rituales o si los miedos se hacen realidad (ej. muerte de ser querido, contaminación). Clave para el diseño de técnicas de intervención
★ Creencias/pensamientos disfuncionales	Patrón de creencias que facilita el mantenimiento del TOC (OCCWG, 2005): • Sobreestimación de la amenaza: «es terrible si me contagio» • Sobreestimación de la responsabilidad/culpa: «seré responsable del desastre» • Perfeccionismo: «si me equivoco sería terrible» • Excesivo control: «tengo que revisarlo todo» • Intolerancia a la incertidumbre: «no puedo soportar no estar seguro» • Fusión Pensamiento-Acción (FPA): pensar algo = que ocurra / que lo haga
Evitación pasiva	La persona aprende a evitar toda estimulación que le induce ansiedad (ej. quedar recluido en casa para no contaminarse, nunca usar aseos ajenos). No siempre se presentan rituales activos
★ Evitación activa / Rituales	Conductas motoras (lavarse las manos 7 veces) o cognitivas (contar, rezar). Para diferenciar obsesión de ritual cognitivo: registrar el nivel de ansiedad (USA) durante 10 min cada 20-30 seg → si disminuye = ritual; si aumenta = obsesión
★ Acomodación familiar	La familia puede mantener la sintomatología al acomodarse a ella: formas pasivas (contemplar rituales, esperar) o activas (castigar, reforzar). Especialmente importante en niños (Calvocoressi et al., 1999)
★ Estrategias metacognitivas	Creencias sobre el propio pensamiento: responsabilidad excesiva, fusión pensamiento-acción, necesidad de control de los pensamientos y su importancia (Clark, Purdon y Wang, 2003; Wells y Cartwright-Hatton, 2004)
Indecisión / Duda	Falta de habilidad para la toma de decisiones en tiempo adecuado. Se relaciona con mayor tiempo, menor uso de estrategias adecuadas, mayor esfuerzo cognitivo y elevada amenaza percibida ante situaciones ambiguas (Frost y Shows, 1993)
Responsabilidad/Culpa excesiva	Sentimientos disfóricos por violación de norma personal/moral. Percepción excesiva de responsabilidad en determinados contextos (Salkovskis et al., 2000; Kugler y Jonhs, 1992)
Estrategias de control de pensamientos	Intentos de disminuir el malestar y deshacerse de pensamientos intrusivos. Paradoja: impiden el procesamiento emocional → aumentan la frecuencia e intrusividad del pensamiento (Purdon y Clark, 1999)
Perfeccionismo	Elevados estándares personales, altas expectativas sobre la propia ejecución. Sensación de malestar cuando las cosas no están perfectamente hechas (Frost et al., 1990)

3.2. Instrumentos para la Conceptualización (★ Los más importantes de examen)

Hipótesis / Variable	★ Instrumento	Características
Creencias/pensamientos disfuncionales (sobreestimación, responsabilidad, perfeccionismo, intolerancia, incertidumbre, importancia/control)	★★ OBQ — Cuestionario de Creencias Obsesivas (OCCWG, 2005) ← ALTAMENTE RECOMENDADO	44 ítems. Escala Likert de 1 (total desacuerdo) a 7 (total acuerdo). Tres escalas: responsabilidad/sobreestimación de la amenaza, perfeccionismo/intolerancia a la incertidumbre, importancia/control de los pensamientos
Creencias disfuncionales (7 dimensiones detalladas)	ICO — Inventario de Creencias Obsesivas (Belloch, Cabedo, Morillo, Lucero y Carnó, 2003)	58 ítems. Escala Likert 1-7. 7 dimensiones: fusión pensamiento-acción tipo probabilidad, perfeccionismo/intolerancia a la incertidumbre, sobreestimación del peligro, FPA tipo moral, responsabilidad excesiva/importancia de controlar pensamientos, sobreestimación de la importancia de los propios pensamientos y rigidez de ideas
Interpretación de los pensamientos intrusivos	★★ III — Inventario de Interpretación de las Intrusiones (OCCWG, 2005) ← ALTAMENTE RECOMENDADO	31 ítems. Evalúa el grado de acuerdo con diferentes valores negativos o erróneos de los pensamientos relativos a su control, responsabilidad e importancia. Las valoraciones se puntúan sobre dos pensamientos seleccionados del evaluado
Estrategias metacognitivas (control del pensamiento, consecuencias percibidas, atributos propios)	★ MCQ / MCQ-30 — Cuestionario de Metacognición (Cartwright-Hatton y Wells, 1997/2004) Versión adolescentes: MCQ-A	MCQ: 94 ítems. Versión abreviada MCQ-30: 30 ítems. 5 dimensiones (versión completa): creencias positivas sobre la preocupación, incontrolabilidad y peligro, seguridad cognitiva, necesidad de control de los pensamientos, autoconciencia. 3 dimensiones (abreviada)

● TEMA 6 Evaluación del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)

Hipótesis / Variable	★ Instrumento	Características
Estrategias de control del pensamiento	TCQ — Cuestionario de Control de Pensamientos (Wells y Davies, 1994)	30 ítems. Escala Likert 4 puntos. Evalúa las estrategias de control del pensamiento mediante 6 dimensiones: distracción, apoyo social, preocupación, autopunición y reevaluación
Fusión Pensamiento-Acción	TAFS — Escala de Fusión Pensamiento-Acción (Shafran, Thordarson y Rachman, 1996)	19 ítems. Escala Likert 5 puntos. Evalúa en qué grado la persona equipara su pensamiento con la acción en 2 dimensiones: a) FPA probabilidad; b) FPA moral
Responsabilidad/Culpa	RAS — Escala de Actitud hacia la Responsabilidad (Salkovskis et al., 2000; Stelelee et al., 1998) RIQ — Cuestionario de Interpretaciones de Responsabilidad (Salkovskis et al., 2000) IG — Inventario de Culpa (Kugler y Jonhs, 1992)	RAS: 26 ítems Likert 7 puntos. RIQ: 44 ítems, 2 partes (frecuencia + grado de acuerdo). IG: 45 ítems Likert 5 puntos; 3 dimensiones: culpa rasgo, culpa estado, estándares morales
Perfeccionismo	FMPS — Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Frost, Marten, Lahart y Rosenblate, 1990)	35 ítems. Likert 5 puntos. 6 dimensiones: preocupación por los errores, estándares personales, expectativas parentales, críticas parentales, acción sobre las dudas, organización
Indecisión	FIS — Escala de Indecisión de Frost (Frost y Shows, 1993)	15 ítems. Likert 5 puntos según grado de acuerdo. 2 dimensiones para población occidental (ansiedad e indecisión en la planificación) + 1 para la oriental (inseguridad)
Acomodación familiar	FAS — Escala de Acomodación Familiar al TOC (Calvocoressi et al., 1999)	13 ítems + listado de síntomas del TOC. Los ítems evalúan el grado de acomodación de la familia a los síntomas (ej. participación en rituales). Escala Likert 4 puntos
Evitación activa y pasiva	★★ BATs — Test de Evitación Conductual (Trudel, 1978; Steketee et al., 1996) + Autorregistros/observación	Programación de tareas pautadas: tiempo de espera antes del ritual, aproximación y contacto con estímulos temidos. Indicadores: n° de pasos de aproximación, USAs (Unidades Subjetivas de Ansiedad), n° de conductas de evitación, grado de culminación del ritual (0=ausencia; 1=incompleto; 2=completo)

Evidencias de fiabilidad y validez para la conceptualización: todos los instrumentos anteriores muestran buena consistencia interna ($\alpha \geq .70$ o superior), adecuada fiabilidad test-retest y dimensionalidad contrastada mediante AFC. Se asocian significativamente con la presencia de TOC.

★★ **MÁS RECOMENDADOS (Abramowitz, 2005):** **OBQ** (Cuestionario de Creencias Obsesivas) e **III** (Inventario de Interpretación de las Intrusiones). Ambos han sido altamente recomendados por sus propiedades psicométricas y utilidad clínica.

Estrategia de evaluación cualitativa: entrevistas *ad hoc* y autorregistros. El autorregistro básico incluye: **Emoción (0-100) → Pensamiento → Acción → Consecuencias**. Utilizar al menos durante 2 semanas con instrucciones claras.

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

Instrumento	Tipo	Por qué se recomienda
★★ Y-BOCS / CY-BOCS (Goodman et al., 1989)	Escala de síntomas	Altamente adecuada para evaluar el progreso del tratamiento (Abramowitz, 2008). Permite estimar disminución de frecuencia e intensidad
★★ VOCl (Thordarson et al., 2004)	Inventario de síntomas	Altamente recomendado para el seguimiento del tratamiento
★★ OCI-R (Foa et al., 2002)	Inventario de síntomas	Altamente recomendado para el seguimiento del tratamiento
BABS (Eisen et al., 1998)	Características cognitivas	Sensible al tratamiento: evalúa cambios en el grado de fijeza e insight de las obsesiones

● **TEMA 6** Evaluación del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)

Instrumento	Tipo	Por qué se recomienda
Escala de Fijeza de Creencias (Foa et al., 1995)	Características cognitivas	Sensible al tratamiento
Registros de observación (auto o heteroinformados)	Observación conductual	Evalúan disminución de conductas de evitación y cambios en relaciones funcionales. Propiedades psicométricas más limitadas (buena consistencia interna en pretest, baja en postest)
★ TAS-P — Cuestionario sobre Cumplimiento del Tratamiento (Mancebo et al., 2008)	Adherencia	Específicamente diseñado para el TOC. Evalúa el cumplimiento pasado y razones del abandono en 6 dimensiones: miedo/ansiedad, obstáculos ambientales, utilidad percibida del tratamiento, creencias sobre la gravedad, relación con el terapeuta, estigma/confidencialidad
COIS-C/COIS-P (Piacentini et al., 2003)	Impacto/interferencia (niños)	Buena medida para evaluar el progreso del tratamiento en niños (evalúa impacto en escuela, familia, relaciones sociales y vida cotidiana)

Nota metodológica importante: los instrumentos utilizados para las variables de conceptualización (OBQ, III, TAFS...) pueden usarse como postest cuando se establecen como objetivos de tratamiento. Sin embargo, **muchos de ellos no informan de su sensibilidad a los efectos del tratamiento** → no asumir por defecto.

5. PROPUESTA DE UN PROTOCOLO BÁSICO DE EVALUACIÓN DEL TOC

PROTOCOLO BÁSICO — TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO (Tabla 6.6)

1. EVALUACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

- Entrevista diagnóstica: **ADIS-IV**
- Escala de Creencias de Brown **BABS** (Eisen et al., 1998) ← grado de convicción/fijeza
- Escala de Síntomas Obsesivo-Compulsivos de Yale-Brown **Y-BOCS-SC** (Goodman et al., 1989a,b)
- Inventario Obsesivo-Compulsivo de Vancouver **VOCI** (Thordarson et al., 2004)

2. EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO

- Cuestionario de Creencias Obsesivas **OBQ** (OCCWG, 2005) ← creencias disfuncionales
- Inventario de Interpretación de las Intrusiones **III** (OCCWG, 2005) ← interpretación intrusiones
- Escala de Creencias de Brown **BABS** (Eisen et al., 1998)
- Escala de Síntomas: **Y-BOCS-SC** (Goodman et al., 1989a,b)
- Registros de observación (autorregistros / BATs)

3. EVALUACIÓN PARA EL PROGRESO Y EFICACIA DEL TRATAMIENTO

- **Y-BOCS-SC + VOCI + OCI-R** como postest (escala de síntomas)
- Cuestionario sobre Cumplimiento del Tratamiento **TAS-P** (Mancebo et al., 2008)
- Registros de observación

● **TEMA 6** Evaluación del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)✓ **RESUMEN RÁPIDO PARA EL EXAMEN**■ **Conceptos y datos que deben salirte automáticos**

■ **DSM-IV-TR:** TOC = trastorno de ansiedad. **DSM-V:** categoría independiente.

■ **Prevalencia:** ~2% (similar en niños y adultos). Síntomas sin trastorno: hasta 25% población general. Infancia: más frecuente en niños (ratio 3:1).

■ **Curso:** inicio en adolescencia o principios de vida adulta. Desarrollo progresivo. Curso crónico.

■ **Obsesiones reactivas vs. autógenas (Lee y Kwon, 2003):** las reactivas se disparan por estímulo externo; las autógenas surgen internamente → importante intervenir sobre la fusión pensamiento-acción.

■ **Compulsiones más frecuentes:** comprobación (Ruscio et al., 2010).

■ **Modelo cognitivo clave — Salkovskis (1989):** responsabilidad excesiva → pensar que algo puede ocurrir equivale al hecho → compulsiones reducen culpa/responsabilidad percibida.

■ **Fusión Pensamiento-Acción (Rachman, 2003):** 1) pensar en algo aumenta su probabilidad; 2) pensar en hacerlo es como hacerlo.

■ **Secuencia evaluación:** entrevista clínica → ADIS-IV → Y-BOCS + BABS para análisis de síntomas.

■ **Entrevista más recomendada: ADIS-IV** (mayor validez incremental, alta fiabilidad interjueces). SCID: resultados inconsistentes para el TOC.

■ **Escala dimensional más usada: Y-BOCS** (buena fiabilidad interjueces/test-retest/consistencia interna). Limitación: alta correlación con síntomas depresivos; no evalúa bien rituales mentales.

■ **BABS:** escala de 7 ítems para grado de sin-sentido y convicción. Puntuación media en TOC: 8.38.

■ **Los cuestionarios son medidas de DESPISTAJE**, no instrumentos diagnósticos por sí solos. Usar más de una escala.

■ **Para conceptualización → MÁS RECOMENDADOS (Abramowitz, 2005): OBQ + III.**

■ **OBQ:** 44 ítems, 3 escalas (responsabilidad/amenaza, perfeccionismo/incertidumbre, importancia/control pensamientos).

■ **III:** 31 ítems, evalúa interpretación de intrusiones sobre 2 pensamientos seleccionados del evaluado.

■ **Acomodación familiar (FAS):** la familia puede mantener la sintomatología → evaluar siempre en niños.

■ **Para diferenciar obsesión de ritual cognitivo:** registrar USAs cada 20-30 seg durante 10 min → disminuye = ritual; aumenta = obsesión.

■ **Para evaluación del tratamiento → más recomendados: Y-BOCS + VOCI + OCI-R** como posttest.

■ **TAS-P:** cuestionario específico para evaluar cumplimiento/adherencia al tratamiento en TOC (6 dimensiones).

■ **Comorbilidad más frecuente:** trastornos del estado de ánimo y control de impulsos. En niños: también TDAH.

■ **D. diferencial clave: TOC vs TAG:** en TAG las preocupaciones son sobre la vida real y NO egodistónicas; en TOC las obsesiones SÍ son egodistónicas y se acompañan de rituales.

● TEMA 6 Evaluación del Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC)

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN (Soluciones al final)

- 1) Las compulsiones más frecuentes en el TOC son: a) rituales cognitivos; **b) rituales de comprobación**; c) lavado de manos.
- 2) Para el diagnóstico del TOC se recomienda el uso de: a) entrevistas estructuradas; b) listados de síntomas; **c) a y b.**
- 3) La escala indicada para estimar el grado de convicción, fijeza y sin-sentido percibido de las cogniciones es: a) OCI-R; b) III; **c) 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) MCQ; **b) TAFS**; c) RAS.
- 6) Los dos instrumentos más recomendados para la conceptualización (Abramowitz, 2005) son: a) Y-BOCS y BABS; **b) OBQ e III**; c) VOCI y OCI-R.
- 7) La evaluación de las conductas de evitación mediante BATs registra: a) solo las USAs; **b) pasos de aproximación, USAs, conductas de evitación y grado de culminación del ritual**; c) solo si el ritual se completa o no.

Soluciones: 1b, 2c, 3c, 4c, 5b, 6b, 7b

● TEMA 7

Evaluación de los Trastornos
del Estado de Ánimo:
Trastornos Depresivos y Trastorno Bipolar

Victoria del Barrio Gándara · Evaluación Clínica UNED

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

- Realizar adecuadamente las tareas necesarias para el diagnóstico de la depresión.
- Ser consciente de las dificultades derivadas del carácter interiorizado de los síntomas y la poca capacidad comunicativa del paciente.
- Tomar decisiones adecuadas sobre metodología (categorial vs. dimensional) y sus pros y contras.
- Elegir entre los instrumentos estudiados el que mejor se adapte al sujeto atendiendo a sus características psicométricas.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Descripción y Tipos de Depresión

La **depresión** es el trastorno mental característico de nuestro tiempo. Se define como un **estado de ánimo negativo respecto de sí mismo y del mundo circundante que afecta a todos los tiempos** (pasado, presente y futuro). Para hablar de trastorno clínico, la instalación negativa ha de durar **más de dos semanas** y el sujeto debe sentirse **incapacitado** para llevar a cabo su vida personal, social o laboral.

Diferencia clave: **Depresión reactiva** (desencadenada por acontecimiento negativo, pero se cronifica) vs. **Depresión endógena** (sin desencadenante constatable; ligada a alteraciones biológicas de neurotransmisores, especialmente catecolaminas: **norepinefrina, dopamina y serotonina**).

Tipo	Características esenciales	Duración / Dato clave
Depresión Mayor (DM)	≥5 síntomas durante ≥2 semanas. Agrupación de síntomas que dificultan trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar. Puede ser episodio único o con recidivas	Un año sin tratamiento. Recidivas: 30-40%. Cronificación: 20% de los casos. Probabilidad de repetición: 70%
Distimia	Humor depresivo la mayor parte del tiempo durante ≥2 años (adultos) / ≥1 año (niños). Los síntomas NO son tan agudos como en la DM pero son más crónicos. No incapacita totalmente pero interfiere en bienestar	2 años o más (puede perdurar de por vida). Más compleja en tratamiento y seguimiento que la DM
Depresión Psicótica	Depresión grave + síntomas psicóticos (delirios, ruptura con la realidad)	
Depresión Postparto	Episodio grave/moderado. Aparece en el primer mes post-parto (algunos expertos hasta 1 año). 10-20% de madres primerizas. Cambios hormonales + incremento responsabilidad. Mayor probabilidad en madres muy jóvenes sin apoyo social	

● **TEMA 7** Evaluación de los Trastornos del Estado de Ánimo: Depresión y Trastorno Bipolar

Tipo	Características esenciales	Duración / Dato clave
Trastorno Afectivo Estacional	Aparece en otoño/invierno (disminuye horas de luz solar). Desaparece en primavera/verano. Síntomas: aumento del sueño + retardación. 50% no responden a terapia de luz. Mejor pronóstico que otros tipos	Inicio en adolescencia
Trastorno Premenstrual	Síntomas graves 5-10 días antes de la menstruación. Cesan con su aparición. Relacionado con cambios hormonales y vida sedentaria. Para el diagnóstico: REGISTRO DIARIO de síntomas. Buen pronóstico	
Depresión Infantil	Sintomatología similar a adultos PERO la disforia puede estar sustituida por IRRITABILIDAD. Evaluar al niño DOS VECES en el espacio de ~1 semana (alta versatilidad emocional). Desencadenantes: hasta 12 años = familia; de 12 en adelante = autoestima/mundo escolar-social	
Ansiedad y Depresión Mixta	3-4 síntomas: disforia, anhedonia + síntomas de ansiedad. NO se cumplen criterios de depresión o ansiedad por separado	≥2 semanas
Trastorno Bipolar (TB)	Cambios cíclicos: euforia (manía) ↔ disforia (depresión). Síntomas fase maníaca: alta distracción, hiperactividad, irritabilidad, hiperautoestima, verborrea, ausencia de sueño, conductas de riesgo. Fase depresiva = síntomas de DM. Inicio: adolescencia. Cronifica. Dificil detección: solo posible con seguimiento largo	Fases sin tratamiento: 6 meses - 1 año

Tipos de Trastorno Bipolar:

- ◆ **Bipolar I:** al menos un episodio de manía grave entre dos de depresión también graves.
- ◆ **Bipolar II:** episodio de manía leve (hipomanía) alternando con periodos de depresión.
- ◆ **Ciclotimia:** fases alternantes de hipomanía y depresión leve con carácter estacional.
- ◆ **Estado Mixto:** superposición de síntomas de manía y depresión.

1.2. Epidemiología

- **Prevalencia adultos:** ~10% puntualmente; se incrementa hasta el **30%** si se considera el ciclo vital total. En población clínica puede alcanzar hasta el **27%**.
- **En Europa:** 6-16% en población general (ECNP, 2011). En España: 9-20%.
- **Por edad:** niños <12 años: 1-2%; adolescentes: ~13%; ancianos en residencia: hasta 30%.
- **Depresión Mayor:** 6-7%; **Distimia:** 4-5%. Probabilidad de recidiva: 70%.
- **Sexo:** proporción 3:1 (mujeres:hombres). El **60% de adultos depresivos** tuvo un episodio en la niñez → haber tenido depresión en la niñez es el predictor más potente de repetición (Monroe, 2010).
- **Trastorno Bipolar:** TB-I ~1%; TB-II ~3%. Afecta por igual a hombres y mujeres. Inicio: 15-25 años.

1.3. Factores Etiológicos

Factor	Descripción
Orgánicos/Biológicos	Gen 5-HTT relacionado con el transporte de serotonina → proclividad a depresión (Young et al., 2003). El 60% de personas deprimidas presentan alteraciones de sueño (dificultad para conciliar, no despertar precoz). Tratamiento: ISRS (fluoxetina/Prozac, sertralina/Zoloft, paroxetina/Paxil...). Cautela: informe LSE (2010) sostiene eficacia equiparable a placebo; en adolescentes se ha detectado aumento de suicidios con antidepresivos
Personales/Temperamentales	Características temperamentales ligadas a depresión: bajo nivel de actividad, baja intensidad de reacción, retraimiento, mal humor y poca ritmicidad (Thomas, Chess y Birch, 1968). Inhibición conductual → mayor riesgo. Factor de personalidad que mejor predice depresión en adultos: NEUROTICISMO (Carrillo, Rojo y Staats, 1996). Autoestima baja en niño/adolescente = predictor de depresión en el adulto (Heinonen et al., 2005). Alta empatía → mayor exposición a experiencias negativas propias y ajenas
Sociales	Familia: cuanto más joven, mayor impacto (apego, crianza, comunicación, salud mental parental). En adultos españoles: 10 factores de riesgo principales → sexo femenino, edad, altos niveles de ansiedad, abuso en infancia, depresión previa, salud, insatisfacción laboral, consumo fármacos antiestrés, entorno satisfactorio y ausencia de problemas en convivencia doméstica (Bellón et al., 2011)

1.4. Comorbilidad

Comorbilidad más alta de la depresión: con la **ansiedad** (60% en adultos; Conway et al., 2006). Diferencia clave (Teoría Tripartita): en la ansiedad puede haber afecto positivo; **en la depresión NO**. Esta ausencia de afecto positivo es la mejor forma de discriminar depresivos de ansiosos (Watson, Clark, Lee y Stasik, 2011).

Nota: es frecuente que un ansioso no sea deprimido, pero es **sumamente infrecuente que un deprimido no sea ansioso**.

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

La evaluación de la depresión ha de llevarse a cabo mediante la exploración de **todos los canales de expresión de la emoción: fisiológico, introspección verbal y observación conductual** (Eysenck, 1975). Como la depresión es un trastorno interiorizado, el acceso mejor proviene de la **información verbal**. La mayor parte de los instrumentos son de lápiz y papel.

Meta: localizar posibles casos (despistaje) y determinar el tipo y la severidad de la sintomatología. Dos métodos:

- **Categorial:** criterios + entrevistas.
- **Dimensional:** cuestionarios + observación mediante registros de conducta.

2.1. Evaluación Diagnóstica Categorial

2.1.1. Criterios Diagnósticos DSM-IV-TR

DEPRESIÓN MAYOR (criterios A-E):

A) ≥5 de los siguientes síntomas durante 2 semanas, con cambios a peor en dos áreas: **humor deprimido** (en niños/adolescentes puede ser irritabilidad) Y/O **falta de interés**; más: descenso/aumento de peso o apetito, insomnio/hipersomnia, enlentecimiento/agitación psicomotora, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa, capacidad disminuida para pensar/concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte/suicidio.

B) No cumple criterios de episodio mixto.

C) Los síntomas causan malestar y deterioro social/laboral.

D) No debidos a sustancias o enfermedad.

E) No se explican por duelo (persisten >2 meses o causan marcada incapacidad).

DISTIMIA (criterios A-H):

A) Humor depresivo la mayor parte del día, la mayoría de los días, ≥2 años (≥1 año en niños/adolescentes, puede ser irritable). **B)** ≥2 síntomas: pérdida/aumento apetito, insomnio/hipersomnia, falta de energía/fatiga, baja autoestima, mala concentración/dificultad para decidir, sentimientos de desesperanza.

C) Nunca estuvo >2 meses sin síntomas. **D)** Los criterios de DM pueden estar presentes durante 2 años. **E)** Nunca hubo episodio maníaco/mixto/hipomaníaco.

TRASTORNO DEPRESIVO DISRUPTIVO (criterios A-H) — aparece en la infancia:

● **TEMA 7** Evaluación de los Trastornos del Estado de Ánimo: Depresión y Trastorno Bipolar

A) Reacciones catastróficas ante estresores comunes (rabieta verbal y conductuales desproporcionadas, desajustadas al nivel evolutivo). **B)** Frecuencia media: 2 veces por semana. **C)** Humor entre episodios negativo a diario (irritado, airado, triste) observable por otros. **D)** Criterios A y C al menos 1 año; criterios A y B al menos 3 años. **F)** Inicio: desde 6 años. **G)** Comienzo antes de 10 años.

2.1.2. Instrumentos para la Evaluación Categorical (★ Los más importantes)

★ Entrevista	Aplicación	Dimensiones
★★ SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia) (Spitzer y Endicott, 1987) Versión infantil: K-SADS (Ambrosini, 2000) ← MÁS RECOMENDADA PARA ADULTOS Y NIÑOS	Individual. Semiestructurada	Evalúa Depresión Mayor y Trastorno Distímico, Manía, Hipomanía y Esquizofrenia. Basada en DSM-III y actualizada al DSM-IV-TR. La K-SADS es la versión para niños
DIS (Diagnostic Interview Schedule; Robins et al., 1981)	Entrevista estructurada	Evalúa hasta 30 trastornos clínicos según criterios DSM-III
CIDI (Composite International Diagnostic Interview; OMS, 1993/1997) Adaptación española: Rubio et al., 1993	Evalúa criterios DSM-IV y CIE-10	Trastornos de ansiedad, pánico y Depresión Mayor. Valora severidad, prevalencia, uso de servicios, medicación y tratamiento
★ SCID (Structured Clinical Interview for Depression) (Spitzer, Williams, Gibbon y First, 1998) ← RECOMENDADA PARA ADULTOS	Semiestructurada	Evalúa criterios DSM-III-R: psicóticos, afectivos, abuso de sustancias, ansiedad, somatomorfos, alimentación, ajuste y personalidad
CDRS-R (Escala de Depresión Infantil Revisada) (Poznanski et al., 1984) Adaptación española: Toro (1988)	Individual. Semiestructurada. 18 ítems. Tiempo variable	Evalúa escolaridad, retraimiento, sueño, capacidad de diversión, apetito, fatiga, quejas, irritabilidad, culpabilidad, autoestima, disforia, ideación mórbida, llanto, suicidio, habla, hipoactividad y labilidad de humor
★ Hamilton para Depresión (Ham-D / HDRS) (Hamilton, 1960/1967) Adaptación española: Conde y Cols. (1984)	Heteroaplicada (formato mini-entrevista). Versión inicial: 24 ítems. Modificada 1967: 21 ítems. Especialmente útil para sujetos que no colaboran	Cuantifica la severidad e intensidad de la sintomatología depresiva. NO tiene puntos de corte → no indicada para el diagnóstico, sí para cuantificar síntomas en diagnosticados. Consistencia interna: 0.76-0.92

2.2. Evaluación Dimensional: Cuestionarios y Escalas

La mayor parte de la evaluación de la depresión se hace mediante **cuestionarios**. Ventajas: rapidez, objetividad, bien estudiados psicométricamente, se ajustan mejor al carácter interiorizado de los síntomas, permiten evaluación cuantitativa útil para evaluar la eficacia de las intervenciones.

Adultos y Adolescentes (★ Los más importantes de examen)

★ Instrumento	Aplicación / Formato	Dimensiones / Psicometría
★★ BDI / BDI-II (Inventario de Depresión de Beck) (Beck et al., 1961/1978; BDI-II: Beck et al., 1996) Adaptación española: Vázquez y Sanz, 1999a; Sanz et al., 2005 Versión abreviada (13 ítems): FastScan (Beck et al., 2011b) ← EL MÁS USADO	Autoinforme. 21 ítems formulados con 4 opciones de distinta intensidad (0-3). Adultos y adolescentes. Tiempo: 15'. Adaptación española con buena fiabilidad	Orientación cognitiva. 2 factores: somático y cognitivo. Punto de corte orientativo: 14-29 = leve-moderado; ≥29 = severo. Consistencia interna: 0.92. Test-retest: 0.60. Validez concurrente con Hamilton: 0.71. Sensibilidad: 94%; especificidad: 92%
★ HDRS / Ham-D (Escala Hamilton para Depresión) (Hamilton, 1960/1967) Adaptación española: Conde y Cols. (1984)	Heteroaplicada. Mini-entrevista. 21 ítems (versión 1967). Tiempo variable. Se acepta punto de corte 13-18 como criterio de inclusión en ensayos clínicos	Cuantifica sintomatología depresiva en pacientes ya diagnosticados. NO indicada para diagnóstico. Consistencia interna: 0.76-0.92. Muy usada como patrón oro en investigación

● **TEMA 7** Evaluación de los Trastornos del Estado de Ánimo: Depresión y Trastorno Bipolar

★ Instrumento	Aplicación / Formato	Dimensiones / Psicometría
★ CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) (Radloff, 1977)	Autoinforme. 24 ítems. Tiempo: 15'. Adultos y adolescentes. Punto de corte = 16	Despistaje de la sintomatología y severidad. Buena consistencia interna: 0.85-0.90; estabilidad moderada: 0.51-0.67. Validez concurrente con SCL-90: 0.73-0.89. Sensibilidad: 87%; especificidad: 73%
IDER (Inventario de Depresión Estado-Rasgo) (Spielberger, 2009)	Individual y colectiva. 20 ítems. Autoinforme. Adultos y Adolescentes. 10'	3 dimensiones: depresión estado (grado de afectación actual), depresión rasgo (proclividad a frecuente aparición de síntomas) y eutimia
CEADS (Cuestionario Educativo-Clínico: Ansiedad y Depresión) (Lozano, Guelo y Lozano, 2009)	Individual y colectiva. 50 ítems. Escala Likert 5 alternativas. 20'. A partir de 7 años. Baremos para niños, jóvenes, adultos y ancianos	15 dimensiones: ansiedad, depresión, irritabilidad, inanibilidad y problemas de pensamiento
ZSDS (Escala de Depresión de Zung) (Zung, 1965)	Autoinforme. 20 ítems formulados positiva y negativamente al 50%. Escala 1-4 según frecuencia. Adolescentes y adultos. Tiempo: 15'	Severidad de la sintomatología. Depresión leve: 50-59. Consistencia interna: 0.73-0.79. Validez concurrente con Hamilton: 0.68-0.76
HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) (Zigmond y Snaith, 1983) Adaptación española: Terol et al., 2007	Individual y colectiva. 20'. 14 ítems (7 ansiedad + 7 depresión)	Escala de ansiedad y depresión hospitalaria. Útil en contextos médicos
CET-DE (Cuestionario Estructural Tetradiimensional para la Depresión) (Alonso Fernández, 1986)	Individual. 15'. Adolescentes y adultos	Humor depresivo, Anergia, Discomunicación y Ritmopatía

Niños y Adolescentes (★ Los más importantes de examen)

★ Instrumento	Aplicación / Formato	Dimensiones
★★ CDI (Inventario de Depresión Infantil) (Kovacs, 1992) Adaptación española: del Barrio y Carrasco (2004) ← MÁS RECOMENDADO PARA NIÑOS	Individual y colectiva. 17 ítems. 10'. 7-15 años. Aplicación a padres, niños y maestros	Disforia y Autoestima negativa
CDI-2 (Inventario de Depresión Infantil-2) (Kovacs, 2010) Adaptación: del Barrio et al., 2002	Individual y colectiva. 10 ítems. 5'. Aplicación a padres, niños y maestros	Disforia
★ RADS y RCDS (Escala de Reynolds) (Reynolds, 1987/1989) Adaptación española: del Barrio et al., 1996	Individual y colectiva. 30 ítems. Escala Likert 4 puntos. RADS: 13-18 años; RCDS: 9-12 años	5 dimensiones: dependencia/preocupación, desmoralización, síntomas exteriorizados y quejas somáticas, humor depresivo/pesimismo, y anhedonia
CDS (Escala de Depresión para Niños) (Lang y Tisher, 1994)	Individual y colectiva. 8-16 años. 66 ítems. 40'	Depresión y Eutimia
PRESS (Preschool Symptom Self-Report) (Martini, 1987) Adaptación española: Doménech y Jané (1998)	Individual. 25 láminas. Aplicación a padres, niños y maestros	Depresión y Eutimia

Poblaciones Especiales

● **TEMA 7** Evaluación de los Trastornos del Estado de Ánimo: Depresión y Trastorno Bipolar

Instrumento	Para quién	Características
EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) (Cox et al., 1987)	Madres postparto	Autoinforme. 10 ítems. 5'. Despistaje de la sintomatología depresiva postparto
GDS (Escala Geriátrica de Depresión) (Yesavage et al., 1982) Forma abreviada: Breckman et al., 2011	Ancianos	Autoinforme. 30 ítems (forma abreviada: 7 ítems). Despistaje. La GDS-15 tiene mayor sensibilidad y especificidad que la GDS-30 (Mitchell, Rizzo y Meader, 2010). Cronbach: 0.88; test-retest: 0.75. Validez discriminante: 95%. Punto de corte 9-10
SRDQ (Self-Report Depression Questionnaire-Reynolds y Baker, 1988)	Personas con Retraso Mental	Autoinforme. Individual. 32 ítems. Edad mental ≥5 años. 3 escalas: Cognitiva, Afectiva y Somática

Escalas para el Trastorno Bipolar (Evaluación de la Manía)

★ Instrumento	Aplicación	Características
★ YMRS (Young Mania Rating Scale) (Young, Biggs, Ziegler et al., 1978) Adaptación española: Colom et al., 2002 ← LA MÁS UTILIZADA	Heteroaplicada. 11 ítems	Evalúa sintomatología maníaca relativa a la ÚLTIMA SEMANA
CARS-M (Clinician-Administered Rating Scale for Mania) (Altman, Hedecker, Janicak, Peterson y Davis, 1994) Versión castellana: Liviano (1999)	Heteroaplicada. 14 ítems. Escala Likert 5 puntos	2 subescalas: manía y psicótica. Excluye sintomatología ansiosa y depresiva
MDQ (Mood Disorder Questionnaire) (Hirschfeld et al., 2000/2005)	Instrumento de cribado para TB-I. 13 ítems sobre sintomatología (escala dicotómica) + 1 ítems generales	Cribado del Trastorno Bipolar I
Escala para la Evaluación de la Manía (Bech, Rafaelsen y Bolwig, 1978) Adaptación española: Bobes et al., 2004	Heteroaplicada. 11 ítems. Escala Likert 5 puntos	

3. CARACTERÍSTICAS PSICOMÉTRICAS DE LOS INSTRUMENTOS

Fiabilidad y Validez — datos clave para el examen:

- ◆ **BDI-II:** consistencia interna 0.92; test-retest 0.60; validez concurrente con Hamilton 0.71; sensibilidad 94%; especificidad 92%.
- ◆ **CES-D:** consistencia interna 0.85-0.90; estabilidad 0.51-0.67 (moderada); validez concurrente con SCL-90: 0.73-0.89; sensibilidad 87%; especificidad 73%.
- ◆ **HDRS/Ham-D:** consistencia interna 0.76-0.92. Sin puntos de corte → no indicada para diagnóstico.
- ◆ **ZSDS:** consistencia interna 0.73-0.79; validez concurrente con Hamilton 0.68-0.76.
- ◆ **GDS:** alfa Cronbach 0.88; test-retest 0.75; validez discriminante 95%; punto de corte 9-10.

Conclusión: los cuestionarios dimensionales tienen características psicométricas adecuadas y son superiores a los categoriales en validez concurrente. La validez concurrente de los instrumentos dimensionales es superior a la de los categoriales (Bruns et al., 1997).

Instrumentos más recomendados (del Barrio, 2007; Hunsley y Mash, 2008):

- ◆ **Niños:** K-SADS (entrevista), CDRS-R (entrevista), CDI y RADS (cuestionarios).

● **TEMA 7** Evaluación de los Trastornos del Estado de Ánimo: Depresión y Trastorno Bipolar

- ◆ **Adultos:** SCID (entrevista), BDI-II (cuestionario).
- ◆ **Trastorno Bipolar adultos:** SCID + SADS. Niños: K-SADS.

4. EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO Y LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO

Una vez realizado el diagnóstico, se evalúan las **variables afectadas más específicamente** para proyectar más individualizadamente las líneas del tratamiento y utilizarlas después para la evaluación de la eficacia de la intervención.

Variable a evaluar	★ Instrumento	Características
Actividades placenteras	Registro de actividades con estimación de placer, esfuerzo y agrado en escalas subjetivas	Registros conductuales ad hoc
Autoestima	★ LAEA (Listado de Adjetivos para Evaluación del Autoconcepto; Garaigordobil, 2012) EMMA (Cuestionario Evaluación Multimedia y Multilingüe de la Autoestima; Ramos y Santamaría, 2011)	LAEA: niños y adultos; listado de 55 adjetivos, Escala Likert 4 puntos. Evalúa autoconcepto físico, social, emocional e intelectual. EMMA: niños y adolescentes, 30 ítems, corrección informatizada, disponible en diferentes lenguas, evalúa autoestima global y facetas académica, socioemocional y deportiva
Habilidades Sociales	★ EHS (Escala de Habilidades Sociales; Gismero, 2002)	Adolescentes y adultos. 33 ítems. Evalúa la conducta asertiva en diferentes situaciones sociales e interacción interpersonal. 40 ítems evalúan por cada ítem el grado de malestar y la probabilidad de respuesta ante diferentes situaciones
Socialización Familiar	★ ESPA29 (Musitu y García, 2001)	29 situaciones cotidianas. Escalas Aceptación/Implicación y Coerción/Imposición → 4 tipologías: Autoritativo, Indulgente, Autoritario o Negligente
Ansiedad y Estrés	ISRA (Tobal y Cano, 1994) CMAS-R (Reynolds y Richmond, 1985) IEC (Inventario Infantil de Estresores Cotidianos; Trianes et al., 2009) EAE (Escala de Apreciación del Estrés; Fernández-Seara y Mielgo, 1992)	ISRA: 22 situaciones y 24 respuestas, a partir de 16 años, 4 dimensiones de ansiedad. CMAS-R: 37 ítems sí/no, 6-19 años, 5 dimensiones. IEC: 25 ítems, 3 escalas (salud, escuela-iguales, familia). EAE: evalúa 4 escalas: general, ancianos, socio-laboral y conducción
Cogniciones (distorsiones, atribuciones, supuestos...)	★ MOLDES (Test de Estrategias Cognitivo-Emocionales; Hernández-Guanir, 2010) CASQ/KASTAN-R (Cuestionario de Estilo Atribucional; Seligman et al., 1984) ASQ (Peterson et al., 1982) CTI (Inventario de la Tríada Cognitiva; Beckham et al., 1986) SQ-SF (Cuestionario de Esquemas; Young y Brown, 1994) ATQ-R (Cuestionario de Pensamientos Automáticos; Kendall y Hollon, 1989) DAS (Escala de Actitudes Disfuncionales; Weissman y Beck, 1978) CDCN-1 (Distorsiones Cognitivas para Niños; Bas y Andrés, 1994)	MOLDES: 87 ítems, adolescentes y adultos, evalúa estrategias cognitivo-emocionales (autoconfianza, motivación, control emocional, atribuciones, etc.). CTI: 30 ítems Likert 7 puntos, representa esquemáticamente la visión del sujeto sobre sí mismo, el mundo y el futuro. DAS: 40 ítems Likert, 4 puntos, necesidad de logro/dependencia/autonomía. ATQ-R: 40 ítems Likert 5 puntos, frecuencia de pensamientos automáticos asociados al ánimo depresivo

4.1. Cautelas para el Diagnóstico

● **TEMA 7** Evaluación de los Trastornos del Estado de Ánimo: Depresión y Trastorno Bipolar

Errores diagnósticos más frecuentes: se estima que representan el 26% de los casos (Aragón et al., 2004): infradiagnóstico (falsos negativos) Y sobrediagnóstico (falsos positivos).

Checklist de cautelas esenciales:

- ◆ **Descartar primero** causas orgánicas (anemia, cáncer, tiroides, demencias) mediante revisión médica.
- ◆ **Descartar consumo de drogas** (la sintomatología podría estar vinculada a la ingesta).
- ◆ **Evaluar el afecto positivo** (felicidad) para discriminar depresión de ansiedad → en la depresión NO hay afecto positivo (Watson et al., 2011).
- ◆ **Esquizofrenia u otros psicóticos prevalecen** sobre el diagnóstico de depresión si existe ese diagnóstico previo.
- ◆ **DM vs. Distimia:** la distimia es de menor intensidad y mayor duración → comprobar inicio del episodio, duración, persistencia y severidad.
- ◆ **Posible Trastorno Bipolar:** si se sospecha, preguntar sobre manía previa, casos familiares de TB y duración de las fluctuaciones del estado de ánimo.
- ◆ **Cautela con cuestionarios pre-1980:** enfatizan excesivamente aspectos somáticos → pueden generar falsos negativos.
- ◆ **Niños:** evaluar dos veces en ~1 semana para descartar alteraciones transitorias. La disforia puede aparecer como irritabilidad. La correlación adultos-niños es baja en trastornos interiorizados.

Diagnóstico Diferencial (principales confusiones)

Trastorno	Clave del Diagnóstico Diferencial
Trastorno Bipolar	Explorar episodios de manía previos. Preguntar por casos familiares de TB. ¿Cuánto duran las fluctuaciones?
Trastornos de Ansiedad	Alta comorbilidad → explorar cuál ha precedido a cuál. Diferencia clave: en ansiedad puede haber afecto positivo; en depresión NO
Depresión de duelo	Comprobar si han transcurrido más de 2 meses y si hay marcada incapacidad funcional
Trastornos de adaptación	Localizar el episodio estresante y su duración
Trastornos del 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
Hipocondría	Comprobar que el estado de ánimo no se funda en referentes hipocondríacos
Demencia y pseudodemencia	Confirmar por exploración neurológica y psicológica que no existe demencia
T. Disruptivo Emocional (infancia)	Comprobar que las rabietas no se deben a TD. Emocional + que el humor depresivo está presente entre las rabietas

5. PROPUESTA DE UN PROTOCOLO BÁSICO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO

PROTOCOLO BÁSICO — TRASTORNOS DEPRESIVOS Y TRASTORNO BIPOLAR

1. EVALUACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

- Entrevista diagnóstica: **SADS** (adultos) / **K-SADS** (niños)
- Cuestionarios generales de despistaje: **BDI-II** (adultos) / **CDI** (niños)

● **TEMA 7** Evaluación de los Trastornos del Estado de Ánimo: Depresión y Trastorno Bipolar

→ Para confirmar diagnóstico: **SCID** (adultos)

→ Para niños: **CDRS-R** (entrevista semiestructurada)

→ Para Trastorno Bipolar: **SADS + SCID** (adultos) / **K-SADS** (niños) + **YMRS** para evaluar la manía

2. EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO

→ Autoestima: **LAEA** (adolescentes/adultos) y **EMMA** (niños)

→ Habilidades Sociales: **EHS** (adolescentes/adultos)

→ Satisfacción Familiar: **ESPA29** (adolescentes/adultos)

→ Estrategias Cognitivo-emocionales: **MOLDES** (adolescentes/adultos)

→ Cogniciones: **KASTAN-R**, **ASQ**, **CTI**, **DAS**, **SQ-SF**, **CDCN-1**

→ Ansiedad: **ISRA** (adultos) y **CMAS-R** (niños)

→ Estrés: **IEC** (niños), **EAE** (adultos)

→ Registros conductuales ad hoc y autorregistros (salidas, actividades, pensamientos, etc.)

3. EVALUACIÓN PARA EL PROGRESO Y EFICACIA DEL TRATAMIENTO

→ Los mismos instrumentos de conceptualización utilizados como posttest

→ Cuestionarios dimensionales sensibles al cambio: **BDI-II** (adultos) / **CDI** (niños)

→ Secuencia: entrevista de contacto → SADS/K-SADS → instrumento genérico multidimensional → instrumentos específicos (CDI/RADS/BDI-II) → conceptualización → registros

✓ RESUMEN RÁPIDO PARA EL EXAMEN

■ Conceptos y datos que deben salirte automáticos

■ **Depresión** = estado de ánimo negativo que afecta a pasado, presente y futuro. Dura >2 semanas. Criterio: incapacitación para la vida personal/social/laboral.

■ **Depresión reactiva** (desencadenada por un hecho negativo que se cronifica) vs. **endógena** (sin desencadenante; base biológica: norepinefrina, dopamina, serotonina).

■ **DM**: ≥5 síntomas ≥2 semanas. **Distimia**: humor depresivo ≥2 años (adultos) / ≥1 año (niños), menor intensidad que la DM pero más crónica.

■ **Distinción DM vs. Distimia**: inicio del episodio, duración, persistencia y severidad. La distimia dura MÁS que la DM pero es MENOS intensa.

■ **Depresión infantil**: disforia puede aparecer como IRRITABILIDAD. Evaluar DOS VECES en ~1 semana. Hasta 12 años: desencadenantes familiares; desde 12: autoestima y mundo escolar-social.

● **TEMA 7** Evaluación de los Trastornos del Estado de Ánimo: Depresión y Trastorno Bipolar

- **Prevalencia:** 10% puntualmente adultos; 30% en ciclo vital total. DM: 6-7%; Distimia: 4-5%. Recidiva: 70%. Cronificación: 20%. Sexo: 3:1 (mujeres:hombres). TB: 1% (tipo I); 3% (tipo II), igual en ambos sexos.
- **El 60% de adultos depresivos tuvo un episodio en la niñez** → haber tenido depresión de niño = predictor más potente de repetición.
- **60% de personas deprimidas presentan alteraciones de sueño** (dificultad para conciliar, no despertar precoz).
- **Factor de personalidad que mejor predice la depresión: NEUROTICISMO.**
- **Comorbilidad:** con ansiedad 60% en adultos. Es infrecuente que un deprimido NO sea ansioso. Teoría tripartita: en depresión NO hay afecto positivo (diferencia con ansiedad).
- **Cautela antidepressivos:** informe LSE (2010) sostiene eficacia equiparable a placebo; en adolescentes: aumento de suicidios.
- **Evaluación categorial** (diagnóstico): entrevistas (SADS/K-SADS + SCID). **Evaluación dimensional** (cuantificación): cuestionarios (BDI-II + CDI).
- ★ **BDI-II:** consistencia interna 0.92; sensibilidad 94%; especificidad 92%. **MÁS USADO** en adultos.
- ★ **CDI:** **MÁS RECOMENDADO** para niños.
- ★ **HDRS/Ham-D:** heteroaplicada (mini-entrevista). NO tiene puntos de corte → NO indicada para diagnóstico; sí para cuantificar síntomas en diagnosticados.
- ★ **SADS:** entrevista más recomendada. Versión infantil: K-SADS. Evalúa DM, Distimia, Manía, Hipomanía y Esquizofrenia.
- **GDS-15** (geriátrica) mayor sensibilidad y especificidad que GDS-30 (Mitchell et al., 2010).
- ★ **YMRS:** la más utilizada para evaluar la manía. Heteroaplicada. Evalúa última semana.
- **Para el Trastorno Bipolar:** SCID + SADS (adultos); K-SADS (niños). Requiere seguimiento largo para detectar correctamente.
- **Para conceptualización:** MOLDES (cogniciones/emociones), CTI (tríada cognitiva de Beck), DAS (actitudes disfuncionales), KASTAN-R/ASQ (estilo atribucional), LAEA/EMMA (autoestima), EHS (habilidades sociales), ESPA29 (socialización parental).
- **Instrumentos pre-1980:** enfatizan aspectos somáticos → pueden generar falsos negativos.
- **Secuencia diagnóstica recomendada:** entrevista contacto → despistaje (SADS/K-SADS) → instrumento genérico multidimensional → específico (BDI-II / CDI / RADS) → conceptualización → registros.

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN (Soluciones al final)

- 1) La discriminación mejor entre ansiosos y deprimidos es: a) la presencia de disforia; b) la presencia de agitación motora; **c) la ausencia de afecto positivo (felicidad).**
- 2) El sentimiento de inutilidad o culpa es: a) un criterio esencial para el diagnóstico de la DM; **b) un criterio posible para el diagnóstico de la DM;** c) un criterio que sólo aparece en adultos.
- 3) Respecto a la distimia vs. depresión mayor: **a) la distimia dura más que la DM;** b) la distimia dura menos; c) duran igual.

● **TEMA 7** Evaluación de los Trastornos del Estado de Ánimo: Depresión y Trastorno Bipolar

- 4) La Escala de Hamilton para Depresión (Ham-D) es: **a) heteroaplicada por el evaluador (mini-entrevista)**; b) heteroaplicada por compañeros; c) autoaplicada.
- 5) Los instrumentos más recomendados para niños son: a) SCID y BDI-II; **b) K-SADS, CDRS-R, CDI y RADS**; c) SADS y CES-D.
- 6) Para evaluar la manía en el trastorno bipolar el instrumento más utilizado es: a) SADS; b) MDQ; **c) YMRS**.
- 7) El 60% de adultos depresivos: a) tendrán recaídas inevitables; **b) tuvo un episodio depresivo en la niñez**; c) presentan alteraciones del sueño de despertar precoz.
- 8) El trastorno bipolar: a) afecta más a mujeres; b) afecta más a hombres; **c) afecta por igual a hombres y mujeres**.

Soluciones: 1c, 2b, 3a, 4a, 5b, 6c, 7b, 8c

TEMA 8

Evaluación de los Trastornos Relacionados con el Trauma y Otros Estresores

Miguel Ángel Carrasco Ortiz · Evaluación Clínica UNED

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, 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 de los Principales Trastornos

Dentro de los trastornos relacionados con estresores se incluyen fundamentalmente: el **Trastorno de Estrés Agudo (TEA)**, el **Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)**, los **Trastornos Adaptativos (TA)** y los trastornos infantiles de apego (**Trastorno Reactivo de Apego y Trastorno de Desinhibición Social**). En la literatura se recoge además el **TEPT Complejo o DESNOS** (Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified).

Trastorno	Descripción esencial	Duración / Dato clave
Trastorno de Estrés Agudo (TEA)	Reacción intensa tras vivenciar/presenciar un acontecimiento traumático. Síntomas disociativos (embotamiento, desrealización, despersonalización, amnesia), reexperimentación, evitación y síntomas intensos de ansiedad	Surge en las 4 primeras semanas después del suceso. Duración mínima: 3 días
Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)	Patrón de síntomas: reexperimentación (recuerdos, sueños, ilusiones, alucinaciones, flashback), hiperactivación fisiológica (hipervigilancia, irritabilidad, sobresalto, insomnio) y evitación a estímulos asociados al trauma	Subtipos: a) disociativo (hiperact. medial prefrontal + inhibición amígdala) b) hiperarousal (hipoact. medial-frontal + activación amígdala). Por duración: agudo (<3 meses), crónico (>3 meses), diferido (síntomas ≥6 meses después del trauma)

● **TEMA 8** Evaluación de los Trastornos Relacionados con el Trauma y Otros Estresores

Trastorno	Descripción esencial	Duración / Dato clave
Trastornos Adaptativos (TA)	Síntomas emocionales/conductuales clínicamente significativos en respuesta a un estresor psicosocial identificable. Adaptación inadecuada superior a lo esperable dado el estresor. Subtipos: con ánimo depresivo, con ansiedad, mixto, con trastorno de comportamiento, con alteración mixta, no especificado	Síntomas en los 3 meses siguientes al inicio del estresor. Agudo: <6 meses; Crónico: ≥6 meses. Prevalencia: 5-20%. Similar en hombres y mujeres
Trastorno Reactivo de Apego	Patrón marcadamente alterado e inapropiado de conductas de apego, antes de los 5 años. El niño escasamente busca confort/apoyo ante el malestar. Conducta emocionalmente retraída e inhibida. Requiere cuidado patológico (criterio D)	Edad evolutiva ≥9 meses. No cumple criterios de TEA
Trastorno de Desinhibición Social	El niño se aproxima activamente a adultos desconocidos con excesiva familiaridad, sin reticencias ni conductas de autorización ante el adulto de referencia	Edad evolutiva ≥9 meses. Diferencia del TDAH: incluye conducta socialmente desinhibida, no solo impulsividad
TEPT Complejo (DESNOS)	Sintomatología traumática más grave derivada de experiencias acumulativas de violencia interpersonal (maltrato, guerra, prostitución...). Combina síntomas del TEPT + Trastorno Límite de la Personalidad: autocapacidades alteradas, disociación, alteraciones del estado de ánimo, abuso de sustancias, hiperreactividad fisiológica	No incluido en DSM-IV/V como diagnóstico independiente. Prevalencia en clínica: 40-70%

Subtipos del TEPT — Dato examen:

- ◆ **Por sintomatología predominante:** disociativo (sobre-modulación emoción: hiperact. medial prefrontal + inhibición amígdala) vs. hiperarousal (infra-modulación: hipoact. medial-frontal + activación amígdala).
- ◆ **Por criterio temporal:** agudo (<3 meses), crónico (>3 meses), diferido (síntomas ≥6 meses después, generalmente desencadenado por otro estresor como divorcio o pérdida).

1.2. Epidemiología y Curso

- **50-60% de las personas** han experimentado al menos un suceso traumático en sus vidas, aunque **no todos desarrollan una alteración mental** (Norris y Slone, 2007).
- **TEPT — Prevalencia en población general:** 6,8-12% (periodos largos); 1-3% (punto transversal). Varía según el estresor: desde 12,3% (accidente de tráfico) hasta **57,3% (agresiones sexuales)**. Más prevalente en **mujeres y adultos jóvenes** (25-45 años). Curso tendente a ser **crónico**: >1/3 permanecen con diagnóstico 5 años después.
- **TEPT — Población infantil:** 1% (punto puntual); 6-10% (a lo largo de la vida). En muestras infantiles con traumas variados: ~36% de prevalencia de TEPT (Fletcher, 1996).
- **Trastornos Adaptativos:** 5-20% en adultos; 4-18% en niños/adolescentes (más alta que en adultos). Curso temporal: tiende a desaparecer antes de 6 meses si el estresor cesa.
- **DESNOS:** prevalencia en población clínica con historia de trauma: 40-70%; en víctimas de traumas: hasta 57%.
- **Apego inseguro en población normal:** ~40% (15% evitativo, 15% desorganizado, 9% ambivalente). En niños maltratados: el doble o el triple, principalmente apego desorganizado.

1.3. Factores Etiológicos y Factores Asociados

Modelo / Factor	Descripción
Modelo Procesual del Estrés — Lazarus (1966/1984) ← EL MÁS COMPREHENSIVO	Desde una perspectiva interaccional, el estrés es el resultado de transacciones entre: demandas psicosociales (sucesos vitales), evaluación cognitiva, respuestas del organismo, variables disposicionales, apoyo social y estatus de salud
Modelos de Condicionamiento (Barlow, 2002; Mowrer, 1960)	El estresor/trauma se asocia por condicionamiento clásico con respuestas incondicionadas de ansiedad. Mediante generalización de estímulos estas respuestas condicionadas se extienden a diferentes situaciones

● **TEMA 8** Evaluación de los Trastornos Relacionados con el Trauma y Otros Estresores

Modelo / Factor	Descripción
Modelos del Procesamiento de la Información	Activación de esquemas (Epstein, 1991; Janoff-Bulman, 1992) que guían la percepción e interpretación. Procesamiento emocional inadecuado (Foa y Jaycox, 1999) dificulta integración cognitiva y emocional del trauma. Memoria dual (Brewin y Holmes, 2003): memoria verbal (narración) + memoria situacional (fragmentada, desorganizada). La sintomatología traumática = fallo en el procesamiento adecuado de la información
Factores de Riesgo	Ser mujer, joven, bajo nivel intelectual/educativo, minoría racial/étnica, clase socioeconómica baja, antecedentes psiquiátricos, bajo apoyo social, exposición a estresores vitales adicionales (Brewin et al., 2000; King et al., 2004)
Teorías del Apego — Bowlby (1973)	Experiencias de maltrato → construcción de Modelos Internos de Trabajo (representación del yo y de los otros). Apego inseguro = resultado de interacciones caracterizadas por desconfianza, falta de responsividad y falta de accesibilidad del niño a sus figuras de referencia. Maltrato infantil → mayor probabilidad de apego inseguro y TEPT en vida adulta (Alexander, 1992)

Clasificación de los acontecimientos vitales estresantes:

Tipo	Descripción / Ejemplos
Menores-Cotidianos (no traumáticos)	Estresores puntuales de baja-media intensidad que se repiten en el quehacer cotidiano (ej.: tráfico, discusiones pareja/jefe, exceso trabajo puntual)
Moderados Acumulativos (no traumáticos)	Estresores de baja-media intensidad que perduran a lo largo de un periodo significativo de tiempo (ej.: enfermedad crónica, situación de estrés laboral sostenido)
Intensos y Extraordinarios (trauma simple)	Acontecimientos aislados extraordinarios y de alta intensidad (ej.: catástrofes naturales, violación, accidente de tráfico, ataque terrorista, guerra)
Acumulativos Prolongados (trauma complejo)	Victimización de media-alta intensidad repetida y prolongada que a menudo se remonta a la infancia (ej.: abuso sexual en infancia, secuestros, torturas, violencia doméstica, acoso escolar/laboral)

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

Dos grupos fundamentales de instrumentos para la delimitación de estos trastornos:

- ◆ Grupo 1: Instrumentos para la **identificación de los estresores**.
- ◆ Grupo 2: Instrumentos para la **evaluación del impacto** (consecuencias psicopatológicas y sintomatología).

Importante: los instrumentos de identificación de estresores *no permiten el diagnóstico*; solo identifican los estresores ocurridos, cuya presencia es condición necesaria para el diagnóstico de algunos trastornos (ej.: TEPT). Una vez identificado el estresor, se requieren instrumentos específicos para la contrastación de hipótesis diagnósticas.

2.1. Instrumentos de Evaluación

2.1.1. Instrumentos para la Identificación de Estresores (★ Los más importantes)

Estresores diarios/cotidianos:

Instrumento	Características
★ CEQ - Cuestionario de Estrés Diario (Sanled, Chorot y Sandín, 1991). Versión abreviada CEQ-44	60 ítems. Satisfacciones y contrariedades diarias de distintas facetas de la vida cotidiana (familia, trabajo, estudios, economía, etc.). Dos escalas Likert: valoración negativa y positiva (0-3)
Escala de Estrés Percibido EEP (Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983). Versión española: Remor y Carrolles (2001)	14 ítems con 4 opciones de respuesta. Evalúa el grado en que las personas encuentran su vida impredecible, incontrolable o sobrecargada
IEC - Inventario Infantil de Estresores Cotidianos (Trianes et al., 2009) ← Para niños	25 ítems. 3 escalas: salud (12 ítems), escuela e iguales (6 ítems) y familia (7 ítems)

Acontecimientos vitales mayores y traumáticos:

● **TEMA 8** Evaluación de los Trastornos Relacionados con el Trauma y Otros Estresores

Instrumento	Características
SRRS - Escala de Reajuste Social Holmes y Rahe (1967). Adaptación española: González de Rivera et al. (1983)	61 ítems. Valora de 1 a 100 la intensidad de la reacción emocional, impacto, estrés o cambio que pueden inducir en un individuo normal
CSV - Cuestionario de Sucesos Vitales (Sandín y Chorot, 1987)	62 acontec. vitales en los últimos 12 meses. Escala de 10 puntos de menor a mayor intensidad. Dominios: trabajo, pareja, familia, salud, residencia, social, legal, finanzas
★ TLEQ - Cuestionario de Eventos Traumáticos Vitales (Kubany et al., 2000) ← RECOMENDADO	30 acontec. potencialmente traumáticos. Pregunta por la edad del sujeto cuando ocurrió y el malestar experimentado en el último año
★ LEC - Listado de Acontec. Vitales (Blake et al., 1995; Gray et al., 2004) ← RECOMENDADO	17 ítems. Para cada acontec.: si ocurrió directamente o como testigo, qué aprendieron sobre el suceso y si es aplicable a su experiencia. No evalúa ni la gravedad ni las reacciones durante el mismo
TQ - Cuestionario de Experiencias Traumáticas (Escalona et al., 1997). Versión española: González et al., 2000	17 sucesos traumáticos. 9 ítems para el grado de afectación. 18 ítems dicotómicos sobre sintomatología de reexperimentación, hiperactivación y evitación
CTQ - Cuestionario de Trauma Infantil (Bernstein, Stein y Newcomb, 2003) ← Para niños	38 ítems. Escala Likert 5 puntos. Explora historias de trauma infantil: maltrato emocional, sexual, físico y abandono. Versión breve: 28 ítems

2.1.2. Instrumentos para el Diagnóstico y Delimitación de los Trastornos

Para el diagnóstico existen dos tipos de instrumentos: (a) **entrevistas estructuradas** multidimensionales (ADIS-IV, SCID-IV, CIDI, DIS, DISC, DICA, CAPA) que contienen módulos específicos para los trastornos postraumáticos, y (b) **entrevistas específicas** para el TEPT.

★ Instrumento	Aplicación	Dimensiones
★★ CAPS - Escala TEPT Administrada por Clínicos (Blake et al., 1990; Weathers et al., 2001) Versión española: González et al., 2000 Versión infantil: CAPS-CA (Nader et al., 1996) ← LA MÁS RECOMENDADA PARA DIAGNÓSTICO	Adultos. 30-60 minutos. Dos escalas: una de frecuencia y otra de intensidad	Evalúa los 17 criterios diagnósticos DSM-IV y la severidad del TEPT en 4 escalas: reexperimentación, evitación, apatía emocional e hiperactivación. Además evalúa los síntomas asociados de culpa y disociación
★ PDS - Escala Diagnóstica Postraumática (Foa et al., 1997) ← ALTAMENTE RECOMENDADA	Adultos. 49 ítems. 10-15 minutos. Escala Likert	Identifica los acontec. traumáticos más estresantes. Evalúa la amenaza e indefensión percibida, la intensidad y frecuencia de síntomas TEPT del DSM-IV y el daño funcional. Recoge un listado de 11 acontec. y preguntas sobre cuál impactó más
★ PCL - Listado de Síntomas TEPT (Weathers et al., 1993) Versión española: Meis, Marshall y Schell, 2008 ← ALTAMENTE RECOMENDADO	Adultos. 17 ítems. Escala dicotómica y 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
IES-R - Escala Revisada del Impacto del Estrés (Weiss y Marmar, 1997) Adaptación española: Baguena et al., 2001	Adultos. 22 ítems. Escala Likert 4 puntos. 10 minutos	Evalúa los criterios DSM-IV, la intensidad de síntomas y el malestar percibido en 3 subescalas: intrusión (flashbacks), evitación e hiperactivación
Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997) ← VERSIÓN ESPAÑOLA MUY UTILIZADA	Adultos. 17 ítems. Escala Likert 3 puntos (frecuencia e intensidad)	Evalúa criterios diagnósticos, gravedad e intensidad de la sintomatología TEPT en 3 escalas: reexperimentación, evitación e hiperactivación
PSS-I - Entrevista de la Escala de Síntomas TEPT (Foa, Riggs, Dancu y Rothbaum, 1993)	Adultos. Escala Likert 4 puntos de severidad (últimas 2 semanas). 20 minutos	Evalúa la frecuencia e intensidad de la sintomatología del TEPT (criterios DSM-IV). Especialmente recomendada para víctimas de violencia sexual

● **TEMA 8** Evaluación de los Trastornos Relacionados con el Trauma y Otros Estresores

★ Instrumento	Aplicación	Dimensiones
★ Índice TEP para DSM-IV - UCLA (Pynoos et al., 1998; Steinberg et al., 2004) ← Para niños	Según versiones: niños <12 años, adolescentes y padres. Formato de entrevista o cuestionario. Escala Likert 5 puntos	Instrumento de despistaje. Explora criterios TEPT DSM-IV: acontec. potencialmente traumáticos, percepción de amenaza y peligro, horror/desesperanza, y sintomatología traumática
TSCC - Listado de Síntomas de Trauma para Niños (Briere, 1996) ← Para niños	8-16 años. Autoinformada. 54 ítems. 15-20 minutos. Proporciona puntuaciones T	Evalúa el impacto del trauma. 2 escalas de validez del informante + 6 escalas clínicas: ansiedad, depresión, ira, estrés postraumático, disociación, preocupación sexual
SIDES - Entrevista Estructurada para DESNOS (Pelcovitz et al., 1997)	48 ítems. Escala dicotómica sí/no	7 escalas: regulación del afecto/impulsos, atención/conciencia, somatización, alteraciones autopercepción, percepción del perpetrador, relaciones con otros, sistema de significados. Fiabilidad >0.76 (excepto escala V: 0.53)

Instrumentos más recomendados para el diagnóstico (Keane y Barlow, 2002; Hunsley y Mash, 2008):

- ◆ Para adultos: **SCID-IV** (módulo TEPT + única que permite diagnóstico estructurado de Trastornos Adaptativos), **CAPS**, **PDS** y **PCL**.
- ◆ Para niños: módulo TEPT de la entrevista **CAPA** (propiedades psicométricas excelentes), **Índice TEP-UCLA** e **Inventario TEP de Saigh**.
- ◆ **Limitación del módulo TEPT de la ADIS:** niveles de fiabilidad interjueces razonables pero no elevados.

Para los trastornos del vínculo (Reactivo de Apego y Desinhibición Social): aún no existen entrevistas estructuradas → evaluación centrada en la observación + constatación de criterios diagnósticos + instrumentos de apego validados.

Evaluación del Apego y los Modelos Internos (★ Instrumentos clave)

Instrumento / Técnica	Edad / Tipo	Dimensiones
Situación Extraña (Ainsworth et al., 1978)	12-20 meses. Observación por experto	Explora conductas de separación-reunión ante 8 situaciones. Valora conducta del niño ante la madre, conducta exploratoria y reacciones emocionales. 4 tipos de apego: seguro, evitativo, ansioso-ambivalente, desorganizado
★ Attachment Behaviour Q-Set (Waters, 1995)	1-5 años. Heteroinforme	90 tarjetas describiendo conductas típicas de apego seguro. Adaptaciones disponibles como cuestionario
★ AAI - Attachment Adult Interview (George, Kaplan y Main, 1985)	Adolescentes-adultos. Entrevista semiestructurada	Evalúa retrospectivamente las experiencias de apego con figuras de referencia, su valoración e interpretación. Indicador del sistema de regulación emocional y representación mental del apego
★ SSAP - Story Stem Assessment Profile (Hodges, Steele, Hillman y Henderson, 2003; Román, 2010)	4-8 años. Completar historias	Utilizada y adaptada para la evaluación de niños con historia de maltrato infantil. Buenos niveles de fiabilidad en la codificación
RQ - Cuestionario de Relación (Bartholomew y Horowitz, 1991)	Adultos. Cuestionario	Evalúa ansiedad y evitación que suscitan las relaciones interpersonales. 4 tipos de apego: seguros, preocupados, temerosos y desvalorados

2.2. Diagnóstico Diferencial

Trastorno	Clave del D. Diferencial
TEA	a) T. mental por enfermedad médica (hay daño físico que justifica la sintom.); b) T. relacionado con sustancias (la adicción explica la sintom.); c) T. psicótico breve (síntomas psicóticos); d) Depresión Mayor (predomina tristeza y anhedonia → si aparecen conjuntamente: diagnóstico adicional); e) Perturbación de cualquier trastorno preexistente al estresor (considerar conjuntamente ambos)

● **TEMA 8** Evaluación de los Trastornos Relacionados con el Trauma y Otros Estresores

Trastorno	Clave del D. Diferencial
TEPT	a) TEA (los síntomas aparecen y se resuelven en las primeras 4 semanas); b) Trastornos Adaptativos (el estresor es de baja intensidad y no hay síntomas propios de reacción traumática); c) TOC (existen pensamientos intrusos que el individuo reconoce como inapropiados y NO se relacionan con un estresor particular); d) Simulación (existen ganancias secundarias y/o compensaciones económicas); e) Esquizofrenia/trastornos psicóticos (alteraciones de la percepción → los flashbacks se diferencian de ilusiones/alucinaciones)
Trastornos Adaptativos	a) T. no especificado (bien no existe estresor identificable, o bien los síntomas perduran >6 meses tras el cese del estresor y sus consecuencias); b) TEPT o TEA (el estresor fue extremo o de gran intensidad); c) Duelo (reacciones a la muerte de un ser querido esperables, no >6 meses - 1 año); d) Reacciones no patológicas al estrés (el malestar no es superior al esperable y no causa deterioro significativo). Solo puede diagnosticarse conjuntamente con otro trastorno del Eje I si este último no es fruto de una reacción al estresor (ej. TOC)

2.3. Comorbilidad

Patrón de comorbilidad — 3 grupos (Friedman et al., 2011):

- ◆ **a) Anomalías en el circuito del miedo** → trastorno de pánico, fobia específica, fobia social.
- ◆ **b) Trastornos interiorizados** → trastornos afectivos, disociativos, otros de ansiedad (TOC, TAG).
- ◆ **c) Trastornos exteriorizados** → abuso de sustancias, personalidad antisocial, problemas de conducta.

TEPT: el que presenta el patrón de comorbilidad más grave y variado. Trastornos más frecuentemente asociados: **depresión**, ansiedad generalizada, **adicción al alcohol**. En menor medida: fobia social y TOC. Personalidad: T. por evitación, paranoide y obsesivo-compulsivo (Bollinger et al., 2000).

1/3 de las personas con TEPT muestran sintomatología disociada → relacionada con acontec. estresantes en la vida temprana.

Trastornos Adaptativos: 50% presentan conjuntamente Depresión Mayor o TEPT (Maercker et al., 2008). Frecuentes también: abuso de sustancias y conductas suicidas.

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

Las principales variables implicadas en los modelos explicativos de los trastornos por estrés que deben ser evaluadas:

Variable	Descripción / Relevancia
Tipo y naturaleza del acontec. estresante	El grado de relevancia del suceso es una primera variable a evaluar. El impacto estará mediado/moderado por la experiencia percibida y las cogniciones
★ Cogniciones y creencias	Significados, atribuciones, valoraciones, interpretaciones, supuestos básicos y creencias. El trauma incide sobre dos supuestos básicos: visión del mundo como peligroso + visión del yo como incapaz. Cogniciones a evaluar: visión negativa del mundo/yo, sobre control/tolerancia de ansiedad, sobre la reexperimentación, de culpa («yo lo provoqué»), de indefensión («no puedo hacer nada»), recuerdos de señales, sonidos y respuestas corporales
★ Emociones: culpa, ira-agresión	La ira y la culpa relacionadas con el trauma son emocionalmente frecuentes en víctimas (ante la supervivencia propia frente a la pérdida de un ser querido). Dificultan la recuperación y se asocian a mayor gravedad del TEPT (Owens et al., 2009)
★ Estrategias de afrontamiento	Las estrategias centradas en la emoción o en la evitación se asocian a peores consecuencias psicológicas. Las centradas en el afrontamiento directo → mejores resultados (Blake, Cook y Keane, 1992)
Variables de vulnerabilidad	Baja autoestima, elevado neuroticismo, afecto negativo, resistencia, dependencia, reactividad fisiológica, alexitimia (dificultad para identificar y describir emociones)
★ Apoyo social	Una de las variables con más evidencia como amortiguador del estrés (Brewin et al., 2000; King et al., 1999). Evaluar también habilidades interpersonales y recursos sociales disponibles

● **TEMA 8** Evaluación de los Trastornos Relacionados con el Trauma y Otros Estresores

Variable	Descripción / Relevancia
★ Síntomas disociativos y somáticos	Evidencia clara que muestra asociación entre experiencias traumáticas y somatización. Disociación desde estrés agudo hasta trastorno disociativo de identidad (González, 2010). 1/3 de personas con TEPT muestran sintomatología disociada
Control atencional	Facilidad en el cambio de foco/distracción. Habilidad implicada en la aparición del estrés postraumático y en la recuperación tras la exposición a traumas (Bardeen y Read, 2010)
Control percibido	Grado en que la persona cree que los acontec. pueden ser manejados → disminuye las respuestas al estrés y el impacto psicopatológico (Huether, 1998)
Impacto en el funcionamiento cotidiano	Deterioro social, laboral y de otras áreas → refuerza la convicción de incompetencia personal y visión negativa del mundo. Área importante de evaluación

Instrumentos para la Conceptualización (★ Los más importantes de examen)

Hipótesis / Variable	★ Instrumento	Características
Cogniciones postraumáticas (visión negativa del yo, del mundo y autculpa)	★★ PTCI - Inventario de Cogniciones Postraumáticas (Foa et al., 1999) ← ALTAMENTE RECOMENDADO	33 ítems. Escala Likert 7 puntos. 3 escalas: cogniciones negativas sobre el yo; sobre el mundo; y autculpa
Procesamiento emocional (Disociación y Somatización)	★ DES - Escala de Experiencias Disociativas (Bernstein y Putnam, 1986; Carlson y Putnam, 1993) Versión infantil: Child Dissociative Scale CDC (Putman et al., 1993)	28 ítems. Escala 0-100 (porcentajes de frecuencia). 3 factores: disociación amnésica, imaginación-absorción, despersonalización-desrealización
Disociación somatoforme	SDQ-20 (Nienhuys et al., 1996) Versión abreviada: SDQ-5 (5 ítems)	Autoinforme. 20 ítems. Escala Likert 5 puntos. Evalúa disociación somatoforme: fenómenos disociativos corporales negativos (ej. analgesia) y positivos (ej. dolores específicos localizados)
Culpa relacionada con el trauma	★ TRGI - Inventario de Culpa Relacionado con el Trauma (Kubany et al., 1996)	32 ítems. Escala Likert 5 puntos. 3 subescalas: culpa global; malestar; y cogniciones de culpa
Ira	★ STAXI / STAXI-NA (Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel 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
Agresión	AQ - Cuestionario de Agresión (Buss y Perry, 1992) Versión española: Andreu, Peña y Graña, 2002	19 ítems. Escala Likert 5 puntos. 4 Escalas: agresión física, agresión verbal, ira, hostilidad
Depresión	BDI-II (Beck et al., 1996, 2011) Versión infantil: CDI (Kovacs, 2004)	Cuestionario auto-administrado. 21 preguntas. Escala 0-3. Uno de los más utilizados para medir la severidad de la depresión
Apoyo social	ISEL - Listado de Evaluación de Apoyo Interpersonal (Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983) CAS - Cuestionario de Apoyo Social (Bernal et al., 2003)	ISEL: 40 ítems dicotómicos. 4 dominios: apoyos tangibles, valoración-consejo, autoconfianza y pertenencia. CAS: 9 ítems Likert 5 puntos
Estrategias de afrontamiento y regulación emocional	★ CISS - Inventario de Afrontamiento de Situaciones Estresantes (Endler y Parker, 1990/1999) CSI - Inventario de Estrategias de Afrontamiento (Tobin et al., 1989) DERS - Escala de Dificultades para Regular la Emoción (Grazt y Roemer, 2004)	CISS: 48 ítems Likert 5 puntos, evalúa estrategias centradas en la tarea, emoción y evitación. CSI: 71 ítems, 3 dimensiones: implicación-desimplicación, focalización-problemas, focalización-emociones. DERS: 41 ítems Likert 5 puntos

● **TEMA 8** Evaluación de los Trastornos Relacionados con el Trauma y Otros Estresores

Hipótesis / Variable	★ Instrumento	Características
Estrés percibido	PSS - Escala de Estrés Percibido (Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983) Versión española: Remor y Carrobbles, 2001	14 ítems con 4 opciones de respuesta. Evalúa la capacidad para controlar diferentes situaciones estresantes en el último mes
Control atencional	ACS - Escala de Control Atencional (Derryberry y Reed, 2002)	20 ítems. 3 factores: cambio atencional, foco atencional/concentración, y control pensamiento
Variables disposicionales (personalidad, optimismo, locus de control)	EPQ-R (Eysenck), NEO-FFI (Costa y McCrae), PANAS (Watson et al.), LOT (Scheier y Carver), Escala Locus Control de Rotter (1966), Escala de Resistencia (Sinclair et al.)	EPQ-R: 100 ítems dicotómicos, 4 escalas: neuroticismo, extraversión, psicoticismo, deseabilidad. PANAS: 20 ítems, evalúa afecto positivo y negativo. LOT: 10 ítems Likert 5 puntos, evalúa optimismo disposicional
Inadaptación / funcionamiento cotidiano	★ IG - Escala de Inadaptación (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000)	6 ítems. Escala Likert 6 puntos (0 a 5). Evalúa el grado en que un suceso afecta a: trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y relación familiar. Tiempo: 5-10 minutos
Apego/vínculo (niños con maltrato)	★ SSAP - Story Stem Assessment Profile (Hodges, Steele, Hillman y Henderson, 2003; Román, 2010)	Completar historias. 4-8 años. Adaptada para niños con historia de maltrato infantil. Buenas propiedades de fiabilidad en la codificación
Trauma complejo/DESNOS	★ SIDES - Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (Pelcovitz et al., 1997)	Entrevista. 48 ítems. 7 escalas. Fiabilidad >0.76 (excepto escala V: 0.53)

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

Estrategia general: obtención de medidas posttest de los instrumentos previamente utilizados para la delimitación del problema o la conceptualización.

Instrumentos recomendados:

- ◆ **Para TEPT:** CAPS, PCL y PDS (se recomienda que contengan escalas de intensidad tipo Likert para identificar no solo presencia/ausencia sino cambios en el grado).
- ◆ **Para Trastornos Adaptativos:** escalas de ansiedad y depresión: STAI (Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo), BAI (Escala de Ansiedad de Beck), BDI-II (Inventario de Depresión de Beck).
- ◆ **Para el impacto en el funcionamiento:** IG - Escala de Inadaptación (Echeburúa et al., 2000).
- ◆ Los instrumentos usados en la conceptualización que identificaron variables relevantes (culpa, procesamiento emocional, afrontamiento) deben ser utilizados también a lo largo del tratamiento.
- ◆ **Instrumentos de identificación de estresores pasados:** NO indicados para evaluar el tratamiento salvo que contengan escalas de sintomatología.

5. PROPUESTA DE UN PROTOCOLO BÁSICO DE EVALUACIÓN

PROTOCOLO BÁSICO — TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL TRAUMA Y EL ESTRÉS

1. EVALUACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

→ Identificación del estresor: **TLEQ** (adultos), **LEC**, **CSV**, **CEQ/CEQ-44**, **IEC** (niños)

● **TEMA 8** Evaluación de los Trastornos Relacionados con el Trauma y Otros Estresores

- Diagnóstico TEPT adultos: entrevista **SCID-IV** + escalas **CAPS** + **PDS** + **PCL**
- Diagnóstico TEPT niños: entrevista **CAPA** (módulo TEPT) + **Índice TEP-UCLA**
- Gravedad síntomas TEPT: **Escala de Gravedad de Síntomas TEPT** (Echeburúa et al., 1997)
- Para niños: **Escala Pediátrica de Estrés Emocional** (Saylor et al., 1999)
- Trastornos Adaptativos: **SCID-IV** (única con sección específica)
- Evaluación del apego (niños): observación conductual + **SSAP** + criterios diagnósticos DSM-5

2. EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO

- Cogniciones postraumáticas: **PTCI** (Foa et al., 1999)
- Disociación: **DES** (adultos) / **CDC** (niños)
- Culpa relacionada con el trauma: **TRGI** (Kubany et al., 1996)
- Ira: **STAXI** (adultos) / **STAXI-NA** (niños)
- Depresión: **BDI-II** (adultos) / **CDI** (niños)
- Afrontamiento: **CISS** (Endler y Parker, 1999)
- Estrés percibido: **EEP** (Cohen et al., 1983)
- Autorregistros de situaciones evocadoras, pensamientos, emociones y narración del acontecimiento vivido
- Trauma complejo (DESNOS): **SIDES** (Pelcovitz et al., 1997)
- Sólo para niños con historia de maltrato: **SSAP** (Hodges et al., 2003; Román, 2010)

3. EVALUACIÓN PARA EL PROGRESO Y EFICACIA DEL TRATAMIENTO

- TEPT: **CAPS** + **PCL** + **PDS** como posttest
- Trastornos Adaptativos: **STAI**, **BAI**, **BDI-II**
- Impacto en funcionamiento: **IG - Escala de Inadaptación** (Echeburúa et al., 2000)
- Escala Pediátrica de Estrés Emocional (niños): **Echeburúa, Amor y Corral, 2005**
- Reaplicar instrumentos de conceptualización según el caso

✓ RESUMEN RÁPIDO PARA EL EXAMEN

■ **Conceptos y datos que deben salirte automáticos**

■ **50-60% de las personas** han experimentado al menos un suceso traumático. No todos desarrollan un trastorno mental.

● **TEMA 8** Evaluación de los Trastornos Relacionados con el Trauma y Otros Estresores

- **TEPT prevalencia:** 6,8-12% (periodos largos); 1-3% (punto transversal). Según estresor: 12,3% (accidente tráfico) hasta 57,3% (agresiones sexuales). Más prevalente en mujeres y adultos jóvenes.
- **TEPT en niños:** 1% (puntual); 6-10% (a lo largo de la vida); ~36% en muestras infantiles con traumas variados.
- **Trastornos Adaptativos:** 5-20% adultos; 4-18% niños/adolescentes. Curso temporal: desaparece antes de 6 meses si cesa el estresor.
- **TEPT subtipos por sintomatología:** disociativo (sobre-modulación emoción) vs. hiperarousal (infra-modulación). Por duración: agudo (<3m), crónico (>3m), diferido (≥6m después).
- **Modelo más comprehensivo:** Modelo Procesual del Estrés de Lazarus (1966/1984).
- **Factores de riesgo TEPT:** ser mujer, joven, bajo nivel intelectual/educativo, minoría racial/étnica, NSE bajo, antecedentes psiquiátricos, bajo apoyo social, estresores adicionales.
- **Dos grupos de instrumentos para el diagnóstico:** 1) identificación de estresores; 2) evaluación del impacto (diagnóstico). Los primeros NO permiten el diagnóstico por sí solos.
- **Instrumentos más recomendados para diagnóstico TEPT adultos:** SCID-IV + CAPS + PDS + PCL.
- **SCID-IV:** única entrevista con sección estructurada para los Trastornos Adaptativos.
- **CAPS:** más recomendada para diagnóstico. Evalúa 17 criterios DSM-IV + culpa y disociación. Versión infantil: CAPS-CA.
- **PDS:** identifica acontec. más estresantes + amenaza/indefensión percibida + síntomas TEPT + daño funcional.
- **PCL:** listado de síntomas. Versión civil (PCL-C) y militar (PCL-M). Evalúa severidad en el último mes.
- **Para niños:** módulo TEPT de la CAPA (excelentes propiedades) + Índice TEP-UCLA + TSCC (Briere).
- **TSCC (Briere):** 8-16 años, 54 ítems, 6 escalas clínicas: ansiedad, depresión, ira, estrés postraumático, disociación, preocupación sexual.
- **SIDES:** entrevista específica para DESNOS/trauma complejo. 48 ítems, 7 escalas. Fiabilidad escala V: 0.53 (la más baja).
- **Comorbilidad más grave del TEPT:** depresión + adicción al alcohol. 1/3 de personas con TEPT muestran sintomatología disociada.
- **Para conceptualización → MÁS RECOMENDADOS:** PTCI (cogniciones postraumáticas) + DES (disociación) + TRGI (culpa) + STAXI (ira) + CISS (enfrentamiento).
- **DES:** 28 ítems, escala 0-100, 3 factores: disociación amnésica, imaginación-absorción, despersonalización-desrealización. Versión infantil: CDC.
- **PTCI:** 33 ítems Likert 7 puntos, 3 escalas: cogniciones negativas sobre el yo, sobre el mundo y autculpa.
- **Apoyo social:** una de las variables con más evidencia como amortiguador del estrés (Brewin et al., 2000).
- **Trastornos del vínculo:** aún no existen entrevistas estructuradas → observación + criterios diagnósticos + instrumentos de apego validados.
- **Para evaluación del tratamiento:** CAPS + PCL + PDS (TEPT); STAI + BAI + BDI-II (Trastornos Adaptativos); IG-Escala de Inadaptación (impacto funcionamiento).

● **TEMA 8** Evaluación de los Trastornos Relacionados con el Trauma y Otros Estresores

■ **Respuesta examen 1c:** atendiendo a la sintomatología predominante, los subtipos del TEPT son: **disociativo e hiperarousal**.

■ **Respuesta examen 2c:** en traumas complejos, la evaluación conceptual debe cubrir **TANTO** la sintomatología TEPT **COMO** variables de regulación emocional e interpersonales.

■ **Respuesta examen 3c:** modelo más comprehensivo = Modelo Procesual del Estrés de Lazarus.

■ **Respuesta examen 4a:** condición necesaria para delimitar = identificación inicial del/los acontecimiento(s) desencadenante(s).

■ **Respuesta examen 5b:** entrevista más recomendada para diagnóstico TEPT adultos = SCID-IV.

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN (Soluciones al final — respuestas coinciden con los ejercicios del libro)

1) Atendiendo a la sintomatología predominante del TEPT se diferencian los subtipos: a) disociativo e hiperarousal; 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 comprehensivos 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.

6) Para evaluar las cogniciones postraumáticas negativas sobre el yo, el mundo y la autculpa se recomienda: a) DES; b) TRGI; c) PTCI.

7) La Escala de Inadaptación (IG) evalúa: a) sintomatología TEPT; b) el grado en que un suceso afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana; c) disociación.

Soluciones: 1a, 2c, 3c, 4a, 5b, 6c, 7b

● TEMA 9

Evaluación de las Conductas Suicidas y Autolíticas

Victoria del Barrio Gándara · Miguel Ángel Carrasco Ortiz · Evaluación Clínica UNED

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

1.1. Descripción de las Conductas Suicidas

El **10 de septiembre** la OMS declaró el suicidio como un **problema de salud pública** (2003). Se estima que existe un **50% más de casos** que los registrados oficialmente. Es más frecuente en sociedades desarrolladas.

El suicidio puede entenderse como un **error en la toma de decisiones** o como consecuencia de una fuerte alteración emocional. El primer teórico fue **Durkheim**, quien mantuvo que la principal causa es la **soledad**.

Tipología de conductas suicidas (Nock et al., 2008; O'Carroll et al., 1996):

- ◆ **Suicidio:** daño intencional con intención de provocarse la muerte que finalmente alcanza.
- ◆ **Intento de suicidio:** conducta intencional cuyo resultado de muerte no se alcanza finalmente.
- ◆ **Suicidio instrumental:** manifestaciones públicas de comportamientos potencialmente autolesivos con propósito diferente a morir (llamar la atención, comunicar un estado emocional extremo...).
- ◆ **Amenaza de suicidio:** acción interpersonal verbal o no que comunica la posibilidad de suicidio futuro.
- ◆ **Ideación suicida:** pensamientos sobre comportamientos intencionales para poner fin a la propia vida (trascienden los pensamientos pasivos de muerte).
- ◆ **Planificación suicida:** formulación de métodos y planes concretos para llevar a cabo el suicidio.

DSM-IV: no reconoce un código específico independiente para las conductas suicidas → las contempla como síntomas de otros trastornos (ej. depresión, TP límite).

● **TEMA 9** Evaluación de las Conductas Suicidas y Autolíticas

DSM-V: incluye dos categorías como trastornos independientes: 1) **Autolesión no suicida** (5 o más días en el último año, asociada a ≥ 2 condiciones psicológicas) y 2) **Trastorno de la conducta suicida** (conducta con expectativa de muerte en últimos 24 meses).

1.2. Epidemiología

- **Intentos:** ~1% de la población americana ha intentado suicidarse alguna vez. En población latina: hasta 3 por 100.000. Asistencia médica por intentos: solo 0,13% de la población.
- **Sexo:** ratio intentos = 1 hombre : 3 mujeres. Para suicidio consumado → **proporción inversa** (más hombres consumados).
- **Variabilidad estacional:** más casos en **primavera y Navidades**.
- **Solo el 5% de los suicidas** tiene serio intento de morir (correlaciona con el método utilizado): varones → arma de fuego; mujeres → barbitúricos.
- **Edad:** mayoría de casos entre **15-25 años** (28% de todos los suicidios). En adolescencia: primera causa de muerte entre jóvenes 15-19 años. Mayor pico: 14-16 años.
- **Niños 9-12 años:** 1,3% contestan sí a «quiero matarme»; 25% han pensado alguna vez en matarse. El 85% de los que se suicidaron pasaron desapercibidos para su entorno.
- 20-30% de suicidios cometidos por enfermos mentales: 70-80% asociados a **depresión grave**; el resto a otras enfermedades mentales (esquizofrenia, TP esquizoide).
- **El 81%** de sujetos con depresión grave presentan también ideación suicida seria.

1.3. Factores Asociados: Etiológicos, Desencadenantes y Protectores

Los factores son muy plurales. En el **45% de los casos**, los motivos son las **relaciones interpersonales**. Genéticamente regulado a través del **procesamiento de la serotonina**.

Tipo de Factor	Factores de Riesgo (★=Alto/Extremo riesgo)
Demográficos	Mujeres (intentos), hombres (consumados). Adolescentes y ancianos. Solteros (hombres) y casadas (mujeres). Desempleados. Inmigrantes
Clínicos	★ Trastorno mental (depresión, T. bipolar, esquizofrenia, abuso sustancias, T. límite personalidad, T. antisocial, anorexia). ★ Comorbilidad. ★ Problemas de procesamiento de serotonina. Presencia de agitación/desinhibición por antidepresivos (ISRS)
Cognitivos ★	★ Desesperanza. ★ Ideación suicida. ★ Planificación suicida. Indefensión. Pensamiento polarizado (visión túnel). Rigidez y restricción de alternativas
Emocionales	Intensos sentimientos de culpa. Emocionalidad sobrecontrolada o hiperagaviada. Sentimientos de soledad
Psicológicos/Personalidad	Elevado neuroticismo. Problemas de autocontrol/autorregulación. Baja autoestima. Búsqueda de sensaciones (adolescentes)
Biográficos	★ Historia de victimización sexual o violencia. ★ Intentos previos de conductas suicidas o autolesivas. Pérdidas importantes recientes (objetos, personas, ruptura amorosa). Luchas con temas sexuales (orientación sexual). Crisis de identidad. Abuso físico o sexual presentes
Sociales/Familiares ★	Aislamiento. Falta de apoyo social. Relaciones familiares autoritarias y negligentes. Conflicto entre padres. Depresión familiar. ★ Disponibilidad de medios letales (cuchillos, armas, cuerdas, fármacos). Ausencia de vigilancia/supervisión. Mejora repentina tras ingreso en urgencias psiquiátricas. Divulgación-contagio por Internet. Señales de aviso: despedidas, regalar posesiones, reflexiones sobre la muerte, reparar rupturas personales. Circunstancias sociales o económicas precarias

★ **Perfil de riesgo EXTREMO:** ideación suicida + planificación inmediata con método letal disponible + malestar emocional intenso + falta de apoyo (aislamiento) + conflictiva familiar/social + escasas razones para vivir + desesperanza + trastorno mental (depresivo, bipolar, ansiedad severa, abuso de sustancias, psicosis o comorbilidad) + **ausencia** de factores de protección.

Factores PROTECTORES: tener familia de apoyo, tener hijos, creencias religiosas, estar casado, tener entorno vecinal protector y ayuda profesional.

2. EVALUACIÓN PARA LA DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA: CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS DEL RIESGO Y LA PRESENCIA DE CONDUCTAS SUICIDAS

Advertencia clave: la **prevención total del suicidio no es posible**. La conducta suicida es variable en el tiempo y dependiente de elementos contextuales. Aparecen muchos **falsos positivos**. Los factores estáticos (demográficos, históricos) se asocian a niveles moderados y altos de falsos positivos.

Recomendación: muchos pacientes no verbalizan sus intenciones a no ser que se les pregunte **directamente**. La errónea idea de que hablar de suicidio incrementa la probabilidad debe ser DESTERRADA. Se recomienda incluir preguntas directas en la historia clínica.

Constructos principales a evaluar: 1) Ideación suicida; 2) Planificación suicida; 3) Intentos previos de suicidio.

Parámetros adicionales en intentos previos: Letalidad del método (objetiva y subjetiva) → Rescatabilidad (posibilidad de ser descubierto) → Reacción ante el fracaso del intento → Intencionalidad → Planificación → Circunstancias.

2.1. Instrumentos de Evaluación

Entrevistas Estructuradas (★ las más importantes)

★ Instrumento	Aplicación	Dimensiones
★★ SSI — Escala de Ideación Suicida (Beck, Kovacs y Weissman, 1979) Versión autoinformada: BSI (Beck y Steer, 1991) Versión española: Fernández et al., 2000 ← MÁS RECOMENDADA	11 ítems. Escala Likert 3 puntos. Auto y heteroinformada. Adultos y niños. Semiestructurada. 10 minutos	Frecuencia y severidad de pensamientos suicidas. 4 escalas: actitud hacia la vida y la muerte; pensamientos y deseos suicidas; proyecto o intento de suicidio; realización del intento proyectado
★ SSI-W — Escala de la Peor Ideación Suicida (Beck, Brown y Steer, 1997)	Adultos y Adolescentes. 18 ítems. Adaptada de la SSI	Evalúa la ideación suicida en el PEOR momento en la vida de la persona. 2 factores: Preparación y Motivación
MSSI — Escala de Ideación Suicida Modificada (Miller, Norman, Bishop y Dow, 1986)	18 ítems (13 idénticos a la SSI). Adultos. Igual formato SSI	Dimensiones de la SSI + coraje y competencia para intentar hablar y escribir sobre la muerte. 3 factores: deseo suicida, preparación para el intento, capacidad percibida para el intento
★ SITBI — Entrevista de Pensamientos y Conductas Autolesivas (Nock, Holmberg, Photos y Michel, 2007)	169 ítems. Versión abreviada 72 ítems. Adultos y Adolescentes. Requiere preparación previa y entrenamiento. Versión para padres de adolescentes	Evalúa ideación, planes, expresiones e intentos suicidas. Cada pregunta valora parámetros de severidad, frecuencia, métodos, función, probabilidad futura, factores desencadenantes y asociados
SASII — Entrevista Autolesiva de Intento Suicida (Linehan et al., 2006)	31 ítems. Adultos. Versión informatizada. Diseñada para T. Límite de Personalidad. Alto coste de tiempo	Analiza topografía de intentos de suicidio: expectativas de resultados, método, letalidad, consecuencias físicas, tratamiento médico, planificación previa, factores antecedentes y consecuentes
CSPS — Escalas Potenciales de Suicidio Infantil (Pfeffer, Conte, Plutchik y Jerrell, 1979) ← Para niños	Semiestructurada. Preguntas sí/no. Últimos 6 meses	Presencia y severidad de conductas suicidas en 8 escalas: conducta suicida, acontec. precipitantes, conducta y afecto reciente, antecedentes familiares, conducta y afecto pasado, concepto de muerte en el niño, funcionamiento del yo, mecanismos de defensa. Clasifica gravedad en rango de 5 puntos

● TEMA 9 Evaluación de las Conductas Suicidas y Autolíticas

★ Instrumento	Aplicación	Dimensiones
SAAP — Entrevista Clínica Guiada para Adultos y Adolescentes (Fremouw, Tyner, Strunk y Musick, 2008) Versión ancianos: SOAP	18 ítems. Adultos y Adolescentes. Escala 3 puntos (bajo/medio/alto o extremo)	Estima el riesgo de suicidio (bajo, moderado, alto, extremo) a través de factores de riesgo estáticos (no modificables: históricos, demográficos) y dinámicos o modificables (clínicos, contextuales y protectores)
SUAS — Escala de Evaluación Suicida (Stanley et al., 1989). Adaptación española Simeon y Tansman-Bendz, 2001	20 ítems. Semiestructurada. Escala Likert 5 puntos. Punto de corte = 39	Evalúa riesgo de suicidio en sujetos con intentos previos, especialmente útil para seguimiento. Subescalas: afecto, estado corporal, control, afrontamiento, reactividad emocional, pensamiento y comportamiento suicida
SSIPPA — Entrevista Semiestructurada para la Autopsia Psicológica (Werlang y Botega, 2003). Adaptación española García et al., 2010	69 ítems. Entrevista a familiares. Combina preguntas abiertas y dicotómicas. 4 módulos	Precipitantes, motivación, letalidad e intencionalidad. Se analiza mediante un algoritmo que representa el razonamiento clínico de cada evaluador

Autoinformes / Cuestionarios (★ los más importantes)

★ Instrumento	Aplicación	Qué evalúa
★★ SBQ — Cuestionario de Conducta Suicida (Linehan, 1991) Versión Reducida SBQ-14 Versión infantil SBQ-C (Cotton y Range, 1993) ← MÁS RECOMENDADO	90 ítems. Adultos, Adolescentes y niños (según versión)	Ideación suicida actual, pasado y futuro; intentos de suicidio; conductas autolesivas; amenazas de suicidio pasado; intentos futuros y probabilidad de muerte futura
BSI — Versión autoinformada del SSI (Beck y Steer, 1991) Versión española: Fernández et al., 2000	Adultos. Autoinformada	Versión autoinformada de la SSI. Mismas dimensiones
★ IRIS — Inventario de Riesgo Suicida (Hernández y Lucio, 2006)	75 ítems. Escala Likert (primera parte, 40 ítems) y dicotómica (segunda parte, 35 ítems). Aplicación 15 minutos	Evalúa la estimación de riesgo de suicidio en adolescentes mediante: Sección A (ideación suicida, satisfacción en la vida, dificultades interpersonales y escolares) y Sección B (señales de alerta, planeación e intención suicida, malestar personal, psicológico y desesperanza)
★ Escala de Riesgo Suicida de Plutchik RS (Plutchik et al., 1989) Versión española: Rubio et al., 1998 ← BUENA OPCIÓN PARA 1ª APROXIMACIÓN	10 ítems. Heteroaplicada o Autoaplicada. Escala Likert 4 puntos. Fácil aplicación por brevedad y especificidad	Evalúa riesgo de suicidio: intensidad de la ideación actual, sentimientos de depresión y desesperanza, tentativa
SIQ — Cuestionario de Autolesiones (Santa Mina et al., 2006) Versión niños: SIQ-JR	30 ítems. Adultos, Adolescentes o niños según versiones	Frecuencia, tipo y funciones de las conductas autolesivas. Incluye evaluación del trauma infantil
CASPI — Índice de Suicidio Potencial para Niños y Adolescentes (Pfeffer, Kiang y Kakuma, 2000)	6-18 años. Semiestructurada	3 subescalas: depresión impulso ansioso, ideación suicida, malestar familiar

2.2. Evidencias de Validez y Fiabilidad

Limitación fundamental: aún no existe ningún instrumento que permita evaluar con exactitud el **riesgo inminente de suicidio**. La conducta suicida es variable en el tiempo y muy dependiente de elementos contextuales.

Instrumentos con más apoyo empírico (Brown, 2002; Nock et al., 2008):

● **TEMA 9** Evaluación de las Conductas Suicidas y Autolíticas

- ◆ Adultos: entrevistas de Ideación Suicida de Beck (**SSI, SSI-W, MSSI**), **SITBI y SASII**, cuestionario autoinformado **SBQ y BSI**.
- ◆ Niños: **CSPS y SIQ/SIQ-J**.

Recomendación: la evaluación del suicidio requiere una **estrategia comprehensiva** con diferentes fuentes y métodos. Los instrumentos son mejores para **DESCARTAR** el riesgo (cuando se constata la ausencia de factores de riesgo y conductas suicidas) que para predecirlo.

Entrevista vs. autoinformes: la entrevista detecta más conductas suicidas. Los autoinformes no pueden usarse cuando hay sintomatología grave que afecte atención y concentración. Se recomienda el **uso combinado** de ambos procedimientos.

3. EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL SUICIDIO Y LA PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO

La forma más frecuente de conceptualizar el suicidio es mediante un **modelo diátesis-estrés**: vulnerabilidad genética + acontecimientos vitales adversos → dañan sistemas neurobiológicos de regulación afectiva y cognitiva → las crisis suicidas son la reacción a las dificultades de manejo de los acontecimientos estresantes.

3.1. Variables Relevantes e Instrumentos (★ Los más importantes de examen)

Variable a evaluar	★ Instrumento	Características
★★ Desesperanza (predictor más importante de conducta suicida)	★★ BHS — Escala de Desesperanza de Beck (Beck y Steer, 1988). Traducción española: Bas y Andrés, 1994 ← ALTAMENTE RECOMENDADA	Adolescentes y adultos. 20 ítems verdadero/falso. Evalúa el grado de pensamientos positivos futuros a lo largo de la última semana. 5 minutos. 3 dimensiones: sentimientos sobre el futuro; pérdida de motivación; expectativas de futuro
Actitudes y cogniciones hacia el suicidio (atracción/repulsión vida-muerte)	★★ MAST — Escala Multiactitudinal de la Conducta Suicida (Orman, Barrios, Pani y Orman, 1994) ← ALTAMENTE RECOMENDADA	Autoinformada. 14-44 años. 10 minutos. 30 ítems. Escala Likert 5 puntos. 4 escalas: atracción y repulsión a la vida; atracción y repulsión a la muerte
Razones para vivir (factor protector clave)	★★ LRFL — Inventario de Razones para Vivir (Linehan, Goodstein, Nielsen y Chiles, 1983). Versión abreviada: BRFL (12 ítems; Ivanoff et al., 1994). Versión adolescentes: CSRLI ← ALTAMENTE RECOMENDADO	Autoinformada. 48 ítems. Escala Likert 6 puntos. Subescalas: creencias de supervivencia y afrontamiento; responsabilidad a la familia; preocupaciones por los hijos; miedo al suicidio; miedo a la desaprobación social; objeciones morales
Creencias actitudinales sobre el suicidio	CCCS (Ruiz Hernández et al., 2005)	Adultos. Autoinformada. 18 ítems. Escala Likert 7 puntos. 4 factores: legitimación del suicidio; suicidio en enfermos terminales; dimensión moral; el propio suicidio
Impulsividad	★ BIS-11 — Escala de Impulsividad de Barratt (Patton, Stanford y Barratt, 1995)	Autoinformada. 30 ítems. Escala Likert 4 puntos. Evalúa 3 componentes de la impulsividad: atencional, motora, no-planificación
Hostilidad y agresión	★ BDHI — Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (Buss y Durkee, 1957. Versión hispana: Oquendo et al., 2001)	Autoinformada. 75 ítems. Verdadero/falso. 8 subescalas: violencia, hostilidad indirecta, irritabilidad, negativismo, resentimiento, celos, hostilidad verbal y culpabilidad
Ira	★ STAXI / STAXI-NA (adultos e infantil) (Spielberger, 1999. Adaptación española Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Casado y Spielberger, 2001)	55 ítems adultos, 49 infantil (escala 1-3). Escalas: Ira-estado (sentimiento, expresión física y verbal), Ira-rasgo (temperamento y reacción), expresión y control de la ira

● TEMA 9 Evaluación de las Conductas Suicidas y Autolíticas

Variable a evaluar	★ Instrumento	Características
Agresión	AQ — Cuestionario de Agresión (Buss y Perry, 1992) Versión española: Andreu, Peña y Graña, 2002	36 ítems (jóvenes 18-20 años). Escala Likert 5 puntos. 4 escalas: agresión física, agresión verbal, ira, hostilidad
Alteraciones psicopatológicas	SCID-CV (entrevista diagnóstica) BDI-II (intensidad depresiva) BAI — Inventario de Ansiedad de Beck	Evaluación diagnóstica multiaxial. Especial atención a: abuso de sustancias, agitación, depresión, T. bipolar, ansiedad, psicosis y problemas de control de impulsos
Funcionalidad de las conductas suicidas	FASM — Evaluación Funcional de la Autolesión (Lloyd et al., 1997)	Autoinformada. 22 ítems. Escala Likert 4 puntos. Evalúa 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
Múltiples variables (ideación, desesperanza, autoevaluación negativa, hostilidad)	★ SPS — Escala de Probabilidad Suicida (Cull y Gill, 1988)	Autoinformada. 36 ítems. Escala Likert 4 puntos. 10 minutos. 4 dimensiones: ideación suicida, desesperanza, autoevaluación negativa y hostilidad. Proporciona una puntuación de probabilidad suicida

★★ MÁS RECOMENDADOS para conceptualización (Nock et al., 2008):

- ◆ BHS — Escala de Desesperanza de Beck (predictor más potente de conducta suicida)
- ◆ MAST — Escala Multiactitudinal de la Conducta Suicida
- ◆ LRFL — Inventario de Razones para Vivir (en sus diferentes versiones)

4. EVALUACIÓN PARA LA VALORACIÓN DEL TRATAMIENTO, SU PROGRESO Y LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

Existen **escasos trabajos** que hayan evaluado los cambios de las conductas suicidas por efecto del tratamiento (excepto en el contexto de intervención de trastornos depresivos).

Instrumentos que han mostrado sensibilidad al tratamiento:

Instrumento	Tipo	Por qué se recomienda
★ SSI / BSI (Beck, Kovacs y Weissman, 1979)	Escala ideación	Sensible al tratamiento. Puntuaciones han mostrado cambios pre-post
MSSI (Miller, Norman, Bishop y Dow, 1986)	Escala ideación	Sensible al cambio
★ BHS — Escala de Desesperanza de Beck (1988)	Factor de riesgo modificable	Evalúa cambios en el nivel de desesperanza
SITBI (Nock et al., 2007)	Entrevista conductas	Sensible al tratamiento
SASII (Linehan et al., 2006)	Entrevista intentos	Sensible al tratamiento
SPS — Escala de Probabilidad Suicida	Múltiples variables	Buenas evidencias de fiabilidad y validez
★ SMSI — Escala de Monitorización de la Ideación Suicida (Clum y Curtin, 1993)	Seguimiento diario	3 ítems de la escala SIS. Escala Likert 4 y 5 puntos. Se administra DIARIAMENTE. Evalúa intensidad, duración y nivel de control sobre el intento suicida
★ SSF — Registro del Estado del Suicidio (Jobes, Jacoby, Cimbalic y Hustead, 1997)	Seguimiento clínico	Adultos. 12 ítems (6 autoinformados + 6 puntuados por el clínico). Escala Likert 5 puntos. 5-10 minutos. Evalúa sufrimiento, presiones externas y estresores, malestar emocional, razones para vivir, autoconciencia y riesgo global de suicidio

TEMA 9 Evaluación de las Conductas Suicidas y Autolíticas

Instrumento	Tipo	Por qué se recomienda
★ PHI — Entrevista del Historial Parasuicida (Linehan, Wagner y Cox, 1983)	Historial conductas	Adultos. 48 ítems. Evalúa topografía, frecuencia, intensidad y letalidad del método de las conductas autolíticas y suicidas tanto en el intento reciente como en intentos previos. 4 factores: intento suicida, riesgo médico, impulsividad e instrumentalidad/funcionalidad

Recomendación clave: evaluar periódicamente el riesgo suicida y la seguridad del paciente a lo largo de la intervención. Especialmente tras sesiones con descarga emocional, revelación de conflictos o traumas, discontinuidad de medicación o intentos previos.

Buenos indicadores de evolución: medidas repetidas de ideación suicida, planificación y tentativas; la desesperanza; y la intensidad depresiva y ansiosa.

5. PROPUESTA DE UN PROTOCOLO PARA LA EVALUACIÓN DEL RIESGO Y LAS CONDUCTAS SUICIDAS

PROTOCOLO BÁSICO — CONDUCTAS SUICIDAS Y AUTOLÍTICAS

PASOS OBLIGATORIOS (según guías APA, 2003; SAFE-T, 2012; García-Nieto et al., 2012):

- 1. Evaluar objetivamente las conductas suicidas: ideación, intención, plan, letalidad, conductas autolíticas, acceso a medios y seguridad
- 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 diagnóstico multiaxial (especial atención a: abuso sustancias, agitación, depresión, T. bipolar, ansiedad, psicosis y control de impulsos)
- 5. Evaluar los sistemas de apoyo social (aislamiento, personas significativas, relaciones conflictivas)
- 6. Evaluar pérdidas recientes (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

1. EVALUACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO Y DELIMITACIÓN (Ideación, Riesgo, Conductas)

- Escala de Ideación Suicida **SSI** (Beck et al., 1979). Versión autoinformada: **BSI**
- Escala de Ideación Suicida Modificada **MSSI** (Miller et al., 1986)
- Entrevista de Pensamientos y Conductas Autolesivas **SITBI** (Nock et al., 2007)
- Entrevista Autolesiva de Intento Suicida **SASII** (Linehan et al., 2006)
- Cuestionario de Conducta Suicida **SBQ** (Linehan, 1991)
- Para NIÑOS: Escalas Potenciales de Suicidio Infantil **CSPS** (Pfeffer et al., 1979) + **SBQ-C** + **SIQ/SIQ-JR**

● **TEMA 9** Evaluación de las Conductas Suicidas y Autolíticas

2. EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO

- Desesperanza: **BHS** — Escala de Desesperanza de Beck (Beck y Steer, 1988)
- Actitudes hacia el suicidio: **MAST** — Escala Multiactitudinal de la Conducta Suicida (Orman et al., 1994)
- Razones para vivir: **LRFL** (Linehan et al., 1983). Versión abreviada **BRFL**. Adolescentes: **CSRLI**
- Registros funcionales (antecedentes-conductas problema-consecuentes)

3. EVALUACIÓN DEL PROGRESO Y SEGUIMIENTO DEL TRATAMIENTO

- Escala de Monitorización de la Ideación Suicida **SMSI** (administración DIARIA; Clum y Curtin, 1993)
- Escala de Evaluación Suicida **SUAS** (Stanley et al., 1989)
- Registro del Estado del Suicidio **SSF** (Jobes et al., 1997)
- Entrevista del Historial Parasuicida **PHI** (Linehan et al., 1983)
- Evaluación de la intensidad depresiva: **BDI-II** + Inventario de Ansiedad de Beck **BAI**
- Reevaluar los factores de riesgo modificables y las variables de conceptualización identificadas como problemáticas

✓ RESUMEN RÁPIDO PARA EL EXAMEN

■ Conceptos y datos que deben salirte automáticos

- **OMS declaró el suicidio problema de salud pública: 10 de septiembre de 2003.**
- **50% más de casos** de los registrados oficialmente. Asistencia médica por intentos: solo 0,13% de la población.
- **Intentos: ratio 1 hombre : 3 mujeres. Suicidio consumado: proporción INVERSA** (más hombres consumados).
- **Solo el 5%** de los suicidas tiene serio intento de morir. Varones → arma de fuego. Mujeres → barbitúricos.
- **Variabilidad estacional:** más casos en primavera y Navidades.
- **Edad con mayor riesgo: 15-25 años** (28% de todos los suicidios). Primera causa de muerte en jóvenes 15-19 años.
- **20-30% de suicidios:** enfermos mentales (70-80% con depresión grave). 81% de sujetos con depresión grave tienen ideación suicida seria.
- **El 85%** de los jóvenes que se suicidaron pasaron desapercibidos para su entorno familiar y escolar.
- **La prevención total del suicidio NO es posible.** Los instrumentos son mejores para DESCARTAR riesgo que para predecirlo.
- **Muchos pacientes no verbalizan sus intenciones** → incluir preguntas directas siempre en la historia clínica. Hablar de suicidio NO incrementa la probabilidad.

● TEMA 9 Evaluación de las Conductas Suicidas y Autolíticas

- **Perfil extremo de riesgo:** ideación + planificación + método letal disponible + malestar intenso + aislamiento + desesperanza + trastorno mental + ausencia de factores protectores.
- **Factor protector más importante:** tener hijos, familia de apoyo, creencias religiosas, estar casado.
- **Constructos principales a evaluar:** ideación suicida, planificación suicida, intentos previos.
- **Instrumentos más recomendados diagnóstico (Brown, 2002; Nock et al., 2008):** SSI/SSI-W/MSSI, SITBI y SASII + SBQ y BSI. Niños: CSPA y SIQ/SIQ-J.
- **SSI:** 11 ítems, Likert 3 puntos, 10 minutos. 4 escalas: actitud vida/muerte, pensamientos/deseos suicidas, proyecto de suicidio, realización del intento proyectado.
- **Escala de Riesgo Suicida de Plutchik:** 10 ítems, brevedad y especificidad → buena para primera aproximación al riesgo.
- **MAST:** 30 ítems, 4 escalas: atracción/repulsión a la vida + atracción/repulsión a la muerte.
- **BHS (Desesperanza de Beck):** predictor más potente de conducta suicida. 20 ítems verdadero/falso. 3 dimensiones.
- **LRFL (Razones para Vivir):** 48 ítems. 6 subescalas incluyendo creencias de supervivencia, responsabilidad familiar, miedo al suicidio, objeciones morales.
- **★★★ MÁS RECOMENDADOS para conceptualización:** BHS + MAST + LRFL.
- **Para seguimiento del tratamiento:** SMSI (administración DIARIA) + SSF + PHI.
- **Reevaluar periódicamente** especialmente tras: sesiones con descarga emocional, revelación de traumas, discontinuidad de medicación o intentos previos.
- **Respuestas ejercicios del libro:** 1c (épocas de cambios), 2a (ideación suicida), 3b (elevado número de falsos positivos), 4c (Escala de Riesgo Suicida de Plutchik), 5b (medidas repetidas de la ideación suicida).

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN (Soluciones = respuestas del libro)

- 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) SITBI; b) 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

● TEMA 10

Evaluación de los Trastornos del Espectro de la Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos

Victoria del Barrio Gándara · Miguel Ángel Carrasco Ortiz · Evaluación Clínica UNED

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

- Tener conciencia de la dificultad de evaluación de este tipo de sujetos que con frecuencia no prestan colaboración.
- 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 transcurso de la tarea evaluativa.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Delimitación de la Esquizofrenia y sus Tipos

La **esquizofrenia** es una perturbación del concepto de realidad: incapacidad para la autonomía y aparición de conductas extrañas a nivel afectivo, conductual y verbal. Bleuler (1911-1950) la definía como un grupo de psicosis con brotes crónicos incapacitantes. **~70% de los esquizofrénicos permanece soltero.**

Manifestación clínica 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 de atención.
- c) Síntomas de DESORGANIZACIÓN:** lenguaje desorganizado o trastorno formal del pensamiento, conductas desorganizadas, afecto inapropiado.

Además: deterioro de habilidades cognitivas → problemas en atención, concentración, velocidad psicomotora, aprendizaje, memoria y funciones ejecutivas (pensamiento abstracto, resolución de problemas).

Los síntomas más característicos: alucinaciones (oír voces = la más habitual) y delirios (creencias erróneas que habitualmente provienen de malinterpretaciones; los persecutorios son los más frecuentes). Los delirios varían de unas culturas a otras.

Tipos de Esquizofrenia (DSM-IV-TR)

Tipo	Criterios / Características esenciales
Paranoide	A) Con ideas delirantes o alucinaciones auditivas. B) No suele haber lenguaje desorganizado, conducta desorganizada o catatónica, o afecto inadecuado. Contenido centrado en ideas persecutorias, espionaje, predestinación, grandiosidad. Aparición MÁS TARDÍA que otros tipos. Más fácil que conserven capacidad de auto-mantenerse

● **TEMA 10** Evaluación de los Trastornos del Espectro de la Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos

Tipo	Criterios / Características esenciales
Desorganizado	A) Conciencia de extrañeza respecto de sí → profunda desorganización. Lenguaje desorganizado. Conducta desorganizada. Afecto inadecuado. B) No se cumplen criterios de catatonía. Síntomas precoces; evolución lenta
Catatónico	A) Dos o más de: inmovilidad motora (catalepsia o estupor), actividad excesiva, negativismo, posturas extrañas, ecolalia. B) Campo de afectación principalmente motor. Variable: hiperquinético o estupor. Puede incluir verborrea, ecolalias o coprolalia
Indiferenciado	Se cumplen criterios de esquizofrenia pero ninguno de los subtipos específicos
Residual	Forma LEVE que puede seguir a un brote agudo. Desaparecen alucinaciones y delirios (o atenuados). Permanecen: ausencia de afectividad y desorganización intelectual. Período de remisión → nivel de ejecución que permite vida autónoma

DSM-V — Espectro Esquizofrénico: prefiere hablar de espectro en lugar de subtipos. Incluye: esquizofrenia, esquizotipia, esquizofreniforme, psicótico breve, delirios, esquizoafectivos, esquizofrenia atenuada, psicoticismo inducido por sustancias, psicoticismo asociado a condiciones médicas, catatonía, otros trastornos psicóticos no especificados.

1.2. Epidemiología

- **Prevalencia:** ~1% de la población con rango entre 0,5 y 2% según poblaciones y países (Addington et al., 2007).
- **Edad de aparición:** edad adulta (excepto hebefrenias → jóvenes, pero su aparición es muy rara y en descenso).
- ~70% de los esquizofrénicos permanece soltero. En la mayoría de los casos, la esquizofrenia ha aparecido después del matrimonio.

1.3. Factores de Riesgo

Todos los expertos están de acuerdo: origen BIOLÓGICO (síntomas idénticos en todas las culturas), aunque un ambiente estresante puede desencadenar su aparición en individuos vulnerables.

Factores genéticos (datos clave para el examen):

- ◆ Hermanos monocigóticos: **100%** (ambos con esquizofrenia).
- ◆ Hijos de ambos padres esquizofrénicos: **90%**.
- ◆ Hermanos: **50%**.
- ◆ Con un solo progenitor esquizofrénico: **50%**.
- ◆ Sobrinos: **25%**.
- ◆ Esposa (comparte ambiente pero NO genes): **0,96%**.

Factores neurobiológicos: alteraciones en área prefrontal del córtex, tamaño de los ventrículos, sustancia blanca frontal y parietal. Baja actividad de la dopamina en áreas prefrontales. Alteraciones de norepinefrina y serotonina.

Factores ambientales: mayoría de esquizofrénicos nacen en primavera (cuando agentes patógenos invernales son más activos → actúan durante el 5º mes de embarazo). Consumo de drogas. Mayor incidencia en clases sociales deprimidas. Estrés prenatal de la madre.

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

La evaluación puede abordarse con metodología **categorial** (criterios DSM/ICD → entrevistas estructuradas) o **dimensional** (análisis de la sintomatología y cuantificación de su gravedad → listados de síntomas, cuestionarios e

● **TEMA 10** Evaluación de los Trastornos del Espectro de la Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos

inventarios).

2.1. Entrevistas Diagnósticas

★ Entrevista	Aplicación	Dimensiones
CIDI (OMS, 1993)	Versión autoadministrada disponible	Diagnóstico según DSM-IV y CIE-10
★★ SCID-I (investigación) y SCID-CV (clínica) (First et al., 1995/1997/2002) ← ALTAMENTE RECOMENDADA	6 módulos (2 referidos a alteraciones psicóticas: uno evalúa episodios psicóticos, otro trastornos). Versión autoinformada para despistaje	Diagnóstico de alteraciones psicóticas según DSM-IV. SCID-CV para uso clínico
SADS (Endicott y Spitzer, 1978) Versión infantil: K-SADS (Ambrosini, 2000)	Diseñada principalmente para trastornos psicóticos y afectivos	Evalúa trastornos psicóticos y afectivos
★★ PSE-10 — Examen del Estado Presente (Luria y Berry, 1979; Wing et al., 1974) Adaptación castellano: Vázquez-Barquero (1993) ← ALTAMENTE RECOMENDADA	Instrumento dentro de la batería SCAN (WHO, 1997). Una parte diseñada para evaluación de trastornos psicóticos y grado de afectación funcional. Corrección informatizada	Evaluación específica de trastornos psicóticos y funcionalidad
DIS (Robins et al., 1995)	Diseñada originalmente para contextos forenses → validez clínica cuestionada. Preguntas Sí/No con cuestiones complementarias. Corrección informatizada. Versión autoadministrada de cribado	Evalúa sintomatología psicótica
Para niños y adolescentes: K-SADS, DICA, CAPA, ISCA	Ver capítulos anteriores	Evaluación de sintomatología psicótica en niños

2.2. Escalas de Puntuación y Cuestionarios (★ Los más importantes)

Evaluación dimensional de la sintomatología y su gravedad. Algunas permiten el diagnóstico mediante puntos de corte, aunque su principal objetivo es el análisis de la sintomatología, su fenomenología e intensidad.

★ Instrumento	Aplicación / Formato	Dimensiones
★★ BPRS — Escala Psiquiátrica Breve (Overall y Gorham, 1962) Versión ampliada: BPRS (Overall y Gorham, 1988) Versión española: Peralta y Cuesta (1994) ← MÁS RECOMENDADA	18 ítems: 12 síntomas psicóticos + 6 afectivos. Heteroadministrada por clínico. Escala Likert 7 puntos. 20-30 minutos	Evalúa la severidad de los síntomas durante la semana previa. Incluye síntomas psicóticos (alucinaciones, delirios), afectivos (depresión, hostilidad, ansiedad) y de contenido cognitivo-conductual (preocupaciones, desorganización, manierismos). Evalúa la respuesta al tratamiento farmacológico
★★ PANSS — Escala de Síntomas Positivos y Negativos del Síndrome de Esquizofrenia (Kay, Fiszbein y Opler, 1987a,b) Versión infantil: Kiddie-PANSS (Fields, Kay y Grosz, 1994) Versión española: Peralta y Cuesta (1994b) Formato entrevista: SCI-PANSS (Opler et al., 1992) ← MÁS RECOMENDADA	30 ítems. Escala Likert 7 puntos. Hetero o autoadministrada. 30-40 minutos. Punto de corte escala general: 52	3 subescalas: Síntomas Positivos (7 ítems), Negativos (7 ítems), Mixta-General (16 ítems). Especialmente buena para la evaluación de los síntomas positivos más que los negativos

● **TEMA 10** Evaluación de los Trastornos del Espectro de la Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos

★ Instrumento	Aplicación / Formato	Dimensiones
★ SAPS — Escala para la Evaluación de Síntomas Positivos (Andreasen, 1984)	30 ítems. Escala Likert 5 puntos. Puntuación global y por grupo de síntomas. Heteroinformada. 30-60 minutos	Evalúa los síntomas positivos de la esquizofrenia: alucinaciones, delirios, conducta extravagante, trastornos del pensamiento. Evalúa la respuesta al tratamiento
★ SANS — Escala para la Evaluación de Síntomas Negativos (Andreasen, 1983)	20 ítems. Escala Likert 5 puntos. Puntuación global y por grupo de síntomas. Heteroinformada. 30-60 minutos	Evalúa los síntomas negativos de la esquizofrenia: pobreza afectiva, abulia-apatía, alogia, anhedonia, problemas de sociabilidad, dificultades de atención
PSYRATS — Escala de Síntomas Psicóticos (Haddock, McCarron, Tarrier y Faragher, 1999) Versión española: González, Sanjuan, Cañete, Echánove y Leal (2003)	17 ítems. Escala Likert 5 puntos	Evalúa principalmente síntomas positivos mediante 2 subescalas: Alucinaciones auditivas (11 ítems: frecuencia, duración, localización, intensidad, grado de convicción del origen, contenido negativo, ansiedad evocada, intensidad de la ansiedad, grado de repercusión y control) y Delirios (6 ítems: frecuencia, duración, convicción, intensidad de ansiedad, interferencia en la vida, control)
SSPI — Escala de Signos y Síntomas de la Enfermedad Psicótica (Liddle, Ngan y Duffield, 2002)	10 ítems. Escala Likert 5 puntos. Entrevista semiestructurada referida a criterios (15 cuestiones directas)	3 síndromes: Pobreza psicomotora (baja actividad, afecto plano, pobreza motora y verbal); Desorganización (afecto inapropiado, pensamiento formal desorganizado); Distorsión de la realidad (alucinaciones y delirios)
ESQUIZO-Q — Cuestionario Ovido para la Evaluación de la Esquizotipia (Fonseca, Muñiz, Lemos y Villazón, 2011)	51 ítems. Escala Likert 5 puntos. Adolescentes (14-18 años)	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
SEB — Escala de Embotamiento Emocional (Abrams y Taylor, 1978) Adaptación española: Peralta, Cuesta y León (1991)	16 ítems. Escala Likert 4 puntos	Evalúa los síntomas negativos y síntomas congruentes con un estado depresivo (Síndrome defectual). Se centra en aspectos afectivos, conductuales y cognitivos del afecto restringido
FCQ — Inventario Psicopatológico de Frankfurt (Sullivan y Herrlich, 1877) Adaptación española: Cuesta et al., 1995	98 ítems. Escala verdadero/falso. Heteroinformada	Evalúa síntomas y experiencias subjetivas sobre el déficit cognitivo: pérdida de control, percepción simple y compleja, lenguaje, pensamiento, movimiento, falta de automatismo, anhedonia-ansiedad, pobre estimulación sensorial
CDSS — Escala de Depresión de Calgary para la Esquizofrenia (Addington, Addington y Schissel, 1990) Adaptación española: Ramírez et al. (2001)	9 ítems. Heteroaplicada con formato de entrevista semiestructurada	Evalúa sintomatología depresiva: depresión, desesperanza, baja autoestima, ideas de culpa, despertar precoz, sintomatología matutina y conducta suicida
SOPS — Escala de Síntomas Prodrómicos (McGlashan, 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, desorganización y generales
CGI-SCH — Escala Clínica de Impresión Esquizofrénica Global (Haro et al., 2003)	10 ítems. Escala Likert 7 puntos. Heteroaplicada	2 escalas: gravedad de los síntomas (5 ítems) y grado de cambios (5 ítems). Proporciona información cualitativa sobre síntomas positivos, negativos, cognitivos y depresivos

2.3. Evidencias de Validez y Fiabilidad

Dificultad especial: en esta área se pueden encontrar las mayores discrepancias diagnósticas de la psicología y la psiquiatría. El diagnóstico requiere un amplio rango de información que incluya estados subjetivos, observación conductual e informes sobre funcionamiento en diferentes áreas.

● **TEMA 10** Evaluación de los Trastornos del Espectro de la Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos

★★ **Más recomendados (Mueser y Glynn, 2008):**

- ◆ Entrevistas: **PSE** (Examen del Estado Presente) y **SCID-CV**.
- ◆ Escalas de puntuación: **BPRS** y **PANSS**.

Necesidad de múltiples fuentes: dadas las limitaciones de muchas personas con estos trastornos para proporcionar información, es necesaria la obtención de información complementaria por otras fuentes.

2.4. Diagnóstico Diferencial

Diferencia principal entre trastornos esquizofrénicos y trastornos de personalidad similares (esquizoide, esquizotípico, paranoide, límite): **presencia de alucinaciones y delirios en los primeros y ausencia en los segundos.**

Trastorno a diferenciar	Clave del diagnóstico diferencial
T. psicóticos por enfermedad médica o drogas (cocaína, anfetaminas)	Justifican la presencia de los síntomas
T. del estado de ánimo con síntomas psicóticos	Los síntomas psicóticos solo aparecen exclusivamente en periodos de estado de ánimo triste
T. Esquizoafectivo	Aparecen episodios depresivos en congruencia con la fase activa de la esquizofrenia
T. Esquizofreniforme o T. Psicótico Breve	Duración RESTRINGIDA de los síntomas
T. Delirante	Ausencia de alucinaciones
TGD/TEA	Aparición en la infancia + ausencia de alucinaciones y delirios

2.5. Comorbilidad

~90% de los sujetos esquizofrénicos presentan algún grado de comorbilidad (Perkins, Stroup y Liberman, 2008).

- ◆ **Depresión o afecto negativo:** especialmente importante.
- ◆ **Consumo de sustancias:** especialmente importante. El **50%** de personas con esquizofrenia desarrollan dependencia al consumo de sustancias en algún momento de la enfermedad. El abuso de sustancias es el principal riesgo de violencia asociado.
- ◆ La esquizofrenia puede desarrollarse a partir de un TP (esquizoide, esquizotípico, paranoide, límite) o de un TOC.
- ◆ **Riesgo de suicidio** y en menor medida TEPT.
- ◆ Problemas no estrictamente psicológicos: trastornos infecciosos (hepatitis, SIDA), victimización por violencia e indigencia.

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

La evaluación para la conceptualización requiere explorar al menos las siguientes áreas (Mueser y Glynn, 2008):

Áreas a Evaluar en la Conceptualización

● **TEMA 10** Evaluación de los Trastornos del Espectro de la Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos

Área	Contenido a evaluar	Instrumentos clave
a) Análisis de la Sintomatología y Creencias Asociadas	Síntomas positivos y negativos actuales. Distorsiones y creencias erróneas sobre la sintomatología positiva (interpretación catastrófica, atribuciones). Relación interpretación-emociones-conductas defensivas. Niveles de convicción, frecuencia y preocupación sobre los síntomas. Registros situación-pensamiento-emoción	BABS (Escala de Creencias de Brown; 7 ítems, convicción y fijeza) MCQ / MCQ-30 (Cuestionario de Metacognición; Wells, 1997) Registros de conducta: Situación-Pensamiento-Emoción
b) Adherencia a la Medicación	Consistencia en la toma de fármacos. Creencias sobre la medicación y la enfermedad. Implicación familiar y supervisión de servicios. Miedo a la medicación	ROMI (Rating of Medication Influences Scale; Weiden et al., 1994): 32 ítems Likert 4 puntos. 3 dimensiones DAI (Drug Attitude Inventory; Hogan et al., 1983): 30 ítems V/F. Respuestas subjetivas positivas y negativas a la medicación
c) Funcionamiento y Adaptación	Autocuidado, habilidades sociales, manejo cotidiano (dinero, transporte), contacto con amigos, satisfacción relaciones interpersonales, ocio	ILSS (Entrevista-Escala de Vida Independiente; 31 ítems): autocuidado, apariencia, ropa, compra, preparación de comida, salud, dinero, transporte, ocio, búsqueda de trabajo SFS (Escala de Funcionamiento Social; Birchwood et al., 1990): 7 áreas CASIG (Evaluación de Fortalezas, Intereses y Metas del Cliente; Lecomte et al., 2004): 21 ítems MCAS (Escala de Habilidades Comunitarias Multimodal; Barker et al., 1994): 41 ítems
d) Valoración Subjetiva de Bienestar y Calidad de Vida	Satisfacción con las circunstancias vitales. Actitudes positivas hacia la recuperación	QLS (Escala de Calidad de Vida; Heinrichs, Hanlon y Carpenter, 1984). Adaptación española Rodríguez et al. (1992): 17 ítems Likert 7 puntos, 4 dominios (relaciones interpersonales, roles ocupacionales y de vida cotidiana) RAS (Escala de Evaluación de la Recuperabilidad; Gifford et al., 1995): 41 ítems Likert 5 puntos (esperanza, significado de la vida, calidad de vida, síntomas y apoderamiento) Entrevista de Calidad de Vida de Lehman: 181 ítems
e) Actitudes Familiares	Culpabilidad hacia la enfermedad, nivel de estrés, habilidades de solución de problemas, clima familiar, creencias sobre la enfermedad, grado de implicación	CFI (Entrevista de Familia de Camberwell; Hogarth et al., 1991; Montero y Ruiz, 1992): Entrevista semiestructurada. Evalúa el clima emocional de la familia. Proporciona puntuación de frecuencia de comentarios críticos desfavorables y 3 puntuaciones globales (hostilidad, sobreimplicación emocional y calor) ECFOS-II (Entrevista de Carga Familiar Objetiva y Subjetiva; Vilaplana et al., 2007) PRS (Escala de Rechazo del Paciente; Kreisman, Simmens y Joy, 1979)
f) Estado Neurológico	Atención, concentración, memoria, aprendizaje y funciones ejecutivas	Luria-DNA (Manga, 2000): individual, 50 min, a partir de 7 años. Evalúa visoespacial, lenguaje, memoria, procesos intelectuales y atención WAIS-III / WAIS-IV (Wechsler, 1997-2012) WMS-III (Escala de Memoria de Wechsler): 11 pruebas + 5 opcionales. Memoria inmediata, demorada. 1,5 horas
g) Riesgos Asociados: Violencia, Suicidio, Sustancias	50% desarrollan dependencia de sustancias. Riesgo de suicidio frecuente entre esquizofrénicos. Riesgo de violencia (especialmente alucinaciones persecutorias + delirios paranoides + consumo de sustancias)	HCR-20 (Guía para la Valoración del Riesgo de Comportamientos Violentos; Webster et al., 1997; adaptación Hilterman y Andrés-Pueyo, 2005): 20 ítems valorados 0-2. 3 subescalas: Histórica (10 ítems), Clínica (5 ítems), Gestión del riesgo (5 ítems) AUS / DUS (Escala de Uso de Alcohol y Drogas; Drake et al., 1990): escala Likert 5 puntos LDQ (Cuestionario de Dependencia de Leeds): 10 ítems Likert 4 puntos BHS (Escala de Desesperanza de Beck) Escala de Ideación Suicida de Beck (BSI)

Dificultades de la evaluación: las personas con esquizofrenia tienen actitud variable hacia la evaluación.

Estrategias:

- ◆ Si el paciente no colabora → obtener datos aplicando los instrumentos a una persona de referencia que conozca bien al sujeto (con precaución: concordancias entre distintas fuentes son bajas).
- ◆ Completar la toma de datos con observación de conducta para confirmar los informes de las distintas fuentes.
- ◆ Colaboración entre psiquiatras y psicólogos imprescindible (los fármacos pueden producir decremento de actividad y motivación incompatible con la evaluación).

● **TEMA 10** Evaluación de los Trastornos del Espectro de la Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos

Instrumentos con más garantías psicométricas: los que cuentan con mayor grado de estructuración (escalas de puntuación cumplimentadas por expertos). Las medidas con más dificultades psicométricas: las de adherencia a la medicación, actitudes familiares y valoración subjetiva.

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

Evaluación sobre similares contenidos a los de la conceptualización: sintomatología, adherencia a la medicación, adaptación familiar/laboral/social, actitudes familiares, calidad de vida percibida y consumo de sustancias.

Importante: es frecuente una fluctuación de síntomas derivada de la medicación → reevaluar con frecuencia, tanto para ajustar el tratamiento psicológico como el farmacológico.

Instrumentos más recomendados para el tratamiento (sensibles al cambio):

- ◆ **Sintomatología:** BPRS, SANS, PANSS.
- ◆ **Ajuste y adaptación:** ILSS, SFS, CASIG, MCAS.
- ◆ **Valoración subjetiva:** RAS.
- ◆ **Consumo de sustancias:** AUS y DUS.
- ◆ **Observación:** NOSIE-30 (Escala de Observación de Enfermeros para pacientes hospitalizados; Honigfeld, 1966): 30 ítems, escala Likert frecuencia 5 puntos; dimensiones: funcionamiento social, interés, habilidad personal, irritabilidad, psicosis manifiesta, retraso y depresión. Muy sensible a los pequeños cambios al tratamiento. Aplicación 5-10 minutos.

5. PROPUESTA DE UN PROTOCOLO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO ESQUIZOFRÉNICO

PROTOCOLO BÁSICO — TRASTORNOS DEL ESPECTRO ESQUIZOFRÉNICO (Tabla 10.5)

1. EVALUACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

→ Entrevista: **PSE — Examen del Estado Presente** (Luria y Berry, 1979; Wing, 1970). Adaptación al castellano: Vázquez-Barquero (1993)

→ Entrevista: **SCID-CV** (First et al., 1997; First et al., 2002)

→ Escala de puntuación: **BPRS — Escala Psiquiátrica Breve** (Overall y Gorham, 1962). Versión española: Peralta y Cuesta (1994)

→ Escala de puntuación: **PANSS — Escala de Síntomas Positivos y Negativos** (Kay, Fiszbein y Opler, 1987a). Versión española: Peralta y Cuesta (1994b)

→ Para NIÑOS: Cuestionario Oviedo: **ESQUIZO-Q** (Fonseca, Muñiz, Lemos y Villazón, 2011)

2. EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO Y RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

● **TEMA 10** Evaluación de los Trastornos del Espectro de la Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos

- Creencias disfuncionales: **BABS** (Escala de Creencias de Brown; Eisen et al., 1998)
- Metacognición: **MCQ / MCQ-30** (Cartwright-Hatton y Wells, 1997/2004)
- Adherencia medicación: **ROMI** (Weiden et al., 1994)
- Funcionamiento y vida independiente: **ILSS** (Cyr et al., 1994; Wallace et al., 2000)
- Funcionamiento social: **SFS** (Birchwood et al., 1990)
- Fortalezas, intereses y metas: **CASIG** (Lecomte et al., 2004; Wallace et al., 2001)
- Habilidades comunitarias: **MCAS** (Barker et al., 1994; Corbière et al., 2002)
- Calidad de vida: **QLS** (Heinrichs, Hanlon y Carpenter, 1984). Adaptación española: Rodríguez et al. (1992)
- Recuperabilidad: **RAS** (Giffort et al., 1995; Ralph et al., 2000)
- Uso de alcohol: **AUS** (Drake et al., 1990) / Uso de drogas: **DUS** (Drake et al., 1990)
- Registros de conducta y observación
- Riesgos asociados: Violencia → **HCR-20** / Suicidio → **BSI + Escala de Ideación Suicida de Beck**

3. EVALUACIÓN PARA EL PROGRESO Y EFICACIA DEL TRATAMIENTO

- Incluir instrumentos del punto 2 (BPRS, PANSS, SANS, ILSS, SFS, CASIG, MCAS, QLS, RAS, AUS, DUS) + NOSIE-30 (observación enfermeros)

✓ RESUMEN RÁPIDO PARA EL EXAMEN

■ Conceptos y datos que deben salirte automáticos

- **3 grupos de síntomas: positivos** (alucinaciones, delirios, catatonía), **negativos** (alogia, abulia, anhedonia, aplanamiento afectivo, asociabilidad) y **desorganización** (lenguaje, conductas, afecto inapropiado).
- **Síntomas positivos más característicos:** alucinaciones (oír voces = la más habitual) y delirios (persecutorios = los más frecuentes).
- **Prevalencia:** ~1% (rango 0,5-2%). ~70% de los esquizofrénicos permanece soltero.
- **Genética (datos clave para el examen):** monocigóticos 100%; hijos de ambos padres esq. 90%; hermanos 50%; un progenitor esq. 50%; sobrinos 25%; esposa (no genes) 0,96%.
- **Mayoría nacen en primavera** porque los agentes patógenos invernales actúan durante el 5º mes de embarazo.
- **Diferencia con TP (esquizoide, esquizotípico, paranoide, límite):** presencia de alucinaciones y delirios en la esquizofrenia y ausencia en los TP.
- **Diagnóstico categorial** → entrevistas estructuradas. **Diagnóstico dimensional** → escalas de puntuación.
- **Entrevistas más recomendadas (Mueser y Glynn, 2008):** PSE y SCID-CV.

● **TEMA 10** Evaluación de los Trastornos del Espectro de la Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos■ **Escalas más recomendadas (Mueser y Glynn, 2008): BPRS y PANSS.**

■ **BPRS:** 18 ítems (12 psicóticos + 6 afectivos), Likert 7 puntos, 20-30 min. Heteroadministrada. Evalúa respuesta al tratamiento farmacológico.

■ **PANSS:** 30 ítems, 3 subescalas (positivos 7 ítems, negativos 7 ítems, mixta-general 16 ítems). Punto de corte escala general = 52. Mejor para síntomas positivos que negativos.

■ **SAPS:** evalúa síntomas positivos. **SANS:** evalúa síntomas negativos. Ambas Likert 5 puntos, 30-60 min, heteroinformadas.

■ **PSYRATS:** 17 ítems, 2 subescalas: Alucinaciones auditivas (11 ítems) y Delirios (6 ítems). Parámetros muy detallados de evaluación.

■ **ESQUIZO-Q:** cuestionario específico para adolescentes 14-18 años. 51 ítems. 10 escalas según criterios diagnósticos de esquizotipia.

■ **Comorbilidad:** 90% presentan algún grado. Especialmente importante: depresión y consumo de sustancias. 50% desarrollan dependencia a sustancias.

■ **HCR-20:** evaluación del riesgo de violencia. 20 factores en 3 subescalas (Histórica, Clínica, Gestión del riesgo).

■ **Para conceptualización:** BABS (creencias), MCQ (metacognición), ROMI/DAI (adherencia medicación), ILSS/SFS/CASIG/MCAS (funcionamiento), QLS (calidad de vida), RAS (recuperabilidad), AUS/DUS (sustancias).

■ **Para evaluación del tratamiento:** NOSIE-30 (observación enfermeros, 30 ítems, 5-10 min, muy sensible a los pequeños cambios).

■ **Respuestas ejercicios del libro:** 1a (síntomas positivos = alucinaciones e ideas delirantes); 2a (ambiente estresante puede desencadenar); 3b (evaluación categorial = entrevistas estructuradas); 4c (PSE altamente recomendable); 5c (RAS evalúa valoración subjetiva de bienestar).

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN (Soluciones = respuestas del libro)

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) CIDI (OMS, 1993); b) DIS (Robins, 1981); **c) 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) BPRS; b) ILSS; **c) RAS.**

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

● TEMA 11

Evaluación de los Trastornos Disociativos

Miguel Ángel Carrasco Ortiz · Evaluación Clínica UNED

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

- Conocer la sintomatología y las principales manifestaciones de los trastornos disociativos.
- Conocer los instrumentos indicados para el diagnóstico, conceptualización y evaluación de la eficacia del tratamiento.
- 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.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Descripción de los Trastornos Disociativos

Los trastornos disociativos son alteraciones mentales caracterizadas 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). 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).

Criterios comunes a todos los trastornos disociativos (para que sean trastorno clínico):

- ◆ 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.
- ◆ 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 (esquizofrenia, trastorno de pánico, depresión mayor u otro trastorno disociativo).
- ◆ e) El trastorno **no es parte normal** de una práctica cultural o religiosa ampliamente aceptada.
- ◆ En niños: los síntomas **no son atribuibles** a juegos imaginarios o fantasías.

Tipos de Trastornos Disociativos (DSM-V, APA, 2012)

● TEMA 11 Evaluación de los Trastornos Disociativos

Trastorno	Descripción esencial
Despersonalización / Desrealización	Presencia de despersonalización (experiencias de irrealidad, desapego respecto al yo, o ser un observador externo de los propios pensamientos, sentimientos o sensaciones) y/o desrealización (experiencias de irrealidad o desapego respecto al mundo externo → objetos irreales, soñados, distorsionados). Durante estas experiencias la conservación de la realidad permanece intacta
Amnesia Disociativa	Incapacidad para recordar información autobiográfica relevante relativa a un acontecimiento traumático o estresante que es difícil de olvidar. Dos formas básicas: 1) Amnesia localizada o selectiva de un acontecimiento concreto; 2) Amnesia generalizada respecto de la identidad o la historia vital. 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. Marcada discontinuidad del yo y del juicio acompañada de alteraciones del afecto, la conducta, la conciencia, la memoria, la percepción, la cognición y el funcionamiento sensoriomotor. Existencia de recurrentes olvidos de acontecimiento 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 (ej. reacciones pasajeras a acontecimientos traumáticos, estados de trance)

CIE-10 incluye además: 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.

Manifestaciones clínicas principales

- **Síntomas cognitivos:** déficit de memoria, estados de confusión, problemas de atención.
- **Síntomas afectivos:** depresión, ansiedad, culpa, vergüenza, hostilidad.
- **Síntomas conductuales:** dificultad para verbalizar experiencias, intentos de suicidio y autolesiones, viajes inesperados, adquisición de nuevas identidades.
- **Síntomas fisiológicos:** despersonalización, desrealización, trance, analgesia, estados hipnóticos, disfunciones sexuales, conversiones.

1.2. Epidemiología y Curso

- **Prevalencia en población clínica:** entre el 8 y el 38%.
- **Prevalencia en población general:** entre 1 y 10%.
- **Sexo:** más frecuente en mujeres que en hombres en una relación de 1 a 9 (APA, 2000).
- **Edad:** puede manifestarse en la infancia y adolescencia, aunque es más frecuente en la etapa adulta previa a la cuarta década de vida.
- **Duración variable:** desde minutos (despersonalización, amnesias agudas), horas o meses (fugas disociativas), hasta cursos crónicos (identidad disociada o personalidad múltiple).
- **Curso:** la sintomatología disociativa tiende a disminuir en favor de una **sintomatología más depresiva** (Maaranen et al., 2008).

1.3. Factores Etiológicos

Factor / Modelo	Descripción
Biológicos	Diferencias en el flujo sanguíneo y neurotransmisores vinculados a estados anestésicos y alucinógenos. Menor volumen del hipocampo y de la amígdala. Alteraciones en áreas implicadas en la integración. Vinculación con el TEPT → implicación del sistema coeruleus-noradrenérgico y córtex prefrontal, sensorial y parietal. Evidencia de base genética en gemelos (efectos moderados)
Condicionamiento	Las manifestaciones disociativas se asocian por condicionamiento clásico a estímulos relacionados con el trauma (olores, colores, palabras...). Las consecuencias (distanciamiento del recuerdo aversivo, disminución de ansiedad) refuerzan operativamente dicha sintomatología
Modelo Neodisociativo (Hilgard, 1973)	Fallo en dos procesos centrales: la conciencia y el control voluntario → estado de conciencia dividida → incapacidad para representar correctamente las percepciones, pensamientos y recuerdos

● TEMA 11 Evaluación de los Trastornos Disociativos

Factor / Modelo	Descripción
Memoria Autobiográfica (Kihlstrom, 1987)	Inadecuado funcionamiento de la memoria autobiográfica → dificultades para conectar la información autobiográfica preexistente con la representación mental del sí mismo como agente que vive una experiencia traumática
Estrategia de afrontamiento evitativo	La disociación como mecanismo filogenético de supervivencia (estados inmóviles o de analgesia ante situaciones extremas de peligro). Produce alivio psicológico pero dificulta el procesamiento adecuado de la experiencia e impide una total exploración de los componentes estímulares
Modelo BASK (Braun, 1988)	Las experiencias disociadas se codifican en 4 componentes: Behaviour (conducta), Affect (afecto), Sensation (sensación) y Knowledge (conocimiento). La codificación disociada de estos componentes explicaría la aparición de diferentes personalidades
Modelo Jerárquico (Van der Hart et al., 1996)	3 niveles: 1) procesamiento fragmentado de eventos traumáticos; 2) percepción de un evento sin experimentar la emoción asociada; 3) desarrollo de identidades separadas
Modelo Cognitivo (Beck, 1996)	Desacople inhibitorio de los procesos mentales en los diferentes estadios del procesamiento. 3 estadios con creciente gravedad: procesamiento preconsciente → desacople entre esquemas afectivos, conductuales, cognitivos y fisiológicos → partes diferenciadas de la personalidad
Perspectiva Evolutiva (Putnam, 1997)	Fracaso en la consecución de una integración mayor en la conciencia de experiencias traumáticas → el niño desarrolla un «falso(s) yo(s) adaptado(s)» a las demandas de su entorno

(!) **Importante:** no siempre existe una conexión entre la experiencia de un acontecimiento traumático y el desarrollo de sintomatología disociativa. La correlación entre estas dos variables se ha mostrado moderada y parece estar mediada por terceras variables (propensión a la fantasía, sugestionabilidad, pseudomemorias, patología familiar).

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

Tres dificultades principales del diagnóstico disociativo:

- ◆ **1. Infradiagnóstico** por la errónea creencia de que son alteraciones poco comunes.
- ◆ **2. Alta comorbilidad** con otras alteraciones (depresión, ansiedad, abuso de sustancias, trastornos somatomorfos, alimentación...) → evaluadores arrastrados por la sintomatología más evidente olvidan el núcleo fundamental del problema.
- ◆ **3. Ocultamiento:** muchos pacientes no informan abiertamente, bien porque no son conscientes de esta sintomatología, o bien por vergüenza o temor a mostrar un desajuste más grave.

Condiciones previas a evaluar: a) presencia de condiciones médicas que pudieran mimetizar síntomas disociativos (algunos trastornos neurológicos); b) existencia de tratamiento farmacológico bajo el que NO se recomienda la evaluación de la disociación, especialmente en niños y adolescentes (ej. amobarbital sódico).

Estrategia recomendada: 1) Medidas de **despistaje o screening** (entrevistas no estructuradas + cuestionarios breves) → 2) Si positivo: **entrevistas diagnósticas o cuestionarios estandarizados** → 3) Listados de conducta o cuestionarios para explorar gravedad e intensidad.

2.1. Entrevistas Diagnósticas (★ Las más importantes)

★ Instrumento	Aplicación	Dimensiones
★★ SCID-D-R — Entrevista Clínica Estructurada Revisada para los Trastornos Disociativos (Steinberg, 1994a, 1994b, 1995) ← MÁS RECOMENDADA PARA EL DIAGNÓSTICO	Individual heteroaplicada. 255 ítems. Adultos. 45-180 minutos. 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. Proporciona puntuación de intensidad para cada dimensión

● TEMA 11 Evaluación de los Trastornos Disociativos

★ Instrumento	Aplicación	Dimensiones
★ DDIS — Entrevista de Trastornos Disociativos (Ross et al., 1997/1990) ← BUENA OPCIÓN, ESPECIALMENTE PARA T. IDENTIDAD MÚLTIPLE	Individual. 132 ítems. 30-60 minutos. Diseñada para ser utilizada por diferentes profesionales (enfermeros, trabajadores sociales, investigadores y clínicos)	Evalúa los criterios diagnósticos DSM-IV de los trastornos disociativos. Además evalúa: trastorno por somatización, episodios de depresión mayor y el trastorno límite de la personalidad. Contiene ítems adicionales para evaluación de abuso de sustancias, esquizofrenia, antecedentes de maltrato físico y sexual y características secundarias del T. de identidad múltiple. NO evalúa la frecuencia ni intensidad de los síntomas
K-SADS (Puig y Chambers, 1978) Para niños	Versión pediátrica	Contiene una sección para evaluar los síntomas de conversión en niños y algunos síntomas de la esquizofrenia próximos a la disociación. NO contiene una sección específica para los T. de disociación que permita su diagnóstico

2.2. Cuestionarios y Listados de Síntomas (★ Los más importantes)

Se diferencian dos tipos: (a) **despistaje o screening**: cuestionarios/listados con número reducido de ítems, contenido general y capacidad discriminativa (ej. CES, SDQ-5, QED); (b) **diagnóstico y delimitación**: cuestionarios con mayor número de ítems que exploran dimensiones próximas a los criterios diagnósticos y proporcionan medidas de intensidad (ej. MID, DES, DIS-Q).

★ Instrumento	Aplicación / Formato	Dimensiones
★★ MID — Inventario Multidimensional de Disociación (Dell, 2006) ← RECOMENDADO POR SU COMPRENSIVIDAD	218 ítems: 168 evalúan disociación + 50 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. Factores de primer orden: autoconfusión, intrusiones, trastornos de identidad, alienación del yo, somatización, desrealización-despersonalización, intrusiones persecutorias, trance, flashbacks, síntomas corporales y olvidos en la memoria autobiográfica. Factor de segundo orden: disociación patológica
★★ DES — Escala de Experiencias Disociativas (Bernstein y Putnam, 1986, 1993) Adaptación hispana: Robles, Garibay y Páez (2006) Versión adolescentes: DES-A (Armstrong et al., 1997) ← LA MÁS UTILIZADA Y ESTUDIADA	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. Ampliamente utilizada como instrumento de referencia para validez convergente de otros instrumentos
DIS-Q — Cuestionario de Disociación (Vanderlinden, 1993)	Autoinforme. Adultos. 63 ítems. Escala Likert 5 puntos	Evalúa confusión de identidad y fragmentación, pérdida de control, amnesia y absorción
★ SDQ-20 — Cuestionario de Disociación Somatoforme (Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart y Vanderlinden, 1996, 1998) Versión breve: SDQ-5 (5 ítems) ← Para despistaje	Autoinforme. 20 ítems. Escala Likert 5 puntos. Versión breve: 5 ítems	Evalúa visión de túnel, distanciamiento auditivo, contracciones musculares, ceguera psicógena, dificultad urinaria, insensibilidad al dolor, parálisis psicógena y convulsiones no epilépticas
★ CES — Encuesta de Experiencias Curiosas (Goldberg, 1999) ← Para DESPISTAJE	Autoinforme. 31 ítems. Escala Likert 5 puntos	3 dimensiones: despersonalización, absorción y amnesia
SDD — Escala de Estado de Disociación (Kruger y Mace, 2002)	Autoinforme. 56 ítems. Escala Likert 10 puntos	7 dimensiones: desrealización, despersonalización, confusión de la identidad, alteración de la identidad, conversión, amnesia e hipernamnesia
PDEQ — Cuestionario de Experiencias Disociativas Peritraumáticas (Marmar et al., 1993/1998)	Autoinforme. Adultos	Evalúa pérdida de conocimiento, pérdida de un autorrelato, distorsión del tiempo, despersonalización-desrealización, pérdida de conciencia y amnesia. Se pregunta por esta sintomatología experimentada DURANTE o inmediatamente después de la exposición al trauma. 2 dimensiones: pérdida de conciencia y despersonalización-desrealización

● TEMA 11 Evaluación de los Trastornos Disociativos

★ Instrumento	Aplicación / Formato	Dimensiones
CADSS — Escala de Estados Disociativos Administrada por el Clínico (Bremner et al., 1998)	Individual heteroaplicada. Adultos. 27 ítems. Escala Likert 5 puntos	Evalúa estados disociativos «en el momento actual» (no síntomas retrospectivos). 2 escalas: subjetiva (referida a amnesia, despersonalización y desrealización) y para el Observador (evalúa conductas externas: calambres, muecas faciales, movimientos oculares y de párpados)
CDC — Listado de Síntomas de Disociación para Niños (Putnam, Hekimers y Trickett, 1993) ← Para niños	Informe para cuidadores. 20 ítems. Escala 3 puntos (0, 1, 2)	Evalúa manifestaciones conductuales referidas al comportamiento cotidiano en casa o en la escuela que pueden ser indicativas de disociación
QED — Cuestionario de Experiencias de Disociación (Riley, 1988; Ray y Faith, 1995) ← Para DESPISTAJE	Autoinforme. 26 ítems. Escala verdadero/falso	Evalúa ítems de sintomatología disociativa normalizada (fantasía, ensoñación) y patológica. 5 dimensiones: despersonalización, amnesia, fantasía/ensoñación, conducta corporal disociada y trance
EW — Escala de Disociación de Wessex (Kamphuis et al., 2004)	Autoinforme. 40 ítems. Escala Likert de frecuencia 5 puntos	Evalúa síntomas referidos a diferentes estados del procesamiento. 3 niveles: alteraciones perceptivas y cognitivas; desconexiones intra-módulos; entre diferentes personalidades
PAS / CPAS — Escala de Alteración Perceptual (Sanders, 1986; Peresnyak y Sanders, 1992 para niños)	Autoinforme. 60 ítems. Escala Likert 4 puntos	Modificaciones en el control, cognición, afecto y experiencias sensoriales y perceptuales. Considerada una medida de disociación emocional más que cognitiva

Nota: Los instrumentos marcados con ★ son los más recomendados. Los asteriscos de despistaje (CES, SDQ-5, QED) sirven como primera aproximación pero NO para el diagnóstico. La DES debe usarse como medida de despistaje.

2.3. Evidencias de Validez y Fiabilidad

General: adecuadas propiedades psicométricas en la mayoría. Buena consistencia interna, adecuada validez de constructo, validez convergente y capacidad discriminativa entre población clínica y general.

Para el diagnóstico: entrevista estructurada **SCID-D** es la más recomendada (elevado grado de estructuración + validez y fiabilidad interjueces). La **DDIS** también ha mostrado adecuada fiabilidad interjueces y buena especificidad y sensibilidad, especialmente para el trastorno múltiple de personalidad/identidad disociada.

DES — datos clave:

- ◆ Elevada validez convergente con la mayoría de instrumentos que evalúan disociación (SDQ-20, DIS-Q...).
- ◆ Elevada estabilidad test-retest.
- ◆ Buena validez predictiva: no solo con T. disociativos sino también con TEPT.

Limitaciones del DES:

- ◆ Limitación para predecir la presencia del trastorno múltiple de personalidad.
- ◆ Elevada dependencia del cociente intelectual y nivel de comprensión lectora.
- ◆ Alta correlación con el malestar o la psicopatología general → cuestiona su validez discriminativa.
- ◆ Susceptible a la manipulación y al engaño → puede llevar a sobrepuntuación de incidentes traumáticos.
- ◆ → **El DES debe ser usado SOLO como medida de despistaje.**

(!) Dato examen: son pocos los sujetos procedentes de población general que con una elevada puntuación en el DES manifiestan un trastorno disociativo.

2.4. Diagnóstico Diferencial

Los evaluadores deben estar alerta ante los **falsos positivos** y **falsos negativos** del diagnóstico de disociación. La **sugestionabilidad** es mayor en personas con trastornos disociativos → recomendar el uso de un instrumento que

● **TEMA 11** Evaluación de los Trastornos Disociativos

evalúe este indicador para el diagnóstico diferencial.

T. Disociativo	Trastornos a diferenciar y características
General — TODOS	1) Alteración de causa médica/abuso de sustancias/intoxicación: los siguientes prevalecen frente al disociativo → amnesia disociativa, T. de ansiedad, T. depresivo y TEPT 2) Traumatismo craneal, enfermedad médica o intoxicación → pérdida de memoria inmediata con alteraciones motoras 3) Epilepsias: patrón EEG típico 4) Estado confusional/demencia: la amnesia se acompaña de deterioro de otras funciones cognitivas, lingüísticas y afectivas; no se restringe a información autobiográfica 5) Consumo de sustancias: deterioro de la memoria a corto plazo; dificultad para almacenar nueva información 6) Trastornos facticios/simulación: existe ganancia secundaria; no aparecen otros síntomas disociativos; baja puntuación en escalas de hipnosis
Identidad Disociativa	• Alteraciones médicas, físicas o derivadas del consumo de sustancias • Amnesia disociativa / despersonalización / desrealización: prevalece la identidad disociativa sobre el resto • Esquizofrenia o T. Bipolar: presencia de otra sintomatología específica • Manía: la fuga disociativa está asociada a situaciones de grandeza

2.5. Comorbilidad

Los trastornos disociativos pueden aparecer asociados a: trastornos conversivos, del estado de ánimo, abuso de sustancias, trastornos de personalidad, **TEPT**, trastornos sexuales, trastornos del sueño, trastornos de la alimentación, hipocondría y alexitimia.

Trastornos de somatización (Nijenhuis y van der Hart, 1999) y **conductas suicidas** (Foote et al., 2008) son comorbilidades frecuentes.

En población infantil: TEPT, TOC y trastorno reactivo de apego.

En adolescentes: puede coexistir con conductas delictivas (ISSTD, 2004).

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

La conceptualización de un caso de disociación debería considerar al menos las siguientes variables:

Variable	Instrumentos	Características
Evitación conductual (estímulos traumáticos evitados)	Cuestionario de Experiencias Traumáticas TQ (Escalona et al., 1997; versión española González et al., 2000) + Test Conductuales y Autorregistros en Vivo	TQ: 17 sucesos traumáticos + 9 ítems grado de afectación + 18 ítems sobre sintomatología de reexperimentación, hiperactivación y evitación. Registros de Unidades Subjetivas de Ansiedad ante situaciones o estímulos que la persona evita
Procesamiento emocional deficitario (disociación y somatización)	★ ★ DES (Bernstein y Putnam, 1986) ★ MID (Dell, 2006) ★ SDQ-20 (Nijenhuis et al., 1996) + SDQ-5	DES: experiencias disociativas de amnesia, despersonalización-desrealización, imaginación, absorción. MID: criterios diagnósticos e intensidad. SDQ-20: somatización disociativa (disociación somatoforme)
Factores de Vulnerabilidad: Alexitimia	★ TAS-R — Escala Revisada de Alexitimia de Toronto (Taylor, Bagby y Parker, 1992)	21 ítems. Escala Likert 5 puntos. Evalúa dificultades para describir los sentimientos y pensamientos orientados externamente
Factores de Vulnerabilidad: Sugestionabilidad	★ IS — Inventario de Sugestionabilidad (González-Ordi y Miguel-Tobal, 1999)	32 ítems. Escala Likert 5 puntos. Escala global de sugestionabilidad y 4 subescalas: Fantaseo (tendencia a evadirse a través de la imaginación), Absorción (capacidad para focalizar la atención, concentrarse en imágenes y sensaciones), Amplificación emocional (capacidad para implicarse emocional y activamente) e Influenciabilidad (grado en que permite que otros influyan en sus pensamientos, sentimientos o estados de ánimo)
Estrategias de afrontamiento	WCQ — Cuestionario de Afrontamiento Revisado (Folkman y Lazarus, 1985)	66 ítems. Escala Likert 4 puntos. Evalúa la frecuencia en que una persona afronta diferentes dificultades

● TEMA 11 Evaluación de los Trastornos Disociativos

Variable	Instrumentos	Características
Integración del relato autobiográfico	Relatos del pasado por etapas biográficas (infancia, adolescencia, juventud, adultez, vejez) Composición de un álbum de fotos por etapas Redacción de sucesos pasados	Instrumentos elaborados ad hoc para explorar la integración del relato autobiográfico y la memoria fragmentada

Evidencias de fiabilidad y validez para la conceptualización: no se han documentado instrumentos *específicos* para la conceptualización del caso que permitan informar de evidencias de validez y fiabilidad para tal fin. Los cuestionarios para la delimitación y diagnóstico son recomendables para este propósito junto con registros y diarios biográficos de elaboración ad hoc.

Importancia de la información subjetiva: en este tipo de trastornos, la información subjetiva que proporcionan los instrumentos es fundamental. Se recomienda combinar instrumentos más estructurados y objetivos frente a los claramente subjetivos.

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

Como 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**. Las **escalas de puntuación con escalas de intensidad** son más sensibles al cambio y permiten reflejar el progreso del tratamiento.

Dos instrumentos han informado específicamente de sensibilidad al tratamiento para los problemas de disociación:

- ◆ **CADSS** — Escala de Estados Disociativos Administrada por el Clínico (Bremner et al., 1998).
- ◆ **SDD** — Escala de Estado de Disociación (Kruger y Mace, 2002).

Respecto a los registros y diarios biográficos: son instrumentos de elaboración ad hoc con marcado carácter subjetivo cuya fiabilidad y validez son más variables. Sus criterios psicométricos dependerán de la fuente informante y del grado de estructuración de su formato.

5. PROPUESTA DE UN PROTOCOLO BÁSICO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS DISOCIATIVOS

PROTOCOLO BÁSICO — TRASTORNOS DISOCIATIVOS (Tabla 11.8)

1. EVALUACIÓN PARA EL DIAGNÓSTICO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

- Inventario Multidimensional de Disociación **MID** (Dell, 2006)
- Entrevista Estructurada Revisada para los Trastornos Disociativos **SCID-D-R** (Steinberg, 1994a, 1994b, 1995)
- Escala de Experiencias Disociativas **DES** (Bernstein y Putnam, 1986, 1993)

2. EVALUACIÓN PARA LA CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO

- Escalas de puntuación según variables implicadas en el caso:

● **TEMA 11** Evaluación de los Trastornos Disociativos

- — Somatización: **SDQ-20** (Cuestionario de Disociación Somatoforme)
- — Alexitimia: **TAS-R** (Escala Revisada de Alexitimia de Toronto)
- — Afrontamiento: **WCQ** (Cuestionario de Afrontamiento Revisado)
- — Antecedentes traumáticos: **TQ** (Cuestionario de Experiencias Traumáticas)
- Registros conductuales ad hoc, autorregistros y diarios biográficos

3. EVALUACIÓN PARA EL PROGRESO Y EFICACIA DEL TRATAMIENTO

- Severidad de los síntomas (escalas de puntuación sensibles al cambio): **MID** y **DES**
- Instrumentos específicos sensibles al tratamiento: **CADSS** (Bremner et al., 1998) y **SDD** (Kruger y Mace, 2002)
- Indicadores conductuales: Test de Aproximación Conductual y autorregistros
- Indicadores de integración del relato autobiográfico: Diarios y Relatos de Sucesos Pasados

✓ RESUMEN RÁPIDO PARA EL EXAMEN**■ Conceptos y datos que deben salirte automáticos**

■ **Definición disociación:** pérdida subjetiva de la integración de la información y del control de los procesos mentales (memoria, identidad, percepción, representación corporal, control motor y conducta).

■ **Criterio clave de todos los trastornos disociativos:** la percepción de la realidad **SE CONSERVA INTACTA** (a diferencia de la psicosis).

■ **Prevalencia:** clínica 8-38%; general 1-10%. Sexo: mujeres/hombres = 9:1. Más frecuente en etapa adulta previa a la 4ª década.

■ **Curso:** la sintomatología disociativa tiende a disminuir en favor de sintomatología **MÁS DEPRESIVA**.

■ **3 dificultades del diagnóstico:** infradiagnóstico (creencia de que es poco común), alta comorbilidad que desvía la atención, ocultamiento por parte del paciente.

■ **Amnesia Disociativa:** incapacidad para recordar información autobiográfica de un acontecimiento traumático. Subtipo: Fuga disociativa (viajes inesperados + confusión de identidad).

■ **Identidad Disociativa:** ≥2 estados distintos de personalidad. Olvidos recurrentes de acontecimientos cotidianos o traumáticos.

■ **NO siempre** existe conexión entre trauma y disociación. La correlación es moderada y está mediada por sugestionabilidad, propensión a la fantasía y patología familiar.

■ **Hipnosis en niños:** desaconsejada excepto en casos de elevada gravedad en los que no es posible acceder a la información por otra vía (Williams y Velazquez, 1996).

■ **Entrevistas más recomendadas:** **SCID-D** (1ª opción, mayor estructuración + fiabilidad interjueces) y **DDIS** (buena fiabilidad interjueces, especialmente para T. identidad múltiple, pero **NO** evalúa frecuencia ni intensidad).

● TEMA 11 Evaluación de los Trastornos Disociativos

- **Cuestionario más utilizado y estudiado: DES.** Datos psicométricos: elevada validez convergente + elevada estabilidad test-retest + buena validez predictiva con TEPT. LIMITACIONES: no predice T. múltiple de personalidad, dependiente del CI, alta correlación con psicopatología general, susceptible a manipulación. USAR SOLO COMO DESPISTAJE.
- **MID:** 218 ítems (168 disociación + 50 validez). Más comprensivo que el DES.
- **SDQ-20/SDQ-5:** evalúa disociación SOMATOFORME. SDQ-5 = versión de despistaje (5 ítems).
- **CES y QED:** instrumentos de DESPISTAJE breves.
- **CADSS:** evalúa estados disociativos en el MOMENTO ACTUAL (no retrospectivos). 2 escalas: subjetiva (amnesia, despersonalización, desrealización) y para el observador.
- **PDEQ:** evalúa disociación PERITRAUMÁTICA (durante o inmediatamente después del trauma).
- **Para conceptualización:** TAS-R (alexitimia) + IS (sugestionabilidad) + WCQ (afrentamiento) + TQ (antecedentes traumáticos) + DES/MID/SDQ-20.
- **Para evaluación del tratamiento:** instrumentos sensibles al cambio = CADSS y SDD.
- **Comorbilidad más frecuente:** TEPT, trastornos del estado de ánimo, abuso de sustancias, conductas suicidas, trastornos de somatización.
- **Respuestas ejercicios del libro:** 1a (amnesia = incapacidad para recordar información autobiográfica); 2c (dificultad para expresar los síntomas abiertamente); 3c (hipnosis solo en casos extrema gravedad); 4b (SCID-D); 5c (DES = elevada estabilidad test-retest).

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN (Soluciones = respuestas del libro)

- 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 sobrediagnóstico 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) DDIS; **b) SCID-D**; c) MID.
- 5) En relación con la Escala de Disociación DES, ¿qué 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

TEMA 12

Evaluación de los Trastornos Neurocognitivos

Francisca López Torrecillas · Isabel M. Ramírez Uclés · Evaluación Clínica UNED

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 y asumir la posibilidad de utilizar más de un instrumento.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Descripción de los Trastornos Neurocognitivos

Dentro de este grupo se incluyen el **delirio**, los **trastornos neurocognitivos**, los trastornos amnésicos y los trastornos cognoscitivos no especificados (DSM-IV-TR). El **DSM-V** los trata en tres grandes síndromes: **Delirio, Trastorno Neurocognitivo Mayor y Trastorno Neurocognitivo Leve**; añade criterios para subtipos etiológicos y el trastorno neurocognitivo no clasificado.

El término **demencia** implicaba históricamente un curso progresivo o irreversible. Sin embargo, el **DSM-V establece un patrón de déficit cognoscitivo que NO conlleva connotaciones sobre el pronóstico** y puede ser progresivo, estático o en remisión.

Tipos de Trastornos Neurocognitivos (DSM-V — Tabla 12.1)

Síndrome	Descripción	Subtipos (Leves y Mayores)
Delirio	Alteración de la conciencia y cambio de las cogniciones que se desarrollan a lo largo de un breve periodo de tiempo	—
T. Neurocognitivo LEVE	Disminución en el rendimiento neurocognitivo que NO interfiere con la independencia pero requiere mayor esfuerzo y estrategias compensatorias	Alzheimer, Vascular, Frontotemporal, Lesión Cerebral Traumática, Cuerpos de Lewy, Parkinson, VIH, Inducido por sustancias, Huntington, Prion, otros
T. Neurocognitivo MAYOR	Disminución en el rendimiento neurocognitivo que INTERFIERE con la independencia y necesita asistencia con las AVDI (Actividades Vida Diaria Instrumentales)	Alzheimer, Vascular, Frontotemporal, Lesión Cerebral Traumática, Cuerpos de Lewy, Parkinson, VIH, Inducido por sustancias, Huntington, Prion, otros

Subtipos clave y sus características específicas:

● TEMA 12 Evaluación de los Trastornos Neurocognitivos

- ◆ **Alzheimer:** pérdida de memoria, ideas delirantes de persecución y celotipias, desorientación, problemas en denominación. Primera causa de trastorno neurocognitivo en países desarrollados. Incidencia en España: 123 casos nuevos/100.000 habitantes/año; ~7% en mayores de 75 años; prevalencia global 10-15%.
- ◆ **Frontotemporal:** apatía y desinterés, desinhibición, cambio de personalidad, falta de juicio social, incapacidad para control de impulsos, brotes de agresividad, labilidad emocional, déficits éticos, incapacidad para planificar y tomar decisiones.
- ◆ **Lesión Cerebral Traumática:** dificultades en atención, aprendizaje y función ejecutiva, pérdida de consciencia, amnesia postraumática, desorientación y confusión.
- ◆ **Cuerpos de Lewy:** cognición fluctuante con variaciones en atención/alerta, alucinaciones visuales recurrentes, síntomas parkinsonianos, alteraciones del sueño REM.

1.2. Epidemiología y Curso

- Prevalencia de trastornos neurocognitivos en países desarrollados: **se duplica cada 5 años** en pacientes entre 65 y 94 años.
- Va desde el **1,4%** en la población de 65-69 años hasta el **38,6%** entre la población de 90-94 años (Nys et al., 2007).
- ~**36%** se debe a trastornos neurocognitivos de tipo vascular; ~**12%** a trastornos cognitivos de Parkinson, alcohólico y otras causas.
- Deterioro Cognitivo Leve (DCL) amnésico: prevalencia del **6%**. DCL global (múltiples dominios): hasta el **19%**.
- **Delirio:** 10-15% de pacientes en salas médicas y quirúrgicas. En ancianos hospitalizados: 25-62%.

1.3. Factores Etiológicos

Delirio

Modelo **multifactorial** especialmente en ancianos: interrelación entre factores predisponentes (intrínsecos) y factores precipitantes externos. Causas más frecuentes: infecciones respiratorias y urinarias, alteraciones metabólicas, endocrinopatías, trastornos cardiopulmonares y gastrointestinales.

Neurotransmisores implicados: **acetilcolina, dopamina, GABA y serotonina** (unos por exceso y otros por defecto). Efectos secundarios de medicamentos (especialmente **anticolinérgicos**) = principal causa junto con la edad avanzada.

Trastornos Neurocognitivos

La pérdida de memoria asociada a la edad y al DCL es consistente con la acumulación de **ovillos neurofibrilares** especialmente en el lóbulo temporal medial, áreas frontotemporales y otras regiones neocorticales → existe un **continuum neuropatológico** entre el envejecimiento, el DCL y la Enfermedad de Alzheimer (Saykin et al., 2006).

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

El diagnóstico neuropsicológico **no puede elaborarse solo a partir de pruebas psicométricas**. Es necesario, en primer lugar, realizar una recopilación de datos previos del paciente: informes, tratamientos, pruebas de neuroimagen desde el inicio de la enfermedad. Se utilizan también técnicas de registro de actividad cerebral (EEG, MEG) y metabólicas (TEP, SPECT, RMF).

2.1. Entrevistas Estructuradas

La entrevista al paciente y algún familiar es la **primera tarea a realizar**. Permite: conocer datos personales, quejas subjetivas de déficits, nivel de funcionalidad, conciencia de la enfermedad y estado emocional. **Siempre debe administrarse tanto al paciente como a los familiares.**

● TEMA 12 Evaluación de los Trastornos Neurocognitivos

★ Instrumento	Aplicación / Formato	Dimensiones
★★ CAM — Entrevista de Evaluación de la Confusión (Confusional Assessment Method; Inouye et al., 1990) Versión española: González et al., 2004 ← PARA DIAGNÓSTICO DE DELIRIO	Delirios. Diseñada para diagnóstico rápido del delirium en entornos de alto riesgo. Se completa en menos de 5 minutos. Capaz de distinguir entre un delirio y una demencia	4 dimensiones que caracterizan la sintomatología del delirio: confusión (desorientación), conducta/comportamiento inadecuado, comunicación (discurso inadecuado) y percepciones-alucinaciones
DIS — Entrevista de Síntomas del Delirio (Delirium Symptom Interview; Albert et al., 1992)	Entrevista basada en criterios DSM. Evalúa mediante 17 ítems el delirio. Tiempo: 10-15 minutos	7 dimensiones: Desorientación, alteraciones de la conciencia, sueño y actividad psicomotora, alucinaciones, incoherencia del habla, alteración del comportamiento
★★ DNL — Diagnóstico Neuropsicológico de Luria (Christensen, 1979) Versión española: DNLA (Manga y Ramos, 2000) ← PARA TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS	Trastornos Neurocognitivos. Individual. A partir de 15 años. 60 min - 2.5 horas. 269 ítems en 14 escalas. Se basa en técnicas de diagnóstico clínico de A.R. Luria. Preferida por el 23% de neuropsicólogos	14 dimensiones: Motora, Rítmica, Táctil, Visual, Lenguaje Receptivo, Lenguaje Expresivo, Escritura, Lectura, Aritmética, Memoria, Intelectual, Patognomónico, Hemisferio Izquierdo y Hemisferio Derecho
★★ HRNTB — Batería Neuropsicológica de Halstead-Reitan (Horton y Puente, 1989) ← PREFERIDA POR EL 51% DE NEUROPSICÓLOGOS	Consta de 9 tests independientes de aplicación individual a partir de 15 años. Incluye Escala Wechsler de Inteligencia y MMPI	14 dimensiones iguales que DNL. La más utilizada históricamente
★★ Test Barcelona Revisado (Peña-Casanova, 2005) ← HERRAMIENTA PARA ÍNDICE GLOBAL DE DETERIORO	42 apartados y 106 subtests. A partir de 20 años. Forma de puntuar tiene en cuenta no solo la ejecución sino su velocidad	Fluidez y gramática, contenido informativo, orientación, series verbales, repetición, denominación, comprensión verbal, lectura, escritura, gesto simbólico, imitación de posturas e imágenes superpuestas
★★ CAMDEX — Examen Cognitivo de Cambridge (Roth et al., 1986) Adaptación española: Vilalta, Llinás, López-Pausa, Amiel y Vidal, 1990	Entrevista estructurada. Diagnóstica trastornos cognitivos e intensidad del deterioro. Tiempo: 90 minutos. Contiene CAMCOG (63 ítems). Evaluable por psicólogos, geriatras, epidemiólogos	4 dimensiones: Historia clínica, exploración psicopatológica, examen físico y neurológico, examen neuropsicológico (CAMCOG). CAMCOG: 8 dimensiones (Orientación, Lenguaje, Praxis, Cálculo, Pensamiento abstracto, Percepción visual). Permite diagnóstico diferencial con 4 niveles de intensidad

2.2. Escalas de Puntuación

Instrumentos de rastreo de fácil aplicación que constan de preguntas relacionadas con las diferentes funciones intelectuales. La puntuación global permite discernir entre normal y patológico y detectar los sujetos que precisen evaluación más detallada.

★ Instrumento	Para qué	Características
CRS — Escala de Confusión (Confusion Rating Scale; Williams, Ward y Campbell, 1988)	Delirio — Supervisión de la severidad	4 dimensiones: Confusión/desorientación, conducta/comportamiento inadecuado, comunicación/discurso inadecuado, percepciones/alucinaciones. Útil cuando se usa junto a otras pruebas que evalúan el deterioro de las funciones cognitivas. NO precisa la participación del paciente
DRS — Escala de Funcionamiento Cognitivo Global (The Mattis Dementia Rating Scale; Mattis, 1988)	Delirio — Escala de funcionamiento cognitivo global	10 ítems. Valora déficits fronto-subcorticales en pacientes con enfermedades neurodegenerativas. El diagnóstico de delirio se establece cuando la puntuación es igual o superior a 12. Diseñada para identificar el delirio y diferenciarlo de los trastornos neurocognitivos

● TEMA 12 Evaluación de los Trastornos Neurocognitivos

★ Instrumento	Para qué	Características
Escala de Barrow (Neuropsychological Institute; Prigatano, Amín y Rosenstien, 1995)	Trastornos Neurocognitivos — Evaluación rápida	Breve, de fácil y rápida administración. Se incluyen ítems de valoración previa basados en la observación del evaluador. 7 dimensiones que oscilan entre normal y grave (1. Normal; 2. Dificultad subjetiva en 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; 7. Pérdida del habla y de la capacidad motora)
★★ MMSE — Test Minimental (Minimental State Examination; Folstein, Folstein y McHugh, 1975) Versión española: Lobo et al., 1979/1999 ← EL MÁS UTILIZADO	Trastornos Neurocognitivos — Mini examen neuropsicológico	Constituye la versión ampliada de la evaluación cognoscitiva breve. Permite en menos de 15 minutos un mini examen neuropsicológico. 11 dimensiones: orientación, atención, memoria, recuerdo, cálculo mental, razonamiento y juicio, comprensión, denominación, repetición, orden escrita, fluidez verbal, praxias, reconocimiento visual y escritura

2.3. Diagnóstico Diferencial: Delirio vs. Trastorno Neurocognitivo

Para el diagnóstico diferencial del delirio se requiere la presencia de 2 de las 4 siguientes características:

- ◆ Inicio agudo y curso fluctuante
- ◆ Inatención
- ◆ Pensamiento desorganizado
- ◆ Nivel alterado de consciencia

Característica	DELIRIO	TRASTORNO NEUROCOGNITIVO
Comienzo	Súbito	Gradual
Curso	Oscilante	Progresivo
Duración	Reversible	Crónico
Conciencia	Reducida	Normal
Atención	Perturbada	Normal
Cognición	Perturbada	Perturbada
Percepción	Confusiones/Alucinaciones	Alucinaciones (en algunos tipos)
Delirios	Oscilantes	Ausentes
Orientación	Reducida	Reducida gradual
Actividad psicomotriz	Retardada	Normal

Diferencia clave más útil: el criterio de inicio y el curso temporal. En el **delirio**: inicio rápido y brusco (horas o días). En el **trastorno neurocognitivo**: inicio crónico y progresivo. El ciclo sueño-vigilia se deteriora más en el delirio.

Pautas diagnósticas del trastorno neurocognitivo mayor: múltiples deficiencias cognoscitivas que incluyen fallos en la memoria + al menos uno de: afasia, apraxia, agnosia o alteración de las funciones ejecutivas.

2.4. Comorbilidad

Delirio: frecuentemente asociado con abuso de sustancias y trastornos neurocognitivos (Formiga et al., 2007).

Trastornos neurocognitivos: la comorbilidad depresiva es habitual (Lyketsos et al., 2005). La depresión puede simular un cuadro de trastorno neurocognitivo → pseudodemencia (evaluación diferencial cuidadosa).

● TEMA 12 Evaluación de los Trastornos Neurocognitivos

Tres formas de relación depresión-trastorno neurocognitivo: 1) episodio depresivo en paciente con trastorno cognitivo ya diagnosticado; 2) episodio depresivo con quejas subjetivas de fallos cognitivos que se confunde con un trastorno neurocognitivo; 3) episodio depresivo como manifestación clínica más precoz de un trastorno neurocognitivo degenerativo.

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

Evaluar las áreas neurocognitivas para diseñar estrategias de intervención. Necesario conocer con exactitud la dimensión de los déficits para evitar diagnósticos erróneos (una pobre ejecución puede deberse a dificultades motoras y/o sensitivas específicas).

Instrumentos por Área Neurocognitiva (★ Los más importantes)

Área	★ Instrumento	Características
ORIENTACIÓN	GOAT — Test de Orientación y Amnesia de Galveston (Levin, O'Donnell y Grossman, 1979) APT — Escala de Amnesia Postraumática de Wertmead (Shores, 1989)	GOAT: 10 ítems. Mide existencia o no de amnesia postraumática. APT: Evalúa aspectos sobre orientación y eventos que sucedieron cerca del accidente. Buena puntuación de 3 días consecutivos puede indicar que la APT ha finalizado
ATENCIÓN	★★ TMT — Prueba de Rastreo o de Trazo (Trail Making Test; Reitan y Wolfson, 2004) ★ Stroop — Test de Palabras y Colores (Golden, 1993) ★ Test de Atención de la Vida Diaria (Robertson, Ward, Ridgeway y Nimmo-Smith, 1994) Tarea Go No Go (Strub y Black, 1985)	TMT: 2 partes (A y B). Evalúa atención visual sostenida, alternante, secuenciación, flexibilidad mental, rastreo visual, velocidad y habilidad grafomotora. Stroop: 3 láminas, 100 elementos cada una. 3ª lámina introduce la condición de interferencia. Go No Go: control inhibitorio e interferencia atencional
MEMORIA	★★ WMS-III — Escala de Memoria de Wechsler III (Wechsler, 1999) ★ Test de Figura Compleja de Rey (1975) Test de Memoria Conductual de Rivermead (Wilson, Cockburn y Baddeley, 1985)	WMS-III: 11 pruebas + 5 opcionales. Índice de memoria de trabajo con 3 pruebas: dígitos, aritmética y letras y números. Evalúa memoria operativa. Rey: evalúa memoria de tipo visuoespacial. Rivermead: mayor validez ecológica; tareas que recuerdan a situaciones de la vida diaria
FUNCIONES EJECUTIVAS	★★ WCST — Test de Clasificación de Cartas de Wisconsin (Grant y Berg, 1948; Heaton, 1981) ★ Torre de Hanoi / Torre de Londres (Gagné y Smith, 1963) FAS — Fluidez y Generación de Alternativas Stroop (Golden, 1978) Go No Go	WCST: evalúa función cognitiva abstracta, requiere clasificar cartas usando 3 criterios (color, forma y número) que inicialmente se desconocen. 4 dimensiones: respuestas correctas, errores, categorías completadas, errores de perseveración. Torre de Hanoi: razonamiento, resolución de problemas y capacidad de aprendizaje. FAS: escala funcional diseñada para estadios avanzados
LENGUAJE	★ Test de Boston (Goodglass y Kaplan, 1986) ★★ Test Barcelona (Peña-Casanova, 2005)	Boston: evalúa la afasia y trastornos asociados. 4 dimensiones: lenguaje hablado (expresivo y comprensivo), capacidad para examinar lectura y escritura. Barcelona: perfil gráfico de alteraciones lingüísticas; lectura, escritura y cálculo
HABILIDADES VISUOESPACIALES	★ Test de la Figura Compleja de Rey-Osterreith (Osterreith, 1944) Subescalas de Cubos y Rompecabezas del WAIS-III	Rey-Osterreith: copia y posterior reproducción de la figura de memoria tras período de interferencia. Evalúa organización perceptiva, planificación, capacidad visoconstructiva. WAIS-III: 4 dimensiones (organización perceptiva, visualización espacial, capacidades visomotoras y de manipulación)

★ Relación entre Funciones Cognitivas y Actividades de la Vida Diaria (Tabla 12.6 del libro):

- ◆ **Atención sostenida:** dificultad para vestirse, utilizar objetos en relación con el cuerpo (espejo del peine, cubiertos)

● **TEMA 12** Evaluación de los Trastornos Neurocognitivos

- ◆ **Atención selectiva:** incapacidad para trabajar en entorno con otras personas, ruidos, etc.
- ◆ **Atención dividida:** dificultades para conducir, cuidado del hogar/hijos
- ◆ **Memoria episódica:** olvido de conocimientos previamente adquiridos, nombres de personas conocidas
- ◆ **Funciones ejecutivas:** dificultades para planificar y realizar la comida, utilizar el ordenador, controlar gastos, planificar viaje, resolver situaciones problemáticas

4. EVALUACIÓN PARA LA REHABILITACIÓN, SU PROGRESO Y LOS RESULTADOS DE LA INTERVENCIÓN

El objetivo es informar no solo sobre la presencia o no de daño, sino de **qué discapacidad causa ese daño**. La evaluación debe:

- 1) Medir los **progresos durante la rehabilitación** (eficacia de la intervención y revisión de objetivos).
- 2) Analizar qué variables pueden estar **interfiriendo**.
- 3) Conocer qué **habilidades de la vida cotidiana o laboral** puede o no realizar el paciente.

Déficits cognitivos más frecuentes en el traumatismo craneoencefálico (Machuca et al., 2002): orientación, atención, memoria, lenguaje, funcionamiento ejecutivo, trastornos visoperceptivos, solución de problemas y toma de decisiones.

Batería Luria-Nebraska (LNNB): mide el comportamiento real del paciente además del deterioro de los procesos cognoscitivos → permite exploración detallada y predicción del funcionamiento en la vida diaria y de los logros en rehabilitación.

Evaluación de AVD básicas (AVDB) (bañarse, vestirse, comer...) y **AVD instrumentales (AVDI)** (manejo del hogar, dinero, transporte, teléfono, movilidad por la comunidad): resulta muy importante en el proceso de evaluación para la rehabilitación.

5. PROPUESTA DE UN PROTOCOLO BÁSICO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS

PROTOCOLO BÁSICO — TRASTORNOS NEUROCOGNITIVOS (Tabla 12.7)

PAUTA PREVIA: Datos previos del paciente (informes, tratamientos médico/farmacológico/psicológico/físico/logopédico, pruebas de neuroimagen).

1. ENTREVISTA

→ Entrevista al paciente + Entrevista a familiares (SIEMPRE AMBAS)

2. BATERÍA NEUROPSICOLÓGICA

→ Diagnóstico neuropsicológico: **DNL (Diagnóstico Neuropsicológico de Luria)** o **Entrevista de Síntomas del Delirio**

→ a) Orientación: **GOAT — Test de Orientación y Amnesia de Galveston**

→ b) Atencionales: **TMT (Trail Making Test)** y **Stroop**

→ c) Memoria: **WMS-III (Escala de Memoria de Wechsler)**

● **TEMA 12** Evaluación de los Trastornos Neurocognitivos

→ d) Ejecutivas: **Test Fluidez y Generación de Alternativas (FAS)**, **Tarea Go No Go**, **Tarea Stroop**, **Test de Clasificación de Cartas de Wisconsin (WCST)**

→ e) Lenguaje: **Test Barcelona**

→ f) Habilidades motoras y praxias: **WAIS-III: Subescalas de Cubos y Rompecabezas**

✓ RESUMEN RÁPIDO PARA EL EXAMEN

■ Conceptos y datos que deben salirte automáticos

■ **DSM-V:** demencia → término eliminado. Ahora: Delirio, T. Neurocognitivo Leve y T. Neurocognitivo Mayor. El patrón de déficit NO conlleva connotaciones sobre el pronóstico.

■ **Leve:** NO interfiere con la independencia (estrategias compensatorias). **Mayor:** SÍ interfiere con la independencia (necesita asistencia AVDI).

■ **Alzheimer:** primera causa de trastorno neurocognitivo en países desarrollados. España: 123 casos/100.000 hab/año; ~7% en mayores de 75 años; prevalencia 10-15%.

■ **Prevalencia:** se duplica cada 5 años entre 65-94 años. Desde 1,4% (65-69 años) hasta 38,6% (90-94 años). DCL amnésico: 6%; DCL global: 19%.

■ **Delirio:** 10-15% de pacientes en salas médicas. En ancianos hospitalizados: 25-62%.

■ **Delirio — Diagnóstico diferencial (requiere 2 de 4):** inicio agudo + inatención + pensamiento desorganizado + nivel alterado de consciencia.

■ **Diferencia clave delirio vs. T. Neurocognitivo:** en el DELIRIO → inicio súbito (horas/días); en el T. NEUROCOGNITIVO → inicio gradual y progresivo. El delirio tiene mayor fluctuación a lo largo del día.

■ **Delirio: causas más frecuentes:** infecciones respiratorias/urinarias. Fármacos anticolinérgicos = principal causa farmacológica. Neurotransmisores: acetilcolina, dopamina, GABA, serotonina.

■ **El diagnóstico neuropsicológico NO puede elaborarse solo a partir de pruebas psicométricas.** Requiere datos previos del paciente + técnicas de neuroimagen + entrevistas + exploración sistematizada.

■ **Entrevista más recomendada para delirio: CAM** (se completa en <5 min; distingue delirio de demencia).

■ **Baterías neuropsicológicas: HRNTB** (preferida por el 51% de neuropsicólogos) vs. **DNL** (preferida por el 23%). Test Barcelona = índice global de deterioro cognitivo. CAMDEX = incluye entrevista clínica + CAMCOG + entrevista a familiar.

■ ★ **MMSE:** el más utilizado. Permite mini examen neuropsicológico en menos de 15 minutos. 11 dimensiones.

■ **Para atención:** TMT (Trail Making Test) + Stroop + Go No Go.

■ **Para memoria:** WMS-III + Test de Figura Compleja de Rey + Test de Memoria Conductual de Rivermead.

■ **Para funciones ejecutivas:** WCST (Wisconsin) + Torre de Hanoi + FAS + Stroop.

■ **Para lenguaje:** Test de Boston (afasia) + Test Barcelona.

■ **Para habilidades visoespaciales:** Figura Compleja de Rey-Osterreith + Subescalas Cubos y Rompecabezas del WAIS-III.

● TEMA 12 Evaluación de los Trastornos Neurocognitivos

■ **Comorbilidad:** Depresión puede simular trastorno neurocognitivo. 3 formas de relación depresión-T. Neurocognitivo.

■ **Protocolo:** Entrevista (paciente + familia) → Batería Neuropsicológica (DNL) → 6 áreas específicas (orientación: GOAT; atención: TMT+Stroop; memoria: WMS-III; ejecutivas: FAS+GoNoGo+Stroop+WCST; lenguaje: Test Barcelona; praxias: WAIS-III cubos y rompecabezas).

■ **Respuestas ejercicios del libro:** 1b (DSM-V establece patrón sin connotaciones sobre pronóstico); 2a (delirio puede estar causado por infecciones, alt. metabólicas, endocrinopatías...); 3c (entrevista a familiares y paciente); 4c (MMSE evalúa orientación, atención, memoria, recuerdo, cálculo mental, razonamiento, comprensión, denominación, repetición, orden escrita, fluidez verbal, praxias, reconocimiento visual y escritura); 5a (AVD básicas conllevan valoración de funciones cognitivas).

EJERCICIOS DE AUTOEVALUACIÓN (Soluciones = respuestas del libro)

- 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 cuidados intensivos.
- 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 tiene que ser administrada a: a) solo al paciente; b) solo a los familiares; **c) a los familiares y paciente**.
- 4) El MMSE permite evaluar: a) gravedad de los delirios; b) nivel de estado de consciencia; **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

TEMA 13

Evaluación de los Trastornos de la Alimentación

Anorexia Nerviosa · Bulimia Nerviosa · Trastorno por Atracón · Trastornos No Especificados

Miguel Ángel Carrasco Ortiz

EVALUACIÓN CLÍNICA · UNED · Carrasco Ortiz, Ramírez Uclés & Del Barrio Gándara (Eds.)

13 · Evaluación de los Trastornos de la Alimentación

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

- Describir los trastornos alimentarios (TA) atendiendo a los criterios diagnósticos y a los principales síntomas.
- Conocer los principales datos epidemiológicos, su curso y las variables que se asocian con su origen y mantenimiento.
- Generar hipótesis diagnósticas a partir de los síntomas, realizando el diagnóstico diferencial y considerando la comorbilidad.
- Diseñar e implementar la contrastación de hipótesis con los instrumentos de evaluación recomendados.
- Generar un mapa conceptual con las variables asociadas a los TA a modo de modelo teórico explicativo.
- Conocer los instrumentos para la evaluación de las variables de conceptualización del TA.
- Conocer los instrumentos empleados para la evaluación del tratamiento y su seguimiento.

1. Introducción

1.1. Descripción

Los trastornos de conducta alimentaria (TA) hacen referencia al conjunto de alteraciones emocionales y conductuales respecto de la alimentación, el control del peso y la percepción corporal, sin que exista otro trastorno que lo justifique. Incluyen principalmente la **anorexia nerviosa (AN)**, la **bulimia nerviosa (BN)** y los **trastornos no especificados** (trastorno por atracón, hiperfagia, vómitos psicógenos). El DSM-V añade la **pica**, el **trastorno por rumiación** y el **trastorno por ingesta restrictiva o evitativa**.

NOTA CLAVE

Las manifestaciones clínicas giran en torno a 3 características principales: **patrones alimentarios alterados**, **valoración excesiva del peso corporal** (control reiterado y persistente) y **desprecio por el cuerpo y el aspecto físico** (Perpiñá, 1999, 2011; Wilson, Fairburn y Agras, 1997).

Tabla · Niveles de Manifestación Clínica de los Trastornos Alimentarios	
Nivel	Manifestaciones
a) Conductual	Pautas de alimentación deficitarias (conductas restrictivas, atracones, sobreingesta); rituales de evitación (lugares, comidas, posturas, actividades) y de comprobación (autoevaluación del peso y la talla); presencia de purgas (vómitos, laxantes, diuréticos); uso de sustancias; dietas de ayuno; ejercicio físico y actividad laboral desmedidos.
b) Cognitivo	Ausencia de conciencia de enfermedad y negación del problema; obstinación en no comer; adhesión al valor de «estar delgada» como creencia básica identitaria ; numerosas distorsiones y pensamientos automáticos en torno a la apariencia física y el control de la alimentación (e.g., «poner un kilo me destruirá»); alteración de la imagen corporal (distorsión de la corporalidad, interpretación incorrecta de estímulos propioceptivos); presencia de continuas rumiaciones sobre el peso y el cuerpo que interfieren los niveles atencionales.
c) Emocional	Dinámicas emocionales compensatorias: 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 estrategias de control-disforia/ansiedad; orgullo/sobreestimación-reducción de peso. Diversos estados emocionales negativos y disfóricos actúan como antecedentes o consecuentes del comportamiento alimentario alterado.
d) Fisiológico	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) Social	Aislamiento; conductas manipulativas y engaños con las figuras parentales; evitación de situaciones sociales en las que se prevean celebraciones en torno a comidas.

Tabla 13.1 · Descripción de los Principales Trastornos Alimentarios (TA) Según DSM (APA, 2000; APA, 2012)	
Trastorno	Criterios principales
Pica	Ingesta persistente de sustancias no nutritivas ≥1 mes. Inapropiada al nivel de desarrollo y no es práctica cultural.
Trastorno por Rumiación	Regurgitación repetida de comida (remasticada, tragada o escupida) ≥1 mes. No aparece en el curso de otro TA. Sin justificación médica.
Anorexia Nerviosa (AN)	Rechazo a mantener peso normal (peso <85% del esperado; IMC <17,5); miedo intenso a ganar peso; alteración de la percepción del peso/silüeta; amenorrea (≥3 ciclos). Tipo restrictivo (no recurre a atracones/purgas) vs. tipo purgativo (sí recurre).
Bulimia Nerviosa (BN)	Episodios recurrentes de atracón (~2h) + conductas compensatorias inapropiadas (vómitos, laxantes, diuréticos, ayuno, ejercicio intenso) ≥2 veces/semana durante 3 meses. No ocurre durante AN. Tipo purgativo / tipo restrictivo .
Trastorno por Atracón	Episodios recurrentes de atracones con sensación de pérdida de control, malestar. ≥1 día/semana durante 6 meses. SIN estrategias compensatorias.
T. Ingesta Restrictivo/Evitativo	Fracaso en cubrir necesidades nutricionales/energéticas: pérdida de peso, déficit nutricional, dependencia de suplementos. No hay AN/BN ni restricciones culturales.
TA No Especificado	No se ajusta a criterios de ningún trastorno específico.

1.2. Epidemiología y Curso

En población española: **AN = 0,2-0,7%**; **BN = 0,4-0,8%** (Rojó et al., 2003). En población norteamericana: AN ≈ 0,3%; BN = 1-3%. El trastorno por atracón y los TA no especificados: **0,7-4%**, pudiendo llegar al **8% en personas obesas** (Fairburn y Harrison, 2003; Hoek, 2002).

La **pica** se asocia a retraso mental o déficit de minerales/vitaminas; aparece en la infancia. El **trastorno por rumiación** es poco frecuente, más en varones durante los 12 primeros meses de vida; suele remitir espontáneamente.

AN y BN son más frecuentes en **mujeres (90%)** de culturas industrializadas caucásicas; en el resto de TA la proporción es menor (3:1) (Hoek, 2002).

NOTA CLAVE — CURSO

- **AN**: inicio en preadolescencia/adolescencia; ~20% curso crónico. **Mayor tasa de mortalidad de todos los trastornos mentales** (Steinhausen, 2002; Walsh et al., 2006).
- **BN**: inicio en adolescencia tardía/adulthood temprana; pronóstico más esperanzador que AN.
- Transición típica durante el curso: **de AN a BN**.
- Peor pronóstico: aparición tardía, larga duración, pérdida exagerada de peso, atracones/vómitos, sobrepeso infantil, baja autoestima, problemas de personalidad.

1.3. Factores Etiológicos y Factores Asociados

No existe un modelo causal único. Se combinan factores **biológicos** (agregación familiar de primer grado; sistema serotoninérgico, dopamina, neurotrofinas), **psicológicos** (creencias/sesgos sobre alimentación-peso-cuerpo; rigidez cognitiva; rasgos perfeccionistas, obsesivo-compulsivos, impulsivos, inestabilidad emocional; regulación emocional deficiente) y **socioculturales** (culto al cuerpo en sociedades desarrolladas).

Es frecuente el **patrón de interacción familiar invasivo y hostil**, y antecedentes de **victimización** (abusos sexuales, burlas por el físico, acoso).

NOTA CLAVE

Factores etiológicos comunes: **baja autoestima**, **intolerancia a la emoción**, **problemas interpersonales**, junto con creencias disfuncionales sobre cuerpo, peso, comida, control y perfeccionismo. Este sistema de creencias funciona como **mecanismo mantenedor** del problema y es diana clave de la intervención.

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

El diagnóstico se realiza principalmente mediante **entrevistas estructuradas**; existen también cuestionarios y escalas que atienden a criterios y sintomatología. Previamente se suele administrar una **entrevista no estructurada de despistaje** (Berg, Peterson y Frazier, 2012).

EJEMPLO — PREGUNTAS DE DESPISTAJE

Hábitos alimentarios: «¿Cuántas comidas hace al día?» «¿Ha sentido alguna vez que pierde el control comiendo?»

Conductas compensatorias: «¿Ha hecho algo para compensar lo mucho que ha comido, como provocarse el vómito o tomar laxantes?»

Sobre el cuerpo/peso: «¿Influye su cuerpo o su peso en cómo se siente?»

NOTA CLAVE — DIFICULTADES EN LA EVALUACIÓN

- **Negación/minimización** de síntomas por falta de conciencia, vergüenza o miedo → mantener clima cooperativo, evitar críticas, usar preguntas abiertas.
- **Sesgos en el recuerdo** por desnutrición o estados emocionales negativos → evaluar periodos específicos (≥12 semanas).
- **Niños/adolescentes:** requieren vocabulario sencillo, metáforas, material pictográfico.

2.1. Instrumentos de Evaluación: Entrevistas Diagnósticas y Cuestionarios

Los instrumentos evalúan: a) nivel de peso; b) miedo a aumentar peso; c) sobreevaluación de silueta y peso; d) alteraciones en la imagen corporal; e) frecuencia de atracones; f) estado de la menstruación; g) conciencia de las consecuencias; h) conductas dietéticas restrictivas/evitativas.

Tabla 13.3 · Principales Entrevistas para el Diagnóstico de los TA (★ Altamente recomendadas)		
Instrumento	Aplicación	Características
★ EDE — Exploración de los Trastornos Alimentarios (<i>Eating Disorder Examination</i> ; Cooper y Fairburn, 1987; Fairburn y Cooper, 1993)	Retrospectiva 3-6 meses previos. Escala Likert 0-6. Requiere entrenamiento.	4 dimensiones: Restricción, Preocupación por la comida, Preocupación por el cuerpo, Preocupación por el peso. Evalúa episodios de bulimia y sobreingesta.
★ SCID-CV — Entrevista Clínica Estructurada (versión clínica; First et al., 1997, 2002)	Adultos. Módulo específico. Escala 1 (falsa) / 2 (subumbral) / 3 (umbral). 45-90 min. Requiere entrenamiento.	Evalúa alteraciones psicopatológicas según criterios DSM-IV.
EDI — Entrevista para el Diagnóstico de los TA (Williamson, 1990; Kutlesic et al., 1998)	Semiestructurada. Escala Likert 1-5 puntuada por el entrevistador. 20 criterios DSM-IV.	Diagnóstico diferencial. 3 subescalas: Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Trastorno por Atracón.
SIAB-EX — Entrevista Estructurada para Síndromes de Anorexia y Bulimia del DSM-IV y CIE-10 (Fichter et al., 1998). Versión autoinformada SIAB-S. Trad. española López-Ibor y Castellanos.	Adolescentes y adultos (12-65 años). 87 preguntas. 30-60 min.	Evalúa síntomas de TA y otros trastornos psíquicos (depresión, miedo, integración social, sexualidad).
DAWBA — Evaluación del Desarrollo y Bienestar (Goodman et al., 2000; Angold et al., 2005)	Autoinformada ≥11 años (padres si <11). Cara-a-cara u online (15-20 min).	Multiinformante (padres, cuidadores). Basado en DSM-IV y CIE-10.

Tabla 13.4 · Principales Cuestionarios/Escalas para el Diagnóstico de los TA (★ Altamente recomendados)		
Instrumento	Aplicación	Características
★ EDE-Q — Cuestionario de Examen de los TA (Fairburn y Beglin, 1994). Versión infantil ChEDE-Q. Validación española Peláez, Labrador y Raich, 2012.	38 ítems. Autoinformado. Escala Likert 0-6 + escala de frecuencia.	4 dimensiones (igual que EDE): Restricción, Preocupación comida/cuerpo/peso. Versión cuestionario de la entrevista EDE.
★ EDDS — Escala Diagnóstica de los TA (<i>Eating Disorder Diagnostic Scale</i> ; Stice et al., 2000)	22 ítems. Formatos mixtos: Likert, dicotómica, frecuencia, abiertas.	Genera posibles diagnósticos de TA.
CEDRI — Instrumento Clínico de Valoración de TA (Palmer et al., 1987, 1996)	Escala Likert 4 puntos + cuestiones aclaratorias.	Conductas y actitudes para diagnóstico DSM-IV: anorexia, bulimia, TA no especificado.
YBC-EDS — Escala Yale-Brown-Cornell para TA (Mazure et al., 1994)	65 ítems, 18 categorías. Heteroinformado.	2 puntuaciones: gravedad y motivación (resistencia, insight, deseo de cambio).
BITE — Test de Edimburgo de Investigación en Bulimia (Henderson y Freeman, 1987)	33 ítems. Combina Likert (5-6-1) y dicotómica.	Episodios de atracones, purgas y conductas bulímicas. Diferencia subtipos bulímico/anoréxico.
QEW-P-R — Cuestionario sobre Patrones de Alimentación y Peso (Spitzer et al., 1993; Nangle et al., 1994)	12 preguntas. Likert + dicotómica.	Presencia y frecuencia de atracones; subcategorías, malestar y purgas.
BES — Escala de Atracones (Gormally et al., 1982)	16 ítems. 4 gradaciones (0-3).	Gravedad de atracones + emociones/cogniciones (culpa) y conductas asociadas.
BULIT-R — Test de Bulimia Revisado (Thelen et al., 1991; adapt. esp. Berrios-Hernández et al., 2007)	36 ítems elección múltiple. Autoinforme.	Conductas bulímicas y control del peso; estimación de posible diagnóstico.
QEW-P-A — Cuestionario Patrones Alimentación y Peso, versión adolescentes (Johnson et al., 1999). Versión padres QEW-P.	12 ítems. Sí/no + frecuencia (5 puntos).	Atracones y patología asociada en adolescentes: afecto negativo, preocupación corporal.

NOTA CLAVE — FIABILIDAD Y VALIDEZ

Entrevistas más recomendadas por su calidad psicométrica (Sysko, 2008): **EDE** y **SCID-CV**. Entre cuestionarios: **EDDS** y **EDE-Q**. Los cuestionarios **EAT** y **EDI** están recomendados para **despistaje**, no para diagnóstico. Los pacientes informan de **más síntomas mediante cuestionarios** que mediante entrevistas → se recomienda combinar ambos tipos y varias fuentes informantes.

2.2. Diagnóstico Diferencial

Primer diagnóstico diferencial: **trastornos físicos** (tumores, hipertiroidismo, diabetes) que cursan con pérdida de apetito. De los trastornos psicológicos: **Trastornos Psicóticos** (delirios de envenenamiento), **Fobias Específicas**, **TOC**, **Trastorno Dismórfico Corporal**, **Trastorno Somatomorfo** y **Fobia Social**.

Tabla 13.5 · Diagnóstico Diferencial de los Principales TA (DSM; APA, 2000, 2012)	
Trastorno	Diferenciar de
Pica	Trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia, síndrome de Kleine-Levin.
T. por Rumiación	Anomalías congénitas, enfermedades médicas, vómitos de primera infancia. No se diagnostica si aparece en curso de AN o BN.

Anorexia Nerviosa	Enfermedades médicas, trastorno depresivo mayor (no hay deseo de adelgazar), esquizofrenia, fobia social, TOC, trastorno distímico y BN (mantienen el peso).
Bulimia Nerviosa	Anorexia con conductas purgativas, síndrome de Kleine-Levin, trastorno depresivo mayor.

NOTA CLAVE — DIFERENCIACIÓN ADICIONAL

- **Con condiciones médicas** que cursan con pérdida de peso: hipertiroidismo, cáncer, problemas gástricos.
 - **Con problemas de ansiedad:** en la ansiedad el foco no está en el peso ni el cuerpo; la evitación de alimentos no es por miedo al vómito ni para perder peso; el escrutinio del cuerpo no busca comprobar el incremento de peso.
 - **Entre los TA entre sí:** anorexia (infrapeso, miedo a ganar peso, negación de la gravedad) vs. bulimia (atracones y conductas compensatorias) vs. trastorno por atracón (solo atracones, sin compensación).
- La presencia de estos síntomas, además del resto de criterios clínicos específicos, puede llevar a un **doble diagnóstico (comorbilidad)** o al diagnóstico exclusivo de los TA.

2.3. Comorbilidad

Muy frecuente con trastornos del **Eje I** (ansiedad y estado de ánimo: 20-80%; Godart et al., 2002, 2007) — especialmente **TOC con anorexia restrictiva** y abuso de sustancias. Con el **Eje II:** personalidad **obsesiva, límite, evitativa e histriónica** (Sansone et al., 2005). Deben evaluarse posibles **conductas autolesivas** sobre partes específicas del cuerpo.

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

Principales terapias recomendadas: **cognitivo-conductual** (Fairburn et al., 1993, 2008), **interpersonal** (Wilfley et al., 2000), **conductual dialéctica** (Safer et al., 2009), **familiar de Maudsley** (APA, 2006) y **relacional-cultural**.

3.1. Principales Variables Relevantes a Evaluar

NOTA CLAVE — 11 ÁREAS DE CONCEPTUALIZACIÓN

- **a) Complicaciones médicas y estado físico:** estado nutricional, IMC (Kg/m²), pliegue cutáneo, peso, estado de la piel (lanugo, deshidratación, edemas, coloración azulada, grado de demacración), **Signo de Russell** (callosidad en el dorso de la mano por provocarse el vómito), estado dental (caries, erosiones) y de las glándulas parótidas. *La evaluación médica debe realizarse especialmente cuando hay bajo IMC, cambios significativos y recientes en el peso, conductas purgativas y síntomas de fatiga y mareo.*
- **b) Análisis de síntomas, conductas problema y relaciones funcionales** (atracones, vómitos, conductas restrictivas/compulsivas).
- **c) Hábitos alimentarios** (nº comidas, calorías, alimentos prohibidos).
- **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** (ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, miedo a la madurez, ascetismo).
- **h) Apoyo y dinámica familiar** (rigidez, cohesión, adaptabilidad).
- **i) Funcionamiento psicosocial.**
- **j) Emocionalidad negativa y regulación emocional** (Haedt-Matt y Keel, 2011).
- **k) Calidad de vida.**

EJEMPLO — MÉTODO EMA

La **Evaluación Ecológica Momentánea (EMA)** (Munsch et al., 2009; Stone y Shiffman, 1994) evalúa experiencias cotidianas en el ambiente natural del paciente, en el momento actual (no retrospectivo), con medidas repetidas. Recogida mediante: **intervalos contingentes** (al final del día), **señales contingentes** (alarmas aleatorias) o **eventos contingentes** (tras un acontecimiento particular). Reduce los sesgos del recuerdo.

3.2. Instrumentos para su Contrastación

Además de entrevistas ad hoc, registros de conducta y el método EMA, se recomienda la administración de cuestionarios o escalas de puntuación organizados por los contenidos principales a evaluar (Tabla 13.6). Algunos instrumentos ya usados para el diagnóstico (e.g., EDE-Q, BULIT-R) también sirven para el análisis de síntomas.

Tabla 13.6 · Variables e Instrumentos para la Conceptualización de los Trastornos Alimentarios (Completa)		
Área	Instrumento	Características
Imagen corporal	BCQ — Cuestionario de Comprobación Corporal (Reas y Grilo, 2002)	23 ítems. Conductas de exploración y comprobación corporal (apariencia general o partes específicas).
	BIAQ — Cuestionario de Evitación de la Imagen Corporal (Rosen, Srebnik, Saltzberg y Wendt, 1991)	19 ítems. Likert 6 puntos. Evitación de situaciones que muestran cuerpo/figura, comprobación de apariencia y restricción dietética.
	Talla Corporal Ideal-Percibida (<i>Ideal Body Subscale-Female</i> ; Cogan, Bhalla, Sefa-Dedeh y Rothblum, 1996)	12 siluetas femeninas de muy delgadas a obesas. La discrepancia entre talla propia e ideal indica el grado de insatisfacción corporal.
	BESAA — Escala de Estima Corporal para Adultos y Adolescentes (Mendelson, Mendelson y White, 2001)	23 ítems (afirmaciones positivas/negativas). Likert 5. A partir de 12 años. Satisfacción con apariencia, peso y atribuciones sobre el propio cuerpo y el de otros.
	MBSRQ — Cuestionario Multidimensional de las Relaciones Cuerpo-Self (Cash, 1994, 2000; trad. esp. Raich, Torras y Figueras, 1996)	69 ítems. Likert 5. 5 dominios: evaluación de la apariencia, orientación de la apariencia, satisfacción con áreas corporales, preocupación con el sobrepeso, peso autoclasificado.
	BSQ — Cuestionario de Figura Corporal (Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987)	34 ítems. Likert 6. Preocupaciones sobre peso, figura y sentimientos sobre la apariencia.
	IMACE — Evaluación de la Insatisfacción de la Imagen Corporal (Solano y Cano, 2010)	38 ítems. Adolescentes y preadolescentes. 3 factores: cognitivo-emocional, perceptivo y comportamental.
	TSA — Test de Siluetas para Adolescentes (Maganto y Cruz, 2008)	Chicos/as de 14-18 años. Escalas: modelo estético corporal, insatisfacción con la imagen, distorsión de la imagen, riesgo de TA.
Conductas restrictivas y ejercicio físico	RS — Escala de Restricción (Herman y Polivy, 1980)	10 ítems. Likert 4-5 (según ítem). Dieta, hábitos alimentarios, preocupación por el peso y fluctuación del peso.
	TFEQ-R — Cuestionario de los Tres Factores Alimentarios (Stunkard y Messick, 1985)	36 ítems. Escala dicotómica V/F. Restricción, desinhibición y hambre.
	CET — Test de Ejercicio Compulsivo (Taranis, Touyz y Meyer, 2011)	24 ítems. Likert 6. 5 escalas: evitación/conducta regulada por reglas, ejercicio para controlar peso y figura, mejora del estado de ánimo, falta de disfrute, rigidez en el ejercicio.
	REI — Inventario de Razones para el Ejercicio (Cash, Novy y Grant, 1994)	25 ítems. Likert 7. 4 escalas: apariencia/peso, estado físico-salud, regulación emocional, socialización.
	EDS-R — Escala de Dependencia al Ejercicio Revisada (Hausenblas y Symons, 2002)	21 ítems. Likert 6. 7 escalas: tolerancia, retraimiento, intención efectiva, falta de control, tiempo, reducción de otras actividades, continuación.
Motivación al cambio, emociones	Escala de Balance Decisional (Cockell, Geller y Linden, 2002; Dolinsky et al., 2011)	30 ítems. Motivación al cambio y toma de decisiones: coste (15), beneficios (8) y evitación funcional (7).

	EES — Escala de Comer Emocional (Arnow, Kenardy y Agras, 1995; trad. Perpiñá, Botella y Baños, 2009; versión niños EES-C)	15 ítems. Likert 5. 3 factores: ira/frustración, depresión, ansiedad.
Cogniciones, creencias y pensamientos / actitudes disfuncionales	EEl — Inventario de Expectativas sobre la Alimentación (Hohlstein, Smith y Atlas, 1998)	34 ítems. Likert. 5 escalas: manejo del afecto negativo, placer y uso como refuerzo, sentimientos de control, competencia cognitiva, alivio del aburrimiento.
	TREI — Inventario de Expectativas sobre la Restricción y la Delgadez (Hohlstein, Smith y Atlas, 1998)	44 ítems. Likert. Expectativas sobregeneralizadas sobre los beneficios de la delgadez y restricción: autoeficacia, seguridad, autosuficiencia, afrontamiento, atracción y respeto de los demás.
	PCI — Inventario de Cogniciones Perfeccionistas (Flett, Hewitt, Blankstein y Gray, 1998)	25 ítems. Likert 5. Frecuencia de pensamientos y rumiaciones perfeccionistas.
	OBCS — Escala de Conciencia Corporal Objetivada (McKinley y Hyde, 1996)	24 ítems. Likert 7. 3 escalas: vigilancia (visión del propio cuerpo desde una perspectiva externa), vergüenza corporal, creencias sobre el control de la apariencia.
	MAC-R — Cuestionario de Cogniciones Anoréxicas de Mizes-Revisado (Mizes et al., 2000)	24 ítems. Likert 5. 3 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 otros.
	BCCS — Escala de Cogniciones de Comprobación Corporal (Mountford, Waller et al., 2006)	19 ítems. Likert 7. 4 tipos de cogniciones: verificación objetiva, reaseguración, creencias de seguridad, control corporal.
	BAAS — Escala de Creencias sobre la Apariencia (Spangler y Stice, 2001)	20 ítems. Likert 5. Actitudes disfuncionales sobre la apariencia y sus consecuencias percibidas en relaciones interpersonales, rendimiento, emociones y autopercepción.
	EDBQ — Cuestionario de Creencias sobre el Trastorno Alimentario (Cooper, Cohen-Tovée, Todd, Wells y Tovée, 1997)	30 ítems. 4 factores: creencias negativas sobre sí mismo, peso/talla como medio de aceptación de otros, peso/talla como medio de autoaceptación, control sobre la alimentación.
	EDI (-2/-3) — Inventario de Trastornos Alimentarios (Garner, Olmstead y Polivy, 1983; EDI-3 adapt. esp. Elosua, López-Jáuregui y Sánchez, 2010; versión infantil EDI-C)	64 ítems (91 versión ampliada). Likert 6. 8 escalas + 3 adicionales en la versión ampliada: motivación para adelgazar, bulimia, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, consciencia interoceptiva, miedo a la madurez, ascetismo, control de impulsos, inseguridad social.
	EAT — Test de Actitudes Alimentarias (Garner y Garfinkel, 1979; Garner, Olmstead, Bohr y Garfinkel, 1982)	40 ítems. Likert 6. Preocupación por la comida, imagen corporal por la delgadez, vómitos/laxantes, comer lento, comer a escondidas, presión social para ganar peso.
Actitudes disfuncionales / impulsividad	PSPS — Escala de Autorrepresentación Perfeccionista (Hewitt, Flett, Sherry, Habke, Parkin y Lam, 2003)	27 ítems. Likert 7. Expresión externa del perfeccionismo: autoproclamación perfeccionista, ocultación de defectos, no expresión de los defectos.
	MPS — Escala Multidimensional de Perfeccionismo (Frost, Marten, Lahart y Rosenblate, 1990)	35 ítems. Likert 5. Características intrapersonales (autoorientadas) e interpersonales (orientadas a otros) del perfeccionismo; estándares autoimpuestos o socialmente prescritos.
	SATAQ-3 — Escala de Actitudes Socioculturales sobre la Apariencia (Thompson et al., 2004)	30 ítems. Likert 5. 4 escalas: información, presión, internalización general, internalización como atleta.
Impulsividad	BIS — Escala de Impulsividad de Barratt (Patton, Stanford y Barratt, 1995)	30 ítems. Likert 4. Componentes: atencional, motor, no-planificación. Puntuación por escala y general.
Impulsividad	UPPS-R — Escala de Impulsividad (Whiteside y Lynam, 2001)	45 ítems. Likert 5. 4 escalas: urgencia (reacción ante emociones negativas), búsqueda de sensaciones, falta de premeditación, falta de perseverancia.
Dinámica familiar, funcionamiento social y calidad de vida	FES — Escala de Clima Social en la Familia (Moos y Moos, 1980; valid. esp. Seisdedos, Cruz y Cordero, 1984)	90 ítems, 10 subescalas: cohesión, expresión, conflicto, autonomía, actuación, intelectual-cultural, social-recreativa, moralidad-religiosidad, organización y control.
	PVA — Escala Padre versus Anorexia (Rhodes, Baillie, Brown y Madden, 2005)	7 ítems. Likert 5. Eficacia familiar en el afrontamiento de los problemas alimentarios de los hijos; usada para evaluar la eficacia de la intervención sobre familias.
	CaNAM — Medida para la Evaluación de las Necesidades de los Cuidadores (Haigh y Treasure, 2003)	Autoinforme. Necesidades de los cuidadores en 4 bloques: información, apoyo de otras personas/organismos, apoyo personal-tratamiento, información del médico generalista.
	FACES-II/III — Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (Olson, 1986; versión esp. Polaino-Lorente y Martínez, 1995)	30 ítems. Likert 5. Percepción de cohesión (límites entre miembros) y adaptabilidad (flexibilidad y tolerancia a los cambios). Versión breve de 20 ítems en español.
	Escala de Comunicación Padres-Adolescentes (Barnes y Olson, 1985)	20 ítems. Likert 5. Aspectos positivos (apertura, libertad, comprensión) y negativos (dudas para compartir, cautela, reservas) de la comunicación.
	IIP / IIP-32 — Inventario de Problemas Interpersonales (Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureño y Villaseñor, 1988; versión breve Barkham, Hardy y Startup, 1996)	127 o 32 ítems según versión. Dificultades para ser asertivo, sociable, obtener apoyo, ser cuidado, ser dependiente o agresivo, implicarse o ser abierto.
	HeRQoLED — Cuestionario de Calidad de Vida para los TA (Las Hayas et al., 2006, 2007; Muñoz et al., 2009)	50 ítems. Likert 6. Impacto de los TA sobre la vida del paciente. 8 dominios: conductas restrictivas, imagen corporal, salud mental, papel emocional, papel físico, rasgos de personalidad, relaciones sociales.

Además de estos contenidos, los TA requieren una evaluación en profundidad de síntomas relacionados con otras alteraciones: trastornos del estado de ánimo (tristeza, anhedonia, irritabilidad, baja autoestima, culpa) o trastornos de ansiedad (ansiedad social, miedo a la evaluación).

NOTA CLAVE

Los autorregistros ad hoc poseen propiedades psicométricas limitadas, pero su uso está recomendado por el acceso a información difícil de obtener de otra forma (patrones temporales, antecedentes específicos, reacciones emocionales contingentes).

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

Instrumentos con sensibilidad al tratamiento demostrada: **EDE / EDE-Q** (Sysko, Walsh y Fairburn, 2005 — recomiendan usar consistentemente el mismo antes y después), **EDDS, YBC-EDS, BITE, TREI** y **EAT**.

EJEMPLO — MAEDS

La **Evaluación Multifactorial de los Síntomas de los TA (MAEDS)** (Anderson et al., 1999) es la única medida diseñada específicamente para evaluar resultados del tratamiento: autoinforme de 56 ítems y 6 escalas (Depresión, Atracones, Conducta purgativa, Miedo al ayuno, Conducta restrictiva, Evitación de alimentos prohibidos).

Las medidas «omnibus» o muy generales (e.g., EAT, BULIT-R) presentan más dificultades para detectar cambios individuales tras el tratamiento.

5. Propuesta de un Protocolo Básico para la Evaluación de los Trastornos de Alimentación

Tabla 13.7 · Protocolo Básico — Trastornos de Alimentación	
Fase	Instrumentos
Diagnóstico y delimitación	EDE (Fairburn y Cooper, 1993); SCID-CV (First et al., 2002); EDE-Q (Fairburn y Beglin, 1994); EDDS (Stice et al., 2000)
Conceptualización del caso	Método EMA + autorregistros; MBSRQ; BSQ; RS; CET; Escala de Balance Decisional; EES; EEI; BCCS; PCI; BIS; FACES-II; IIP-32; HeRQoLED
Progreso y resultados	Método EMA + autorregistros; EDE-Q; EDDS; YBC-EDS; EAT; MAEDS

✓ Resumen Rápido para el Examen

- DSM: TA incluyen **AN, BN, T. por Atracón, T. No Especificados**, más **pica, rumiación e ingesta restrictiva/evitativa**.
- **5 niveles de manifestación clínica:** conductual, cognitivo, emocional, fisiológico y social (posible pregunta de examen: clasificar un síntoma según su nivel).
- Nivel cognitivo clave: **ausencia de conciencia de enfermedad** y «estar delgada» como creencia identitaria. Nivel fisiológico clave: bradicardia, lanugo, amenorrea, osteoporosis.
- AN: peso <85% esperado, IMC <17,5, amenorrea ≥3 ciclos. Tipos: **restrictivo** vs. **purgativo**.
- BN: atracón + compensación ≥2 veces/semana durante 3 meses. Tipos: **purgativo / restrictivo**.
- T. por Atracón: atracones ≥1 día/semana × 6 meses, **SIN** compensación.
- Prevalencia España: AN 0,2-0,7%; BN 0,4-0,8%. Atracón/no especificados: 0,7-4% (hasta 8% en obesos).
- **AN tiene la mayor tasa de mortalidad** de todos los trastornos mentales. Transición típica: AN → BN.
- Diagnóstico principalmente mediante **entrevistas estructuradas** (EDE, SCID-CV = ★ más recomendadas).
- EAT y EDI: recomendados para **depistaje**, no diagnóstico definitivo. Pacientes informan más síntomas en **cuestionarios** que en entrevistas.
- Diagnóstico diferencial: trastornos físicos primero (hipertiroidismo, diabetes, tumores); luego psicóticos, fobia específica, TOC, T. Dismórfico Corporal, Somatomorfo, Fobia Social.
- Comorbilidad Eje I: ansiedad y ánimo (20-80%), TOC + anorexia restrictiva. Eje II: personalidad obsesiva, límite, evitativa, histriónica.
- **Signo de Russell:** callosidad en el dorso de la mano por provocación de vómitos.
- 11 áreas de conceptualización: médicas, síntomas/conductas, hábitos, imagen corporal, ejercicio, motivación, cogniciones, familia, psicosocial, emoción, calidad de vida.
- **Método EMA:** evaluación en tiempo real/ambiente natural mediante intervalos, señales o eventos contingentes — reduce sesgos de memoria.
- MAEDS: única medida diseñada específicamente para **evaluar resultados del tratamiento** (56 ítems, 6 escalas).
- Recomendación general: usar **múltiples fuentes** (paciente + familiar/amigo) y **múltiples métodos** (entrevista + autoinforme + observación).

Ejercicios de Autoevaluación

1. Las principales manifestaciones clínicas de estos trastornos 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: a) la adolescencia; b) la etapa adulta tardía; c) la infancia.
3. La identificación de criterios diagnósticos se realiza principalmente mediante: a) cuestionarios; b) entrevistas estructuradas; c) escalas.
4. Una de las dificultades que puede 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 (EMA) está indicada 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.

14 · Evaluación de los Trastornos de Eliminación

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/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 del desarrollo infantil, alcanzado gracias a la madurez neuromuscular del niño y al entrenamiento del entorno. Se logra antes el control de eliminación **intestinal** que el **vesical**, y ambos se adquieren primero durante el día y después durante la noche. **Las niñas adquieren antes el control que los niños**. Están implicados factores genéticos, fisiológicos, madurativos, psicológicos y socioeducativos.

A partir de los **18 meses** los niños empiezan a adquirir estas habilidades; a los **3-4 años** muchos ya las han adquirido; se considera que a los **5 años** todos deberían tener control voluntario de esfínteres. Se adquiere de forma **secuencial** (primero de día, después de noche; primero continencia fecal, después urinaria) y progresiva (2 a 5 años aprox.).

Cuando la falta de control afecta a la emisión de orina se denomina **enuresis**; cuando afecta al control de retención-expulsión de heces, **encopresis**.

1.1. Descripción de los Principales Trastornos de Eliminación

Enuresis: pérdida repetida de orina, involuntaria o intencionada, durante el día o la noche, en niños más allá de los 5 años. Se diferencia **diurna** (en algún momento del día), **nocturna** (durante el sueño) y **mixta** (combinación). La diurna suele deberse a urgencia miccional o a aplazar excesivamente el momento de ir al baño (**micción demorada**). No se considera enuresis si hay afectación médica o ingesta de sustancia diurética que la provoque.

Según las características de la micción, la enuresis nocturna se tipifica como **monosintomática** (sin patología neurológica/urológica de base; 1-2 micciones en el primer tercio de la noche con la vejiga llena) o **polisintomática** (con patología de base; micciones completas nocturnas y diurnas frecuentes con urgencia).

Encopresis: presencia reiterada de deposiciones involuntarias o intencionadas en lugares inadecuados (e.g., con la ropa puesta, sentado en un sillón o en el suelo) en niños de más de 4 años; no se deriva de enfermedad médica. Se diferencia **retentiva** (con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento) de **no retentiva** (sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento).

NOTA CLAVE — TIPOLOGÍA COMÚN

En ambos trastornos se diferencia el tipo **primario** (nunca ha existido periodo previo de control) del tipo **secundario** (han existido periodos de al menos un año con continencia y control).

Tabla 14.1 · Resumen de los Criterios Diagnósticos según DSM-IV-TR y CIE-10		
Criterio	Enuresis	Encopresis
Naturaleza	Involuntaria o intencionada (DSM-IV-TR) / Involuntaria (CIE-10)	Voluntaria o involuntaria (ambos sistemas)
Duración	1 mes o más	1 mes o más
Situación	Durante el sueño y/o actividades diurnas	—
Significación clínica	Significativo (malestar/deterioro)	Significativo (malestar/deterioro)
Causas médicas	No causas médicas que lo justifiquen	No causas médicas que lo justifiquen
Edad	≥ 5 años	≥ 4 años
Tipos (DSM-IV-TR)	Solo diurna / Solo nocturna / Diurna y nocturna	Con estreñimiento e incontinencia (retentiva) / Sin estreñimiento ni incontinencia (no retentiva)
Tipos (CIE-10)	Combina los tipos DSM-IV-TR con primaria y secundaria	Combina los tipos DSM-IV-TR con primaria y secundaria

El DSM-V (APA, 2012) no prevé cambios sustanciales en los criterios diagnósticos vigentes. La identificación de las tipologías (diurna vs. nocturna; primaria vs. secundaria; monosintomática vs. polisintomática) es clave por sus implicaciones específicas para evaluación y tratamiento.

1.2. Epidemiología y Curso

NOTA CLAVE — DATOS DE PREVALENCIA

- **Enuresis (todos los subtipos, DSM-IV-TR)**: a los 5 años, 7% en varones y 3% en mujeres; a los 10 años, 3% varones y 2% mujeres; a partir de los 18 años, 1% en varones (menor en mujeres).
- Población inglesa: enuresis nocturna a los 7 años = **15,5%**; diurna = **7,7%**.
- Población española (2-18 años): prevalencia entre **8% y 23%** (Bragado, 1999).
- La enuresis **nocturna es más frecuente que la diurna**; la **primaria más frecuente que la secundaria**.
- Mayor prevalencia en **chicos que en chicas** en general; pero la **enuresis nocturna primaria es más frecuente en varones y la secundaria en mujeres**.
- **Encopresis**: 1% de los niños de 5 años; más frecuente en niños que en niñas. Diurna: 6,8%; nocturna: solo 0,8% (Butler, Golding, Northstone et al., 2005). Prevalencia global variable: 1-3%.
- Encopresis **secundaria más prevalente que la primaria; diurna más que la nocturna; retentiva más que la no retentiva**.
- **Curso**: decreciente con la edad; al final de la adolescencia solo 1-2% mantiene problemas de micción. El curso tiende a **remitir espontáneamente**, aunque los casos más severos tienden a persistir más.

1.3. Factores Etiológicos y Variables Asociadas

Se explican por la interrelación de múltiples factores: fisiológicos, madurativos, ambientales y psicológicos (el desajuste entre factores fisiológicos y de aprendizaje es el modelo básico explicativo).

Tabla · Principales Factores Etiológicos de los Trastornos de Eliminación		
Factor	Enuresis	Encopresis
a) Fisiológicos	Secreción limitada de vasopresina (hormona antidiurética), hiperactividad de la vejiga , escasa respuesta de activación ante señales vesicales, dificultad para despertar ante la vejiga llena e inhibir contracciones durante el sueño (capacidad funcional reducida en sueño profundo).	Ciclo de estreñimiento-ensuciamiento (factor clave). Otros: neuropatía del recto, deficiencias sensoriales por defectos en médula espinal, esfínter interno defectuoso por anomalías anorrectales o abuso sexual.
b) Genéticos	Mayor tasa en gemelos idénticos vs. no idénticos	Agregación entre padres e hijos (Bellman, 1966), aunque con pocos estudios

	(Bakwin, 1971); patrón familiar de adquisición lenta de continencia nocturna; predisposición a inestabilidad del músculo detrusor y descoordinación con el esfínter.	recientes.
c) Socioeconómicos	Coexistencia con nivel socioeconómico bajo (Chiozza et al., 1998), sin explicación causal clara.	
d) Emocionales	Exceso de ansiedad favorece vejiga hiperactiva e inhibición de vasopresina; alteración reactiva a experiencias difíciles (separación de padres, problemas escolares, estrés) — asociado sobre todo a enuresis nocturna secundaria .	Reacciones a sucesos como accidentes traumáticos, abuso sexual, separación parental, nacimiento de un hermano, hospitalización, estrés por castigos — asociado a encopresis secundaria .
e) De aprendizaje	Ausencia o incorrecto entrenamiento de habilidades de reconocimiento de señales, distensión/contracción muscular y control miccional.	Entrenamiento inadecuado de hábitos; aprendizaje incorrecto de conductas previas (sentarse, limpiarse, detectar señales, contener heces). En la retentiva : los estímulos aversivos (miedo, dolor por estreñimiento) mantienen el problema — la continencia se refuerza negativamente al evitar el dolor y positivamente por la atención familiar. La fisura anal incrementa la aversión a defecar.

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

Primera finalidad: determinar si existe o no un trastorno de eliminación según los criterios (APA, 2000; CIE-10, 1996), delimitando después la tipología. Se recomienda un **examen pediátrico** que descarte causas orgánicas, además de la evaluación psicológica. El evaluador debe establecer un buen **rapport** y considerar la incomodidad/vergüenza que genera hablar del problema, centrándose en su carácter **involuntario** y aportando ejemplos de otros niños.

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

La recogida de información se realiza fundamentalmente mediante **entrevistas** (estructuradas o no) y **registros sistematizados de observación**. El uso de cuestionarios para el diagnóstico no es habitual; pueden combinarse puntualmente con alguna escala que clarifique un criterio (e.g., micción disfuncional, calidad/tamaño de heces).

a) Entrevistas

Las entrevistas estructuradas más usadas (con módulos específicos para eliminación) son las ya vistas en capítulos anteriores: **DISC/NIMD-DISC-IV** (Costello et al., 1984; Shaffer et al., 2000), **CAPA** (Angold, 1994; versiones CAPA-N y CAPA-P) y **DICA** (Reich, 2000; versión española de Ezpeleta et al., con versiones DICA-P, DICA-C y DICA-A). Se centran en contrastar los criterios DSM-IV/CIE-10: edad de aparición, frecuencia de evacuación (voluntaria/intencional), duración, significación clínica y causas físicas/médicas, además de especificar la tipología (primaria-secundaria, diurna-nocturna, retentiva-no retentiva).

EJEMPLO — PREGUNTAS PARA EXPLORAR LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS (TABLA 14.2)

Presencia del problema: «¿Alguna vez te has hecho pis en la cama?» «¿Alguna vez te has hecho caca en la cama o en otro sitio que no fuera el váter?»

Frecuencia/significación clínica: «¿Mojaste la cama más de una o dos veces?» «¿Cuántas veces te ha pasado esto?»

Duración: «¿Durante cuánto tiempo estuviste mojando la cama / haciéndote caca encima?»

Causas fisiológicas/médicas: «¿Mojabas la cama solo porque estabas enfermo o tomabas algún medicamento?» «¿Te llevaron a un médico o psicólogo por este problema?» «¿Tenías estreñimiento?»

Edad/nivel de desarrollo, primaria-secundaria: «¿Cuántos años tenías la última/primera vez que...?» «¿Alguna vez has estado un año entero sin mojar la cama / sin hacerte caca encima?»

Interferencia: «¿Esto te ha ocasionado algún problema con la familia, en el colegio o con tus amigos?»

Nota: para entrevistas con padres/cuidadores, las preguntas se formulan en tercera persona.

b) Registros de Observación

La entrevista debe completarse con registros que recojan valores cuantitativos (frecuencia, volumen) y manifestaciones clínicas. Para la **enuresis**, la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (Úbeda et al., 2005) recomienda un **registro sistematizado de la micción diaria durante al menos 3 días completos** (de mañana a mañana), recogido durante dos fines de semana consecutivos.

NOTA CLAVE — PARÁMETROS DEL DIARIO MICCIONAL (ÚBEDA ET AL., 2005)

- **Nocturia:** nº de micciones durante la noche. **Frecuencia diurna normal = 7. Frecuencia de 24h normal = 8.**
- **Frecuencia miccional normal:** 4-7 veces/día. **Aumentada:** >8 veces/día o intervalo <1:15h.
- **Volumen miccional máximo (capacidad vesical funcional):** fórmula de Koff: Vol.(ml) = (Edad en años + 2) × 30.
- **Volumen miccional nocturno normal:** 1,6-2,1 veces el volumen diurno.
- **Poliuria:** >40 ml/kg/día o >2,8 litros/24h. **Poliuria nocturna:** diuresis nocturna >20% (adultos) o ≥50% (criterio admitido en niños).
- **Deposiciones:** si son <3/semana y de consistencia dura/en bolitas → indicador de **estreñimiento**.

Tabla 14.3 · Manifestaciones Clínicas e Indicadores de las Principales Tipologías	
Tipología	Indicadores
Diurna con urgencia miccional	Urgencia repentina de orinar con sensación de incontinencia. Maniobras de contención; pequeños volúmenes de escape; sensación de orinar con muy poca orina; micciones reiteradas y próximas; escapes en fase de llenado.
Diurna con micción postpuesta	Retardo/demora en el inicio de la micción. Micción infrecuente (<5/día); maniobras de contención; inquietud; grandes volúmenes de escape; escapes cuando la vejiga está llena.
Diurna con descoordinación detrusor-esfínter	Descoordinación entre contracción del detrusor y apertura del esfínter. Frecuencia normal; esfuerzo en la micción; tiempo prolongado; flujo parcial o totalmente interrumpido; orina residual.
Nocturna monosintomática	Micción normal, completa, con vaciado coordinado. No responde a patología neurológica/urológica de base. Ocurre en el primer tercio de la noche; manchas grandes; volúmenes normales.
Nocturna polisintomática	Derivada de la frecuencia y amplitud de contracciones del detrusor (inestable). Patología neurológica-urológica de base. Urgencia miccional; alta frecuencia diurna (>7/día); manchas variables; volúmenes pequeños; despertar tras la micción.
Encopresis retentiva	Estreñimiento con incontinencia por rebosamiento. Rezumar fecal continuo; manchas nocturnas y diurnas; heces poco estructuradas (líquidas/blandas); escaso apetito; estreñimiento funcional (heces <1 vez/semana); dolor abdominal en la expulsión; movimiento intestinal infrecuente.
Encopresis no retentiva	Sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento. Rezumar fecal discontinuo; ensuciamiento nocturno infrecuente; consistencia de las heces normal (tipos 4-5 en Escala de Bristol).

c) Autoinformes

No es frecuente el uso de cuestionarios validados para el diagnóstico. Existen instrumentos excepcionales de uso complementario:

NOTA CLAVE — INSTRUMENTOS COMPLEMENTARIOS

- **Cuestionario Clínico de Micción no Coordinada** (Farhat et al., 2000): 10 ítems (9 responde el niño, 1 los padres), Likert 4 puntos. Evalúa la **micción disfuncional/no coordinada** (obstructiva funcional, sin base orgánica, con urgencia y vaciado incompleto, predispone a infecciones urinarias) — debe descartarse antes de diagnosticar enuresis. **Punto de corte: niñas ≥6, niños ≥9** (sensibilidad y especificidad >80%). Traducido en Úbeda et al. (2005).
- **Escala de Heces de Bristol** (Heaton y Lewis, 1997): escala descriptiva visual con **7 tipos** de heces, de duras/separadas (Tipo 1, indicativo de estreñimiento) a totalmente líquidas (Tipo 7, indicativo de diarrea). Tipos 1-2: estreñimiento; 3-4: adecuados; 5-7: diarrea/cólera.
- **Cuestionario de Encopresis-Versión Cribado** (Von Gontard y Nerveus, 2006): 24 ítems (dicotómica sí/no + cerradas). Evalúa frecuencia, síntomas, remisiones, conducta en el baño, percepciones/reacciones y micciones. Sin datos de fiabilidad/validez ni adaptación española.

2.1.2. Evidencias de Validez y Fiabilidad para el Diagnóstico

NOTA CLAVE

La **validez empírica de los subtipos** de enuresis y encopresis **no está establecida** (Mellon, Houts y Lazar, 1996). La clasificación depende de la pericia clínica (entrevista: fiabilidad relativa al caso pero escasa validez diagnóstica) y del registro de observación (aporta valor de pronóstico). Los registros son, en su mayoría, diseñados **ad hoc**, con gran variabilidad entre evaluadores, lo que impide generalizar sobre su fiabilidad/validez. Por ello, para el diagnóstico se recomienda el uso de **entrevistas estructuradas**.

2.2. Diagnóstico Diferencial

Se realiza principalmente con alteraciones médicas relacionadas y entre los propios subtipos.

- **Enuresis:** diferenciar de vejiga neurogénica, enfermedad médica que curse con urgencia (e.g., diabetes mellitus) o infecciones del tracto urinario. Es compatible el diagnóstico si la incontinencia se presenta durante la enfermedad médica o persiste tras tratamiento adecuado. Explorar también la **apnea obstructiva del sueño** en casos de enuresis secundaria.
- **Encopresis:** diferenciar de trastornos gastrointestinales (úlceras, enfermedad de Crohn, secuelas postquirúrgicas) y analizar la etiología del estreñimiento (anomalías anorrectales, neurológicas, endocrinas, metabólicas o por fármacos) — clave para distinguir **retentiva de no retentiva**. Diferenciar también de ensuciamiento por gases, diarrea o hábitos de limpieza inadecuados.

2.3. Comorbilidad

NOTA CLAVE

- Frecuente **evitación social, vulnerabilidad a la victimización** e incremento de actividad/impulsividad (Rutter et al., 2008).
- **Enuresis nocturna secundaria** asociada a problemas de conducta (von Gontard et al., 1997); **escapes diurnos** también (Rutter et al., 2008) — los problemas psicológicos suelen aparecer **antes** que la enuresis, sugiriendo una causa común (sucesos estresantes/adversidad social).
- Enuresis nocturna coexiste con **cefalea crónica**, sin implicación pronóstica particular.
- Enuresis nocturna persistente tras los 10 años: asociada a **TDAH**, trastornos de conducta y ansiedad.
- **Encopresis:** el estreñimiento es el principal comórbido; también enuresis 2ª y 1ª. No retentiva 1ª: problemas neurológicos (parálisis cerebral) y cognitivos (déficit intelectual). Retentiva 2ª: trastornos de conducta (negativista desafiante), disocial y TDAH. También ansiedad de separación, fobias específicas y ansiedad generalizada.

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

Dos objetivos fundamentales: a) establecer una **línea base** de las manifestaciones clínicas (frecuencia, cantidad...) para evaluar la evolución; b) analizar el conjunto de variables (antecedentes y consecuentes) que originan y mantienen el problema, incluyendo factores de riesgo y problemas emocionales, conductuales, sociales y académicos.

NOTA CLAVE — ÁREAS DE CONCEPTUALIZACIÓN

- **Antecedentes familiares y personales:** problemas de incontinencia en hermanos/padres/abuelos; inicio y curso de los síntomas.
- **Antecedentes médicos y tratamientos previos:** descartar origen orgánico; tipo de intervención recibida.
- **Examen físico pediátrico:** diferenciar estreñimiento crónico del ocasional; posible análisis bacteriológico, radiología, manometría, endoscopia, biopsia, examen neurológico/rectal.
- **Hábitos de ingesta y dieta:** cantidad de líquido (sobre todo 2h antes de acostarse), bebidas diuréticas (enuresis); fibra y cualidad astringente/laxante de alimentos (encopresis).
- **Hábitos de sueño:** dificultades para despertar, sueño agitado, momento de la micción, apneas/ronquidos.
- **Hábitos higiénicos y conducta en el baño:** frecuencia, regularidad, autolimpieza, uso de pañales.
- **Hábitos de aprendizaje y entrenamiento:** estrategias parentales, castigos, ridiculizaciones, refuerzos, disponibilidad del baño.
- **Problemas psicológicos y de ajuste emocional/conductual:** especial atención al TDAH y a evacuaciones intencionadas/voluntarias.
- **Acontecimientos vitales estresantes:** separación/divorcio, nacimiento de hermano, cambio de colegio/cuidadores, hospitalización. **El abuso sexual** es uno de los acontecimientos traumáticos asociados — vigilancia especial.
- **Preparación del niño para el tratamiento:** percepción del problema, motivación al cambio, malestar y reacción ante los episodios.

Tabla · Instrumentos para la Conceptualización (Cuestionarios de Ajuste Psicológico)

Instrumento	Características
ASEBA — Sistema de Evaluación Empírica de Achenbach (Achenbach, 2009)	Autoinformadas (YSR); heteroinformadas: padres (CBCL 1-5 y 6-18 años), profesores (TRF); entrevista SCICA; observación DOF y TOF; versiones adultos (ASR) y ancianos (OASR). Multimétodo y multifuente. Evalúa adaptación social y problemas exteriorizados/interiorizados según DSM-IV.
BASC — Sistema de Evaluación de la Conducta en Niños y Adolescentes (Reynolds y Kamphaus, 2004)	Escala padres (P, desde 3 años), profesores (T), autoinformes (S2 6-11 años, S3 12-18 años); observación en clase (O); historia evolutiva (H). Multifuente/multimétodo. Dimensiones positivas (liderazgo, adaptabilidad, habilidades sociales) y patológicas (hiperactividad, depresión).
TAMAI — Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (Hernández, 1996)	175 ítems dicotómicos. Inadaptación personal, escolar, social y familiar; actitudes educadoras de los padres (infravaloración, regresión, indisciplina, conflicto con normas, desconfianza social). Desde 8 años y adultos.
MESA — Escala de Acontecimientos Multiculturales para Adolescentes (Gonzales et al., 1996)	82 ítems, 8 categorías: cambio de familia, conflicto familiar, compañeros, escuela, discriminación, conflictos, victimización y economía.

4. Evaluación del Tratamiento, su Progreso y los Resultados de la Intervención

El **registro sistemático de observación de la conducta** es el instrumento de elección para evaluar la evolución de la sintomatología y los resultados del tratamiento. La **entrevista ad hoc** complementa la información de los registros, incidiendo en hábitos de sueño, higiénicos, dieta, entrenamiento, estresores. Se recomienda administrar al final del tratamiento los mismos instrumentos usados en diagnóstico/conceptualización, a modo de **postest**, para comparar medidas pre-post.

5. Propuesta de un Protocolo para la Evaluación de los Trastornos de Eliminación

Tabla 14.5 · Protocolo Básico para la Evaluación de los Trastornos de Eliminación

Fase	Instrumentos
Diagnóstico	Entrevista Estructurada DICA (Reich, 2000; versión española Ezpeleta et al.); 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 (Farhat et al., 2000)
Conceptualización	Entrevista ad hoc (antecedentes familiares/personales/médicos; hábitos de ingesta/dieta/sueño/higiénicos/aprendizaje; ajuste psicológico; acontecimientos estresantes; motivación); registros de sueño y comida; ASEBA, BASC, TAMAI; Escala MESA; registros antecedentes-conducta-consecuentes
Progreso y eficacia del tratamiento	Registros de observación; entrevista ad hoc sobre hábitos y conductas entrenadas; instrumentos previamente administrados en diagnóstico/conceptualización como posttest (frecuencia y lugar de evacuación; hábitos de ingesta/dieta/sueño/higiénicos; ajuste psicológico)

✓ Resumen Rápido para el Examen

- Control de esfínteres: antes el **intestinal** que el **vesical**; antes de **día** que de noche; antes en **niñas** que en niños. A los **5 años** debería estar adquirido.
- Enuresis** (>5 años): diurna, nocturna o mixta. Nocturna: **monosintomática** (sin patología de base) vs. **polisintomática** (con patología de base).
- Encopresis** (>4 años): **retentiva** (con estreñimiento) vs. **no retentiva** (sin estreñimiento).
- Ambas: tipo **primario** (nunca hubo control) vs. **secundario** (≥1 año de continencia previa).
- Prevalencia España enuresis: **8-23%** (2-18 años). Encopresis: **1-3%**; solo 1% a los 5 años.
- Enuresis nocturna 1ª más frecuente en **varones**; secundaria más frecuente en **mujeres**.
- Factores etiológicos clave enuresis: **déficit de vasopresina**, hiperactividad vesical, dificultad para despertar. Encopresis: ciclo **estreñimiento-ensuciamiento**.
- Instrumento de elección para el **diagnóstico**: **entrevistas estructuradas** (DISC, CAPA, DICA) + **registros de observación**. No hay cuestionarios validados de diagnóstico.
- Fórmula de Koff** (capacidad vesical): Vol.(ml) = (Edad + 2) × 30. Frecuencia diurna normal = 7; 24h = 8.
- Cuestionario Clínico de Micción no Coordinada** (Farhat et al., 2000): 10 ítems; corte niñas ≥6, niños ≥9; debe descartarse antes de diagnosticar enuresis.
- Escala de Heces de Bristol**: 7 tipos (1-2 estreñimiento; 3-4 normal; 5-7 diarrea).
- Validez empírica de los **subtipos NO está establecida** (Mellon, Houts y Lazar, 1996). Registros ad hoc → gran variabilidad entre evaluadores.
- Diagnóstico diferencial enuresis: vejiga neurogénica, diabetes mellitus, infecciones urinarias, apnea del sueño (en 2ª). Encopresis: trastornos gastrointestinales y etiología del estreñimiento.
- Comorbilidad: enuresis 2ª y escapes diurnos → problemas de conducta **previos** (causa común). Persistencia >10 años → TDAH, trastornos de conducta, ansiedad. Encopresis retentiva 2ª → negativista desafiante, disocial, TDAH.
- El **abuso sexual** es un antecedente traumático a vigilar en ambos trastornos.
- Instrumento de elección para **evaluar el tratamiento**: **registro sistemático de observación** + entrevista ad hoc + mismos instrumentos pre-post.

Ejercicios de Autoevaluación

- La edad para el diagnóstico de la enuresis nocturna primaria se establece en: a) 4 años; b) 5 años; c) 6 años.
- 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.
- Cuál es el tipo de instrumento de elección para el diagnóstico de los trastornos de eliminación: a) registros y entrevistas; b) entrevistas; c) autoinformes.
- La validez empírica del diagnóstico de los subtipos de encopresis y enuresis es: a) muy alta; b) media; c) baja.
- 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: 1b · 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.

15 · Evaluación de los Trastornos Sexuales

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

- Identificar las características definitorias de las disfunciones sexuales.
- Conocer los principales datos epidemiológicos, factores etiológicos y curso de los trastornos sexuales.
- Identificar y discriminar los instrumentos de evaluación apropiados para realizar las hipótesis diagnósticas sobre los diferentes trastornos.
- Determinar cuáles 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

Desde 1987 la OMS define la **salud sexual** como un derecho básico del ser humano: un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, no solo la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad (OMS, 2002).

Las **disfunciones sexuales** son 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). Incluyen todas las alteraciones (esencialmente inhibiciones) producidas en cualquier fase de la respuesta sexual que impiden o dificultan el disfrute satisfactorio de la sexualidad (Labrador, 1994).

NOTA CLAVE — CICLO DE LA RESPUESTA SEXUAL (DSM-IV-TR)

- **1) Deseo:** fantasías sobre la actividad sexual y deseo de llevarlas a cabo.
- **2) Excitación:** sensación subjetiva de placer sexual, acompañada de cambios fisiológicos.
- **3) Orgasmo:** punto culminante del placer sexual, con eliminación de la tensión sexual y contracción rítmica de músculos del perineo y órganos reproductores.
- **4) Resolución:** sensación de relajación muscular y bienestar general.

Tabla 15.1 · Categorías Diagnósticas de las Disfunciones Sexuales (DSM-IV-TR)	
Trastorno	Criterios principales
Deseo Sexual Hipoactivo	Ausencia o deficiencia de fantasías sexuales y deseo de actividad sexual (hombre y mujer).
T. por Aversión al Sexo	Aversión y evitación activa del contacto sexual genital con la pareja (hombre y mujer).
T. Excitación Sexual en la Mujer	Incapacidad persistente/recurrente para obtener o mantener la respuesta de lubricación hasta la terminación de la actividad sexual.
T. de la Erección en el Hombre	Incapacidad persistente/recurrente para obtener o mantener una erección apropiada hasta el final de la actividad sexual.
T. Orgásmico Femenino	Ausencia o retraso persistente/recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal.
T. Orgásmico Masculino	Ausencia o retraso persistente/recurrente del orgasmo tras una fase de excitación sexual normal.
Eyacuulación Precoz	Orgasmo/eyacuulación persistente o recurrente ante estimulación sexual mínima, antes/durante o poco después de la penetración y antes de que la persona lo desee.
Dispareunia	Dolor genital durante el coito (hombre y mujer); puede aparecer antes o después de la relación.
Vaginismo	Contracción involuntaria, recurrente o persistente, de los músculos perineales del tercio externo de la vagina ante la introducción del pene, dedos, tampones o espéculos.
T. Sexual por Enfermedad Médica	Alteración sexual clínicamente significativa producida exclusivamente por efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.
T. Sexual Inducido por Sustancias	Alteración sexual clínicamente significativa explicada en su totalidad por efectos fisiológicos de una sustancia (drogas, fármacos, tóxicos).
T. Sexual No Especificado	No cumple criterios de un trastorno sexual específico.

NOTA CLAVE — SUBTIPOS Y ESPECIFICADORES

- **Primaria** (desde el inicio de la actividad sexual) vs. **secundaria/adquirida** (tras un funcionamiento sexual normal previo).
- **Generalizada** (todas las situaciones/parejas) vs. **situacional** (limitada a ciertas estimulaciones, situaciones o parejas).
- **Orgánica** (causa médica) vs. **funcional** (una vez descartada causa orgánica, factores psicológicos).

EJEMPLO — PRINCIPALES CAMBIOS PROPUESTOS POR EL DSM-V RESPECTO AL DSM-IV-TR (TABLA 15.2)

Por sus características, los **trastornos por aversión al sexo** podrían eliminarse del ámbito de las disfunciones sexuales e incluirse dentro de las **fobias específicas** (dentro de los trastornos de ansiedad).
El DSM-V incluiría una nueva categoría, **trastorno de interés/excitación sexual en la mujer**, uniendo el trastorno del deseo sexual hipoactivo y el trastorno de excitación sexual femenino.
El trastorno hipersexual, conocido como **adicción al sexo**, se incluía en el DSM-IV-TR en trastornos sexuales no especificados; se plantea como categoría propia.
Se suprimen las fobias postcoitales en hombres (por su baja incidencia) y se incluyen en trastornos no especificados. Con el vaginismo ocurre igual, incluyéndose en una nueva categoría: **trastorno de dolor génito-pélvico/de la penetración**.

1.2. Epidemiología

NOTA CLAVE — DATOS DE PREVALENCIA

- Masters y Johnson (1970): cifras alrededor del **50%** en parejas heterosexuales.
- Estudio **ECA** (Epidemiologic Catchment Area, Instituto de Salud Mental de EE.UU.): prevalencia general del **24%** — el **segundo diagnóstico más frecuente tras el uso del tabaco**. No aporta datos de cada disfunción específica.
- **En hombres:** 1º eyacuulación precoz, 2º trastornos de erección, 3º-4º trastornos orgásmicos y dispareunia.
- **En mujeres:** 1º deseo sexual hipoactivo, 2º trastorno orgásmico, 3º-4º trastornos de la excitación y dispareunia.

1.3. Etiología y Curso

No es posible hablar de un único factor causal; se recurre a **modelos multicausales**. Contrariamente a lo que se pensaba, en la mayoría de los casos son los **factores no orgánicos** los que desempeñan un papel fundamental (causas orgánicas solo en 5-10% de los casos; Kaplan, 1974; Masters y Johnson, 1970).

Tabla 15.3 · Factores Psicológicos de las Disfunciones Sexuales (Hawton, 1985)	
Tipo	Ejemplos
1. Predisponentes (preparan/facilitan a medio-largo plazo)	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. Precipitantes (desencadenantes a corto plazo)	Parto; problemas de relación de pareja; infidelidad; expectativas poco razonables; disfunción en la pareja; algún fracaso esporádico; reacción a algún trastorno orgánico; edad (y cambios en las respuestas); depresión y ansiedad; experiencias sexuales traumáticas.
3. Mantenimiento (explican la persistencia)	Ansiedad ante la interacción sexual; anticipación de fallo/fracaso; sentimientos de culpabilidad; falta de atracción entre los miembros de la pareja; comunicación pobre; problemas generales en la relación de pareja; miedo a la intimidad; deterioro de la autoimagen; información sexual inadecuada; escaso tiempo dedicado a las caricias; trastornos comportamentales generales (depresión, alcoholismo, anorexia, ansiedad).

NOTA CLAVE

Labrador (1994) resume **3 aspectos clave** presentes en la mayoría de disfunciones: 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. Se añade la importancia de una inadecuada educación sexual.

Factores físicos: a) efecto **indirecto** (dolor crónico, enfermedad obstructiva → anticipación de resultados negativos, baja autoestima); b) efecto **directo** (sistema cardiovascular, endocrino, genitourinario, músculo-esquelético, nervioso). **Fármacos y drogas:** efecto directo (alcohol, cocaína) o indirecto/secundario (tranquilizantes, antihipertensivos).

Curso: carácter **primario** (inicio al comienzo de la historia sexual) o **secundario** (tras historia sexual previa satisfactoria, a partir de un acontecimiento concreto).

2. Evaluación de las Disfunciones Sexuales

El terapeuta ha de recoger dos tipos de información: a) la necesaria para el **diagnóstico clínico** de la disfunción concreta; y b) los datos para el **análisis causal/etiológico** que permita conceptualizar el caso y planificar el tratamiento (Carrobles y Almendros, 2011).

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

Tabla 15.4 · Sistema Clasificadorio Integrado Tipológico Funcional (Carrobles y Sanz, 1991)		
Dimensión	Funcional	Orgánico
Temporal	<i>Primaria:</i> inicio del problema al comienzo de la historia sexual del paciente / <i>Secundaria:</i> se origina a partir de un determinado suceso o experiencia sexual o no sexual	(misma distinción primaria/secundaria aplicable)
Situacional	<i>Situacional:</i> se reduce a una o varias experiencias sexuales determinadas o aisladas / <i>Generalizada:</i> se ha extendido a un amplio número o al total de las experiencias sexuales	La alteración no es total

El protocolo de evaluación debe incluir las siguientes áreas (Sierra y Buela-Casal, 2009):

NOTA CLAVE — ÁREAS DEL PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

- **Área médica:** determinar posibles causas orgánicas (tratamiento médico) o mixtas (tratamiento psicológico). La dimensión situacional ayuda a descartar causa orgánica: si la disfunción aparece solo en situaciones específicas, alta probabilidad de origen psicológico.
- **Área psíquica:** estado mental del paciente — descartar trastornos depresivos, fobias, alucinaciones, etc. (la disfunción podría ser síntoma de un trastorno mental grave).
- **Área de la pareja:** temor al rechazo, falta de atracción o comunicación; la propia disfunción puede generar conflictos de pareja.
- **Área de la sexualidad:** historia psicosexual (educación sexual, primer recuerdo erótico, masturbación, comportamientos sexuales desarrollados) y condición/experiencias sexuales actuales.

a) La Entrevista

Es la **principal herramienta** en la evaluación de las disfunciones sexuales. A diferencia de otros trastornos, **no existen entrevistas estandarizadas validadas psicométricamente** para las disfunciones sexuales; ni el DIS ni el SCID cubren esta área. Es el clínico quien debe elaborar su propia entrevista (propuesta de Carrobles y Sanz, 1991), en dos formatos complementarios:

EJEMPLO — DOS FORMATOS DE ENTREVISTA

1) Entrevista para la evaluación inicial del problema (Tabla 15.5): objetivos — a) determinar la naturaleza del problema y si requiere terapia sexual u otro tipo de terapia; b) comprobar si se dan los requisitos básicos para una terapia sexual. Recoge: tipo y naturaleza del problema, existencia de patología orgánica o psicológica asociada (se recomienda reconocimiento ginecológico/urológico, especialmente en impotencia o dispareunia), nivel de motivación al cambio, grado de cooperación esperado, estilo de vida y relación terapeuta-clientes.

2) Entrevista de evaluación o historia sexual (Tabla 15.6, formato de Carrobles, 1981): objetivos — a) análisis funcional de la conducta y problemas actuales de la pareja; b) historia de la evolución del problema. Áreas: 1) infancia y medio familiar; 2) pubertad y adolescencia (educación sexual, primeras experiencias); 3) relación socio-sexual con la pareja actual; 4) conducta sexual — análisis funcional (actitudes/creencias, conductas, dificultades, autoexplicación, intentos de solución); 5) expectativas/metás y motivación hacia la terapia.

b) Escalas de Puntuación y Evidencias de Fiabilidad y Validez

NOTA CLAVE — PROPIEDADES DESEABLES DE LOS INSTRUMENTOS (GARCÍA-GARCÍA Y RICO-VALDEMOROS, 2005)

1. **Factibilidad:** breves y poco intrusivos.
2. **Especificidad según el sexo:** preguntas exclusivas para varones y mujeres.
3. **Especificidad según la fase del ciclo** de la respuesta sexual a evaluar.
4. **Capacidad para discriminar la etiología** (enfermedad vs. tratamiento farmacológico).
5. **Capacidad para discriminar** entre incidencia de la disfunción actual y disfunción premórbida existente a lo largo de la vida.

El *Handbook of Sexuality-Related Measures* (Davis et al., 1998) recoge hasta 214 medidas de autoinforme relacionadas con la sexualidad.

Tabla 15.7 · Instrumentos de Autoinforme para el Diagnóstico (★ Altamente recomendados)		
Instrumento	Aplicación	Características
Para utilizar con Hombres, Mujeres y Parejas		
★ GRISS — Inventario de Satisfacción	56 ítems (28 hombres, 28 mujeres). Likert 5	Evalúa existencia y severidad de problemas sexuales. Subescalas específicas

Sexual de Golombok-Rust (Rust y Golombok, 1985, 1986)	puntos. 5 min.	por sexo (impotencia/eyaculación precoz/falta de sensualidad en hombres; anorgasmia/vaginismo en mujeres) + comunes (infrecuencia, falta de comunicación). Puntuación global independiente por sexo.
★ DISF / DISF-R — Entrevista para el Funcionamiento Sexual de Derogatis (1997, 1998)	16 ítems. DISF heteroaplicado, DISF-R autoaplicado. 15-20 min.	Instrumento breve, específico por sexo y multidimensional: 5 dimensiones (cogniciones-fantasía, arousal, conducta/experiencias, orgasmo, motivación-pareja). Índice global de funcionamiento sexual.
Uso Exclusivo en Mujeres		
★ BISF-W — Índice Breve del Funcionamiento Sexual en las Mujeres (Taylor, Rosen y Leiblum, 1994)	21 ítems. Varios formatos. 15-20 min.	5 dimensiones: interés/deseo, activación, frecuencia de actividad sexual, receptividad/iniciación, problemas que afectan al funcionamiento. Aplicable a heterosexuales y homosexuales.
★ FSFI — Cuestionario sobre la Función Sexual Femenina (Rosen et al., 2000)	19 ítems. Likert 5. 15 min.	5 dominios: deseo/activación, lubricación, orgasmo, satisfacción, dolor. Recomendado como screening más que diagnóstico.
MFSQ — Cuestionario McCoy de Sexualidad Femenina (McCoy y Matyas, 1998)	19 ítems. 10 min.	Nivel de interés y respuesta sexual en las 4 semanas anteriores.
SFQ — Cuestionario de Funcionamiento Sexual (Quirk et al., 2002, 2005)	34 ítems. 15-20 min.	Múltiples dimensiones de la función sexual femenina y satisfacción en ensayos clínicos farmacológicos: deseo, arousal-sensaciones/lubricación/subjetivo, disfrute, orgasmo, miedo, relaciones de pareja.
SDM — Método Estructurado de Diagnóstico (Utian et al., 2005)	4 medidas de autoinforme + entrevista clínica.	Método no exclusivo para el diagnóstico de disfunciones sexuales en mujeres postmenopáusicas.
Uso Exclusivo en Hombres		
BSFI-M — Inventario Breve de Función Sexual para Hombres (O’Leary et al., 1995)	11 ítems. Likert 5.	Impulso sexual, erección, eyaculación, problemas subjetivos en la evaluación del impulso y satisfacción global.
★ IIEF — Índice Internacional de Función Eréctil (Rosen et al., 1997)	15 ítems autoaplicado. Likert 5. 15 min.	5 dimensiones: deseo, erección, orgasmo, satisfacción en la relación sexual y satisfacción global. Usado también para evaluar cambios por tratamiento.
MSHQ — Cuestionario de Salud Sexual para Hombres (Rosen et al., 2004)	25 ítems autoadministrados.	Funcionamiento sexual y satisfacción en hombres de edad avanzada con problemas urogenitales (cáncer de próstata, enfermedades cardíacas). Aplicable a hetero y homosexuales.
Disfunciones Específicas		
SAS — Escala de Aversión Sexual (Katz et al., 1989, 1995)	30 ítems. Likert 4.	Miedo y evitación fóbica al contacto sexual: ligado a traumas sexuales, culpa, inhibiciones sociales, miedo a ETS.

Todos los instrumentos muestran entre adecuadas y excelentes propiedades psicométricas, salvo el SAS (sin estudios de validez de constructo).

2.2. Diagnóstico Diferencial y Comorbilidad

NOTA CLAVE — REGLAS DEL DSM-IV-TR PARA EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **a)** Causado exclusivamente por enfermedad médica → *trastorno sexual debido a enfermedad médica*.
- **b)** Causado exclusivamente por sustancias → *trastorno sexual inducido por sustancias*.
- **c)** Debido a ambos → deben efectuarse **los dos diagnósticos**.
- **d)** Combinación de factores psicológicos + médicos/sustancias, sin que ninguno sea suficiente por sí solo → *trastorno sexual con subtipo debido a factores combinados*.
- **e)** Si no puede determinarse el papel etiológico → *trastorno sexual no especificado*.
- **f)** No se diagnostica si se explica mejor por otro trastorno del Eje I (e.g., deseo sexual disminuido solo en el contexto de un episodio depresivo mayor).
- **g)** Si la disfunción sexual **antecede** al trastorno del Eje I o es objeto de atención clínica independiente → sí se establece diagnóstico adicional.
- **h)** Si coexisten varios trastornos sexuales → deben diagnosticarse todos.
- **i)** Trastorno de personalidad + trastorno sexual → sexual en Eje I, personalidad en Eje II.
- **j)** Problema clínico relacional asociado → diagnosticar ambos.
- **k)** Alteraciones eventuales, no persistentes/recurrentes ni con malestar → **NO** se consideran trastorno sexual.

Tabla 15.8 · Diagnóstico Diferencial y Comorbilidad (selección)	
Trastorno	Diferenciación / Comorbilidad
Deseo Sexual Hipoactivo	Diferenciar de enfermedad médica (alteraciones neurológicas, hormonales, metabólicas) y de sustancias. Comórbido con otros trastornos del Eje I (depresión mayor, TOC, TEPT) y con disfunción eréctil.
T. Excitación Sexual en la Mujer	Diferenciar de disminución de estrógenos (menopausia), vaginitis atrófica, diabetes, radioterapia pélvica, lactancia; de fármacos (antihipertensivos, antihistamínicos). Comórbido con trastorno orgásmico femenino.
T. de Erección en el Hombre	Diferenciar de diabetes, esclerosis múltiple, insuficiencia renal, neuropatía periférica, trastorno vascular, lesión medular. Comórbido con eyaculación precoz.
T. Orgásmico Femenino	Diferenciar de lesión medular; de antidepresivos, benzodiacepinas, neurolépticos. Comórbido con trastornos de la excitación sexual en la mujer.
Eyaculación Precoz	Diferenciar del trastorno de erección (algunos hombres con déficit eréctil suprimen estrategias de retraso del orgasmo, produciendo eyaculación inmediata).
Dispareunia	Diferenciar de insuficiente lubricación vaginal, endometriosis, atrofia vaginal, infecciones; de fármacos. Comórbido con vaginismo y con trastorno por aversión al sexo.
Vaginismo	Diferenciar de endometriosis o infección vaginal. Si aparece dolor en el coito no se añade diagnóstico de dispareunia. Comórbido con deseo sexual hipoactivo.

Segraves y Segraves (1991), en 588 pacientes con deseo sexual hipoactivo: 41% de mujeres y 47% de varones presentaban al menos otra disfunción sexual; 18% de mujeres recibió diagnóstico en las 3 categorías (deseo, excitación, orgasmo).

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

3.1. Variables Asociadas al Origen y Mantenimiento

NOTA CLAVE — VARIABLES POR TRASTORNO

- **Deseo sexual hipoactivo:** factores orgánicos (trastornos endocrinos, insuficiencia renal, alcohol/fármacos) y psicológicos (ansiedad ante relaciones sexuales, imagen/sentimientos negativos hacia uno mismo, problemas de pareja/«rutina»).
- **Aversión al sexo:** ansiedad y pánico de tipo fóbico (a diferencia del deseo inhibido, con componente evitativo). Causas (Masters, Johnson y Kolodny, 1987): actitudes parentales muy negativas, trauma sexual (violación, incesto, abuso), presión de la pareja, confusión de identidad sexual.
- **Impulso sexual excesivo:** obsesión por el sexo, incapacidad de saciedad; factores orgánicos (lesiones límbicas, endocrinos, demencias, drogas) y psicológicos (relacionado con TOC).
- **Excitación en la mujer:** alteraciones hormonales (menopausia, posparto); vergüenza a mostrarse excitada, desconocimiento del propio funcionamiento, interacciones centradas solo en la satisfacción del hombre.
- **Erección en el hombre:** ½ factores físicos (vasculares, priapismo, neurológicos, hormonales, varicocele, diabetes, fármacos); factores psicológicos: ansiedad de ejecución («tengo que funcionar bien»), estrés cotidiano, creencias/expectativas disfuncionales.
- **Anorgasmia femenina:** sin evidencia concluyente de causas orgánicas. Psicológicas (Bancroft, 1983): miedo/ansiedad y otras emociones negativas, rol de espectador, información inadecuada, sentimientos negativos hacia el sexo/uno mismo/la pareja.
- **Anorgasmia masculina:** infrecuente; mínima concurrencia orgánica (enfermedades neurológicas). Psicológicas: miedo a no ser «suficientemente hombre», educación sexual estricta, problemas de pareja.
- **Eyacuulación precoz:** mayormente psicológica (ansiedad, falta de información y de concienciación sensorial); orgánicas no concluyentes (inflamación prostática, esclerosis múltiple).
- **Vaginismo:** respuesta condicionada/fóbica a la penetración vaginal (Kaplan, 1985); mantenimiento por inseguridad de la pareja y ansiedad de la mujer. Pocas causas orgánicas (endometriosis, himen inflexible).
- **Dispareunia femenina:** hasta 30-40% con patología pélvica (Fordney, 1978). Psicológicas (Lazarus, 1980): a) desarrollo/aprendizaje (mala información, tabúes, culpa); b) traumáticas (coito doloroso, abuso); c) relacionales (sentimientos hacia la pareja, juegos amorosos, miedo a ser oídos).
- **Dispareunia masculina:** fimosis, hipersensibilidad del glande, adherencias fibrosas, inflamación peneana.

3.2. Escalas de Puntuación y Propiedades Psicométricas

Tabla 15.9 · Instrumentos de Autoinforme para la Conceptualización del Caso (★ Altamente recomendados)		
Instrumento	Aplicación	Características
Funcionamiento Sexual Global — Hombres, Mujeres y Parejas		
DAS — Escala de Ajuste Diádico (Spanier, 1976; valid. esp. Cáceres, 1996)	32 ítems. 10-15 min.	Instrumento más utilizado para evaluar calidad de la relación de pareja. 4 subescalas: consenso, satisfacción, cohesión y expresión afectiva diádica.
DSFI — Inventario de Funcionamiento Sexual de Derogatis (1998; Derogatis y Melisaratos, 1979)	245 ítems. 40 min.	Medida multidimensional del funcionamiento sexual y bienestar general. Perfil en 10 áreas (información, experiencias, motivación, actitudes, síntomas psicológicos, afectos, definición del rol, fantasía, imagen corporal, satisfacción sexual).
ISS — Índice de Satisfacción Sexual (Hudson, 1998)	25 ítems. 5-10 min.	Mide insatisfacción en el área sexual de la relación de pareja.
SII — Inventario de Interacción Sexual (LoPiccolo y Steger, 1974)	102 ítems (17 conductas heterosexuales × 6 preguntas). 30 min.	Frecuencia real e ideal de cada conducta y grado de placer propio/pareja percibido/deseado.
Uso Exclusivo con Mujeres		
FSDS — Escala de Distrés Sexual para Mujeres (Derogatis et al., 2002)	20 ítems (o versión reducida de 21).	Mide distrés ante las conductas sexuales en mujeres.
SSS-W — Escala de Satisfacción Sexual para Mujeres (Moleston y Trapnell, 2005)	30 ítems. Likert 5.	Satisfacción sexual personal y relacional: comunicación, compatibilidad, satisfacción, preocupación por la pareja y preocupación personal.
Disfunciones Específicas		
SDI — Inventario de Deseo Sexual (Spector, Carey y Steinberg, 1996)	14 ítems. Likert 7-8.	Deseo sexual en pareja y en solitario; más centrado en componentes cognitivos que conductuales.
SIDI-F — Inventario de Interés y Deseo Sexual (Clayton et al., 2006)	13 ítems, administrado por clínico.	Severidad de síntomas en mujeres premenopáusicas con deseo sexual hipoactivo (relaciones, receptividad, iniciación, frecuencia, afecto, satisfacción, distrés, etc.).
PFSF — Perfil de la Función Sexual Femenina (Derogatis et al., 2004)	37 ítems.	Deseo sexual en mujeres menopáusicas (naturales o quirúrgicas) con deseo sexual hipoactivo.
MSIQ — Cuestionario de Interés Sexual en la Menopausia (Rosen et al., 2004)	10 ítems.	Función sexual en mujeres postmenopáusicas: deseo, respuesta y satisfacción.
ASEX — Escala de Experiencia Sexual de Arizona (McGahuey et al., 1997)	5 ítems específicos por sexo. 5-10 min.	Intensidad de la disfunción sexual secundaria a medicación psicotrópica: deseo/impulso, excitación, lubricación/erección, orgasmo, satisfacción.
PRSexDQ — Cuestionario de Disfunción Sexual Secundaria a Fármacos (Montejo et al., 2000)	7 ítems, heteroaplicado.	Cribado mínimamente intrusivo: presencia de disfunción, comunicación espontánea, disfunciones específicas y tolerancia a la disfunción.

Otros cuestionarios complementarios: Cuestionario de Mitos y Falacias Sexuales (McCary, 1977); ECAS — Escala de Evaluación de Conocimientos y Actitudes Sexuales (Bethencourt et al., 1997); Inventario de Actitudes hacia el Sexo de Eysenck (1982); Inventario de Miedos Sexuales de Annon (1975); Escala de Fantasías Sexuales de Wilson (Eysenck y Wilson, 1981).

3.3. Otras Técnicas de Evaluación para la Conceptualización del Caso

NOTA CLAVE

- **Observación:** uso limitado por reactividad y cuestiones éticas. Modalidades: observación directa (Hartman y Fithian, 1972; Masters y Johnson, 1981), grabaciones (Serber, 1974), exámenes sexológicos (estimulación directa). La más utilizada es el **role-playing**, que permite comprobar la comprensión de procedimientos y detectar déficits de habilidades sociales o conductas agresivas. Su uso queda mayormente restringido a la investigación.
- **Autorregistros:** permiten información sobre conductas privadas; establecen línea base y evolución; facilitan el análisis funcional (frecuencia, antecedentes, consecuencias).
- **Registros psicofisiológicos:** integran evaluación fisiológica y psicológica; uso mayoritariamente investigador por su complejidad técnica. Técnicas más usadas: **pletismografía de distensión** (circunferencia del pene) y **fotopletismografía** (vasodilatación vaginal). Útiles en excitación, orientación sexual y erección (pletismografía de tumescencia nocturna, Doppler, Anillo de papel/sellos, Calibrador Elástico Loomed).
- **Examen físico o médico:** aunque el 90% de disfunciones tiene origen psicológico, se realiza cuando se sospecha etiología orgánica. Incluye historia médica, examen físico (genitales, sistema nervioso autónomo, neurológico) y pruebas de laboratorio (FSH, LH, testosterona, prolactina, hormonas tiroideas). Prueba específica: **Test de la Inyección de Papaverina** (provoca erección artificial mediante vasodilatador inyectado en el tejido cavernoso).

4. Orientaciones para la Evaluación Específica de los Diferentes Trastornos

NOTA CLAVE — INSTRUMENTOS ESPECÍFICOS RECOMENDADOS POR TRASTORNO

- **4.1 Deseo sexual** (hipoactivo/aversión): entrevista clínica + CSFQ, DISF, DSFI, GRISS (dimensión deseo); en mujeres: BISF-W, FSFI, MFSQ, SFQ, SDM; en hombres: BSFI-M, IIEF. Para aversión al sexo: única medida específica = **SAS**.
- **4.2 Excitación sexual:** cobran especial interés las técnicas **psicofisiológicas** (fotopletismografía vaginal; pletismografía de tumescencia nocturna/Doppler en hombres). Autoinforme mujer: CSFQ, BISF-W, MFSQ, FSFI (4+4 ítems), SFQ (8 ítems, distingue genital/subjetiva). Autoinforme hombre: CSFQ, DISF-R, GRISS, BSFI-M, IIEF/IIEF-5.
- **4.3 Orgasmo:** entrevista clínica = instrumento fundamental. **ORS** — Escala de Valoración del Orgasmo (Mah y Binik, 2002): componentes cognitivo-afectivos y sensoriales (no diagnóstica anorgasmia en sí). Anorgasmia masculina: IIEF, BSFI-M, y sobre todo **MSHQ** (5 preguntas: retraso, volumen, fuerza, dolor, placer). Eyaculación precoz: no existen medidas de autoinforme específicas — solo entrevista clínica.
- **4.4 Trastornos por dolor:** CSFQ, GRISS, MFSQ, BISF-W, SFQ, FSFI (ítems de dolor). Medidas específicas de dolor: **MPQ** — Cuestionario de Dolor de McGill (Melzack, 1975); **PCS** — Escala de Dolor Catastrófico (Sullivan et al., 1995); Escalas Visuales Análogas y Diarios de Dolor. Entrevista clínica + examen físico completo son imprescindibles.

5. Evaluación del Tratamiento, su Progreso y los Resultados de la Intervención

Las medidas estandarizadas de autoinforme constituyen los **instrumentos de elección** por su sensibilidad a la efectividad del tratamiento.

Tabla 15.11 · Instrumentos para la Evaluación del Progreso del Tratamiento (★ Altamente recomendados)	
Instrumento	Características
Funcionamiento Sexual Global — Hombres, Mujeres y Parejas	
★ DISF, ★ GRISS, ISS	Sensibles a los efectos del tratamiento (evidencia empírica).
CSFQ / CSFQ-14 (Clayton et al., 1997; adapt. esp. Bobes et al., 2000)	Aplicable a hombres y mujeres. 21 ítems comunes + 36 específicos hombres + 35 específicos mujeres. Detecta cambios asociados a enfermedad psiquiátrica y medicación. CSFQ-14 = forma abreviada, mejores índices en mujeres.
Uso Exclusivo con Mujeres	
BISF-W, FSDS, ★ FSFI, MFSQ	Sensibles a los cambios del tratamiento.
Uso Exclusivo con Hombres	
★ IIEF	Sensible a los efectos del tratamiento en disfunción eréctil.
IIEF-5 (Rosen et al., 1999)	5 ítems del IIEF. Diseñado específicamente para detectar problemas de erección y comprobar cambios por tratamiento.
Disfunciones Específicas	
SDI, MSIQ, IIEF-5	Escalas más válidas y fiables para seguimiento y valoración de efectos del tratamiento.
MSHQ	Se usa como seguimiento, aunque requiere más estudios de validación.

6. Propuesta de un Protocolo para la Evaluación de las Disfunciones Sexuales

Tabla 15.12 · Protocolo Básico de Evaluación de las Disfunciones Sexuales	
Fase / Trastorno	Instrumentos
1. Delimitación del problema	Entrevista (inicial + historia sexual). Autoinforme: hombres/mujeres/parejas — elegir entre DISF y GRISS; mujeres — elegir entre FSFI, MFSQ y SFQ; hombres — IIEF.
2. Conceptualización — global	Hombres/mujeres/parejas: elegir entre DAS y GRISS; mujeres: FSDS.
Deseo sexual	Hombres/mujeres/parejas: CSFQ, DSFI o GRISS; mujeres: BISF-W, FSFI, MFSQ, SFQ o SDM; hombres: BSFI-M e IIEF.
Aversión al sexo	SAS
Excitación sexual (mujer)	Elegir entre FSFI y SFQ
Erección (hombre)	Elegir entre BSFI-M e IIEF/IIEF-5
Orgasmo — anorgasmia femenina	ORS
Orgasmo — anorgasmia masculina	MSHQ
Eyaculación precoz	No existen medidas de autoinforme específicas
Dolor — vaginismo/dispareunia	Elegir entre CSFQ, GRISS, MFSQ, BISF-W, SFQ y FSFI; específico dispareunia: MPQ, PCS, Escalas Visuales Análogas y Diario de dolor; + registros psicofisiológicos, autorregistros y examen médico/físico
3. Progreso y resultados	Hombres/mujeres/parejas: elegir entre GRISS y CSFQ/CSFQ-14; mujeres: FSFI y MFSQ; hombres: IIEF

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; SFQ = Cuestionario de Funcionamiento Sexual.

✓ Resumen Rápido para el Examen

- Salud sexual = derecho básico (OMS, 1987/2002). Ciclo de respuesta sexual: **deseo → excitación → orgasmo → resolución**.
- 4 categorías DSM-IV-TR: deseo, excitación, orgasmo, dolor + enfermedad médica/sustancias/no especificado.
- Subtipos: **primaria/secundaria, generalizada/situacional, orgánica/funcional**.
- DSM-V (propuesta): aversión al sexo → posible fobia específica; nueva categoría trastorno de interés/excitación en la mujer (fusión deseo+excitación); trastorno hipersexual como categoría propia; vaginismo → trastorno de dolor génito-pélvico/penetración.
- Prevalencia: **ECA = 24%** (2º diagnóstico más frecuente tras tabaco); Masters y Johnson ~50%. Hombres: 1º eyaculación precoz. Mujeres: 1º deseo sexual hipoactivo.
- Solo **5-10%** de los casos tiene causa orgánica exclusiva (Kaplan, 1974; Masters y Johnson, 1970).
- 3 factores psicológicos clave (Labrador, 1994): **ansiedad, falta de habilidades/conocimiento, rol de espectador**.
- **NO existen entrevistas estandarizadas validadas** para disfunciones sexuales (ni el DIS ni el SCID las cubren) → el clínico elabora su propia entrevista en 2 formatos: inicial y de historia sexual.
- Instrumentos ★ altamente recomendados para **diagnóstico**: GRISS, DISF/DISF-R (ambos sexos); BISF-W, FSFI (mujeres); IIEF (hombres).
- Reglas DSM de diagnóstico diferencial: enfermedad médica exclusiva, sustancias exclusivas, ambas (doble diagnóstico), combinadas, no especificado si no se puede determinar, excluir si se explica mejor por otro Eje I salvo que sea anterior a él.
- **Autoinformes = instrumentos de elección** para la conceptualización (mejores propiedades psicométricas), junto con observación (uso limitado, sobre

todo role-playing), autorregistros, registros psicofisiológicos (pletismografía/fotopletismografía) y examen médico.

- **90% de las disfunciones tiene origen psicológico** (Carrobes y Sanz, 1991); el examen médico se reserva para sospecha de etiología orgánica.
- **Test de la Inyección de Papaverina:** provoca erección artificial mediante vasodilatador para evaluar disfunción eréctil.
- Eyaculación precoz: **no existen medidas de autoinforme específicas** — solo entrevista clínica.
- Para el **tratamiento/seguimiento:** medidas estandarizadas de autoinforme (mismas escalas administradas como pre-post), por su sensibilidad al cambio.

Ejercicios de Autoevaluación

1. La eyaculación precoz se considera un trastorno: a) del 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 respecto a la entrevista clínica en disfunciones sexuales?: a) El SCID incluye un módulo específico para disfunciones sexuales; b) Comprobar si se dan los requisitos básicos para una terapia sexual es uno de los objetivos de la entrevista para la evaluación inicial del problema; c) La educación sexual recibida se evalúa solo en el contexto de la infancia y entorno familiar.
4. De las siguientes medidas de autoinforme ¿cuál se considera altamente recomendada para el diagnóstico específico en 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 qué técnica de evaluación se recomienda un uso limitado en las disfunciones sexuales?: a) Observación; b) Técnicas psicofisiológicas; c) Autorregistros.

Soluciones: 1c • 2a • 3b • 4b • 5a

Bibliografía Recomendada

- Carrobes, J. A. (2011). Disfunciones sexuales. En V. Caballo, I. C. Salazar, & J. A. Carrobes (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 University Press.
- Sierra, J. C., & Buéla-Casal, G. (2009). Evaluación y tratamiento de las disfunciones sexuales. En G. Buéla-Casal & J. C. Sierra (dirs.), *Manual de Evaluación y Tratamientos Psicológicos* (pp. 439-485). Madrid: Biblioteca Nueva.

16 · Evaluación de los Trastornos Parafílicos

RESULTADOS DE APRENDIZAJE

- Identificar las características definitorias de los trastornos parafílicos.
- Conocer los principales datos epidemiológicos, el curso y los factores etiológicos asociados.
- 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

Según el 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».

La característica esencial es la presencia de repetidas e intensas fantasías sexuales de tipo excitatorio, impulsos o comportamientos 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, presentándose durante un período de **al menos 6 meses**.

En algunos casos las fantasías/estímulos son necesarios para la excitación y el desarrollo de la actividad sexual; en otros, las conductas parafílicas son episódicas (e.g., en periodos de estrés). Conductas como el sadismo sexual o la pedofilia pueden constituir un **delito contra la libertad e indemnidad sexual** (Código Penal Español, LO 10/1995), de ahí la controversia entre delito y conducta psicopatológica. Los individuos rara vez acuden espontáneamente a los profesionales de salud mental — suelen hacerlo cuando su comportamiento genera problemas con la pareja o con la sociedad.

Trastorno	Descripción
Exhibicionista	Fantasías/impulsos/comportamientos que implican la exposición de los propios genitales a un extraño que no lo espera. Es muy raro que el individuo intente mantener actividad sexual posterior con la persona.
Fetichista	Ligado al uso de objetos no animados (e.g., ropa interior femenina). La actividad más característica es masturbarse mientras huele, mira o toca el objeto fetiche.
Froteurista (Froteurismo)	Tocar y rozar a una persona en contra de su voluntad (contra el trasero u otra parte de la anatomía). Ocurre en lugares públicos concurridos; el individuo fantasea con que mantiene una relación consentida con la víctima.
Paidofilia (Pedofilia)	Actividad sexual con niños prepúberes (generalmente ≤13 años); el individuo tiene ≥16 años y es al menos 5 años mayor que el niño. Puede limitarse al incesto o incluir atracción también hacia adultos.
Masoquismo Sexual	Ser humillado, pegado, atado, golpeado u otra forma de sufrimiento (real, no simulado). Forma de especial gravedad: hipoxifilia (asfixia/estrangulación autoerótica) mediante privación de oxígeno para intensificar el orgasmo.
Sadismo Sexual	Actos reales (no simulados) en los que el sufrimiento psicológico o físico, incluyendo la humillación de la víctima, es sexualmente excitante. Puede realizarse con consentimiento (frecuentemente con masoquistas) o en contra de la voluntad de otros.
Fetichismo Transvestista	Travestismo en un varón heterosexual; vestirse con ropas del otro sexo. Si hay malestar persistente con el propio papel/identidad sexual (disforia sexual), valorar diagnóstico alternativo de trastorno de identidad sexual.
Voyeurismo	Observar ocultamente a personas desnudas, desnudándose o en plena actividad sexual, normalmente desconocidas. El objetivo es excitarse y masturbarse durante o después; rara vez se busca actividad sexual con la persona observada.
Parafilia No Especificada	No cumplen criterios de las categorías anteriores. Incluye: escatología telefónica (llamadas obscenas), zoofilia (animales), necrofilia (cadáveres), coprofilia (heces), clismafilia (enemas), urofilia (orina) y parcialismo (atención sexual centrada en una parte del cuerpo distinta a los genitales; el DSM-V lo propone como variante específica del fetichismo).

NOTA CLAVE — CAMBIOS PROPUESTOS POR EL DSM-V

En el DSM-IV-TR las parafilias se incluyen dentro de las disfunciones sexuales; en el futuro DSM-V constituirán una **categoría independiente**. Cambios más importantes: a) la **paidofilia** incluye un subtipo adicional denominado **hebefílico** (atracción sexual por niños prepúberes, normalmente menores de 11 años); b) inclusión del **trastorno hipersexual** y del **trastorno parafílico coercitivo** (abordaje coactivo que sufren algunas mujeres por parte de hombres) — ambos propuestos para la Sección III (trastornos que necesitan mayor investigación).

1.2. Epidemiología y Curso

NOTA CLAVE — DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

- Existen pocos datos epidemiológicos por la naturaleza controvertida del trastorno (ocultación, rechazo social). Dificultades (Bhugra, Popelyuk y McMullen, 2010): a) definición cultural de lo anormal/desviado; b) reconocimiento por los propios sujetos; c) baja demanda de ayuda clínica; d) dependencia cultural de las tasas.
- Las parafilias afectan **mucho más a hombres que a mujeres**; casi la totalidad de casos son masculinos. El **masoquismo sexual** es el más frecuente en mujeres, con ratio de **20 hombres por 1 mujer** (Aggrawal, 2009). Las mujeres con parafilia suelen buscar ayuda originalmente por otros problemas (depresión, promiscuidad, pareja).
- **Exhibicionismo** = parafilia más frecuente en población general y más tratada en centros especializados — supone **un tercio** de todas las parafilias. Le siguen en frecuencia **pedofilia** y **voyeurismo**; masoquismo y sadismo son menos frecuentes.
- Aproximadamente la mitad de los individuos con parafilias están casados. Zoofilia relativamente frecuente en zonas rurales/aisladas; necrofilia muy poco frecuente.
- Inicio: aunque fantasías/comportamientos pueden iniciarse en la infancia, se elaboran en la adolescencia e inicio de la vida adulta; **50% comienza antes de los 18 años** (Becker y Kavoussi, 1989). Tienden a cronificarse pero disminuyen con la edad — raro encontrar comportamientos parafílicos superados los **50 años**.
- Frecuentes las **parafilias múltiples y simultáneas**, o alternantes a lo largo de la vida. Pueden ser síntoma de otros trastornos mentales (esquizofrenia, trastornos de personalidad o de conducta).

1.3. Factores Etiológicos y Factores Asociados

NOTA CLAVE

- **Factores biológicos:** niveles alterados de neurotransmisores monoaminérgicos (Kafka, 1997, 2003) — especialmente **serotonina** (también adrenalina y dopamina); niveles alterados de hormonas androgénicas (testosterona); alteraciones en lóbulos temporales y frontales; relación entre esclerosis hipocámpica bilateral y paidofilia homosexual. **Sin evidencia empírica suficiente** que confirme ninguno como responsable absoluto.
- **Factores psicológicos** (más aceptados): conductas aprendidas por **condicionamiento clásico y operante** (McGuire, Carlisle y Young, 1965; Stoller, 1996) y por **aprendizaje vicario/imitación de modelos**, sobre todo en infancia/adolescencia. **Teoría de la terminación conductual** (behavior completion; McConaghy, 1980, 1988): ante claves estímulares el sujeto experimenta activación intensa que le impulsa a completar la conducta, desapareciendo así la activación y el malestar.
- Hipótesis alternativas: carácter **adictivo** (Herman, 1990) por su cualidad compulsiva; perspectiva **etológica** — trastorno del cortejo (courtship disorder; Freund, 1990) con alteraciones en el patrón de activación de las fases de interacción sexual humana.
- **Factores asociados:** conflicto social como consecuencia de la reacción al comportamiento; sentimientos de vergüenza, culpa o depresión; frecuente desarrollo de disfunciones sexuales, trastornos de personalidad y síntomas depresivos, que a su vez incrementan la frecuencia/intensidad del comportamiento parafílico.

2. Evaluación para la Delimitación del Problema: Contraste de Hipótesis Diagnósticas

La evaluación se lleva a cabo en dos contextos: a) **forense**, donde la parafilia se asocia a conductas criminales (pedofilia/abuso sexual infantil, sadismo sexual, exhibicionismo); y b) **clínico**, donde el paciente solicita ayuda porque sus conductas/fantasías dificultan sus relaciones. En ambos casos se requiere entrevista clínica con historia sexual exhaustiva. **No existen entrevistas estandarizadas** para trastornos parafílicos (igual que en disfunciones sexuales); el evaluador elabora su propia entrevista siguiendo la propuesta de Carrobbles y Sanz (1991).

EJEMPLO — LIMITACIÓN DE LA ENTREVISTA

Ante preguntas como «¿se ha sentido atraído sexualmente por niños?» o «¿ha tenido fantasías sexuales relacionadas con hacer daño a alguien?», el paciente puede sentirse intimidado, experimentar vergüenza o sentirse comprometido legal o socialmente — lo que puede afectar a la validez de la información obtenida.

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

a) Medidas de Autoinforme

Ayudan a reducir la reticencia del paciente a responder «cara a cara» como exige la entrevista.

Tabla 16.2 · Instrumentos Utilizados en el Diagnóstico de los Trastornos Parafílicos (★ Altamente recomendados)		
Instrumento	Aplicación	Características
★ SICQ — Cuestionario Cardsort de Intereses Sexuales (Holland, Zolondek, Abel, Jordan y Becker, 2000)	15 descripciones de actos sexuales explícitos (versión corta: 45). Likert.	Evalúa 15 categorías de comportamientos parafílicos y otras conductas sexuales (heterosexualidad, homosexualidad, froturismo, voyeurismo, exhibicionismo...). Altas correlaciones con clasificaciones clínicas.
★ MASA — Evaluación Multidimensional de Sexo y Agresión (Knight, Prentky y Cerce, 1994)	403 ítems. Diseñada para hombres adultos delincuentes sexuales; también válida en adolescentes.	Evalúa conducta antisocial, competencia social, ira y agresión, parafilias, compulsividad/preocupación sexual, planificación de la ofensa, actitudes sexuales, uso de pornografía. De interés: escalas de sadismo y parafilias.
★ MSI — Inventario Multifásico del Sexo (Nichols y Molinder, 1984)	200 ítems. Formato similar al MMPI. Diseñado para delincuentes sexuales.	Escalas: deseabilidad social/justificación, obsesiones sexuales, escalas de mentira y distorsiones cognitivas. La escala de obsesiones sexuales incluye 2 subescalas: desviaciones sexuales (paidofilia, exhibicionismo, violación) y conducta sexual atípica (fetichismo, obsesiones, voyeurismo, sadomasoquismo).
WSFQ — Cuestionario de Fantasías Sexuales (Wilson, 1988)	40 ítems. Aplicable a hombres y mujeres.	4 tipos de fantasías: exploradoras (sexo en grupo, cambio de parejas), íntimas (sexo oral), impersonales (voyeurismo, fetiches) y sadomasoquismo (látigos, ser forzado).
SHQ-R — Cuestionario de Historia Sexual Revisado de Clarke (Langevin y Paitich, 2002)	508 ítems, 17 secciones.	Sexualidad convencional y comportamientos parafílicos: experiencias tempranas, fantasías, exposición a pornografía, disfunciones sexuales. Baja fiabilidad (Seto, 2008) → uso clínico menos recomendable.
SFQ — Cuestionario de Fantasías Sexuales (O'Donohue, Letourneau y Dowling, 1997)	107 ítems. Likert 0-5 (frecuencia durante la vigilia).	Diferentes tipos de fantasías, gran parte relacionadas con temas paidofílicos.
SFQ — Cuestionario de Fantasías Sexuales (Daleiden, Kaufman, Hilliker y O'Neil, 1998)	127 ítems. Desarrollado para adolescentes.	2 subescalas: desviación global (azotar, palizas, tortura, transvestismo) y no desviación global (abrazar, besar, cogerse las manos).
GIEP — Identidad de Género y Preferencias Eróticas del Varón (Blanchard y Freund, 1983)	Batería para varones adultos. Respuesta múltiple o V/F.	Valor erótico de usar lencería/vestimenta de mujer. Diferencia el fetichismo del transvestismo no fetichista (disforia de género, transexualismo, drag queens).
CGFS — Escala de Fetichismo Transvestista (Blanchard, 1985)	7 escalas: identidad femenina, androfilia, ginefilia, experiencia heterosexual, fetichismo, masoquismo y sadismo (versión posterior incluye travestismo).	
ASAS — Escala de Atractivo hacia la Agresión Sexual (Malamuth, 1989)	Escalas Likert de frecuencia, atractivo y excitación.	Mide el grado de atractivo hacia la agresión sexual en varones; pensamientos sobre actividades sexuales normales y parafílicas (petting, sexo oral, bondage, látigos).

b) Otros Instrumentos Utilizados en el Diagnóstico

NOTA CLAVE — HISTORIA CONDUCTUAL Y MEDIDAS CONDUCTUALES

- **Historia conductual — SSPI** (Escala de Screening de Intereses Pedofílicos; Seto y Lalumière, 2001): 4 ítems, mide la activación del pene ante imágenes de niños frente a adultos. Los agresores con puntuaciones altas tienen más riesgo de trastorno pedofílico. Se considera medida **muy útil de riesgo estático**.
- **Tiempo de visualización/reacción visual:** los agresores sexuales a niños invierten más tiempo mirando imágenes de niños (vestidos/semivestidos/desnudos) que de adultos. Medida comercial: **AASI** — Evaluación de Abel de Intereses Sexuales (Abel et al., 1998, 2004). Baja validez discriminante por sí sola (Smith y Fischer, 1999).
- **Pletismografía peneana (falometría):** mide el flujo sanguíneo del pene ante estímulos visuales/auditivos para determinar el grado de excitación sexual. **Discrimina** agresores sexuales a niños de controles, violadores de no violadores, y detecta sadismo/transvestismo/exhibicionismo. Alta validez predictiva de recaídas, pero **baja fiabilidad test-retest**. Alta utilidad clínica pese a ello.

2.2. Diagnóstico Diferencial

NOTA CLAVE

- Diferenciar del simple uso de fantasías/objetos no patológicos como estímulo de excitación en sujetos normales.
- Diferenciar de retraso mental, demencia, cambio de personalidad por enfermedad médica, intoxicación por sustancias, episodio maníaco o esquizofrenia (alteran el juicio/impulsos): en estos casos el comportamiento sexual **no es el patrón preferido**, aparece **solo durante el trastorno mental**, y los actos son **aislados** (no recurrentes) con inicio más tardío.
- Similitudes con trastornos del control de impulsos y adicciones sexuales (patrones como en bulimia nerviosa, abuso de sustancias o juego patológico).
- Diferenciar de trastornos de identidad de género: en el fetichismo transvestista con disforia sexual, si no se cumplen todos los criterios de identidad sexual → diagnóstico de *fetichismo transvestista con disforia sexual*; si se cumplen → diagnóstico adicional de trastorno de identidad sexual.
- Si se cumplen criterios de **más de una parafilia**, deben diagnosticarse todas.

2.3. Comorbilidad

NOTA CLAVE

Eje I: trastornos de ansiedad, del estado de ánimo, TDAH infantil, consumo de sustancias y trastornos de control de impulsos (juego patológico, TOC, bulimia nerviosa) (Bradford, 1996; Goodman, 1993). **Eje II:** el más frecuente es el **trastorno de personalidad antisocial** (Kafka y Prentky, 1994). En mujeres con conductas parafilicas: alta comorbilidad con depresión, promiscuidad y problemas de pareja (Levine, Risen y Althof, 1990).

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

Se han identificado **5 variables importantes** a evaluar, especialmente en el contexto de la agresión sexual: a) tendencias antisociales; b) negación/minimización de la responsabilidad personal; c) actitudes y creencias tolerantes hacia la agresión sexual; d) déficits en la capacidad de autorregulación general y sexual; e) riesgo de recaídas (peligrosidad).

NOTA CLAVE — DETALLE DE LAS 5 VARIABLES

- **a) Tendencias antisociales:** mayores puntuaciones en personalidad/creencias/actitudes antisociales → mayores índices de recaída. Instrumento de elección: **PCL-R** — Escala de Evaluación de Psicopatología de Hare Revisada (Hare, 2003; versiones PCL-SV y PCL-YV para adolescentes). 20 ítems, juicio clínico + entrevista semiestructurada + información colateral. Excelente fiabilidad, validez y utilidad clínica; medida muy útil de **riesgo estático**.
- **b) Negación/minimización de responsabilidad:** instrumento de elección: escala de **Negación o Minimización del MSI**. También: **FoSOD** — Evaluación de las Facetas de los Agresores Sexuales (Schneider y Wright, 2001), 65 ítems para agresores sexuales infantiles.
- **c) Actitudes/creencias tolerantes hacia la agresión sexual:** instrumentos de elección: escalas de **Inmadurez y Distorsión Cognitiva** y de **Justificación** (del MSI). También: Escala de Cogniciones de Abel y Becker (1984); Escala **MOLEST** de Bumby (1996, excelente consistencia interna); Inventario de la Conducta Sexual Agresiva (Mosher, 1984); Escala de Actitudes Favorables a la Violación (Lottes, 1991). El **Stable-2000** también evalúa esta variable.
- **d) Déficits en autorregulación general y sexual:** el **Stable-2000** contiene ítems específicos; también medidas de personalidad (impulsividad, búsqueda de sensaciones).
- **e) Riesgo de recaídas (peligrosidad):** ver Tabla 16.3 y métodos actuariales más abajo.

Tabla 16.3 · Factores de Riesgo en la Valoración de la Peligrosidad Criminal (Adaptado de Esbec y Fernández, 2003)

Factores de Riesgo Estáticos (no modificables)	Factores de Riesgo Dinámicos (modificables)
Contacto previo con el sistema judicial o de salud mental; delitos violentos previos; una o más víctimas hasta la fecha; víctimas extrafamiliares; trastorno mental; preferencia sexual por menores; historia de abuso de sustancias; agresores que reinciden con delitos violentos no sexuales; jóvenes (de cara a minorizar la peligrosidad); solteros	Personalidad antisocial; logro social; conflictos interpersonales o logros sociales; abuso de sustancias; escaso apoyo social; estilo de vida antisocial; actitud tolerante ante agresiones de tipo sexual

NOTA CLAVE — MÉTODOS DE PREDICCIÓN DEL RIESGO

Dos tipos: **clínicos** (relativamente subjetivos: entrevistas, observación, inventarios como el PCL-R) y **estadísticos/actuariales** (explícitos, objetivos, sin juicio de valor; combinan factores de riesgo con reglas objetivas → puntuación única de riesgo).
Métodos actuariales más usados: **SORAG** (Guía para la Valoración del Riesgo de Agresión Sexual; Quinsey et al., 2006), **RRASOR** (Evaluación Rápida del Riesgo de Reincidencia; Hanson, 1997), **Static-99** (Hanson y Thornton, 1999), **MnSOST-R** (Herramienta Minnesota de Screening de Agresión Sexual Revisada; Epperson et al., 1998) y **Stable-2000** (Hanson y Harris, 2000). El **SSPI** también se considera medida actuarial de riesgo.
De todos ellos, el **Static-99** presenta las mejores propiedades psicométricas para **riesgo estático** (excelente fiabilidad interjueces; adecuada-excelente validez). El **Stable-2000** es la **única herramienta actuarial de riesgo dinámico** (excelente fiabilidad interjueces, validez adecuada, buena utilidad clínica). La **pletismografía peneana** también se ha propuesto como instrumento útil para evaluar el riesgo.

Tabla 16.4 · Instrumentos para la Conceptualización del Caso y Planificación del Tratamiento (★ Altamente recomendados)

Variable	Instrumento	Tipo
Tendencias antisociales	★ PCL-R (también PCL-SV y PCL-YV)	Escala de puntuación de riesgo estático. Instrumento clínico.
Negación/minimización de la responsabilidad	MSI — Escala de Negación o Minimización; FoSOD — Medida de la Negación	Medidas de autoinforme.
Actitudes/creencias tolerantes hacia la agresión sexual	MSI — Escala de Inmadurez y Distorsión Cognitiva y escala de Justificación	Medida de autoinforme.
	Escala de Cogniciones de Abel y Becker	Medida de autoinforme.
	Escala MOLEST de Bumby; Inventario de la Conducta Sexual Agresiva; Escala de Actitudes Favorables a la Violación	Medidas de autoinforme.
	Stable-2000	Escala de puntuación de riesgo dinámico. Método actuarial.
Déficits en autorregulación general y sexual	Stable-2000	Escala de puntuación de riesgo dinámico. Método actuarial.
Riesgo de recaídas (peligrosidad)	SSPI — Escala de Screening de Intereses Pedofílicos	Riesgo estático.
	★ PCL-R (también PCL-SV y PCL-YV); Static-99	Riesgo estático. Método actuarial.
	Stable-2000; SORAG; RRASOR; MnSOST-R	Riesgo dinámico/estático. Método actuarial.
Medida conductual complementaria	Pletismografía peneana	Incremento de la actividad sexual.

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

Tabla 16.5 · Instrumentos para la Evaluación del Progreso del Tratamiento

Tabla 16.5 · Instrumentos para la Evaluación del Progreso del Tratamiento

Tipo	Instrumentos
Medidas de autoinforme	MSI — Escala de Inmadurez y Distorsión Cognitiva, Escala de Justificación y Escala de Obsesión Sexual; Escala de Cognición de Abel y Becker; Escala MOLEST de Bumby; FoSOD
Escala de puntuación (riesgo dinámico)	SOTRS — Escala de Puntuación del Tratamiento en Agresores Sexuales (Anderson, Gibeau y D'Amora, 1995); Stable-2000
Medidas conductuales	Pletismografía peneana (cambios en la activación sexual)

EJEMPLO — SOTRS

La **Escala de Puntuación del Tratamiento en Agresores Sexuales (SOTRS)** se utiliza específicamente para evaluar el éxito del tratamiento. Consta de **54 ítems** y mide 6 aspectos: a) motivos, actitudes y creencias subyacentes a las agresiones; b) fantasías e impulsos sexuales atípicos; c) conciencia de factores de riesgo situacionales; d) motivación para el cambio personal; e) empatía con las víctimas; f) patrón de agresión y sus detalles. Excelente consistencia interna; fiabilidad interjueces y test-retest aceptables.

5. Propuesta de un Protocolo para la Evaluación de los Trastornos Parafílicos

Tabla 16.6 · Protocolo Básico de Evaluación de los Trastornos Parafílicos	
Fase / Variable	Instrumentos
1. Diagnóstico	Entrevista clínica. Medidas de autoinforme: MSI, SICQ. Medidas conductuales: Pletismografía peneana.
2. Conceptualización — Tendencias antisociales	PCL-R (también PCL-SV y PCL-YV)
Negación/minimización de la responsabilidad	MSI — Escala de Negación o Minimización
Actitudes/creencias tolerantes	MSI — Escala de Inmadurez y Distorsión Cognitiva y escala de Justificación
Déficits en autorregulación general y sexual	Stable-2000
Riesgo de recaídas (peligrosidad)	PCL-R (también PCL-SV y PCL-YV); Static-99
3. Progreso y resultados del tratamiento	Medidas de autoinforme: MSI — Escala de Inmadurez y Distorsión Cognitiva y escala de Justificación. Escalas de puntuación: SOTRS, Stable-2000. Medidas conductuales: pletismografía peneana.

✓ Resumen Rápido para el Examen

- Parafilia = fantasías/impulsos/comportamientos sexuales intensos y recurrentes con objetos no humanos o sufrimiento/humillación propia o ajena, durante **al menos 6 meses**.
- 9 tipos DSM-IV-TR: exhibicionismo, fetichismo, froteurismo, paidofilia, masoquismo sexual, sadismo sexual, fetichismo transvestista, voyeurismo, parafilia no especificada.
- DSM-V: categoría independiente (ya no dentro de disfunciones sexuales); nuevo subtipo **hebefílico** en paidofilia; nuevas categorías **trastorno hipersexual** y **trastorno parafílico coercitivo** (Sección III).
- Casi todos los casos son **masculinos**; el **masoquismo sexual** es la parafilia más frecuente en mujeres (ratio 20:1).
- Exhibicionismo = parafilia más frecuente** (1/3 del total) y más tratada en centros especializados. Después: pedofilia y voyeurismo.
- 50% inicia sus conductas parafílicas **antes de los 18 años**; raras después de los 50.
- Factores etiológicos más aceptados: **psicológicos** (condicionamiento clásico/operante, aprendizaje vicario, teoría de la terminación conductual de McConaghy). Los biológicos (serotonina, testosterona) carecen de evidencia empírica concluyente.
- NO existen entrevistas estandarizadas** para trastornos parafílicos (igual que en disfunciones sexuales).
- Instrumentos ★ recomendados para diagnóstico: **SICQ, MASA, MSI**.
- SSPI** (4 ítems, activación peneana ante imágenes de niños) = medida de **riesgo estático** muy útil en pedofilia.
- Pletismografía peneana**: alta validez discriminante y predictiva de recaídas, pero **baja fiabilidad test-retest**.
- 5 variables clave para conceptualización: **tendencias antisociales (PCL-R)**, **negación/minimización (MSI)**, **actitudes tolerantes (MSI, MOLEST)**, **déficits de autorregulación (Stable-2000)**, **riesgo de recaídas**.
- Factores de riesgo **estáticos** (no cambian: historia criminal, historia de abuso de sustancias) vs. **dinámicos** (cambian: actitud ante la agresión, estilo de vida antisocial) — estos últimos son objetivo clave de la terapia.
- Métodos **clínicos** (subjetivos) vs. **actuariales/estadísticos** (objetivos, sin juicio de valor).
- Static-99** = mejor método actuarial de **riesgo estático**. **Stable-2000** = única herramienta actuarial de **riesgo dinámico**.
- SOTRS** (54 ítems) = instrumento específico para evaluar el éxito del tratamiento en agresores sexuales.

Ejercicios de Autoevaluación

- ¿Cuál es la parafilia más frecuentemente encontrada en mujeres?: a) Sadismo sexual; b) Masoquismo sexual; c) Transvestismo.
- ¿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.
- 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.
- El abuso de sustancias 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.
- El Stable-2000 constituye una herramienta para la evaluación del riesgo actuarial: a) Dinámico; b) Estático; c) Dinámico y estático.

Soluciones: 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.
- 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.
- Seto, M. C., Abramowitz, C. S. & Barbaree, H. E. (2008). Paraphilias. En J. Hunsley & E. J. Mash (dirs.), *A guide to assessments that work* (pp. 488-512). New York: Oxford University Press.

17 · Evaluación de los Trastornos Adictivos y por Consumo de Sustancias

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 de 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 concepto de **adicción** se liga al consumo de sustancias químicas o drogas que, «consumidas a través de cualquier vía de administración, alteran 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» (APA, 2012). Origen **multifactorial** (biológico, genético, psicológico, social); su principal síntoma es la necesidad imperiosa o compulsiva de volver a consumir para experimentar la recompensa y evitar el síndrome de abstinencia.

La **tolerancia** es una menor respuesta al efecto de la droga debido a la permanencia (farmacocinética/farmacodinámica): necesidad de incrementar la ingesta para lograr el mismo efecto. El síndrome de abstinencia de las distintas drogas se caracteriza por la **inhibición de la transmisión dopaminérgica** y el deterioro del sistema de recompensa natural (Le Moal y Koob, 2007).

El DSM-IV-TR determina **12 sustancias**: alcohol, alucinógenos, anfetaminas y afines, cafeína, cannabis, cocaína, inhalantes, nicotina, opioides, fenciclidina y afines, sedantes/hipnóticos/ansiolíticos, y otras. La cafeína no ocasiona síndrome de dependencia/abuso; la nicotina carece de síndrome de abuso definido.

Tabla 17.1 · Criterios para la Dependencia de Sustancias (DSM-IV-TR, 2000)	
Nº	Criterio (3 o más, en un periodo continuado de 12 meses)
1	Tolerancia: a) necesidad de cantidades marcadamente crecientes para conseguir la intoxicación/efecto deseado; b) el efecto de las mismas cantidades disminuye claramente con su consumo continuado.
2	Abstinencia: a) síndrome de abstinencia característico de la sustancia; b) se toma la misma sustancia (o muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas.
3	La sustancia se toma con frecuencia en cantidades mayores o durante un periodo más largo de lo que inicialmente se pretendía.
4	Deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo.
5	Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención, el consumo o la recuperación de los efectos de la sustancia.
6	Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo.
7	Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes causados o exacerbados por ella.

NOTA CLAVE

Los 7 criterios se agrupan en 3 bloques: **dependencia física** (criterios 1 y 2), **consumo compulsivo** (3, 4 y 7) y **efectos adversos** (5 y 6). Especificar: **con dependencia fisiológica** (se cumple 1 ó 2) vs. **sin dependencia fisiológica** (no se cumplen 1 ni 2).

Tabla 17.2 · Criterios para el Abuso de Sustancias (DSM-IV-TR, 2000)	
Nº	Criterio (1 o más, en 12 meses)
1	Consumo recurrente que da lugar al incumplimiento de obligaciones (trabajo, escuela, casa): ausencias repetidas, rendimiento pobre, descuido de niños u obligaciones domésticas.
2	Consumo recurrente en situaciones físicamente peligrosas (e.g., conducir bajo los efectos).
3	Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.
4	Consumo continuado a pesar de problemas sociales o interpersonales continuos causados o exacerbados por la sustancia.

Nota: los síntomas nunca han cumplido los criterios de dependencia para esa misma sustancia.

Tabla 17.3 · Criterios para la Intoxicación por Sustancias (DSM-IV-TR, 2000)	
Nº	Criterio
1	Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente (o exposición). Sustancias diferentes pueden producir síndromes idénticos o similares.
2	Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el SNC (irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognitivo/del juicio/de la actividad laboral o social), durante o poco después del consumo.
3	Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por otro trastorno mental.

Tabla 17.4 · Criterios para la Abstinencia de Sustancias (DSM-IV-TR, 2000)	
Nº	Criterio
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 causa malestar clínicamente significativo o deterioro de la actividad laboral, social u otras áreas importantes.
3	Los síntomas no se deben a enfermedad médica ni se explican mejor por otro trastorno mental.

NOTA CLAVE — TRASTORNOS MENTALES INDUCIDOS POR SUSTANCIAS (TABLA 17.5)

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; trastorno sexual inducido por sustancias; trastorno del sueño inducido por sustancias; trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (flashbacks).

EJEMPLO — NUEVAS ADICCIONES SIN SUSTANCIA

Chats de Internet, telefonía móvil, videojuegos, juegos de azar, sectas, pornografía/sexo, compras compulsivas, abuso de televisión, etc., generan conductas repetitivas placenteras al inicio pero que después no pueden controlarse. **No existen criterios diagnósticos específicos y consensuados** en el DSM-IV-TR para estas adicciones. El **juego patológico** se introdujo en el DSM-III (1980) y el DSM-IV-TR lo clasifica como **trastorno del control de los impulsos** (no como adicción); la futura clasificación DSM-5 lo tratará como *trastorno inducido por sustancias*, mientras que el resto de adicciones sin sustancia (compras, sexo, internet, móvil, trabajo) seguirán siendo objeto de controversia por su reciente aparición.

1.2. Epidemiología

NOTA CLAVE — DATOS DEL OBSERVATORIO ESPAÑOL SOBRE DROGAS (OED, 2011)

- Sustancias más consumidas: **alcohol (74%)** y **tabaco (44,7%)**.
- Drogas ilegales: **cannabis y derivados (14,8%)**, seguido de **cocaína (4,2%)** y **éxtasis (1,2%)**. Incremento del consumo de **hipnosedantes (2,2%)**, solo superado por tabaco, alcohol y cannabis.
- El consumo en hombres es superior al de mujeres, aunque las diferencias se reducen (e incluso se invierten en el grupo 15-34 años) en consumo diario de tabaco, consumo de riesgo de alcohol e intoxicaciones etílicas.
- Estudiantes de 14-18 años: alcohol 63%, tabaco 26,2%, cannabis 17,2% — reducción del consumo respecto a encuestas previas, más acusada en tabaco, cannabis, cocaína y heroína.
- Juego patológico**: prevalencia entre **0,1% y 1,5%** (algunos estudios señalan 1,6-2,5% de jugadores problemáticos). Mucho más frecuente en hombres; las mujeres son más reacias a buscar ayuda. Por gasto: tragaperras, bingo, loterías (nacional, ONCE), primitiva, bonoloto, casino.

1.3. Factores Etiológicos

NOTA CLAVE

- Biológicos**: alcohol, cannabis, cocaína y opiáceos modifican los niveles cerebrales de monoaminas biogénicas (dopamina, norepinefrina, acetilcolina, serotonina) y otros neurotransmisores (GABA, péptidos opiáceos) — fenómeno bioquímico complejo que implica casi la totalidad del SNC.
- Adolescencia/grupo de iguales**: imitación, presión de grupo, reconocimiento social, búsqueda de sensaciones, tendencias socioculturales.
- Familiares**: desde los años 70, importancia de la familia en génesis/persistencia/disminución del problema. Modelo de terapia familiar funcional: la adicción como conducta disfuncional dentro de un contexto de interacción familiar (historia pasada, expectativas futuras). Basado en teoría del aprendizaje social: contrato de contingencias, entrenamiento en solución de problemas y comunicación.
- Condicionamiento clásico**: explica la **tolerancia condicionada** (efecto de la sustancia modulado por señales ambientales presentes en el momento del consumo, expectativas o estado de ánimo) y el **síndrome de abstinencia condicionado** (tras la desintoxicación, puede reaparecer un síndrome de abstinencia solo por volver al entorno de consumo).
- Condicionamiento operante**: inicio de la conducta adictiva por **reforzadores positivos** (poder placentero de la conducta); una vez instaurada la dependencia, el mantenimiento se produce por **reforzadores negativos** (alivio del malestar de la abstinencia).

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

La evaluación clínica se fundamenta en el diagnóstico según los criterios del DSM-IV-TR. Los instrumentos de referencia son las **entrevistas** y las **medidas de autoinforme** (centradas en las consecuencias, en el síndrome de dependencia o en la gravedad de la abstinencia).

2.1. Entrevistas Estructuradas

Tipos según su grado de estructuración: **estructuradas** (guión de preguntas/respuestas cerradas) vs. **semiestructuradas** (requieren juicio clínico, formación en psicopatología y entrenamiento específico).

NOTA CLAVE — OBJETIVOS DE LA ENTREVISTA INICIAL

- Crear una **atmósfera de diálogo** para que el paciente sienta que sus problemas son comprendidos.
- Establecer un **marco de referencia** que contextualice la relación terapeuta-paciente (normas, tiempos, condiciones).
- Analizar la demanda**: qué pide, cómo lo pide y qué respuesta se le va a ofrecer.

Siempre que sea posible, contrastar la información del paciente con la de familiares/entorno, ya que los drogodependientes tienden a **minimizar** su problema y la dosis consumida, restar importancia a otras sustancias e infravalorar problemas asociados.

Tabla 17.6 · Principales Entrevistas Estructuradas de la Gravedad de la Dependencia	
Instrumento	Aplicación y Características
ASI — Índice de Gravedad de la Adicción (McLellan, Luborsky, Woody y O'Brien, 1980)	180 ítems. Entrevista semiestructurada estandarizada. Mide número, extensión y duración de síntomas problema a lo largo de la vida y en los últimos 30 días. 40-50 min. Gravedad cuantificada de 0 a 9.
EuropASI (Kokkevi y Hartgers, 1995)	Versión europea del ASI. Evalúa problemas relacionados con el consumo de drogas; 6 escalas: 1) situación médica (16 ítems), 2) situación laboral/social (16), 3) consumo de drogas y alcohol (18), 4) situación legal (23), 5) relaciones familiares/sociales (18), 6) estado psicopatológico (12). Proporciona información para describir necesidades al inicio del tratamiento, asignar estrategias terapéuticas y evaluar resultados.
ASI-Gambling (Lesieur y Blume, 1990/1991; adapt. Alessi y Petry, 2003)	Adaptación del ASI para valorar la gravedad del juego patológico.

Tanto ASI como EuropASI son entrevistas ampliamente utilizadas con fiabilidad y validez avaladas empíricamente.

2.2. Medidas de Autoinforme de Gravedad de la Dependencia

Ninguna debe utilizarse por sí sola para el diagnóstico de dependencia — se usan como complemento, con distintas finalidades (epidemiológicas, de clasificación o clínicas).

Tabla 17.7 · Principales Medidas de Autoinforme de la Gravedad de la Dependencia	
Instrumento	Características
Sustancias psicoactivas	
DTEs — Escala de Evaluación del Consumo de Drogas (Holsten y Waal, 1980; versión esp. Vilalta, 1987)	64 ítems. Likert de 9 grados. 4 dimensiones: consumo de drogas, funcionamiento social, relaciones socio-familiares y estado mental. Los 3 primeros grados = normalidad; siguientes 3 = área sintomática; últimos 3 = área problemática. Útil para caracterizar poblaciones y evaluar eficacia de tratamientos de deshabituación.
LDQ — Cuestionario de Dependencia de Leeds (Raistrick et al., 1994; adapt. esp. González-Sáiz y Salvador-Carulla, 1999)	Sensible a cambios en consumidores de heroína, cocaína, alcohol y anfetaminas.
Nicotina	
FAGERSTROM — Test de Fagerstrom de Dependencia de la Nicotina	6 ítems, 2-4 alternativas de respuesta. Puntuación 0-11; punto de corte = 6 o más para dependencia alta. Validado con medidas fisiológicas de nicotina en sangre (Pomerleau et al., 1994); alta correlación con medidas fisiológicas y estructura factorial consistente.

(Heatherton et al., 1991; adapt. esp. Becoña, Gómez-Durán y Álvarez-Soto, 1992)	
Trastornos de Control de Impulsos (Juego Patológico)	
SOGS — Cuestionario de Juego de South Oaks (Lesieur y Blume, 1992; adapt. esp. Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez, 1994). Versión adolescentes SOGS-RA (Winters, Stinchfield y Fulkerson, 1993; adapt. Secades y Villa, 1998)	20 ítems. Puntuación 0-20; punto de corte 4 (probable jugador patológico). Fiable, válido y rápido (Secades y Villa, 1998).

2.3. Diagnóstico Diferencial

NOTA CLAVE

Los efectos agudos/crónicos del alcohol/drogas **simulan síntomas** de muchos trastornos mentales, dificultando diferenciar entre efectos del consumo/abstinencia y un trastorno psicopatológico propio.

El DSM-IV-TR recomienda identificar la(s) sustancia(s) mediante análisis objetivos (orina, sangre, pelo). En policonsumo, valorar la sustancia consumida con más frecuencia o de forma preferente. Para diagnosticar un **trastorno psicótico atribuido al consumo** se requieren 3 condiciones: 1) inicio de síntomas en las **2 semanas** siguientes al consumo; 2) los síntomas psicóticos persisten **>48 horas**; 3) el trastorno no excede los **6 meses** de duración.

3 cuestiones clave para el diagnóstico diferencial: 1) relación entre consumo y síntomas psicopatológicos; 2) comprobar si la psicopatología es más grave que la esperable en intoxicación/abstinencia; 3) establecer la cronología de aparición, antecedentes personales/familiares y resolución tras varias semanas de abstinencia.

Tabla 17.8 · Principales Medidas para el Diagnóstico Diferencial	
Instrumento	Características
SCID-I — Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I (First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1997, 1999; valid. esp. Torrens et al., 2004)	Entrevista semiestructurada que evalúa los principales grupos de trastornos del Eje I según DSM-IV-TR. Aplicación ≈1h. 6 módulos (A-F): el módulo E se ocupa específicamente de los trastornos relacionados con el consumo de alcohol y de sustancias.
SCID-II — Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje II (First et al., 1997; valid. esp. Gómez-Beneyto et al., 1994)	Entrevista semiestructurada. Cada criterio se puntúa: 1) ausente/falso, 2) por debajo del umbral, 3) positivo/por encima del umbral. Si ≥3 criterios puntúan 3, se considera presente el trastorno de personalidad. Evalúa los 10 trastornos de personalidad del Eje II + 2 del Apéndice B.

Ventaja: exhaustividad. Inconveniente: mutua exclusión — evalúan cada diagnóstico independientemente, dificultando precisar si un trastorno psiquiátrico es primario o drogoinducido; requiere considerar el perfil de consumo del paciente. La SCID-II requiere amplia formación en psicopatología del evaluador.

2.4. Comorbilidad

NOTA CLAVE — DATOS DE COMORBILIDAD

- La comorbilidad psicopatológica se asocia a mayor riesgo de suicidio, menor adherencia al tratamiento y mayor dificultad para mantener la abstinencia.
- Alcohol:** comorbilidad más alta con trastornos de ansiedad, trastornos afectivos y esquizofrenia. Con trastornos de personalidad: 40-44% de los casos, sobre todo obsesivo-compulsiva, antisocial, paranoide y dependiente.
- Cocaína:** asociada a trastornos afectivos (depresivo mayor, bipolar), riesgo de suicidio y trastorno antisocial de personalidad. Prevalencia de consumo de cocaína en esquizofrénicos: 22-31% (posiblemente para combatir síntomas negativos y efectos colaterales de antipsicóticos).
- Cannabis:** droga ilegal más consumida, con aumento en adolescentes y disminución de la percepción de riesgo. Comorbilidad con trastornos de ansiedad y afectivos (más probable en mujeres).
- Policonsumo:** lo habitual es consumir varias sustancias. El alcohol puede ser paliativo del deseo de cocaína (aunque produce efectos contrarios) o precipitante de recaídas. La combinación alcohol+cocaína genera **cocaetileno**, de alta toxicidad cardiovascular y nerviosa. La cocaína también se asocia a cannabis, benzodiacepinas, heroína, y a otros trastornos de control de impulsos (ludopatía, sexo compulsivo, parafilias).
- Compradores compulsivos:** ~37% presenta otro problema de control de impulsos (alimentación, parafilias), trastorno obsesivo-compulsivo de personalidad o trastornos de ansiedad (Black, 2007; Mueller y de Zwaan, 2008).

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

Es necesario explorar **todas las áreas de la vida** del paciente (biológicas, de aprendizaje, de personalidad, sociales). El **estado físico/médico** resulta a veces determinante: enfermedades directamente relacionadas con el consumo (cirrosis por alcohol; hepatitis/VIH por heroína vía parenteral; problemas cardíacos por cocaína) que pueden condicionar el tratamiento.

3.1. Autorregistros

NOTA CLAVE

Ayudan al paciente a tomar conciencia de su comportamiento mecánico; permiten registrar y cuantificar objetivamente las variables que controlan la conducta adictiva (frecuencia, situación, grado de deseo). Posible aparición de **«efectos reactivos»** (la conducta cambia por el hecho de observarla), aunque sus efectos son poco duraderos (Becoña y Gómez-Durán, 1991). Muy útiles en tabaco (hábito automático/inconsciente) y en juego (detectar circunstancias y consecuencias: fecha, hora, pensamientos, lugares, tiempo, tipo de juego, compañía, dinero gastado).

3.2. Medidas de Autoinforme Relativas a la Personalidad

Tabla 17.9 · Principales Medidas de Personalidad y del Proceso de Cambio	
Instrumento	Características
16PF-5 — Cuestionario Factorial de Personalidad (Cattell y Cattell, 1995)	185 preguntas. Mide 16 rasgos de personalidad + escala de inteligencia + escalas de control (Manipulación de la Imagen, Infrecuencia, Aquiescencia) para asegurar la sinceridad del evaluado.
TCI-R — Inventario del Temperamento y del Carácter Revisado (Cloninger, 1994; adapt. esp. Gutiérrez-Zotes et al., 2004)	240 ítems, Likert 1-5. 29 subescalas agrupadas en 4 dimensiones de temperamento (Búsqueda de novedad, Evitación del daño, Dependencia de la recompensa, Persistencia) y 3 de carácter (Autodirección, Cooperación, Autotranscendencia). Distingue personalidad normal y «clínica».

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

El **Modelo Transteórico del Cambio** (Prochaska y DiClemente, 1982; Prochaska, DiClemente y Norcross, 1993) describe el proceso de cambio intencional de una conducta adictiva en 3 dimensiones: **Estadios** (etapas motivacionales), **Procesos** (conductas/estrategias de afrontamiento) y **Niveles de Cambio** (cambios necesarios para abandonar la adicción).

NOTA CLAVE — LOS 6 ESTADIOS DE CAMBIO

- 1. **Precontemplación:** el drogodependiente aún no se ha planteado cambiar; falta de reconocimiento del problema (déficit de insight) → resistencia a buscar tratamiento.
- 2. **Contemplación:** toma conciencia del problema pero sin compromiso firme de cambio.
- 3. **Preparación:** toma la decisión y se compromete a abandonar la adicción.
- 4. **Acción:** el individuo cambia efectivamente.
- 5. **Mantenimiento:** mantenimiento de la abstinencia.
- 6. **Recaída:** si falla el mantenimiento.

Tabla · Instrumentos de Evaluación de Estadios/Procesos de Cambio

Instrumento	Características
PCQ — Cuestionario de los Procesos de Cambio para la Adicción al Alcohol y/o Drogas (Prochaska y DiClemente, 1982; adapt. esp. Martín et al., 1992)	30 ítems, Likert 5. Puntos de corte: ≥8 hombres (hasta 60 años) o ≥7 mujeres/adolescentes/hombres >60 años. Identifica consumidores sin criterios de dependencia; incluye indicadores de consumo problemático, dependencia y patrón de consumo. Alta fiabilidad; muy usado en TCC para dependientes de cocaína.
RCQ — Cuestionario de Disposición al Cambio (Rollnick, Heather, Gold y Hall, 1992)	12 ítems dicotómicos. 3 estadios evaluados (precontemplación, contemplación, acción), 4 ítems cada uno. Diseñado para medir en qué fase se encuentran los consumidores en tratamiento y diseñar la estrategia terapéutica. Coeficientes de fiabilidad altos.

Los 10 procesos básicos del modelo: aumento de la concienciación, autorreevaluación, reevaluación ambiental, relieve dramático, autoliberación, manejo de contingencias, relaciones de ayuda, contracondicionamiento, control de estímulos, liberación social.

4.1. Evaluación del Balance Decisional

El **balance decisional** es la valoración de las ventajas frente a las desventajas de la conducta adictiva. En las primeras etapas (precontemplación/contemplación) predominan los efectos placenteros; conforme avanzan las etapas, se valoran más las consecuencias negativas.

EJEMPLO — ESCALA DE BALANCE DECISIONAL PARA ADICTOS

(Prochaska et al., 1994; basada en la teoría de Janis y Mann, 1977, para heroína, cocaína, alcohol y tabaco): **41 ítems**, Likert 1-5, 2 dimensiones de 21 ítems (Ventajas e Inconvenientes). En fase de **contemplación** o tras recaída, ventajas e inconvenientes se equiparan; en abstinencia **reciente**, los inconvenientes pesan más (minimizándose ambos); en abstinencia **prolongada**, los inconvenientes pesan más que las ventajas, con escasa importancia global. Al final del tratamiento se espera que **predominen los inconvenientes sobre las ventajas** para evitar la recaída.

5. Propuesta de un Protocolo Básico para la Evaluación de los Trastornos por Consumo de Sustancias

Tabla 17.11 · Protocolo Básico para la Evaluación de los Trastornos por Consumo de Sustancias

Fase	Instrumentos
El diagnóstico y delimitación del problema	EUROPASI; FAGERSTROM; SOGS
La conceptualización del caso y la planificación del tratamiento (I)	AUTORREGISTRO; 16PF-5
La conceptualización del caso y la planificación del tratamiento (II)	PCQ; Escala de BALANCE DECISIONAL

EUROPASI = Versión Europea del Índice de Severidad de la Adicción; FAGERSTROM = Test de Fagerstrom de Dependencia a la Nicotina; 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 Rápido para el Examen

- Adicción = consumo autoadministrado que altera humor/percepción/función cerebral; causa intoxicación e induce dependencia psicológica. Depende de **tolerancia, dependencia y síndrome de abstinencia**.
- DSM-IV-TR: **12 sustancias**. Cafeína sin síndrome de dependencia/abuso; nicotina sin síndrome de abuso.
- **Dependencia:** ≥3 de 7 criterios en 12 meses (bloques: dependencia física [1-2], consumo compulsivo [3,4,7], efectos adversos [5-6]). **Abuso:** ≥1 de 4 criterios en 12 meses, y nunca ha cumplido criterios de dependencia.
- **Intoxicación** = síndrome reversible tras ingestión reciente. **Abstinencia** = síndrome tras cese/reducción de consumo prolongado.
- Trastorno psicótico atribuible al consumo: inicio en **2 semanas**, persiste **>48h**, no excede **6 meses**.
- Juego patológico: DSM-IV-TR lo clasifica como **trastorno de control de impulsos** (no adicción); DSM-5 lo trata como **trastorno inducido por sustancias**.
- España (OED, 2011): alcohol 74%, tabaco 44,7%, cannabis 14,8%, cocaína 4,2%, éxtasis 1,2%. Juego patológico: 0,1-1,5%.
- Condicionamiento clásico: **tolerancia condicionada** y **síndrome de abstinencia condicionado** (por señales ambientales). Condicionamiento operante: inicio por **refuerzo positivo**, mantenimiento por **refuerzo negativo**.
- 3 objetivos de la **entrevista inicial**: crear atmósfera de diálogo, establecer marco de referencia, analizar la demanda.
- Instrumento de referencia para gravedad: **ASI/EuropASI** (180 ítems, 6 escalas, gravedad 0-9).
- Medidas de autoinforme de gravedad (NUNCA solas para el diagnóstico): DTES, LDQ, **FAGERSTROM** (nicotina, corte ≥6), **SOGS** (juego, corte 4).
- Diagnóstico diferencial: **SCID-I** (Eje I, módulo E = sustancias) y **SCID-II** (Eje II, personalidad) — inconveniente: mutua exclusión, no distinguen si el trastorno es primario o drogoinducido.
- Comorbilidad: alcohol → ansiedad/afectivos/esquizofrenia (40-44% con trastornos de personalidad); cocaína → afectivos y antisocial; cannabis → ansiedad/afectivos.
- **Cocaetileno** = compuesto tóxico resultante de combinar alcohol + cocaína.
- Autorregistros: método clave, pero cuidado con los «**efectos reactivos**» (poco duraderos).
- Personalidad: **16PF-5** (185 ítems, 16 rasgos) y **TCI-R** (240 ítems, 4 dimensiones de temperamento + 3 de carácter).
- **Modelo Transteórico** (Prochaska y DiClemente): 6 estadios (precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento, recaída); instrumentos **PCQ** y **RCQ**.
- **Balance decisional** = ventajas vs. desventajas de la conducta adictiva; al final del tratamiento deben predominar los **inconvenientes**.

Ejercicios de Autoevaluación

- 1. En la primera entrevista es necesario cubrir los siguientes objetivos: a) Valorar la comorbilidad, el riesgo de infecciones (VIH, 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 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): 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 qué 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): 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 conceptualización 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 Cattell, 1995); c) SCID-R (First et al., 1999).

Soluciones: 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* (2ª ed.). New York: Guilford Press.
- Graña, J. L. (1994). *Conductas Adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Editorial Debate S.A.

18 · Evaluación de los Trastornos Somatomorfos o de Síntomas Somáticos

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 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 del cuerpo (e.g., dolores articulares/musculares, cansancio, pérdida de visión, imposibilidad de mover algún grupo muscular) que **no se corresponden con ninguna patología orgánica** y no se explican por ninguna enfermedad médica. La ausencia de diagnóstico médico les lleva a visitar numerosos especialistas, convirtiéndose en usuarios habituales del sistema sanitario, con elevado coste económico (bajas laborales, invalidez, consumo de fármacos, especialmente analgésicos).

1.1. Descripción de los Principales Trastornos Somatomorfos

Tabla 18.1 · Descripción de los Trastornos según Criterios DSM-IV-TR y DSM-V (APA, 2000; APA, 2012)	
DSM-IV-TR	Descripción
Trastorno de Somatización	Patrón de síntomas somáticos recurrentes y clínicamente significativos presentes antes de los 30 años.
T. Somatomorfo Indiferenciado	Uno o más síntomas físicos que persisten más de 6 meses.
Trastorno de Conversión	Síntomas o déficit que afectan la función motora o sensorial y sugieren una enfermedad neurológica o médica.
Trastorno del Dolor	El dolor como síntoma principal, que merece atención médica.
Hipocondría	Miedo a padecer, o convicción de padecer, una enfermedad grave.
T. Somatomorfo No Especificado	Síntomas somatomorfos que no cumplen todos los criterios anteriores.
DSM-V (nomenclatura provisional)	Descripción
Trastorno de Síntomas Somáticos	Patrón de síntomas positivos (síntomas somáticos + ansiedad, excesivos pensamientos/sentimientos/conductas en respuesta a ellos); persistente >6 meses. Se especifica si predomina el dolor.
T. de Ansiedad por Enfermedad (antes hipocondría)	Preocupación y ansiedad excesivas y desproporcionadas por tener/adquirir una enfermedad grave; ≥6 meses. Subtipos: <i>búsqueda de cuidados</i> (visitas médicas frecuentes) y <i>evitación de cuidados</i> (evitan al médico por la ansiedad que genera).
T. de Conversión (Neurológico Funcional)	Similar al DSM-IV, pero se elimina como criterio obligatorio la ausencia de simulación y la presencia de un estresor.
Factores Psicológicos que Afectan a una Condición Médica	Presencia de uno o más factores psicológicos/conductuales que afectan una condición médica incrementando su riesgo de sufrimiento, muerte o invalidez.
T. 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, no observables o levemente observables por otros. Conductas repetitivas (mirarse al espejo, arreglarse en exceso, pellizcarse la piel) o actos mentales (comparar su apariencia). Se especifica si hay dismorfia muscular. Se traslada al Trastorno Obsesivo Compulsivo y Relacionados , saliendo de los Trastornos de Síntomas Somáticos.

NOTA CLAVE — CAMBIOS CLAVE DEL DSM-V

- Cambio de denominación: «Trastornos de Síntomas Somáticos».
 - El **trastorno del dolor** se integra en el trastorno de síntomas somáticos con predominio de dolor.
 - El **trastorno dismórfico corporal** pasa a formar parte del **Trastorno Obsesivo Compulsivo**.
 - La **hipocondría** se renombra como **trastorno de ansiedad por enfermedad**.
 - Objetivo: nomenclatura más psicológica (variables cognitivas/emocionales) y mejor discriminación Eje I / Eje III, sin asumir dualidad cuerpo-mente.
- 4 características clínicas comunes** (independientemente de la clasificación): a) presencia de (miedo a...) síntomas somáticos y quejas; b) cogniciones características sobre los síntomas (atribuciones, interpretación negativa, atención focalizada, sensibilización); c) malestar emocional; d) deterioro funcional.

1.2. Epidemiología y Curso

NOTA CLAVE — DATOS DE PREVALENCIA (POBLACIÓN ESPAÑOLA, DSM-IV)

- Trastornos somatomorfos: **21,3%** en consulta de médico de familia; **6%** en centro de salud mental. Los más frecuentes tras ansiedad y depresión.
- Trastorno de somatización: 0,2-2% (0,4% en población no clínica, Creed y Barsky, 2004).
- Hipocondría: 0,02-7,7%. Trastorno dismórfico corporal: **1,7%**. Trastorno del dolor: **8,1%** (primeros 12 meses).
- Escasa prevalencia en población infantil antes de los 10 años.
- Diferencias por sexo: mayor prevalencia en **mujeres** en trastorno de somatización (3,3% vs. 1,9% hombres) y trastorno por dolor. **Sin diferencias** por sexo en hipocondría ni trastorno dismórfico corporal.
- **Curso:** se inician mayoritariamente en la adolescencia o principios de la edad adulta, con tendencia a la **cronificación**. La intensidad/frecuencia/gravedad de los síntomas predice cronicidad y mal pronóstico. Mejoría: 50-75% en síntomas sin explicación médica; 30-50% en hipocondría.

1.3. Factores Etiológicos y Asociados

NOTA CLAVE — MODELO MULTICAUSAL

- **Predisposición familiar:** 10-20% de mujeres con parentesco de primer grado presentan trastornos de somatización; padres con altos niveles de psicopatología.
- **Cognitivo-perceptivos (los más relevantes):** interpretación y anticipación catastrófica de síntomas, atribuciones incorrectas sobre la enfermedad, atención selectiva y focalización en reacciones corporales, hipervigilancia, expectativas de enfermedad, tendencia al recuerdo de experiencias de dolor, preocupación excesiva por la salud.
- **Experiencias previas de enfermedad y traumáticas:** enfermedad propia o de personas cercanas; experiencias traumáticas (abuso sexual, maltrato) explican el valor disociativo funcional de la somatización/conversión.
- **Afrontamiento inadecuado:** dificultades ante el estrés, dificultades interpersonales/de pareja, exigencias de madurez para la vida adulta.
- **Personalidad y emocionalidad:** rasgos **alexitímicos** (dificultad para reconocer/comunicar emociones), elevado afecto negativo/neuroticismo, estilo egocéntrico y seductor.
- **Apego inseguro y relaciones familiares de escasa calidad:** dificultades de autorregulación ante pérdida/separación; relaciones familiares poco cohesionadas o negligentes.

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

Técnicas: **entrevistas estructuradas** (evaluación categorial de criterios diagnósticos) y **cuestionarios/escalas/autorregistros** (evaluación dimensional de intensidad/manifestaciones). La evaluación psicológica debe ser **precedida por una evaluación médica** que descarte causas orgánicas — resultados que servirán como «prueba de realidad» para el paciente.

2.1. Instrumentos de Evaluación: Descripción y Características

a) Entrevistas

Tabla 18.2 · Principales Entrevistas Diagnósticas para los Trastornos de Síntomas Somáticos	
Instrumento	Características
SCID-I-CV (versión clínica) (First, Spitzer, Williams y Gibbon, 1997)	Diseñada para el diagnóstico de alteraciones psicopatológicas según criterios DSM-IV. Contiene módulo específico para trastornos somatomorfos: además de preguntas de cribado, permite diagnosticar trastorno por somatización, por dolor, no específico, hipocondría y trastorno dismórfico corporal.
CIDI — Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (WHO, 1993, 2007)	Solo cuenta con un módulo de exploración de síntomas físicos (Neurastenia); no permite el diagnóstico de los trastornos según criterios al uso. Útil para análisis de síntomas y cribado, no para diagnóstico .
SDIH — Entrevista Diagnóstica Estructurada para la Hipocondría (Barsky et al., 1992; versión actualizada Speckens, 2001)	Evalúa los criterios diagnósticos de la hipocondría según DSM-IV. Escala dicotómica (sí/no).
Entrevista Breve para la Fobia Específica a la Enfermedad y la Hipocondría (Malis, Hartz, Doebbeling y Noyes, 2002)	25 preguntas: hipocondría (9) y fobia a la enfermedad (16). Basada en la anterior; centrada en diferenciar hipocondría de fobia a la enfermedad.
BDDE — Entrevista para el Trastorno Dismórfico Corporal (Rosen y Reiter, 1995; adapt. esp. Raich, Torras y Mora, 1997)	Semiestructurada, 28 preguntas, Likert 7 puntos, ≈30 min. Evalúa partes corporales percibidas como defectuosas, carácter delirante o no de la creencia, y 3 dimensiones: insatisfacción/preocupación, conductas de evitación/defecto físico, conocimiento social.

En niños/adolescentes: DICA (Reich, 2000; versión esp. Ezpeleta et al.) y CAPA (Angold, 1994).

EJEMPLO — PREGUNTAS DE CRIBADO (TABLA 18.3)

- Síntomas somáticos:** «¿Dónde identificas el malestar corporal?» «¿En qué momentos del día sientes molestias?»
- T. Dismórfico Corporal:** «¿Hay alguna característica física que te genera preocupación?» «¿Cuánto tiempo inviertes en observarlo?»
- Hipocondría/Ansiedad por la salud:** «¿Qué grado de preocupación te genera la posibilidad de padecer una enfermedad?» «¿Con qué frecuencia va al médico?»
- T. del Dolor:** «¿Dónde tiene las molestias?» «¿Le inhabilita en su vida familiar o laboral?»
- T. de Somatización:** «¿Ha tenido dificultad para tragar o sensación de nudo en la garganta?» «¿Ha tenido dificultad para respirar?» «¿Ha padecido vómitos frecuentes?»

NOTA CLAVE — INTERACCIÓN EVALUADOR-EVALUADO (STARCEVIC, 2002)

Los pacientes con estos trastornos tienden a **persistir en sus quejas**, rechazan explicaciones médicas tranquilizadoras, muestran cierto desafío a la autoridad médica y desinterés por la intervención psicológica (buscan más una explicación de sus síntomas que tratamiento) — genera en el evaluador sentimientos de ineficacia y rechazo. El clínico debe tener presentes estas peculiaridades para favorecer la adherencia.

b) Cuestionarios y Escalas de Puntuación

Evaluación **dimensional** (no categorial). Se diferencian: **instrumentos generales/multidimensionales** (con una escala de somatización) y **específicos** (por trastorno).

NOTA CLAVE — CUESTIONARIOS MULTIDIMENSIONALES CON ESCALA DE SOMATIZACIÓN

MMPI-2 (y MMPI-2-RF, MMPI-A); **MCMI-II/III** (y MACI); **SCL-90-R** (factor de somatización); **CAQ** (escala específica de hipocondría); **BASC** (escala de somatización); **ASEBA** (escala de somatización).

Tabla 18.4 · Instrumentos Específicos para la Delimitación y Análisis de la Sintomatología (selección)	
Instrumento	Características
Síntomas Físicos / Somatización	
PHQ-15 — Cuestionario de Salud del Paciente (Van Ravesteijn et al., 2009)	15 ítems: 13 síntomas físicos + 2 de pérdida de energía/sueño. Likert 4.
QISS — Inventario de Cuantificación de Síndromes Somatomorfos (Wedekind et al., 2007)	18 ítems. Medida general de numerosos síntomas físicos.
CSI/P-CSI — Cuestionario de Somatización de Niños (Walker, Garber y Greene, 1991)	36 ítems. Versión niño (autoinformada) y padres (heteroaplicada). Quejas somáticas.
FDI — Cuestionario del Deterioro Funcional (Walker y Greene, 1991)	14 ítems. Versión infantil 8-17 años. Funcionamiento físico y social en jóvenes con enfermedades físicas.

Hipocondría y Ansiedad por la Enfermedad	
IBQ — Cuestionario de Conducta de Enfermedad (Pilowsky y Spence, 1983; trad. esp. Ballester y Botella, 1993)	62 ítems. Convicción de enfermedad, percepción psicológica vs. somática, inhibición/perturbación afectiva, negación, irritabilidad.
IW — Índice de Whiteley (Pilowsky, 1967; trad. esp. Avia, 1993)	14 ítems dicotómicos (parte del IBQ). 3 dimensiones: preocupación por el cuerpo, fobia a la enfermedad, convicción de enfermedad.
IAS — Escala de Actitud hacia la Enfermedad (Kellner, 1986; adapt. esp. Avia, 1993)	29 ítems, Likert 5. 9 escalas: preocupación por la enfermedad/el dolor, hábitos de salud, creencias hipocondriacas, tanatofobia, preocupación por el cuerpo, experiencia de tratamiento, efectos de los síntomas.
SAIB — Escala para la Evaluación de la Conducta de Enfermedad (Rief et al., 2003)	26 ítems, 5 factores: verificación de diagnóstico, expresión de síntomas, mediación, consecuencias de la enfermedad, escaneo.
MIHT — Inventario Multidimensional de Rasgos Hipocondríacos (Longley, Watson y Noyes, 2005)	31 ítems. 4 factores: alienación hipocondriaca, dependencia hipocondriaca, absorción hipocondriaca y preocupación hipocondriaca.
ICS — Escala de Preocupaciones por la Enfermedad (Wesner y Noyes, 1991; trad. esp. Martínez y Botella, 1996)	18 ítems, Likert 5. Fobia a la enfermedad; conductas de evitación y búsqueda de información tranquilizadora. 2 factores: preocupación/miedo a la salud y evitación.
MECAH — Escala de Hipocondría y Actitud a la Propia Salud de Maastricht (Schmidt y Lousberg, 1991)	67 ítems. 5 escalas: ansiedad por la salud personal, actitud general, convicción de enfermedad, confianza/desconfianza médica, búsqueda de información médica.
SSAS — Escala de Amplificación Somatosensorial (Barsky, Wyshak y Klerman, 1990; trad. esp. Martínez y Botella, 1996)	10 ítems, Likert 5. Detecta estilo somático amplificador: hipervigilancia corporal, focalización en sensaciones, interpretación patológica.
HAQ — Cuestionario de Ansiedad por la Salud (Lucock y Morley, 1996)	21 ítems, Likert 5. 4 dimensiones: miedo a enfermedad/muerte, inquietud/preocupación, conducta de búsqueda de información tranquilizadora, interferencia cotidiana.
HAI — Inventario de Ansiedad por la Salud (Salkovskis et al., 2002)	18 ítems (14 ansiedad por la salud + 4 consecuencias negativas percibidas). Diferencia ansiedad por la salud de enfermedad física real.
Trastorno Dismórfico Corporal	
BSQ — Cuestionario de Figura Corporal (Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987)	34 ítems, Likert 6. Preocupaciones sobre peso, figura y sentimientos sobre la apariencia.
BCQ — Cuestionario de Comprobación Corporal (Reas y Grilo, 2002)	23 ítems. Conductas de exploración y comprobación corporal.
MBSRQ — Cuestionario Multidimensional de las Relaciones Cuerpo-Self (Cash, 1994, 2000; trad. esp. Raich, Torras y Figueras, 1996)	69 ítems, Likert 5. 5 dominios organizados en 3 subescalas: satisfacción, preocupación con el sobrepeso, autclasificación respecto al peso.
Trastorno de Dolor	
WHYMPI — Inventario Multidimensional de Dolor (Kerns et al., 1985)	Dolor crónico, respuesta del entorno y participación en actividades diarias.
MPQ / MPQ-SF — Cuestionario de Dolor de McGill (Melzack, 1975; versión abreviada 1987)	20 ítems (versión abreviada 15). Relación de adjetivos que valoran la intensidad del dolor.
IRS — Escala de Calificación del Malestar Intrusivo (Devins, 1994)	80 ítems, Likert 7. Deterioro en salud, alimentación, trabajo, ocio activo y pasivo.

c) Autorregistros

NOTA CLAVE — ESCALAS DE DOLOR Y DIARIOS

Uso versátil para identificar pensamientos/emociones en situaciones específicas. Para el dolor, 3 tipos de escalas: **numéricas** (0-100 o 0-10), **verbales** (nada-poco-bastante-mucho), **analógicas** (colores, longitudes, caras). Es habitual el uso de **escalas mixtas**.

Instrumentos destacados: **Escala Facial para el Dolor Revisada** (Hicks et al., 2001; adapt. esp. Miró y Huget, 2004) y **APPT** — Escala de Dolor Pediátrico para Adolescentes (Saavedra et al., 1989), que combina elementos pictóricos, gráfico-analógicos y verbales.

Los **diarios de dolor** registran en tiempo real: intensidad (0-100), localización, calidad (punzante, agudo, suave...), duración y datos adicionales (analgésicos, alcohol, actividad). Ventaja: información en tiempo real → mejor validez que la retrospectiva.

2.2. Evidencias de Fiabilidad y Validez

NOTA CLAVE

Las **entrevistas estructuradas** tienen más evidencia de validez/fiabilidad para el diagnóstico categorial: **SCID-I** (conjunto de trastornos), **SDIH** o la Entrevista Breve (hipocondría), **BDDE** (trastorno dismórfico) — estas últimas destacan por su fiabilidad test-retest, consistencia interna, valor discriminante y predictivo.

Las dimensiones de somatización de instrumentos genéricos: buena fiabilidad y capacidad discriminativa — recomendadas para **cribado y gravedad**, **NO para diagnóstico**. Para hipocondría se recomiendan (Speckens, 2001): **IW, IAS, IBQ**. Para dismórfico: **MBSRQ, BSQ, BCQ**. Para dolor: **MPQ / MPQ-SF**. Los autorregistros de dolor en tiempo real ofrecen mejor validez que la información retrospectiva.

2.3. Diagnóstico Diferencial

NOTA CLAVE

Primero: descartar/considerar enfermedad médica (puede coexistir con el trastorno de síntomas somáticos).

Con trastornos de ansiedad — fobia a la enfermedad vs. hipocondría: en la fobia, el miedo es reconocido como excesivo/irracional, ante estímulos **externos** (hospitales, médicos), con evitación pasiva; en la hipocondría, menor conciencia de lo excesivo, estímulos **internos** (cambios corporales), preocupación constante y evitación activa/neutralizadora (más resistente a la tranquilización médica).

Con trastorno de pánico: la preocupación se centra en sufrir otra crisis o morir de infarto; evitación fundamentalmente pasiva; sin las actitudes de enfermedad ni conductas de evitación activa típicas de la hipocondría.

Entre trastornos de síntomas somáticos e hipocondría: en los primeros la queja es más desproporcionada, general y mutable; en la hipocondría es más específica, con carácter más obsesivo y menos afectivo, centrada en la interpretación del síntoma como signo de enfermedad grave.

Con trastornos depresivos: los síntomas físicos de la depresión desaparecen/disminuyen cuando mejora el ánimo (carácter secundario); no ocurre así en los trastornos de síntomas somáticos.

2.4. Comorbilidad

NOTA CLAVE

Principales comórbidos: **ansiedad y depresión**. Patrones específicos: a) trastorno de dolor con ansiedad generalizada y distimia; b) ansiedad por enfermedad (hipocondría) con depresión mayor, trastorno de pánico con/sin agorafobia y TOC; c) trastorno dismórfico corporal con depresión mayor, fobia social, TOC, consumo de sustancias, adicción al ejercicio y trastornos alimentarios.

También asociación con trastornos de personalidad **histriónica, límite y antisocial**. Frecuente comorbilidad entre distintos trastornos de síntomas somáticos entre sí (e.g., dolor + hipocondría) y con trastornos disociativos (e.g., conversión).

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

3.1. Variables Relevantes a Evaluar e Instrumentos para su Contrastación

NOTA CLAVE — VARIABLES DE CONCEPTUALIZACIÓN

- Cognitivo-perceptivas:** interpretación/atribución errónea de síntomas (explicación física más que emocional), anticipación catastrófica, preocupación sobre la enfermedad, estilo perceptivo amplificador (hipervigilancia, escrutinio), alta sensibilidad a respuestas corporales de ansiedad, baja autoeficacia percibida, creencias/convicción de enfermedad.
- Reacciones emocionales:** ansiedad, depresión, ira y especialmente **miedo anticipatorio** a padecer una enfermedad grave o a la muerte. La permanencia de síntomas sin causa médica termina generando estados depresivos e irritabilidad.
- Afrontamiento inadecuado:** evitación pasiva (más propia de la fobia a la enfermedad: evitar hospitales, médicos) o activa (más característica de la hipocondría: comprobación corporal, búsqueda de información tranquilizadora, exploraciones reiteradas); afrontamiento insuficiente del dolor (falta de distracción/relajación, sedentarismo); abuso de medicación/alcohol.
- Reacciones de los otros y apoyo social:** atención/cuidado familiar (posible reforzador) vs. ira/malestar; la ausencia de apoyo social es factor de riesgo.
- Significado de los síntomas:** mecanismo instrumental por reforzamiento positivo (beneficios secundarios, tranquilización) o negativo (reducción del malestar, evasión de responsabilidades); evitación de exigencias de madurez/independencia; expresión comunicativa en relaciones conflictivas; sentido simbólico del síntoma según la historia personal.
- Acontecimientos estresantes:** experiencias previas de enfermedad propia/cercana, o vivencias traumáticas (maltrato, abandono, abuso sexual).
- Características de personalidad:** **alexitimia** (dificultad de comunicación emocional) y **afecto negativo/neuroticismo** (dilatador de la percepción física negativa).
- Impacto sobre el funcionamiento:** nivel de actividad, afectación laboral/social/familiar, calidad de vida.
- Apego inseguro y calidad de relaciones familiares.**
- Análisis de la dinámica funcional:** factores predisponentes/desencadenantes, mecanismos mantenedores por refuerzo positivo/negativo, círculos de retroalimentación cognición-conducta de autoescrutinio.

Tabla 18.5 · Instrumentos para la Conceptualización (selección por área)	
Área	Instrumentos
Cogniciones cognitivo-perceptivas	SSAS — Escala de Amplificación Somatosensorial; PCS — Escala de Catastrofización del Dolor (Sullivan, Bishop y Pivik, 1995); CPSS — Cuestionario de Autoeficacia en Dolor Crónico; PVAQ — Cuestionario de Vigilancia y Conciencia del Dolor; BVS — Escala de Vigilancia Corporal; IAS; BIATQ — Cuestionario de Pensamientos Automáticos sobre la Imagen Corporal (Cash et al., 1991)
Afrontamiento del dolor y los síntomas	CPCI — Inventario de Afrontamiento del Dolor Crónico (Jensen, Turner, Romano y Strom, 1995), 8 subescalas; VCPMI — Inventario Multidimensional de Afrontamiento del Dolor de Vanderbilt, 11 subescalas; CAGE — Cuestionario de Dependencia de Alcohol; BIAQ — Cuestionario de Evitación de la Imagen Corporal; DSS — Escala de Disociación de la Tensión
Reacciones emocionales	BDI — Inventario de Depresión de Beck (versión infantil CDI); STAXI — Inventario de Ira; ISRA — Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad; PASTAS — Escala de Ansiedad Estado-Rasgo ante la Apariencia Física; PASS-20 — Escala de Síntomas de Ansiedad ante el Dolor
Personalidad	TAS-R — Escala Revisada de Alexitimia de Toronto; PANAS — Escalas de Afecto Positivo y Negativo; NEO-PI-R / NEO-FFI
Acontecimientos estresantes	TESI-PRR / TESI-SRR — Inventario para el Despistaje de Acontecimientos Traumáticos; SRRS — Escala de Reajuste Social (Holmes y Rahe, 1967); CSV — Cuestionario de Sucesos Vitales
Impacto y calidad de vida	Eje K (Kennedy, 2004); EEAG / CGAS — Escala de Evaluación de la Actividad Global; QOLI — Entrevista de Calidad de Vida de Lehman; PDI — Índice de Invalidez por Dolor; SIP — Perfil de Impacto de la Enfermedad; FDI — Cuestionario del Deterioro Funcional
Apoyo social / apego	ISEL — Listado de Evaluación de Apoyo Interpersonal; CAS — Cuestionario de Apoyo Social; AAI — Entrevista de Apego para Adultos (versión niños CAI)

3.2. Evidencias de Fiabilidad y Validez para la Conceptualización

Los instrumentos de conceptualización han mostrado adecuadas propiedades psicométricas, especialmente buenas evidencias de **validez de constructo** y **fiabilidad de consistencia interna**.

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

NOTA CLAVE — 3 ÁREAS A MEDIR

a) Instrumentos que evalúen cambios en la sintomatología/manifestaciones clínicas; b) cambios en las variables de conceptualización objeto de intervención; c) cambio en el impacto sobre la vida cotidiana y el funcionamiento.

Hipocondría (sensibles al cambio terapéutico): IAS, IBQ, IW (Speckens et al., 1996a; Speckens, 2001). **T. Dismórfico**: BODE, BSQ, BCQ, MBSRQ. **Dolor**: MPQ-SF y especialmente WHYMPI. Para variables de conceptualización: re-administrar los mismos instrumentos (pre-post). Para impacto/interferencia: QOLI (calidad de vida) y Eje K / EEAG (nivel de actividad). Los **autorregistros y diarios** acumulados también son buenos indicadores de cambio.

5. Propuesta de un Protocolo para la Evaluación de los Trastornos de Síntomas Somáticos o Somatomorfos

Tabla 18.6 · Protocolo Básico para la Evaluación de los Trastornos de Síntomas Somáticos o Somatomorfos	
Fase	Instrumentos
1. Diagnóstico y delimitación — categorial	Conjunto de trastornos: SCID-I. Hipocondría/ansiedad por enfermedad: Entrevista Diagnóstica Estructurada para la Hipocondría; Entrevista Breve para la Fobia Específica y la Hipocondría. T. dismórfico corporal: Entrevista BODE.
1. Diagnóstico y delimitación — dimensional (severidad)	Hipocondría: IAS, IBQ, IW. T. dismórfico: BODE, BSQ, BCQ, MBSRQ. Dolor: MPQ y MPQ-SF.
2. Conceptualización del caso	Instrumentos de Tabla 18.5 según variables relevantes identificadas; WHYMPI; autorregistros y diarios.
3. Resultados del tratamiento y progreso	Medidas postest de los instrumentos de conceptualización; medidas genéricas de impacto y funcionamiento (EEAG, Eje K); instrumentos de calidad de vida (QOLI).

✓ Resumen Rápido para el Examen

- DSM-IV-TR: somatización, somatomorfo indiferenciado, conversión, dolor, hipocondría, dismórfico corporal, no especificado.
- DSM-V: renombra a «Trastornos de Síntomas Somáticos»; hipocondría → **trastorno de ansiedad por enfermedad; trastorno dismórfico corporal pasa al TOC**; trastorno del dolor se integra con predominio de dolor.
- 4 características comunes: síntomas somáticos, cogniciones sobre los síntomas, malestar emocional, deterioro funcional.
- Prevalencia: 21,3% en médico de familia, 6% en salud mental. Dismórfico 1,7%; dolor 8,1%. Mujeres > hombres en somatización y dolor; sin diferencias en hipocondría/dismórfico.
- Curso: inicio en adolescencia/adulthood temprana, tendencia a **cronificación**.
- Factores etiológicos más relevantes: **cognitivo-perceptivos** (interpretación catastrófica, hipervigilancia).
- La evaluación psicológica debe ir **precedida de evaluación médica** que descarte causa orgánica.
- Entrevista de elección para el **conjunto de trastornos: SCID-I-CV**. Para hipocondría: SDIH o Entrevista Breve. Para dismórfico: **BODE**. CIDI solo sirve para cribado, NO diagnóstico.
- Cuestionarios multidimensionales con escala de somatización: MMPI-2, MCMI, SCL-90-R, CAQ, BASC, ASEBA — recomendados para **cribado/gravedad, no diagnóstico**.
- Específicos recomendados: hipocondría → **IW, IAS, IBQ**; dismórfico → **MBSRQ, BSQ, BCQ**; dolor → **MPQ/MPQ-SF** y **WHYMPI**.
- Diagnóstico diferencial clave: fobia a la enfermedad (estímulos externos, evitación pasiva) vs. hipocondría (estímulos internos, evitación activa, más resistente a tranquilización médica).
- Comorbilidad principal: **ansiedad y depresión**; también personalidad histriónica, límite y antisocial.
- Variables de conceptualización: cognitivo-perceptivas, reacciones emocionales (miedo anticipatorio clave), afrontamiento (evitación pasiva/activa), apoyo social, significado de los síntomas (beneficios secundarios), acontecimientos estresantes, personalidad (**alexitimia** y neuroticismo), impacto funcional, apego inseguro.
- Para evaluar el tratamiento: mismos instrumentos dimensionales pre-post + medidas genéricas de impacto (EEAG, Eje K) + calidad de vida (QOLI) + autorregistros/diarios.

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 estructuradas ¿cuál es la 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 BODE.
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: 1b • 2b • 3a • 4a • 5c

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* (pp. 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.