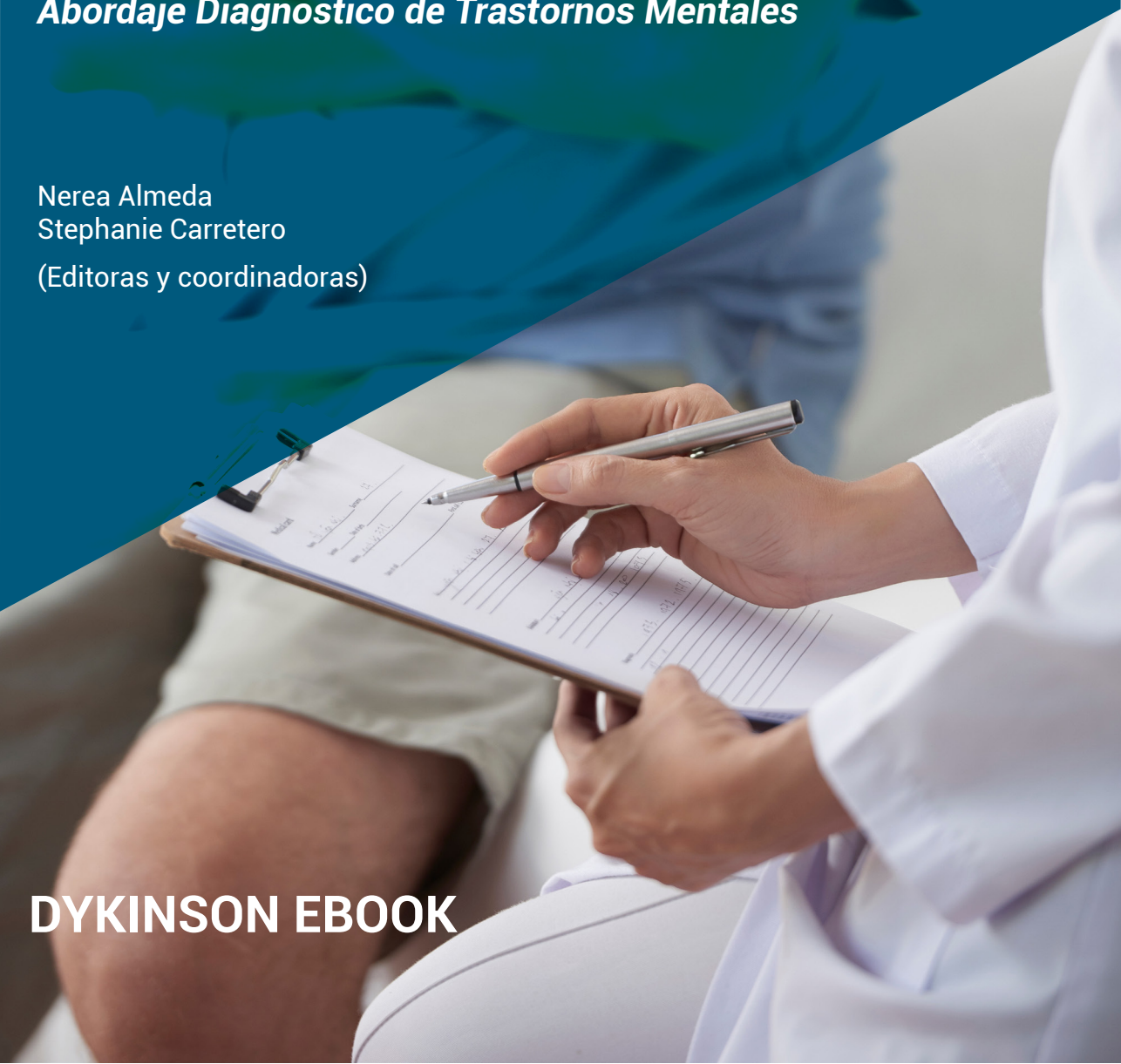
GUÍA PRÁCTICA DE EVALUACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Protocolos para el Abordaje Diagnóstico de Trastornos Mentales

Nerea Almeda
Stephanie Carretero
(Editoras y coordinadoras)



DYKINSON EBOOK

GUÍA PRÁCTICA DE EVALUACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Protocolos para el Abordaje Diagnóstico de Trastornos Mentales

Nerea Almeda
Stephanie Carretero

(Editoras y coordinadoras)

GUÍA PRÁCTICA DE EVALUACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Protocolos para el Abordaje Diagnóstico de Trastornos Mentales

Nerea Almeda y Stephanie Carretero

(Editoras y coordinadoras)

Almeda, Nerea
Arcos Romero, Ana Isabel
Arroyo Palma, Ana
Bascones Pérez-Fragero, Andrés
Benítez Baena, Isabel
Borda Mas, Mercedes
Carretero, Stephanie
Conde Gavilán, Cristina
Esteban García, Laura
Fenollar Cortés, Javier
Fernández Artamendi, Sergio
Fernández Rico, María Elisa
Funuyet Salas, Jesús
Galvao Carmona, Alejandro
García Vergara, Esperanza
Gómez Gómez, Irene
Gutiérrez Colosía, Mencía R.
Ibáñez Alfonso, Joaquín A
Jiménez, Óliver
López Pinar, Carlos
Martín Gómez, Carmen
Navas Campaña, Desirée
Olarte Sánchez, Cristian
Pericet Caro, Emilio
Ponce Luque, Carmen M.
Postigo ALonso, Bárbara
Resurrección, Davinia M
Rodríguez Prieto, Pablo
Ruíz García, Antonio
Sánchez Fernández, Magdalena
Valero, Luis

DYKINSON EBOOK

Este libro ha sido sometido a evaluación por parte de nuestro Consejo Editorial.
Para mayor información, véase *www.dykinson.com/quienes_somos*.

Esta Guía se edita bajo el formato Creative Commons

© Los autores
Madrid, 2024

Editorial DYKINSON, S.L.
Meléndez Valdés, 61 – 28015 Madrid
Teléfono (+34) 91544 28 46 – (+34) 91544 28 69
e-mail: *info@dykinson.com*
http://www.dykison.es / *http://www.dykinson.com*

ISBN: 978-84-1070-959-1
DOI: https://doi.org/10.14679/3774

Maquetación:
Besing Servicios Gráficos S.L.
besingsg@gmail.com

Agradecimientos

Las autoras y autores* de esta guía queremos expresar nuestro más sincero agradecimiento al alumnado de la Universidad Loyola, especialmente a María Abad Delgado, Carmen Álvarez Pena, Cristina Luisa Cobián Rodríguez-Sacristán, María Elisa Fernández Rico, Paula de Juan Iglesias y Reyes López Jiménez, y, su participación en el proceso de revisión y valoración del contenido incluido en esta guía.

---

* Durante el desarrollo de esta guía emplearemos un lenguaje inclusivo de género. En ocasiones específicas, para no afectar a la economía de la expresión lingüística, optamos por utilizar el género gramatical masculino, considerándose extensivo a todos los géneros.

Índice

Agradecimientos 7

Prólogo 19

Capítulo 1. Guía para la evaluación psicológica 21
Stephanie Carretero

1. ¿Qué es la evaluación psicológica?: breve definición 21
2. ¿Cómo se lleva a cabo la evaluación psicológica?: El proceso de la evaluación psicológica 22
   - 2.1. Fase 1: Evaluación clínica inicial 24
   - 2.2. Fase 2: Contrastación de hipótesis 28
   - 2.3. Fase 3: Comunicación de los resultados 33
   - 2.4. Fase 4: Evaluación de la intervención psicológica 33
3. Resumen y conclusiones 35
4. Referencias 35

Capítulo 2. Evaluación de los trastornos del estado de ánimo unipolares: la depresión 37
Carmen Martín Gómez - Isabel Benítez Baena - Irene Gómez Gómez

1. Definición y manifestaciones clínicas de la depresión 38
2. Principales factores de riesgo 39
   - 2.1. Factores biológicos 39

2.2. Factores psicológicos 40
2.3. Factores socioculturales 41
2.4. Sucesos vitales estresantes 43
3. Trastornos mentales comórbidos más frecuentes 43
4. Criterios clínicos para el diagnóstico de la depresión 44
5. Evaluación psicológica 45
5.1. Definición de las principales quejas y motivos de consulta 45
5.2. Objetivos de la evaluación psicologíca 46
5.3. Áreas de evaluación 46
5.4. Principales técnicas e instrumentos de evaluación psicológica .. 48
6. Diagnóstico diferencial 52
7. Conclusiones 53
8. Referencias 53

Capítulo 3. Evaluación de la ansiedad ante los exámenes 65
Antonio Ruiz-García - Davinia M. Resurrección - Óliver Jiménez - Luis Valero

1. Definición y manifestaciones clínicas de la ansiedad ante los exámenes 66
2. Principales factores de riesgo 67
2.1. Factores biológicos 67
2.2. Factores psicológicos 67
2.3. Factores socioculturales 68
2.4. Sucesos vitales estresantes 68
3. Trastornos mentales comórbidos más frecuentes 69
4. Criterios clínicos para el diagnóstico de la ansiedad ante los exámenes 69
5. Evaluación psicológica 70
5.1. Definición de las principales quejas y motivos de consulta 70
5.2. Objetivos de la evaluación psicológica 71
5.3. Áreas de evaluación 71
5.4. ***Principales técnicas*** e instrumentos de evaluación psicológica . 72
5. Diagnóstico diferencial 77
6. Conclusiones 77
Referencias 78

Capítulo 4. Evaluación del trastorno de ansiedad por separación en adultos 85
Antonio Ruiz-García - Óliver Jiménez - Davinia M. Resurrección - Desirée Navas-Campaña

1. Definición y manifestaciones clínicas del trastorno de ansiedad por separación en adultos 86
2. Principales factores de riesgo 87
   - 2.1. Factores biológicos 87
   - 2.2. Factores psicológicos 87
   - 2.3. Factores socioculturales 88
   - 2.4. Sucesos vitales estresantes 88
3. Trastornos mentales comórbidos más frecuentes 89
4. Criterios clínicos para el diagnóstico del trastorno de ansiedad por separación en adultos 89
5. Evaluación psicológica 91
   - 5.1. Definición de las principales quejas y motivos de consulta 91
   - 5.2. Objetivos de la evaluación psicológica 91
   - 5.3. Áreas de evaluación 91
   - 5.4. Principales técnicas e instrumentos de evaluación psicológica 93
6. Diagnóstico diferencial 98
7. Conclusiones 99
8. Referencias 99

Capítulo 5. Evaluación del trastorno de adaptación 103
Ana Arroyo Palma - Mencía Ruiz Gutiérrez Colosía

1. Definición y manifestaciones clínicas del trastorno de adaptación 103
2. Principales factores de riesgo 106
   - 2.1. Factores biológicos 107
   - 2.2. Factores psicológicos 107
   - 2.3. Factores socioculturales 108
   - 2.4. Sucesos vitales estresantes 108
3. Trastornos mentales comórbidos más frecuentes 109
4. Criterios clínicos para el diagnóstico del trastorno de adaptación 109
5. Evaluación psicológica 110
   - 5.1. Definición de las principales quejas y motivos de consulta 110
   - 5.2. Objetivos de la evaluación psicológica 111

5.3. Áreas de evaluación 111
5.4. Principales técnicas e instrumentos de evaluación psicológica . 112
6. Diagnóstico diferencial..... 115
7. Conclusiones 117
8. Referencias 118

Capítulo 6. Evaluación de la bulimia nerviosa 123
Nerea Almeda - Mercedes Borda Mas

1. Definición y manifestaciones clínicas de la bulimia nerviosa..... 123
2. Principales factores de riesgo 124
2.1. Factores biológicos 124
2.2. Factores psicológicos 124
2.3. Factores socioculturales..... 125
2.4. Sucesos vitales estresantes 126
3. Trastornos mentales comórbidos más frecuentes..... 127
4. Criterios clínicos para el diagnóstico de la bulimia nerviosa 127
5. Evaluación psicológica 128
5.1. Definición de las principales quejas y motivos de consulta..... 128
5.2. Objetivos de la evaluación psicológica 129
5.3. Áreas de evaluación 130
5.4. Principales técnicas e instrumentos de evaluación psicológica .. 131
6. Diagnóstico diferencial..... 137
7. Conclusiones 137
8. Referencias 138

Capítulo 7. Evaluación del trastorno por atracón 143
Emilio Pericet Caro - Cristian Manuel Olarte-Sánchez

1. Definición y manifestaciones clínicas del trastorno por atracón 143
2. Principales factores de riesgo 144
2.1. Factores biológicos 144
2.2. Factores psicológicos 145
2.3. Factores socioculturales..... 146
3. Trastornos mentales comórbidos más frecuentes..... 147
4. Criterios clínicos para el diagnóstico del trastorno por atracón 147
5. Evaluación psicológica 148

5.1. Definición de las principales quejas y motivos de consulta..... 148
5.2. Objetivos de la evaluación psicológica 149
5.3. Áreas de evaluación..... 152
5.4. Principales técnicas e instrumentos de evaluación psicológica .. 153
6. Diagnóstico diferencial..... 157
7. Conclusiones 158
8. Referencias 158

Capítulo 8. Evaluación del trastorno de insomnio 165
Carmen Martín Gómez

1. Definición y manifestaciones clínicas del trastorno de insomnio. 165
2. Principales factores de riesgo 167
2.1. Factores biológicos 167
2.2. Factores psicológicos..... 167
3. Trastornos comórbidos más frecuentes 168
4. Criterios clínicos para el diagnóstico del trastorno de insomnio..... 169
5. Evaluación psicológica 170
5.1. Definición de las principales quejas y motivos de consulta..... 170
5.2. Objetivos de la evaluación psicológica 171
5.3. Áreas de evaluación..... 171
5.4. Principales técnicas e instrumentos de evaluación psicológica .. 173
5. Diagnóstico diferencial 177
6. Conclusiones 180
7. Referencias 180

Capítulo 9. Evaluación de las dificultades en la vivencia de la sexualidad..... 185
Ana I. Arcos-Romero - Laura Esteban

1. Definición y manifestaciones clínicas de las disfunciones sexuales . 186
Definición de los trastornos de disfunción sexual 186
2. Principales factores de riesgo 188
2.1. Factores biológicos 188
2.2. Factores psicológicos 189
2.3. Factores socioculturales..... 190
2.4. Sucesos vitales estresantes 190

3. Trastornos mentales y/o afecciones médicas comórbidas más frecuentes 190
4. Criterios clínicos para el diagnóstico de las disfunciones sexuales ... 191
5. Evaluación psicológica..... 192
5.1. Definición de las principales quejas y motivos de consulta..... 192
5.2. Objetivos de la evaluación psicológica 192
5.3. Áreas de evaluación y principales técnicas e instrumentos de evaluación psicológica 193
6. Diagnóstico diferencial..... 197
7. Conclusiones 198
8. Referencias 198

Capítulo 10. Evaluación de los trastornos por consumo de sustancias 203

Andrés Bascones Pérez-Fragero - Sergio Fernández-Artamendi

1. Definición y manifestaciones clínicas de los trastornos por consumo de sustancias 203
2. Principales factores de riesgo 205
2.1. Factores psicológicos 206
2.2. Factores socioculturales..... 206
2.3. Sucesos vitales estresantes 206
3. Trastornos mentales comórbidos más frecuentes con los trastornos por consumo de sustancias..... 207
4. Criterios clínicos para el diagnóstico de los trastornos por consumo de sustancias 207
5. Evaluación psicológica 208
5.1. Técnica "SBIRT"..... 208
5.2. Definición de las principales quejas y motivos de consulta..... 209
5.3. Objetivos de la evaluación. 210
5.4. Áreas de evaluación..... 210
5.5. Principales técnicas e instrumentos de evaluación psicológica .. 211
6. Diagnóstico diferencial..... 215
7. Conclusiones 216
8. Referencias 216

Capítulo 11. Evaluación del uso problemático de internet..... 219
Magdalena Sánchez Fernández - Mercedes Borda Mas

1. Definición y manifestaciones clínicas del uso problemático de internet 219
2. Principales factores de riesgo 221
   2.1. Factores biológicos 221
   2.2. Factores psicológicos..... 221
   2.3. Factores socioculturales 222
   2.4. Sucesos vitales estresantes 222
3. Trastornos mentales comórbidos más frecuentes..... 223
4. Criterios clínicos para el diagnóstico del uso problemático de internet 223
5. Evaluación psicológica..... 229
   5.1. Definición de las principales quejas y motivos de consulta 229
   5.2. Objetivos de la evaluación..... 230
   5.3. Áreas de evaluación 231
   5.4. Principales técnicas e instrumentos de evaluación psicológica .. 231
6. Diagnóstico diferencial..... 236
7. Conclusiones 237
8. Referencias 237

Capítulo 12. Evaluación del trastorno límite de la personalidad 245
Nerea Almeda - Magdalena Sánchez Fernández - Esperanza García Vergara

1. Definición y manifestaciones clínicas del trastorno límite de la personalidad 246
2. Principales factores de riesgo 246
   2.1. Factores biológicos 246
   2.2. Factores psicológicos 247
   2.3. Factores socioculturales..... 247
   2.4. Sucesos vitales estresantes 248
3. Trastornos mentales comórbidos más frecuentes..... 248
4. Criterios clínicos para el diagnóstico del trastorno límite de la personalidad 250
5. Evaluación psicológica 251
   5.1. Definición de principales quejas y motivos de consulta..... 251

5.2. Objetivos de la evaluación psicológica 252
5.3. Áreas de evaluación..... 253
5.4. Principales técnicas e instrumentos de evaluación psicológica . 253
6. Diagnóstico diferencial..... 258
7. Conclusiones 259
8. Referencias 260

Capítulo 13. Evaluación neuropsicológica de los trastornos del espectro autista 267

Joaquín A. Ibáñez Alfonso - María Elisa Fernández Rico - Carmen M. Ponce Luque - Pablo Rodríguez Prieto

1. Definición y manifestaciones clínicas de los trastornos del espectro autista 268
2. Principales factores de riesgo 270
   2.1. Factores biológicos 270
   2.2. Factores socioculturales..... 270
3. Trastornos mentales comórbidos más frecuentes 271
4. Criterios clínicos para el diagnóstico de los trastornos del espectro autista 272
5. Evaluación psicológica 274
   5.2. Principales técnicas e instrumentos de evaluación neuropsicológica..... 276

Conclusiones 279
Referencias 280

Capítulo 14. Evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en infancia, adolescencia y edad adulta 287

Javier Fenollar Cortés - Carlos López Pinar

1. Definición y manifestaciones clínicas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad..... 287
2. Principales factores de riesgo 289
   2.1. Factores biológicos 289
   2.2. Factores contextuales..... 289
   2.3. Factores psicológicos 289
   2.4. Sucesos vitales estresantes 290

3. Trastornos mentales comórbidos más frecuentes 290
4. Criterios clínicos para el diagnóstico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad 291
5. Evaluación psicológica 293
5.1. Definición de las principales quejas y motivos de consulta 293
5.2. Objetivos de la evaluación psicológica 294
5.3. Áreas de evaluación 294
5.4. Principales técnicas e instrumentos de evaluación psicológica 295
6. Diagnóstico diferencial 299
7. Conclusiones 300
8. Referencias 301

Capítulo 15. Evaluación neuropsicológica de los trastornos específicos del aprendizaje: Dislexia 305

Carmen María Ponce Luque - Pablo Rodríguez Prieto - Joaquín A. Ibáñez Alfonso

1. Definición y manifestaciones clínicas de la dislexia como trastorno específico del aprendizaje 306
2. Principales factores de riesgo 309
2.1. Factores biológicos 309
2.2. Factores socioculturales 310
3. Trastornos mentales comórbidos más frecuentes 310
4. Criterios clínicos para el diagnóstico de la dislexia 311
5. Evaluación neuropsicológica 312
5.1. Definición de las principales quejas y motivos de consulta 312
5.2. Objetivos y principales técnicas e instrumentos de evaluación neuropsicológica 313
6. Diagnóstico diferencial 317
7. Conclusiones 319
8. Referencias 320

Capítulo 16. Evaluación psicológica en la enfermedad crónica: un ejemplo de abordaje biopsicosocial en el contexto hospitalario 323

Jesús Funuyet-Salas

1. Definición y manifestaciones clínicas de la enfermedad hepática metabólica..... 324
2. Principales factores de riesgo 325
3. El abordaje biopsicosocial de la enfermedad hepática metabólica: una respuesta al problema de la adherencia terapéutica..... 326
4. Evaluación psicológica..... 327
   - 4.1. Áreas y objetivos de la evaluación psicológica 328
   - 4.2. Principales técnicas e instrumentos de evaluación psicológica .. 332
4. Conclusiones 337
5. Referencias 338

Capítulo 17. Evaluación neuropsicológica de la esclerosis múltiple..... 345

Alejandro Galvao Carmona - Bárbara Postigo Alonso - Cristina Conde Gavilán

1. Definición y manifestaciones clínicas de la esclerosis múltiple 346
2. Proceso de evaluación neuropsicológica en personas con esclerosis múltiple..... 350
   - 2.1. Objetivos de la evaluación neuropsicológica..... 354
   - 2.2. Áreas de evaluación..... 355
   - 2.3. Principales técnicas e instrumentos de evaluación neuropsicológica..... 358
3. Diagnóstico diferencial..... 360
4. Evaluaciones complementarias mediante técnicas de electroencefalografía. 361
5. Conclusiones 364
6. Referencias 365

Prólogo

El proceso de evaluación psicológica conlleva la aplicación de técnicas e instrumentos, así como el desarrollo de una serie de habilidades que, durante los últimos años, ha sido objeto de un proceso de validación basado en el método científico. Este proceso se basa en estudios clínicos, consenso internacional de buenas prácticas y revisiones periódicas actualizadas que incluyen tanto el avance del conocimiento científico como la experiencia clínica. En este sentido, el proceso de evaluación psicológica debe basarse en la evidencia empírica y ser sistemático para garantizar la buena práctica profesional.

El objetivo principal de esta guía es aportar un conjunto de protocolos de evaluación psicológica que recoja la evidencia empírica más reciente así como las recomendaciones de buenas prácticas clínicas identificadas a nivel nacional e internacional para los siguientes trastornos: trastornos estado del ánimo unipolares, trastorno de ansiedad ante los exámenes, trastorno de ansiedad de separación, trastorno adaptativo, bulimia nerviosa, trastorno por atracón, trastorno de insomnio, dificultades en la vivencia de la sexualidad, trastornos por consumo de sustancias, uso problemático internet, trastorno límite de la personalidad, autismo, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, dislexia y enfermedad crónica, incluyendo la enfermedad hepática metabólica y esclerosis múltiple.

Con ello, se permite transferir el conocimiento científico a la docencia de grado y máster, en el contexto de asignaturas de la rama de la psicología clínica, así como en su utilización por parte de profesionales clínicos y sanitarios en su quehacer profesional. Esta guía pretende servir de

puente entre la evidencia empírica y la actividad docente y clínica, facilitando que tanto alumnado como profesionales puedan conocer y aplicar los estándares nacionales e internacionales de evaluación psicológica en varias áreas específicas de la psicopatología clínica.

Para el desarrollo de esta guía se ha contado con el esfuerzo, la colaboración y el conocimiento de docentes e investigadores expertos en el campo de la evaluación psicológica de siete universidades españolas (Universidad Loyola, Universidad de Sevilla, Universidad de Huelva, Universidad de Córdoba, Universidad de Granada, Universidad de Málaga y Universidad Europea de Valencia), el Área de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía de la Fundación Pública Andaluza Progreso y Salud (Consejería de Salud y Consumo, Junta de Andalucía), el Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento y el Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba. Asimismo, también han participado distintos profesionales sanitarios de la Clínica Universitaria de la Universidad Loyola.

Esta obra se enmarca dentro del proyecto de innovación docente titulado "Desarrollo de un guía de uso de protocolos de evaluación psicológica para el alumnado en Psicología Clínica" financiado por la Unidad de Formación e Innovación Docente de la Universidad Loyola, bajo la dirección de la Dra. Nerea Almeda y la Dra. Stephanie Carretero.

Capítulo 1. Guía para la evaluación psicológica

STEPHANIE CARRETERO

Departamento de Psicología,
Universidad Loyola Andalucía

1. ¿QUÉ ES LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA?: BREVE DEFINICIÓN

La evaluación psicológica se define como una disciplina científica que investiga y analiza el comportamiento de individuos o grupos con diversos objetivos aplicados. Este proceso, descrito por Fernández-Ballesteros (2011), implica resolver problemas y tomar decisiones a partir de una demanda específica, utilizando actividades científicas y profesionales para satisfacer esa demanda. En este sentido, la evaluación psicológica sigue un proceso similar al de la investigación científica, comenzando con la formulación de hipótesis en base a información disponible y que se contrastan mediante diversas herramientas de evaluación psicológica, culminando en la comunicación de los resultados, como señala Spores (2022). De hecho, la Asociación Americana de Psicología (APA, 2020) define la evaluación psicológica como una actividad compleja ya que combina la obtención de resultados fruto de la recogida de información del sujeto, con conocimientos, experiencia y juicio clínico del profesional.

Aunque los objetivos de la evaluación psicológica son variados, en la práctica clínica su objetivo principal es diagnosticar y ofrecer interven-

ción a individuos o grupos. Sin embargo, es importante destacar que la evaluación psicológica va más allá de clasificar a un individuo con fines clínicos (Psicodiagnóstico) o la administración de tests (Testing). En este sentido, Cohen y Swerdlik (2018) describen la evaluación psicológica como un proceso individualizado, donde el psicólogo guía al paciente a lo largo de todo el proceso de evaluación para abordar problemas específicos o tomar decisiones basadas en su demanda con el uso de diversas herramientas de evaluación, cuyos datos se recopilan y organizan de forma pertinente. Por el contrario, el testing implica la administración puntual de una única clase de herramienta de evaluación, el test, para obtener información numérica sobre una capacidad o atributo del individuo en un momento específico. En este contexto, el papel del psicólogo puede ser secundario, ya que otros profesionales con las competencias técnicas adecuadas pueden administrar el test (Cohen y Swerdlik, 2018). Sabemos que la aplicación de una sola herramienta de evaluación psicológica no permitiría abordar todos los aspectos de funcionamiento del sujeto implicados en su demanda. Es por ello que han de combinarse múltiples métodos o herramientas de evaluación para obtener una impresión más exacta del funcionamiento actual del sujeto (Wright, 2020).

La evaluación psicológica es un componente clave de la práctica psicológica (APA, 2020). Las decisiones que emanen como resultado de la evaluación no sólo tienen implicaciones importantes para la salud mental y la vida de las personas y sus seres queridos. También como han apuntado Poston y Hanson (2010) como resultado de un metaanálisis con 17 estudios, la evaluación psicológica realizada como un proceso individualizado y colaborativo puede incluso alcanzar efectos terapéuticos similares a los obtenidos a la psicoterapia. Pasamos a continuación a describir el proceso de evaluación psicológica.

2. ¿CÓMO SE LLEVA A CABO LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA?: EL PROCESO DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Como se ha mencionado arriba y se puede encontrar en diferentes manuales sobre evaluación psicológica, ésta se puede equiparar a la tarea de efectuar a una investigación científica que se basa en un modelo

de prueba de hipótesis (Fernández- Ballesteros, 2011; Moreno- Rosset y Ramírez- Uclés, 2019; Spores, 2012; Wright, 2020). Como afirma Wright (2021), cada evaluación individual implica el proceso sistemático de (1) formular hipótesis, (2) contrastarlas para descartar posibilidades e incorporar otras, (3) utilizar diferentes herramientas de evaluación e informantes, para ayudar a la recopilación de datos asegurando la solidez de los resultados obtenidos. Este modelo de prueba de hipótesis es abordado por la mayoría de los modelos de evaluación psicológica, variando la forma en la que utilizan los datos y las herramientas de evaluación psicológica aplicadas (Wright, 2020).

En este sentido, los principales autores coinciden en equiparar la evaluación psicológica a un proceso sistemático de investigación científica en el que se sigue una serie de pasos ordenados que permite cumplir con el objetivo de diagnosticar, orientar o desarrollar una intervención psicológica. La formulación de hipótesis se realiza en base a la definición de la demanda o problema y la información presente y pasada que está relacionada con la demanda/problema. Estas hipótesis guían la selección de herramientas de evaluación psicológica, que generan una serie de resultados que se analizan e integran para obtener una narrativa coherente de lo que está sucediendo con el individuo. Esta narrativa respalda recomendaciones claras, específicas, y útiles para mejorar el funcionamiento de la persona.

Se pueden encontrar diferentes divisiones o propuestas en cuanto a las fases y pasos de la evaluación psicológica. Basándonos en los principales manuales (Fernández- Ballesteros, 2011; Moreno- Rosset y Ramírez- Uclés, 2019; Spores, 2012; Wright, 2020), en esta guía proponemos que el proceso de evaluación psicológica está formado por 4 fases y 8 pasos (Ver cuadro 1). Se describen a continuación cada uno de ellos.

Cuadro 1.
Esquema de las fases y pasos del proceso de evaluación psicológica

Fases y pasos del proceso de evaluación psicológica:

Fase 1: Evaluación clínica inicial

Paso 1. Definición del problema o demanda.

Paso 2. Recogida de información actual y pasada en relación con el problema o demanda

Paso 3. Formulación de hipótesis

Fase 2: Contrastación de hipótesis

Paso 4. Operacionalización de las hipótesis.

Paso 5. Aplicación de técnicas e instrumentos de evaluación.

Paso 6. Análisis e interpretación de los datos obtenidos.

Paso 7. Elaboración de la formulación o teoría del caso.

Fase 3: Comunicación de resultados

Paso 8. Elaboración de un informe psicológico.

Fase 4: Evaluación de la intervención psicológica

2.1. Fase 1: Evaluación clínica inicial

Esta fase implica una recogida de información para poder conocer de forma específica la demanda del sujeto, es decir, cuál es su problema, y las áreas de funcionamiento afectadas y las variables relacionadas con ella. El objetivo último es recoger toda la información útil para poder formular nuestras hipótesis sobre el caso, y así identificar la causa más probable del deterioro en el funcionamiento del individuo para intervenir. En esta fase, obtendremos la mayoría de la información a través de la acción de preguntar guiando al sujeto hacia el contenido que nos sea útil. Así, la principal herramienta de evaluación psicológica que utilizaremos en esta fase es la entrevista psicológica o clínica (se puede encontrar más información sobre cómo realizar una entrevista en Perpiñá,

2020). La recogida de algunos documentos de archivo y las propias observaciones clínicas complementarán los datos recogidos a través de la entrevista clínica. En este momento, los informantes pueden ser además del paciente, los padres o cuidadores de un menor o un familiar autorizado por el paciente en caso en el que sea adulto.

Esta fase está así compuesta por tres pasos, en la que tendremos que: 1) definir el problema o demanda del paciente, 2) recoger la información actual y pasada en relación con el problema o demanda, y 3) formular las hipótesis sobre el caso.

Paso 1. Definir el problema o demanda

En este primer paso, tenemos como objetivo definir de forma específica la demanda o el problema que presenta el sujeto. En muchos de los casos, un paciente acude a consulta sin saber definir de forma específica lo que le sucede o siendo desconocedor de todas las áreas de funcionamiento a la que puede afectar su problema. De igual modo, el paciente puede no saber que, como psicólogos, para poder responder a su problema debemos realizar una evaluación psicológica. Es nuestra tarea, en este momento, formularle una serie de preguntas a través de la entrevista para obtener la siguiente información:

- El motivo de consulta o referencia.
- Qué quiere conseguir el paciente como resultado de su consulta (como, por ejemplo, una mejora en una determinada área de su vida o en un síntoma físico o mental, en una competencia o habilidad, etc.)
- Cuál es su objetivo de evaluación (como, por ejemplo, obtener un diagnóstico, una orientación o recibir un tratamiento psicológico que aminore o palie el problema).

Con esta información, es el momento en el que el profesional de la psicología ha de valorar primero si la demanda realizada por el sujeto es lícita, si el proceso de evaluación psicológica es capaz de responder a la demanda, así como si es capaz de asumir la evaluación con sus competencias, experiencia y marco teórico. Si valora que sí, entonces

el profesional de la psicología deberá recabar un consentimiento informado[1] que sentará las bases de la confidencialidad de la información compartida por el paciente, así como del compromiso con el proceso de evaluación psicológica por parte del paciente.

Paso 2. Recoger la información actual y pasada en relación con el problema o demanda

Se trata aquí de especificar todos los elementos que se relacionan con la demanda o problema, tanto pasados como actuales. En este paso, además de la entrevista clínica, puede ser útil recabar datos de archivo tales como informes de otros profesionales, cuadernos de notas o diarios del paciente, etc. Es importante destacar aquí que el tipo de información a recoger va a depender de la demanda y del problema a evaluar. En este sentido, se podrá profundizar más en aquellos aspectos que sean necesarios para comprender la demanda y no en otros. Por ejemplo, si existe alguna patología física profundizaremos en ella si puede estar relacionada con el problema, pero no si no la hay. O si ha habido una historia de consumo y abuso de sustancias, recogeremos datos sobre ello para comprender la relación con el problema.

Recogeremos aquí información sobre:

- El problema o demanda actual y su historia:
    - La evaluación del problema actual implica la recogida de información sobre elementos tales como estresores actuales, problemas cognitivos y del estado de ánimo, e ideas suicidas, homicidas y agresivas. En este momento de la evaluación, se ha de prestar especial atención a conocer si existe un peligro para que el paciente se dañe a sí mismo u a otros (como, por ejemplo, ideas suicidas, tendencias homicidas o abuso a menores).

1 En la página web del Colegio Oficial de Andalucía Oriental, puede encontrarse varios modelos de consentimiento informado: *https://www.copao.com/index.php/ventanilla/impresos-de-secretaria/secretaria/consentimiento*

- La evaluación de la historia del problema está centrada en recoger datos sobre su inicio, su curso (continuo o intermitente), y cualquier evaluación realizada previamente.

— Condiciones biológicas y psicológicas actuales y pasadas. En este apartado, recogemos información sobre el desarrollo en la infancia, y la historia médica, psiquiátrica y de consumo de alcohol y sustancias propia y familiar.

— Condiciones psicosociales actuales y pasadas. Recogemos información sobre la historia familiar, social, cultural, educativa y laboral, criminal y legal, y psicosexual.

Además, se complementará esta información con la observación del paciente en consulta, para registrar datos sobre su apariencia y conducta, su discurso y lenguaje, su estado de ánimo, su pensamiento, su cognición, y su funcionamiento prefrontal.

Paso 3. Formulación de hipótesis

La obtención y sistematización de los datos en los pasos 1 y 2 *va a permitir que el profesional de la psicología* pueda establecer un perfil del funcionamiento del sujeto y cuáles son las áreas de funcionamiento que están afectadas. Así, el psicólogo puede en este momento formular las hipótesis de lo que le puede estar ocurriendo al sujeto, y formulará tantas hipótesis como considere. Este momento es una tarea individual del psicólogo en la que tiene que hacer un primer esfuerzo de sistematización de toda la información obtenida. El conocimiento y la experiencia en psicopatología será primordial para definir las hipótesis necesarias.

La formulación de hipótesis empieza con el planteamiento de una hipótesis nula como hipótesis de contraste en la que afirmamos que el funcionamiento del sujeto es normal. Se pueden formular 4 tipos de supuestos o hipótesis:

— Supuesto de cuantificación, son hipótesis que establecen si se da la conducta y cuántas veces ocurre. Por ejemplo, *se com-*

prueba si un paciente muestra síntomas de ansiedad, hiperventilación y evitación social en más de cinco ocasiones al mes.

- Supuesto de semejanza se establece cuando un problema se asimila a algún trastorno ya tipificado. Por ejemplo, se hipotetiza que *el paciente cumple con los criterios del trastorno depresivo mayor según el DSM-5, dado que presenta síntomas como anhedonia, fatiga persistente y pensamientos recurrentes de inutilidad.* Se evalúa si un paciente cumple con los síntomas del trastorno de depresivo mayor según el DSM-5.
- Supuesto de asociación predictiva: son hipótesis que se formulan para contrastarla relación de la conducta problema asociada a otras conductas que la predicen. Un ejemplo sería: *Se espera que el bajo rendimiento académico del niño esté relacionado con la sintomatología de hiperactividad, conforme a la literatura que asocia TDAH con dificultades en el rendimiento escolar*. En este caso, se quiere comprobar la predicción que un niño con hiperactividad tendrá bajo rendimiento escolar, basado en estudios previos.
- Supuesto de asociación funcional: son hipótesis que se establecen con las variables que causan o explican la conducta problema o demanda. Por ejemplo, se hipotetiza que *el déficit en el rendimiento escolar del niño puede explicarse por la presencia de una lesión en el lóbulo frontal, afectando su capacidad para planificar y controlar impulsos, tal como lo sugieren los estudios en neuropsicologías*. En este caso, se atribuye el bajo rendimiento escolar de un niño a una lesión cerebral que afecta sus funciones cognitivas.

2.2. Fase 2: Contrastación de hipótesis

Esta fase consiste en comprobar si las hipótesis planteadas respecto al caso son verdaderas o no. Para ello, deberemos medir las variables que apresan nuestras hipótesis a través de la administración de diferentes técnicas e instrumentos de evaluación pertinentes al sujeto. Se analizarán los datos obtenidos de modo que podamos aceptar o rechazar nuestras hipótesis. Para ello, se plantean los siguientes pasos:

Paso 4. Operacionalización de las hipótesis.

Paso 5. Aplicación de técnicas e instrumentos de evaluación.

Paso 6. Análisis e interpretación de los datos obtenidos.

Paso 7. Elaboración de la formulación o teoría del caso.

Paso 4. Operacionalización de las hipótesis

Una vez definidas las hipótesis en el paso anterior, debemos planificar cómo las vamos a medir para poder saber si son verdaderas o no. Para cada hipótesis, será necesario establecer qué variables vamos a tener que medir y con qué técnica o instrumento lo vamos a medir. Las variables pueden estar referidas a la conducta problema, a variables personales, del ambiente o del organismo. En la comprobación de una hipótesis se recomienda un enfoque diversificado o triangulación en la que se utilicen diferentes técnicas e instrumentos de evaluación a través de diferentes informantes para asegurar la validez de las conclusiones que se obtengan. Este ejercicio puede realizarse de una forma sistemática con la ayuda de una tabla (Ver tabla 1) que nos ayude a organizar esta información, de tal modo:

- La primera columna refleja las hipótesis, en cada fila incorporaremos una hipótesis. Cada caso suele tener más de una hipótesis que debemos contrastar.
- La segunda columna incluye las variables que se requiere medir para valorar esa hipótesis.
- La tercera columna incluye las técnicas e instrumentos de evaluación que se utilizarán para evaluar esa hipótesis en relación con esa variable. Como se ha comentado, es conveniente utilizar al menos dos técnicas diferentes para asegurar que el resultado es fiable. Es importante aquí ser conocedor de las diferentes técnicas e instrumentos de evaluación psicológica disponible en psicología para evaluar diferentes áreas de funcionamiento y psicopatologías. Así, en los próximos capítulos de esta guía se abordan los trastornos mentales y problemas psicológicos específicos más comunes y en los que se puede obtener infor-

mación de las técnicas e instrumentos de evaluación contrastados. Asimismo, se recomienda consultar el manual de Wright (2021) que aborda las medidas de evaluación psicológica más utilizadas en la evaluación en niños y adultos.

- La cuarta columna incluye los informantes. En especial en el caso de la evaluación en niños, los informantes serán en mucho de los casos los padres, tutores y profesores del niño.
- La quinta columna permite planificar el tiempo que llevará la administración y el lugar en el que se llevará a cabo.

Tabla 1.
Modelo de tabla para la operacionalización de variables en el proceso de evaluación psicológica, ilustrado con un ejemplo

Hipótesis	**Variables implicadas**	**Técnicas o instrumentos de evaluación**	**Informantes**	**Tiempo y Lugar de aplicación**
Laura experimenta altos niveles de ansiedad tanto en su vida cotidiana como en situaciones específicas.	*Nivel de ansiedad (Estado y Rasgo)*	*1-Cuestionario de Ansiedad Estado- Rasgo (STAI)* *2-Entrevista clínica semi-estructurada*	*La paciente (Laura)*	*1-20 minutos (autoadministrada en casa).* *2-20 minutos (administrado en consulta).*
Los niveles de ansiedad de Laura aumentan en contextos de interacción social.	*1.Percepción de la presencia de ansiedad.* *2. Percepción de la intensidad de la ansiedad* *3.Situaciones cotidianas en las que aparece la ansiedad*	*1. Autorregistro de ansiedad en situaciones de la vida diaria* *2. Entrevista clínica semi-estructurada*	*La paciente (Laura)*	*1-20 minutos/día/1 semana (autoadministrada en casa).* *2-20 minutos (administrado en consulta).*
----	-----	----	----	----

Fuente: Elaboración propia.

Paso 5. Aplicación de técnicas e instrumentos de evaluación

Previa preparación de los instrumentos, se van aplicando tal y como se había planificado en el paso anterior. Habitualmente, la aplicación de instrumentos se hace en la consulta o un lugar designado al efecto en la consulta, para que haya poca distracción. A veces, también puede ser que la persona cumplimente la prueba fuera de la consulta, como, por ejemplo, en el caso de los autorregistros y registros para observar una conducta en casa o en un entorno diferente a la consulta o cuando en el caso de autoinformes cuya cumplimentación requiere tiempo.

En el caso de técnicas psicométricas, éstas han de aplicarse de forma rigurosa, teniendo en cuenta las instrucciones recogidas en el manual. Asimismo, es importante en la aplicación de cualquier técnica considerar no sólo su robustez psicométrica para asegurar la fiabilidad y validez de nuestros datos. Sino también considerar aspectos éticos como es la limitación funcional del sujeto, su edad y su cultura. Algunos tests incluyen estas consideraciones en su manual. Es necesario que el profesional sea conocedor de los componentes éticos de la administración de técnicas e instrumentos de evaluación psicológica para mantener la veracidad de los datos obtenidos. El lector puede consultar Growth-Manarth y Wright (2016) que revisan consideraciones éticas al proceso de evaluación psicológica, o Goldstein et al. (2019) que incluyen en su manual de evaluación psicológica consideraciones específicas de la evaluación en la infancia y en la vejez.

Paso 6. Análisis, interpretación e integración de los datos

Una vez administradas las pruebas, procedemos a corregirlas, interpretar los resultados e integrar los datos obtenidos de las diferentes pruebas con el fin de aceptar o no las hipótesis planteadas. En la actualidad, muchas pruebas, en especial los tests, se corrigen de forma informatizada. No obstante, hay que seguir prestando atención a otros factores a la hora de interpretar los resultados obtenidos a través del programa informático, tales como puede ser el momento del día en que se ha realizado la evaluación o aspectos culturales pueden aportar una información adicional en la interpretación de los resultados.

En este paso, iremos hipótesis por hipótesis redactando al lado de cada prueba los resultados obtenidos en términos cuantitativos y cualitativos para poder alcanzar una integración de los datos y tomar una decisión sobre cada hipótesis planteada. El modelo de tabla anterior (tabla 1) puede ser útil para organizar estos datos. Los resultados, a veces, pueden llegar a ser contradictorios, por ello la interpretación de los datos ha de realizada en conjunto, en base a los resultados obtenidos en diferentes pruebas que medían una misma hipótesis.

Paso 7: Elaboración de la formulación o teoría del caso

Una vez integrados todos los datos, se puede realizar una representación gráfica del modelo que explique el caso de manera útil para el paciente/sujeto evaluado. Para ello, en base a los resultados obtenidos en el paso anterior, se identifican las variables relevantes resultado de la evaluación y se establecen posibles relaciones entre estos problemas. Es lo que se llama la formulación del caso. Esta estructura gráfica proporciona una visión clara de los problemas identificados, sus relaciones y las variables causales involucradas, lo que facilita la comprensión del caso y la planificación de intervenciones.

Siguiendo la metodología propuesta por Godoy y Gavino (2011), la formulación del caso se representa de la siguiente forma:

a) Los problemas que necesitan modificación se representan con cuadrados o rectángulos, siendo las líneas más gruesas para los problemas más importantes y líneas más finas para problemas menos importantes.
b) Se conectan los problemas relacionados mediante flechas, que pueden ser unidireccionales o bidireccionales, variando en grosor según la importancia de la relación.
c) Se representan las variables causales con círculos u óvalos, donde cada problema puede tener asociado diversas variables causales. Las variables causales no modificables se dibujan dentro de rombos.

Esta representación gráfica va a servir de base para comunicar los resultados al sujeto evaluado, y establecer la base para la intervención si fuera necesario.

2.3. Fase 3: Comunicación de los resultados

La comunicación de los resultados tiene como objetivo principal dar respuesta a la demanda del sujeto, estableciendo las recomendaciones oportunas como resultado del contraste de hipótesis, y se realiza a través de la ***elaboración de un informe psicológico (Paso 8)*.** En general, se recomienda redactar un borrador de informe psicológico que comentaremos de forma oral con el sujeto en una consulta en una sesión de feedback o devolución de hipótesis. Posteriormente, se redactará y entregará un informe final al sujeto.

El informe psicológico debe ser breve, en general de entre 5 y 7 páginas (Groth-Marnat y Horvath, 2006), redactado en un estilo profesional que implica usar frases y párrafos cortos (Ownby, 1997). Asimismo, es importante saber balancear la aportación de información psicológica sin incluir tecnicismos o al menos explicándolos. Se puede consultar la publicación de Groth- Manart y Wright (2016) para información más exhaustiva de los cinco elementos más relevantes en un informe psicológico. Se recomienda asimismo consultar la publicación de Wright (2020) en la que se propone una estructura de informe psicológico.

2.4. Fase 4: Evaluación de la intervención psicológica

Forma parte también del proceso de evaluación psicológica la valoración del cambio en el sujeto después de haber recibido una intervención psicológica. En este sentido, el terapeuta no solo realiza una evaluación final, sino que puede llevar a cabo evaluaciones periódicas a lo largo del tratamiento para monitorizar el progreso del sujeto. Estas evaluaciones permiten ajustar el enfoque terapéutico si es necesario, volviendo a los pasos iniciales de la evaluación psicológica.

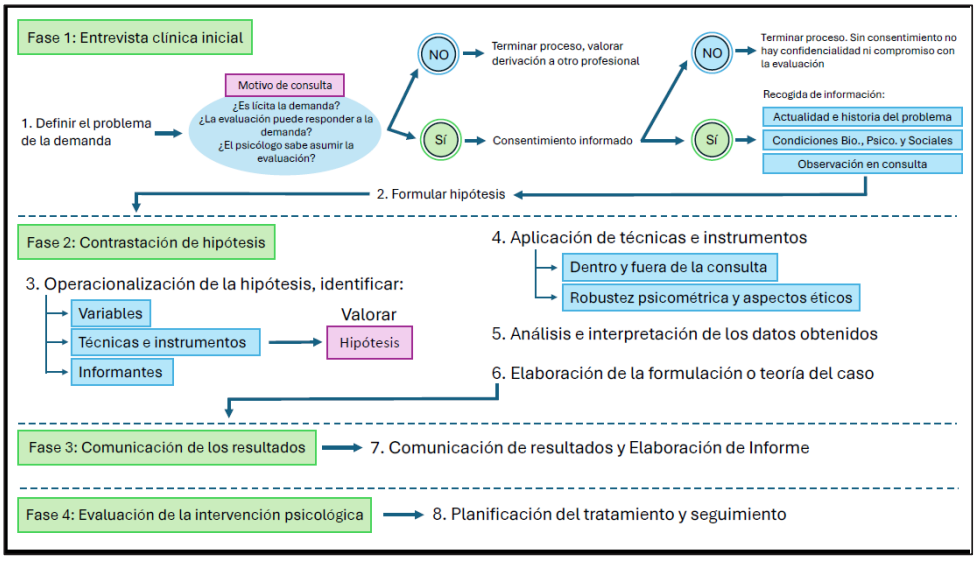
En estas evaluaciones periódicas se procede de manera similar a las fases 2 y 3 del proceso inicial, pero en este caso en base al planteamien-

to de hipótesis de intervención y utilizando los mismos instrumentos de medición que en las fases anteriores que llevaron a comprobar las hipótesis diagnósticas. De esta forma, se puede obtener una visión clara y objetiva del progreso, permitiendo detectar mejoras o áreas que aún requieren intervención.

Si, tras estas evaluaciones, se observa un progreso significativo en el sujeto, se puede considerar la posibilidad de dar de alta, manteniendo siempre un seguimiento regular. Durante el seguimiento, se vuelve a evaluar el estado del sujeto considerando las mismas hipótesis de intervención formuladas inicialmente, a menos que haya surgido algún cambio significativo en su situación, lo cual podría llevar a la reformulación de nuevas hipótesis y ajustes en el tratamiento.

Puede apreciarse un esquema de todo el proceso de evaluación psicológica en la siguiente ilustración.

Ilustración 1.
Esquema del proceso de evaluación psicológica



Fuente: Elaboración propia

3. RESUMEN Y CONCLUSIONES

La evaluación psicológica es un proceso complejo que implica la recopilación e integración de diferentes técnicas e instrumentos de evaluación psicológica para dar respuesta a una demanda o problema de un sujeto. En psicología clínica, el objetivo de la evaluación psicológica suele ser la búsqueda de un diagnóstico y la aplicación de un tratamiento. El proceso de evaluación es sistemático, similar al de una investigación científica en la que se formulan hipótesis que han de ser contrastadas con los datos obtenidos a través de la aplicación de las pruebas psicológicas. Así, el profesional debe ser un buen conocedor de la psicopatología y del uso y aplicación de las diferentes herramientas de evaluación psicológica disponibles en su especialidad. Además, debe conocer los pasos adecuados para llevar a cabo la evaluación psicológica de forma ordenada siguiendo las pautas de la ciencia. Por ello, se ha planteado en este capítulo las fases relevantes basados en los principales manuales y autores en el campo hasta hoy (Fernández- Ballesteros, 2011; Moreno-Rosset y Ramírez- Uclés, 2019; Spores, 2012; Wright, 2020).

4. REFERENCIAS

American Psychological Association, APA Task Force on Psychological Assessment and Evaluation Guidelines. (2020). APA Guidelines for Psychological Assessment and Evaluation. *https://www.apa.org/about/policy/guidelines-psychological-assessment-evaluation.pdf*

Cohen, R. J., & Swerdlik, M.E. (2018). Psychological testing and assessment: An introduction to tests and measurement (9th ed.). McGraw-Hill. (Chapter 1, pp. 20-26).

Fernández-Ballesteros, R. (Dirs.). (2011). Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudio de casos. Pirámide.

Goldstein, G., Allen, D.N., & Deluca, J. (2019). Handbook of Psychological Assessment: Vol. Fourth edition. Academic Press.

Groth-Marnat, G., & Horvath, L. S. (2006). The psychological report: A review of current controversies. *Journal of Clinical Psychology*, 62(1), 73–81.

Groth-Marnat, G., & Wright, A.J. (2016). Handbook of Psychological Assessment: Vol. Sixth edition. Wiley.

Moreno Rosset, C., & Ramírez Uclés, I. M. (Eds.). (2019). Evaluación Psicológica: Proceso, Técnicas y Aplicaciones en Áreas y Contextos. Editorial Sanz y Torres, S.L.

Ownby, R. L. (1997). Psychological reports: A guide to report writing in professional psychology (3rd ed.). Brandon, VT: Clinical Psychology.

Perpiñá, C. (Coord.) (2020). Manual de la entrevista psicológica. Saber escuchar, saber preguntar. Ediciones Pirámide.

Poston, J. M., & Hanson, W. E. (2010). Meta-analysis of psychological assessment as a therapeutic intervention. Psychological assessment, 22(2), 203–212. *https://doi.org/10.1037/a0018679*

Spores, J. (2022). Psychological Assessment and Testing: A Clinician's Guide (2nd ed.). Routledge. *https://doi.org/10.4324/9780367346058*

Wright, A. J. (2020). Conducting Psychological Assessment (2nd ed.). John Wiley & Sons Inc. *https://doi.org/10.1002/9781119687245*

Capítulo 2. Evaluación de los trastornos del estado de ánimo unipolares: la depresión

CARMEN MARTÍN GÓMEZ

Área de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, Fundación Pública Andaluza Progreso y Salud.
Grupo de investigación HUM604: Desarrollo de estilos de vida en el ciclo vital y promoción de la salud, Universidad de Huelva.

ISABEL BENÍTEZ BAENA

Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Universidad de Granada.
Centro de Investigación Mente, Cerebro y Comportamiento (CIMCYC), Universidad de Granada.

IRENE GÓMEZ GÓMEZ

Departamento de Psicología, Universidad Loyola Andalucía.

El objetivo de este capítulo es definir qué es la depresión y presentar las herramientas habitualmente utilizadas para su evaluación. En primer lugar, se recopilan las definiciones formuladas por distintos organismos internacionales y se identifican los factores de riesgo biológicos, emocionales y sociales. A continuación se describen los criterios diagnósticos y otras condiciones de salud habitualmente asociadas a la

depresión. Finalmente, se presentan los instrumentos utilizados para su evaluación revisando sus ventajas e incovenientes.

1. DEFINICIÓN Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado completo de bienestar a nivel físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de enfermedades (World Health Organization [OMS], 1946). Define asimismo la salud mental como "un estado de bienestar en el que el individuo se da cuenta de sus propias habilidades, puede hacer frente al estrés normal de la vida, puede trabajar de forma productiva y puede contribuir a su comunidad" (OMS, 2018).

La depresión es un estado que atenta contra algunos aspectos descritos estas dos definiciones. Así, la depresión es diferente a la sensación de tristeza, de estrés o de miedo que una persona puede sentir de forma natural a lo largo de su vida (OMS, 2017). La aparición de un trastorno depresivo viene determinada por la gravedad, la duración, y el deterioro a nivel social y funcional de la persona que lo padece. Al utilizar el término "trastorno" se hace referencia a "la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica clínica que, en la mayoría de los casos, se acompañan de malestar o interfieren con la actividad del individuo" (OMS, 1992, p.26).

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5) los trastornos depresivos, junto a los trastornos bipolares, se incluyen dentro de la categoría general de trastornos del estado de ánimo. Según esta clasificación, son nueve las categorías diagnósticas que forman parte de los trastornos depresivos: (1) trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo; (2) trastorno depresivo mayor episodio único; (3) trastorno depresivo mayor episodio recurrente; (4) trastorno depresivo persistente (distimia); (5) trastorno disfórico premenstrual; (6) trastorno depresivo inducido por sustancia/medicamento; (7) trastorno depresivo debido a otra afección médica; (8) otro trastorno depresivo especificado; (9) otro trastorno depresivo no especificado (American Psychiatric Association, 2013 [APA], p.104).

2. PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO

2.1. Factores biológicos

La evidencia científica muestra que la depresión es heredable en torno al 35% (Geschwind y Flint, 2015). Desde el punto de vista genético, es un trastorno complejo ya que los estudios científicos apuntan a que un gran número de genes podrían estar implicados. El conjunto de contribuciones de cada uno de esos genes puede aumentar el riesgo de padecer un trastorno depresivo (Dobson y Dozois, 2008; Wray et al., 2014).

Los estudios sobre la historia familiar de enfermedad mental han puesto de manifiesto que el 55% de los hijos de padres con una enfermedad mental severa, entre los que se encuentra la depresión, desarrollan algún tipo de enfermedad mental a lo largo del ciclo vital (Rasic et al., 2014). En esta misma línea, se ha encontrado que los hijos de progenitores con enfermedades mentales severas tienen mayor riesgo de ser diagnosticados de un trastorno mental antes de los 18 años (Thorup et al., 2018). También se ha observado que los familiares de primer grado de personas que sufren un trastorno de depresión mayor tienen mayor riesgo de sufrir depresión (Sullivan et al., 2000).

Actualmente no se conoce la estructura genética asociada a la depresión, aunque algunos metaanálisis han identificado genes que, de forma sistemática, parecen estar presentes en el desarrollo del trastorno depresivo. López-León et al. (2008) exploraron 20 polimorfismos asociados a la depresión mayor en 18 genes. De estos, cinco mostraron una asociación significativa: APOE, GNB3, MTHFR, SLC6A3 y SLC6A4. Por otro lado, Wray et al. (2018) identificaron 44 loci independientes y significativamente asociados al trastorno de depresión mayor. Finalmente, en otro estudio desarrollado dentro del marco del estudio Predict-Gene se observó una asociación entre la Monoamino Oxidasa A (MAOA) y la depresión (Rivera et al., 2009), encontrando resultados significativos en mujeres, pero no en hombres.

De los genes identificados en estos estudios, el que cuenta con mayor evidencia científica es el gen transportador de la serotonina SLC6A4, también conocido como SERT. Este es el responsable de la recapta-

ción de la serotonina y juega un papel fundamental en el mantenimiento de los niveles correspondientes (Shadrina et al., 2018). En el estudio Predict-Gene se encontró que uno de los polimorfismos asociados al SCL6A4, el genotipo 5-HTTLPR s/s, se asociaba significativamente al riesgo de depresión (Cervilla et al., 2006, 2007). Además, también se observó un incremento en el riesgo de sufrir un episodio depresivo en aquellas personas con vulnerabilidad genética por ser portadoras del genotipo 5-HTTLPR y estar expuestas a eventos de vida estresantes (Cervilla et al., 2007). A pesar de la evidencia científica disponible comentada, se requiere más información para poder obtener conclusiones robustas sobre cuáles son los principales genes implicados en el desarrollo de un trastorno depresivo.

2.2. Factores psicológicos

Los factores psicológicos asociados al desarrollo de la depresión son diversos. En la revisión sistemática de Remes et al. (2021) se identificaron los siguientes factores predisponentes: la autoimagen negativa, las condiciones de salud mental actuales o pasadas, rasgos como el neuroticismo, aspectos cognitivos como la interpretación negativa, sesgos de atención, el pensamiento negativo, la fusión cognitiva y sesgos de interpretación. Otras variables psicológicas que fueron enumeradas en este mismo estudio fueron la melancolía, el conflicto, la perspicacia, la claridad emocional, la rumia, las actitudes disfuncionales, el estilo de apego, las estrategias de afrontamiento negativas y el perfeccionismo desadaptativo entre otras.

Asimismo, la revisión sistemática de Hölzel (2011) identificó variables de riesgo para el desarrollo de depresión crónica, como tener una pobre integración social, interacciones sociales negativas y poco apoyo social, abuso de sustancias, desórdenes de personalidad o tener antecedentes familiares de trastorno relacionados con el estado de ánimo. Por último, la revisión sistemática de Pemberton y Tyszkiewicz (2016) identificó factores que contribuyen a los estados de ánimo depresivos en la vida cotidiana, como los problemas de sueño, el estrés y las condiciones vitales adversas.

2.3. Factores socioculturales

La evidencia científica ha mostrado la relación existente entre distintas variables sociodemográficas y el riesgo de padecer depresión (Llorente et al., 2018). Una de las variables sociodemográficas que ha sido sistemáticamente asociada a la depresión es el sexo, teniendo las mujeres el doble de probabilidades de desarrollar depresión a lo largo del ciclo vital en comparación con los hombres (Cezaretto et al., 2016; Faravelli et al., 2013; Ferrari et al., 2013; Haznedar et al., 2006; Kuehner, 2017). En España, las tasas de prevalencia se sitúan en el 8% para mujeres y en el 4.1% para hombres (Arias-de la Torre et al., 2018). A nivel mundial la incidencia de la depresión en mujeres y hombres oscila entre 7.1% y 1.6% respectivamente (Ferrari et al., 2013).

Otro factor asociado al diagnóstico de depresión ha sido la edad, asociándose apariciones tempranas a un peor pronóstico (Wilkowska-Chmielewska et al., 2013). Concretamente, se ha señalado como periodo crítico el que va entre la adolescencia media-tardía y el principio de la década de los 40 (Kessler et al., 2014).

También se ha observado la influencia del estado civil. Estar soltero (Kessler et al., 2010), separado, divorciado o viudo (Grant et al., 2009) se asocia con mayor riesgo de padecer depresión. Desde el punto de vista socioeconómico, estar desempleado (Wege et al., 2017; Zuelke et al., 2018), las malas condiciones de habitabilidad (Rautio et al., 2018), y el bajo nivel de ingresos (Grant et al., 2009) se han asociado también a un mayor riesgo de padecer depresión.

La falta de apoyo social se ha asociado con un mayor riesgo de depresión, especialmente vivir solo, tener pocos contactos y poco apoyo emocional (Sonnenberg et al., 2013); así como el aislamiento (Courtin & Knapp, 2017), o la insatisfacción matrimonial, variable que ha mostrado tener una relación bidireccional con la presencia de sintomatología depresiva (Whisman, 2007; Whisman & Uebelacker, 2009).

En el estudio Predict-D España (Bellón et al., 2011) se localizaron 13 factores que predecían el inicio del trastorno de depresión mayor a los 12 meses. Estos factores fueron: la provincia de residencia, el sexo,

la edad, la interacción edad-sexo, el nivel de estudios, el haber sufrido maltrato físico durante la infancia, el padecer depresión a lo largo del ciclo vital, la insatisfacción con el trabajo no remunerado o con la convivencia en el hogar, los problemas graves en personas muy cercanas, la percepción de calidad de vida relacionada con la salud tanto física como mental y tomar medicación para la depresión, ansiedad, o estrés.

2.4. Sucesos vitales estresantes

La literatura científica ha puesto de manifiesto la existencia de una relación entre haber vivido sucesos vitales estresantes a lo largo de la vida y una mayor probabilidad de sufrir depresión (Bellón et al., 2011; Risch et al., 2009); siendo este efecto mayor en mujeres que en hombres (Maciejewski et al., 2001). Entre estos eventos, haber experimentado abuso sexual, físico o emocional, la muerte de un ser querido y la violencia doméstica en las primeras etapas de la vida se asocian significativamente con una mayor probabilidad de desarrollar depresión en la niñez o la adolescencia (LeMoult et al., 2020). También, haber sufrido abuso emocional se ha asociado a un aumento de la probabilidad de sufrir depresión en el futuro (Mandelli et al., 2015; Nelson et al., 2017). En esta misma línea, el estrés laboral (Li et al., 2019) y los eventos humillantes también han sido asociados con el inicio de depresión (Kendler et al., 2003).

3. TRASTORNOS MENTALES COMÓRBIDOS MÁS FRECUENTES

La depresión suele coexistir con otros trastornos mentales. Un estudio realizado con 9090 participantes estadounidenses mayores de edad mostró que el 72.1% de las personas con trastorno de depresión mayor crónico presentaban al menos otro trastorno mental (Andrade et al., 2003). Concretamente, el 59.2% presentaban depresión y ansiedad, el 30% trastornos disruptivos del control de los impulsos y de la conducta, y el 24% trastorno por abuso de sustancias.

Al-Asadi et al. (2015) encontraron que el 46% de los/as pacientes con trastorno de depresión mayor tenían significativamente más probabili-

dades de reportar síntomas de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, agorafobia sin trastorno de pánico y trastorno de estrés postraumático en comparación con pacientes sin ansiedad comórbida. En general, se ha encontrado que el trastorno de ansiedad es uno de los predictores más fuertes de la aparición de un trastorno depresivo. De hecho, la presencia de sintomatología ansiosa puede predecir el inicio de un episodio depresivo mayor y su persistencia en el tiempo (Kessler et al., 2008).

En cuanto a los trastornos alimentarios y de la ingestión de los alimentos, en un estudio de revisión sistemática, que incluyó 14 estudios, se observó la existencia de una asociación entre la depresión y el trastorno por atracón en la mayoría de los estudios incluidos (Araujo et al., 2010).

Con respecto al abuso de sustancias se ha observado que el consumo de cannabis y de tabaco aumentan la probabilidad de padecer depresión (Esmaeelzadeh et al., 2018). En relación con el consumo de alcohol se ha observado que el 20% de personas que sufren depresión mayor también presentan problemas de alcoholismo (Al-Asadi et al., 2015).

4. CRITERIOS CLÍNICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) especifica los requisitos que deben darse para el diagnostico de trastorno depresivo mayor (APA, 2013, p.108-109). En resumen, deben aparecer al menos cinco síntomas durante dos o más semanas, siendo uno de ellos estado de ánimo depresivo o pérdida de interés o de placer. A estos pueden sumarse otros síntomas como cambio de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o para tomar decisiones, o pensamientos de muerte o ideas suicidas recurrentes. El diagnóstico ocurrirá si, además, los síntomas producen interfe-

rencia en la vida diaria y no pueden ser atribuidos a otras condiciones de salud o al consumo de sustancias.

Al igual que ocurre en el DSM-5, en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) los trastornos depresivos y los trastornos bipolares se clasifican dentro de los trastornos del estado de ánimo. Los trastornos del estado de ánimo se definen en función de determinados tipos de episodios del estado de ánimo y su patrón en el tiempo (OMS, 2018). Concretamente, la clasificación de la CIE-11, al igual que el DSM-5, señala como aspectos determinantes la aparición de un estado de ánimo depresivo y la pérdida de placer, síntomas a los que añade otros síntomas cognitivos, conductuales o neurovegetativos que afectan significativamente al funcionamiento del individuo durante un periodo de, al menos, dos semanas (OMS, 2020).

Dentro de los trastornos depresivos se incluyen dos subcategorías principales: a) trastorno depresivo con episodio único, y b) trastorno depresivo recurrente.

El primero se caracteriza por la presencia o antecedentes de un episodio depresivo mayor cuando no hay antecedentes de episodios depresivos. El segundo por tener antecedentes de al menos dos episodios depresivos separados por un mínimo de varios meses sin perturbación significativa del estado de ánimo.

Un episodio depresivo mayor se caracteriza por un período de estado de ánimo depresivo casi diario o por la disminución del interés en las actividades durante al menos dos semanas, acompañado de otros síntomas como dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada, desesperanza, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio, cambios en el apetito o el sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, y energía reducida o fatiga.

Para el diagnóstico del episodio depresivo mayor es preciso que nunca haya habido ningún episodio anterior de manía o hipomanía, o episodios mixtos, que indicarían la presencia de un trastorno bipolar (OMS, 2018).

5. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

5.1. Definición de las principales quejas y motivos de consulta

Los principales motivos de consulta en atención primaria de las personas con depresión hacen referencia a sintomatología física (Janssens et al., 2013; Moise et al., 2018), aunque también se identifican síntomas de naturaleza más emocional como son la tristeza, la anhedonia y la apatía (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014, 2023).

La detección de depresión en personas que solo declaran síntomas físicos es menor que en aquellos casos que se reportan también los psicológicos (Toft, et al., 2005). La principal causa del reporte único de sintomatología física es el estigma que, aún hoy en día, sigue ligado a la enfermedad mental, lo que ocurre principalmente en hombres (Heinz et al., 2021). Además de estas dificultades para expresar los síntomas de naturaleza psicológica, otros motivos relacionados con el sistema sanitario como la falta de tiempo en las consultas de atención primaria pueden dificultar la detección (Triñanes et al., 2014) y, por lo tanto, la posterior derivación al especialista y el establecimiento del tratamiento.

5.2. Objetivos de la evaluación psicologíca

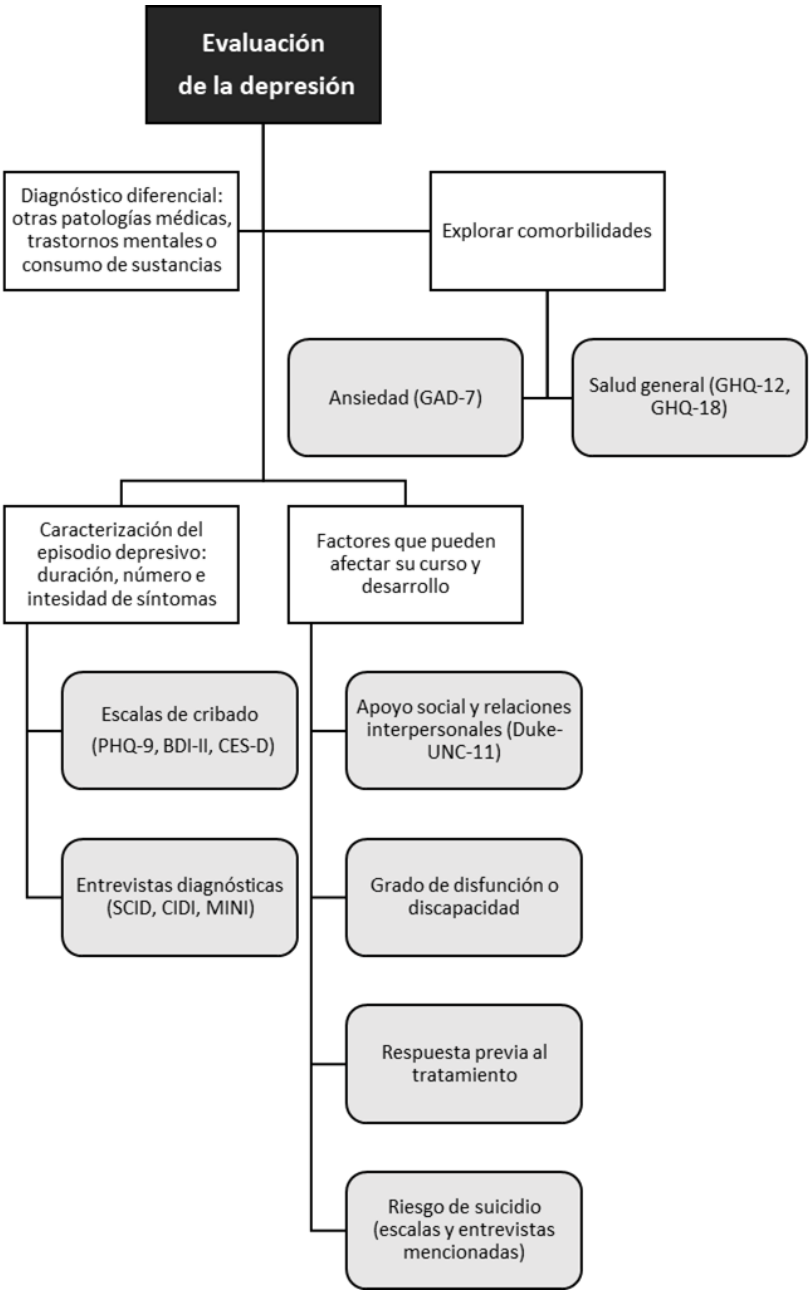
A través de la evaluación de la depresión pueden abordarse diferentes objetivos: i) establecer o descartar el diagnóstico mediante la comprobación de la presencia o ausencia de los criterios establecidos por el DSM o la CIE; ii) realizar un cribado; y iii) cuantificar la frecuencia o gravedad de la sintomatología (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014, 2023).

5.3. Áreas de evaluación

Cuando se evalúa un episodio depresivo, además de la caracterización del mismo en términos de duración, número e intensidad de

síntomas y su comorbilidad, se hace necesaria la evaluación de otros factores que pueden afectar su curso y desarrollo. Entre estos, se encuentran el apoyo social y las relaciones interpersonales (evaluación psicosocial), el grado de disfunción o discapacidad asociados, la respuesta previa al tratamiento y el riesgo de suicidio (National Collaborating Centre for Mental Health, 2009; Patten, et al., 2009). La Figura 1 muestra un esquema donde se relaciona las áreas mencionadas con las principales técnicas de evaluación que se describen en el siguiente apartado.

Figura 1.
Principales áreas y técnicas para abordar la evaluación de la depresión.



Fuente: elaboración propia

5.4. Principales técnicas e instrumentos de evaluación psicológica

Los instrumentos habitualmente administrados para evaluar la depresión son las entrevistas diagnósticas y las escalas de cribado. Las entrevistas diagnósticas persiguen una evaluación categorial, cuyo objetivo es determinar si existe o no existe el trastorno. Las escalas de cribado promueven una aproximación dimensional al trastorno a partir de una evaluación objetiva y rápida, que apoya o descarta un posible diagnóstico. A continuación, se describen los instrumentos más utilizados, y las características principales de cada uno de ellos.

Las entrevistas más utilizadas a nivel internacional en contextos de investigación y clínicos son entrevistas originadas para evaluar los trastornos mentales en general. Todas ellas son consideradas un gold standard (Ukatu et al., 2018).

Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del eje I del DSM-5 (Structured Clinical Interview for DSM-5; SCID). Creada por la Asociación Americana de Psiquiatría (First, 1995), se compone de preguntas de diagnóstico estandarizadas según los módulos correspondientes a los trastornos del eje I de la DSM-5 (APA, 2013).

Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (Composite International Diagnostic Interview; CIDI). Creada por la OMS (1997), su finalidad es establecer diagnósticos basados en los criterios de la CIE y del DSM (Navarro-Mateu et al., 2013). Es la entrevista más usada a nivel internacional para el diagnóstico en salud mental (Kessler et al., 2004). Cuenta con una sección concreta centrada en el diagnóstico de la depresión (la sección E), que incluye preguntas de cribado iniciales sobre ánimo depresivo y anhedonia, y la evaluación de 27 síntomas de depresión. La CIDI cuenta también con una versión corta (CIDI-SF; Kessler et al., 1998). Diferentes estudios han analizado las propiedades psicométricas de este instrumento (Andrews y Peters, 1998; Wittchen, 1994). A pesar de que la CIDI ha mostrado ser útil para evaluar a personas de distintas culturas (Robins et al., 1988; Rubio-Stipec et al., 1991), se han encontrado, específicamente en la sección de depresión, sesgos relacionados con la definición del constructo, la formulación de las preguntas y el método de administración, proponiendo para la superación de

estos sesgos el uso de preguntas más abiertas, que vayan acompañadas de observaciones e información proporcionada por terceros (Smits et al., 2005).

Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Mini International Neuropsychiatric Interview; MINI). Diseñada inicialmente para explorar los principales trastornos descritos en la CIE y en el DSM, con un tiempo de administración menor que las entrevistas anteriormente mencionadas (Lecrubier et al., 1997; Sheehan et al., 1997). Ha mostrado tener una fiabilidad excelente y se han aportado evidencias de validez (Sheehan et al., 1997; Sheehan et al., 1998). En comparación con la anteriormente mencionada entrevista CIDI, se ha demostrado que la entrevista MINI clasifica con más frecuencia el diagnóstico positivo de depresión (Levis et al., 2018).

Otras entrevistas clínicas estructuradas. Existen otras entrevistas diagnósticas que también han sido usadas para evaluar la depresión, aunque con menor frecuencia que las anteriores. Una de ellas es la entrevista de Evaluación de Seguimiento del Intervalo Longitudinal (Longitudinal Interval Follow-up Evaluation; LIFE), que cuenta con un módulo específico sobre depresión e informa sobre la gravedad y el curso del trastorno según los criterios del DSM-4 (Keller et al., 1987). Otra de ellas es la Escala para los Trastornos Afectivos y la Esquizofrenia (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia, SADS; Endicott y Spitzer, 1978). Por último, la Entrevista Diagnóstica para niños en su versión computerizada (The Diagnostic Interview Schedule for Children-Computer Version, DISC; Shaffer et al., 2000).

El principal beneficio de la administración de escalas de cribado es la rapidez con la que se obtiene información sobre un trastorno. A continuación, se describen las más utilizadas.

Cuestionario de Salud del Paciente (Patient Health Questionnaire; PHQ-9). Escala que evalúa la presencia, en las dos últimas semanas, de nueve síntomas de depresión según el DSM (Kroenke et al., 2001). Cada ítem contempla cuatro alternativas de respuesta, desde ningún día a casi todos los días, siendo puntuados de cero a tres. Un meta-análisis ha puesto de manifiesto que un punto de corte de 10 o superior maxi-

miza la sensibilidad (capacidad de detectar correctamente los casos de depresión) y la especificidad (capacidad de evitar falsos positivos) en la detección de depresión mayor (Levis, et al., 2019). Sin embargo, en muestras españolas, se han revelado distintos puntos de corte óptimos para la detección del trastorno depresivo mayor. En el estudio de Muñoz-Navarro et al. (2017) se encontró que el punto de corte de 12 puntos era el que tenía una mayor sensibilidad y especificidad. Sin embargo, en el estudio de Gómez-Gómez et al. (2022) se encontró que el punto de corte de 8 puntos era el que maximizaba tanto la sensibilidad como la especificidad. Ambos estudios fueron realizados con pacientes de atención primaria españoles.

Inventario de Depresión de Beck-II (Beck Depression Inventory–II; BDI-II). Escala de 21 ítems desarrollada para detectar la presencia de sintomatología depresiva y evaluar su gravedad durante las dos semanas anteriores a la evaluación (Beck et al., 1996). Cada ítem contempla cuatro alternativas de respuesta que se puntúan de cero a tres. En el contexto español, se ha encontrado que, para pacientes con trastornos psiquiátricos, el cuestionario funciona con un modelo de dos factores, uno somático y otro cognitivo (Sanz y García-Vera, 2013). En este mismo estudio, se sugería un punto de corte de 30, a partir del cual el valor predictivo positivo era del 61,3%. Un metaanálisis sugiere que el punto de corte óptimo es, para población general, a partir de 13 y en población psiquiátrica a partir de 19 (von Glischinski et al., 2019).

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (Center for Epidemiological Studies Depression Scale; CES-D). Creada para evaluar, a través de 20 ítems, la presencia de sintomatología depresiva en población no clínica durante la semana anterior y las dos semanas anteriores a la evaluación (Radloff, 1977). Contiene cinco alternativas de respuesta que varían desde escasamente a casi a diario, siendo cada alternativa puntuada de cero a cuatro. Numerosos estudios aportan evidencias de validez que apoyan el uso de esta escala para evaluar depresión en población general en atención primaria, obteniéndose una precisión de cribaje adecuada. Con frecuencia, el punto de corte utilizado para advertir del riesgo de padecer depresión ha sido de 16 puntos, sin embargo, a partir de un metaanálisis se señaló que, en algunas ocasio-

nes, el punto de corte más óptimo era de 20 puntos (Vilagut et al., 2016). En el contexto español, se ha obtenido una sensibilidad del 95% y una especificidad del 91% tomando la puntuación, originalmente sugerida, de 16 como punto de corte (Soler et al., 1997).

Escalas que evalúan constructos relacionados.

A continuación, se presentan brevemente los instrumentos utilizados habitualmente para evaluar otras variables asociadas a la depresión.

Escala para el trastorno de ansiedad generalizada (Generalized Anxiety Disorder 7-item; GAD-7). Escala autoadministrada compuesta por diez items que evalúan sintomatología ansioda (Spitzer et al., 2006). Estudios recientes han aportado evidencias de validez en la versión española (Garcia-Campayo et al., 2010).

Cuestionario de Salud General (General Health Questionnaire; GHQ-12 y GHQ-28). Cuestionario autoadministrado que evalúa aspectos generales relacionados con la sintomatología y el funcionamiento en pacientes con patología psiquiátrica (Goldberg et al., 1997; Goldberg & Hillier, 1979). Existen versiones de 12 y 28 ítems, ambas compuestas por cuatro subdimensiones. En el contexto español, tanto la versión de 12 ítems (Rocha et al., 2011) como la versión de 28 ítems (Lobo et al., 1986), han mostrado buenas propiedades psicométricas en población general.

Cuestionario de Salud (Short Form Health Survey; SF-12 y SF-36). Instrumento que evalúa calidad de vida relacionada con la salud o salud percibida (Ware et al., 2015; Ware & Sherbourne, 1992). Cuenta con una versión de 12 y 36 items, con ocho subdimensiones cada una. La versión en español ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas para su uso en población general española (Alonso et al., 1995; Sánchez-López & Dresch, 2008).

Cuestionario Apoyo Social Funcional de Duke (The Duke-UNC Functional Social Support Questionnaire; Duke-UNC-11). Cuestionario que evalúa apoyo social percibido a través de dos subdimeniones (apoyo afectivo y confidencial) (Broadhead et al., 1988). Cuenta con un total de 11 ítems. Estudios previos han aportado evidencias de validez que

apoyan el uso de este instrumento para evaluar apoyo social percibido en pacientes de atención primaria (Bellón Saameño et al., 1996).

6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En la guía de práctica clínica de manejo de la depresión en personas adultas, se indica la necesidad de comprobar la etiología de los episodios depresivos, pudiendo ser esta idiopática, o estar relacionada con alguna de las siguientes causas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014, 2023):

- Patología médica:
    - Endocrino/metabólicas: patología tiroidea (hipo e hipertiroidismo), diabetes, anemia severa, enfermedad de Cushing, enfermedad de Adisson o Porfiria.
    - Infecciosas: Tuberculosis, infección por virus del Epstein-Barr, VIH, sífilis terciarias
    - Neurológicas: Enfermedad de Alzheimer, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, ictus, epilepsia.
    - Neoplasias: Carcinomatosis, cáncer de páncreas.
    - Otros: Lúes, dolor crónico
- Trastorno mental:
    - Trastorno de ansiedad
    - Trastorno obsesivo compulsivo
    - Trastorno bipolar
    - Trastorno depresivo persistente (distimia)
    - Trastornos adaptativos
    - Síntomas negativos de la esquizofrenia
    - Consumo de sustancias
- Consumo de drogas y fármacos

7. CONCLUSIONES

A pesar de que existen distintas definiciones de la depresión, todas ellas coinciden en identificar el estado de ánimo depresivo y la pérdida de placer como los síntomas imprescindibles para emitir un diagnóstico de trastorno depresivo mayor. La presencia de estos síntomas, y otros adicionales, debe mantenerse durante un periodo mínimo de dos semanas y tienen que interferir en la vida diaria de la persona. Es además necesario descartar otros diagnósticos. Distintas herramientas permiten realizar la evaluación de la depresión y de otras variables relacionadas que pueden aportar información relevante de cara a la intervención.

8. REFERENCIAS

Al-Asadi, A. M., Klein, B., y Meyer, D. (2015). Multiple Comorbidities of 21 Psychological Disorders and Relationships With Psychosocial Variables: A Study of the Online Assessment and Diagnostic System Within a Web-Based Population. *Journal of Medical Internet Research*, *17*(3), e55. *https://doi.org/10.2196/jmir.4143*

Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Berglund, P., Bijl, R. V., De Graaf, R., Vollebergh, W., Dragomirecka, E., Kohn, R., Keller, M., Kessler, R. C., Kawakami, N., Kiliç, C., Offord, D., Ustun, T. B., y Wittchen, H. U. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: Results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, *12*(1), 3–21. *https://doi.org/10.1002/mpr.138*

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edn*. American Psychiatric Association.

Arias-de la Torre, J., Vilagut, G., Martín, V., Molina, A. J., y Alonso, J. (2018). Prevalence of major depressive disorder and association with personal and socio-economic factors. Results for Spain of the European Health Interview Survey 2014–2015. *Journal of Affective Disorders*, *239*(May), 203–207. *https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.06.051*

Andrews, G., y Peters, L. (1998). The psychometric properties of the Composite International Diagnostic Interview. *SocialPsychiatry and Psychiatric Epidemiology,33*(2),80–88. *https://doi.org/10.1007/s001270050026*

Araujo, D. M., Santos, G. F., y Nardi, A. E. (2010). Binge eating disorder and depression: a systematic review. *The world journal of biological psychiatry: the official journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry*, *11*(2 Pt 2), 199–207. *https://doi.org/10.3109/15622970802563171*

Beck, A T, Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *Manual for the beck depression inventory.* The Psychological Corporation.

Bellón, J. Á., de Dios Luna, J., King, M., Moreno-Küstner, B., Nazareth, I., Montón-Franco, C., GildeGómez-Barragán, M. J., Sánchez-Celaya, M., Díaz-Barreiros, M. Á., Vicens, C., Cervilla, J. A., Švab, I., Maaroos, H.-I., Xavier, M., Geerlings, M. I., Saldivia, S., Gutiérrez, B., Motrico, E., Martínez-Cañavate, M. T., … Torres-González, F. (2011). Predicting the onset of major depression in primary care: international validation of a risk prediction algorithm from Spain. *Psychological Medicine*, *41*(10), 2075–2088. *https://doi.org/10.1017/S0033291711000468*

Cervilla, J. A., Molina, E., Rivera, M., Torres-González, F., Bellón, J. A., Moreno, B., Luna, J. D., Lorente, J. A., Mayoral, F., King, M., y Nazareth, I. (2007). The risk for depression conferred by stressful life events is modified by variation at the serotonin transporter 5HTTLPR genotype: evidence from the Spanish PREDICT-Gene cohort. *Molecular Psychiatry*, *12*(8), 748–755. *https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001981*

Cervilla, J. A., Rivera, M., Molina, E., Torres-González, F., Bellón, J. A., Moreno, B., de Dios Luna, J., Lorente, J. A., de Diego-Otero, Y., King, M., Nazareth, I., y Gutiérrez, B. (2006). The 5-HTTLPR s/s genotype at the serotonin transporter gene (SLC6A4) increases the risk for depression in a large cohort of primary care attendees: The PREDICT-gene study. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, *141B*(8), 912–917. *https://doi.org/10.1002/ajmg.b.30455*

Cezaretto, A., Ferreira, S. R. G., Sharma, S., Sadeghirad, B., y Kolahdooz, F. (2016). Impact of lifestyle interventions on depressive symptoms in individuals at-risk of, or with, type 2 diabetes mellitus: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Nutrition, Metabolism and Cardiovascular Diseases*, *26*(8), 649–662. *https://doi.org/10.1016/j.numecd.2016.04.009*

Courtin, E., y Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health & Social Care in the Community*, *25*(3), 799–812. https://doi.org/10.1111/hsc.12311

Dobson, K., y Dozois, D. (2008). *Risk Factors in Depression* (K. Dobson & D. Dozois (eds.); 1st Editio). Elsevier Academic Press, San Diego, CA.

Esmaeelzadeh, S., Moraros, J., Thorpe, L., y Bird, Y. (2018). The association between depression, anxiety and substance use among Canadian post-secondary students. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *Volume 14*, 3241–3251. *https://doi.org/10.2147/NDT.S187419*

Faravelli, C., Alessandra Scarpato, M., Castellini, G., y Lo Sauro, C. (2013). Gender differences in depression and anxiety: The role of age. *Psychiatry Research*, *210*(3), 1301–1303. *https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.09.027*

Ferrari, A. J., Somerville, A. J., Baxter, A. J., Norman, R., Patten, S. B., Vos, T., y Whiteford, H. A. (2013). Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychological Medicine*, *43*(3), 471–481. *https://doi.org/10.1017/S0033291712001511*

First, M. B. (1995). S*tructured clinical interview for the DSM (SCID)*. John Wiley & Sons, Inc.

Geschwind, D. H., y Flint, J. (2015). Genetics and genomics of psychiatric disease. *Science*, *349*(6255), 1489–1494. *https://doi.org/10.1126/science.aaa8954*

Grant, B. F., Goldstein, R. B., Chou, S. P., Huang, B., Stinson, F. S., Dawson, D. A., Saha, T. D., Smith, S. M., Pulay, A. J., Pickering, R. P., Ruan, W. J., y Compton, W. M. (2009). Sociodemographic and psychopathologic predictors of first incidence of DSM-IV substance use, mood and anxiety disorders: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Molecular Psychiatry*, *14*(11), 1051–1066. *https://doi.org/10.1038/mp.2008.41*

Gómez-Gómez, I., Benítez, I., Bellón, J., Moreno-Peral, P., Oliván-Blázquez, B., Clavería, A., Zabaleta-del-Olmo, E., Llobera, J., Serrano-Ripoll, M. J., Tamayo-Morales, O., y Motrico, E. (2022). Utility of PHQ-2, PHQ-8 and PHQ-9 for detecting major depression in primary health care: a validation study in Spain. *Psychological Medicine*, 1–11. *https://doi.org/10.1017/S0033291722002835*

Haznedar, M. M., Buchsbaum, M. S., Hazlett, E. A., LiCalzi, E. M., Cartwright, C., y Hollander, E. (2006). Volumetric analysis and three-dimensional glucose metabolic mapping of the striatum and thalamus in patients with autism spectrum disorders. *The American Journal of Psychiatry*, *163*(7), 1252–1263. *https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.7.1252*

Heinz, I., Baldofski, S., Beesdo-Baum, K., Knappe, S., Kohls, E., y Rummel-Kluge, C. (2021). "Doctor, my back hurts and I cannot sleep." Depression in primary care patients: Reasons for consultation and perceived depression

stigma. *Plos one*, *16*(3), e0248069. *https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248069*

Hölzel, L., Härter, M., Reese, C., y Kriston, L. (2011). Risk factors for chronic depression—a systematic review. *Journal of affective disorders*, *129*(1-3), 1-13. *https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.03.025*

Janssens, H., Clays, E., De Clercq, B., De Bacquer, D., y Braeckman, L. (2013). The relation between presenteeism and different types of future sickness absence. *Journal of occupational health*, *55*(3), 132-141. *https://doi.org/10.1539/joh.12-0164-OA*

Kendler, K. S., Hettema, J. M., Butera, F., Gardner, C. O., y Prescott, C. A. (2003). Life Event Dimensions of Loss, Humiliation, Entrapment, and Danger in the Prediction of Onsets of Major Depression and Generalized Anxiety. *Archives of General Psychiatry*, *60*(8), 789. *https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.8.789*

Keller, M.B., Lavori, P.W., Friedman, B., Nielsen, E., Endicott, J., McDonald-Scott, N.C. y Andreasen, N.C. (1987). The longitudinal interval follow-up evaluation: a comprehensive method for assessing outcome in prospective longitudinal studies. Archives of General Psychiatry, 44, 540-548.

https://doi.org/10.1001/archpsyc.1987.01800180050009

Kessler, R. C., Abelson, J., Demler, O., Escobar, J. I., Gibbon, M., Guyer, M. E., Howes, M. J., Jin, R., Vega, W. A., Walters, E. E., Wang, P., Zaslavsky, A., y Zheng, H. (2004). Clinical calibration of DSM-IV diagnoses in the World Health (WMH) version of the World Health Organization (WHO) Composite International DiagnosticInterview (WMH-CIDI). International Journal of Methods in Psychiatric Research, 13(2), 122–139. *https://doi.org/10.1002/mpr.169*

Kessler, R. C., Andrews, G., Mroczek, D., Ustun, B., y Wittchen, H.-U. (1998). The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview short-form (CIDI-SF). International Journal of Methods in Psychiatric Research, 7(4), 171–185. *https://doi.org/10.1002/mpr.47*

Kessler, R. C., Birnbaum, H., Bromet, E., Hwang, I., Sampson, N., y Shahly, V. (2010). Age differences in major depression: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychological Medicine*, *40*(2), 225–237. *https://doi.org/10.1017/S0033291709990213*

Kessler, R. C., Gruber, M., Hettema, J. M., Hwang, I., Sampson, N., y Yonkers, K. A. (2008). Co-morbid major depression and generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey follow-up. *Psychological Medicine*, *38*(3), 365–374. *https://doi.org/10.1017/S0033291707002012*

Kessler, R. C., Rose, S., Koenen, K. C., Karam, E. G., Stang, P. E., Stein, D. J., Heeringa, S. G., Hill, E. D., Liberzon, I., McLaughlin, K. A., McLean, S. A.,

Pennell, B. E., Petukhova, M., Rosellini, A. J., Ruscio, A. M., Shahly, V., Shalev, A. Y., Silove, D., Zaslavsky, A. M., … Viana, M. C. (2014). How well can post-traumatic stress disorder be predicted from pre-trauma risk factors? An exploratory study in the WHO World Mental Health Surveys. *World Psychiatry*, *13*(3), 265–274. *https://doi.org/10.1002/wps.20150*

Kroenke, K., Spitzer, R. L., y Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine, 16*(9), 606–613. *https://doi.org/10.1046/j.15251497.2001.016009606.x*

Kuehner, C. (2017). Why is depression more common among women than among men? *The Lancet Psychiatry*, *4*(2), 146–158. *https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30263-2*

Lecrubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E., Amorim, P.,Bonora, I., Sheehan, K. H., Janavs, J., y Dunbar, G. C. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry, 12*(5), 224–231. *https://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)83296-8*

LeMoult, J., Humphreys, K. L., Tracy, A., Hoffmeister, J. A., Ip, E., y Gotlib, I. H. (2020). Meta-analysis: exposure to early life stress and risk for depression in childhood and adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *59*(7), 842-855. *https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.10.011*

Levis, B., McMillan, D., Sun, Y., He, C., Rice, D. B., Krishnan, A., Wu, Y., Azar M., Sanchez, T. A., Chiovitti, M. J., Bhandari, P. M., Neupane, D., Saadat, N., Riehm, K. E., Imran, M., Boruff, J. T., Cuijpers, P., Gilbody, S., Ioannidis, J. P. A., … Thombs, B. D (2019). Comparison of major depression diagnostic classification probability using the SCID, CIDI, and MINI diagnostic interviews among women in pregnancy or postpartum: An individual participant data meta-analysis. International *Journal of Methods in Psychiatric Research*, 28(4). *https://doi.org/10.1002/mpr.1803*

Li, W., Sun, F., Li, Y., y Durkin, D. W. (2019). Work Stress and Depressive Symptoms in Chinese Migrant Workers: The Moderating Role of Community Factors. *Journal of Immigrant and Minority Health*, *21*(6), 1248–1256. *https://doi.org/10.1007/s10903-018-0843-1*

Li, W., Sun, F., Li, Y., y Durkin, D. W. (2019). Work Stress and Depressive Symptoms in Chinese Migrant Workers: The Moderating Role of Community Factors. *Journal of Immigrant and Minority Health*, *21*(6), 1248–1256. *https://doi.org/10.1007/s10903-018-0843-1*

Llorente, J. M., Oliván-Blázquez, B., Zuñiga-Antón, M., Masluk, B., Andrés, E., García-Campayo, J., y Magallón-Botaya, R. (2018). Variability of the Prevalence of Depression in Function of Sociodemographic and

Environmental Factors: Ecological Model. *Frontiers in Psychology*, *9*(NOV), 1–10. *https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02182*

López-León, S., Janssens, A. C. J. W., González-Zuloeta Ladd, A. M., Del-Favero, J., Claes, S. J., Oostra, B. A., y van Duijn, C. M. (2008). Meta-analyses of genetic studies on major depressive disorder. *Molecular Psychiatry*, *13*(8), 772–785. *https://doi.org/10.1038/sj.mp.4002088*

Maciejewski, P. K., Prigerson, H. G., y Mazure, C. M. (2001). Sex differences in event-related risk for major depression. *Psychological Medicine*, *31*(4), 593–604. *https://doi.org/10.1017/s0033291701003877*

Mandelli, L., Petrelli, C., y Serretti, A. (2015). The role of specific early trauma in adult depression: A meta-analysis of published literature. Childhood trauma and adult depression. *European psychiatry*, *30*(6), 665-680. *https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.007*

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto.* Disponible en *https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf*

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2023). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Revisada.* Disponible en *https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2023/05/gpc_534_depresion_adulto_avaliat_compl-1.pdf*

Moise, N., Khodneva, Y., Jannat-Khah, D. P., Richman, J., Davidson, K. W., Kronish, I. M., ... y Safford, M. M. (2018). Observational study of the differential impact of time-varying depressive symptoms on all-cause and cause-specific mortality by health status in community-dwelling adults: the REGARDS study. *BMJ open*, *8*(1), e017385. *https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017385*

Muñoz-Navarro, R., Cano-Vindel, A., Medrano, L. A., Schmitz, F., Ruiz-Rodríguez, P., Abellán-Maeso, C., Font-Payeras, M. A., y Hermosilla-Pasamar, A. M. (2017). Utility of the PHQ-9b to identify major depressive disorder in adult patients in Spanish primary care centres. *BMC Psychiatry, 17*(1). *https://doi.org/10.1186/s12888-017-1450-8*

National Collaborating Centre for Mental Health. (2009). Depression. The treatment and management of depression in adults. London: The British Psychological Society. Informe No.: 90. 14.

Navarro-Mateu, F., Morán-Sánchez, I., Alonso, J., Tormo, M. J., Pujalte, M. L., Garriga, A., Aguilar-Gaxiola, S., y Navarro, C. (2013). Cultural adaptation of the Latin American version of the World Health Organization Composite International Diagnostic Interview (WHO-CIDI) (v3.0) for use

in Spain. *Gaceta Sanitaria, 27*(4), 325–331. *https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.06.005*

Nelson, J., Klumparendt, A., Doebler, P., y Ehring, T. (2017). Childhood maltreatment and characteristics of adult depression: meta-analysis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, *210*(2), 96–104. *https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.180752*

Organización Mundial de la Salud (1946). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Disponible: *https://treaties.un.org/doc/Treaties/1948/04/19480407%2010-51%20PM/Ch_IX_01p.pdf* [Consulta: 2024, Abril 14]

Organización Mundial de la Salud. (1992). International classification of diseases and related health problems (1st ed.). *https://ci.nii.ac.jp/naid/10020569757/*

Organización Mundial de la Salud. (2004). Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a report of the World Health Organization Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. In *World Health Organization*. *https://doi.org/10.4135/9781446200988.n20*

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates*.

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Fact Sheets: Mental health - strengthening our response*.

Organización Mundial de la Salud. (2020). CIE-11. Clasificación Internacional de enfermedades. Estandarización mundial de la información de diagnóstico en el ámbito de la salud. Recuperado el 15 de abril de 2024 de: *https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f1563440232*

Patten, S. B., Kennedy, S. H., Lam, R. W., O'Donovan, C., Filteau, M. J., Parikh, S. V., Ravindran, A. V., y Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) (2009). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. I. Classification, burden and principles of management. *Journal of affective disorders*, *117 Suppl 1*, S5–S14. *https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.044*

Pemberton, R., y Tyszkiewicz, M. D. F. (2016). Factors contributing to depressive mood states in everyday life: a systematic review. *Journal of affective disorders*, *200*, 103-110. *https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.04.023*

Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement, 1*(3), 385– 401. *https://doi.org/10.1177/014662167700100306*

Rasic, D., Hajek, T., Alda, M., y Uher, R. (2014). Risk of Mental Illness in Offspring of Parents With Schizophrenia, Bipolar Disorder, and Major Depressive Disorder: A Meta-Analysis of Family High-Risk Studies. *Schizophrenia Bulletin*, *40*(1), 28–38. *https://doi.org/10.1093/schbul/sbt114*

Rautio, N., Filatova, S., Lehtiniemi, H., y Miettunen, J. (2018). Living environment and its relationship to depressive mood: A systematic review. *International Journal of Social Psychiatry*, *64*(1), 92–103. *https://doi.org/10.1177/0020764017744582*

Remes, O., Mendes, J. F., y Templeton, P. (2021). Biological, psychological, and social determinants of depression: a review of recent literature. *Brain sciences*, *11*(12), 1633. *https://doi.org/10.3390/brainsci11121633*

Risch, N., Herrell, R., Lehner, T., Liang, K.-Y., Eaves, L., Hoh, J., Griem, A., Kovacs, M., Ott, J., y Merikangas, K. R. (2009). Interaction between the serotonin transporter gene (5-HTTLPR), stressful life events, and risk of depression: a meta-analysis. *JAMA*, *301*(23), 2462–2471. *https://doi.org/10.1001/jama.2009.878*

Rivera, M., Gutiérrez, B., Molina, E., Torres-González, F., Bellón, J. A., Moreno-Küstner, B., King, M., Nazareth, I., Martínez-González, L. J., Martínez-Espín, E., Muñoz-García, M. M., Motrico, E., Martínez-Cañavate, T., Lorente, J. A., Luna, J. D., y Cervilla, J. A. (2009). High-activity variants of the uMAOA polymorphism increase the risk for depression in a large primary care sample. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, *150B*(3), 395–402. *https://doi.org/10.1002/ajmg.b.30829*

Robins, L. N., Wing, J., Ulrich Wittchen, H., Helzer, J. E., Babor, T. F., Burke, J., Farmer, A., Jablenski, A., Pickens, R., Regier, D. A., Sartorius, N., y Towle, L. H. (1988). The composite international diagnostic interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Annual Review of Addictions Research and Treatment, 1*(C), 263–271

Rubio-Stipec, M., Bravo, M., y Canino, G. (1991). La entrevista diagnóstica internacional compuesta (CIDI): un instrumento epidemiológico adecuado para ser administrado conjuntamente con otros sistemas diagnósticos en diferentes culturas [The Composite International Diagnostic Interview (CIDI): an epidemiologic instrument suitable for using in conjunction with different diagnostic systems in different cultures]. *Acta psiquiatrica y psicologica de America latina*, *37*(3), 191–204.

Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2013). Rendimiento diagnóstico y estructura factorial del inventario de depresión de beck-II (BDI-II). *Anales de Psicologia,29*(1), 66–75. *https://doi.org/10.6018/analesps.29.1.130532*

Shadrina, M., Bondarenko, E. A., y Slominsky, P. A. (2018). Genetics Factors in Major Depression Disease. *Frontiers in Psychiatry*, *9*, 1–18. *https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00334*

Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C. P., Dulcan, M. K., y Schwab-Stone, M. E. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC- IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39(1), 28–38. *https://doi.org/10.1097/00004583-200001000-00014*

Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., Schinka, J., Knapp, E., Sheehan, M. F., y Dunbar, G. C. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry, 12*(5), 232–241. *https://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)83297-X*

Sheehan, D. V., Lecrubier Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., y Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry, 59* (SUPPL. 20), 22–33.

Smits, C. H. M., de Vries, W. M., y Beekman, A. T. F. (2005). The CIDI as an instrument for diagnosing depression in older Turkish and Moroccan labour migrants: An exploratory study into equivalence. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(5), 436–445. *https://doi.org/10.1002/gps.1303*

Soler, J., Pérez-Sola, V., Puigdemont, D., Pérez-Blanco, J., Figueres, M., y Alvarez, E. (1997). Estudio de validación del Center for Epidemiologic Studies-Depresion (CES-D) en una población española de pacientes con trastornos afectivos [Validation study of the Center for Epidemiological Studies-Depression of a Spanish population of patients with affective disorders]. *Actas luso-espanolas de neurologia, psiquiatria y ciencias afines*, *25*(4), 243–249.

Sonnenberg, C. M., Deeg, D. J. H., van Tilburg, T. G., Vink, D., Stek, M. L., y Beekman, A. T. F. (2013). Gender differences in the relation between depression and social support in later life. *International Psychogeriatrics*, *25*(1), 61–70. *https://doi.org/10.1017/S1041610212001202*

Sullivan, P. F., Neale, M. C., y Kendler, K. S. (2000). Genetic Epidemiology of Major Depression: Review and Meta-Analysis. *American Journal of Psychiatry*, *157*(10), 1552–1562. *https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.10.1552*

Toft, T., Fink, P., Oernboel, E., Christensen, K., Frostholm, L., y Olesen, F. (2005). Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. results from the functional illness in primary care

(FIP) study. *Psychological medicine*, *35*(8), 1175–1184. *https://doi.org/10.1017/s0033291705004459*

Thorup, A. A. E., Laursen, T. M., Munk-Olsen, T., Ranning, A., Mortensen, P. B., Plessen, K. J., y Nordentoft, M. (2018). Incidence of child and adolescent mental disorders in children aged 0-17 with familial high risk for severe mental illness - A Danish register study. *Schizophrenia Research*, *197*, 298–304. *https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.11.009*

Triñanes, Y., Rial, A., Álvarez, M., de las Heras, E., Atienza, G., y López, M. (2014). ¿Cómo mejorar la práctica clínica de la depresión?: una aproximación cualitativa. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Disponible en *https://avalia-t.sergas.es/DXerais/174/avalia-t201404Cualitativa-Depresion.pdf*

Ukatu, N., Clare, C. A., y Brulja, M. (2018). Postpartum Depression Screening Tools: A Review. *Psychosomatics, 59*(3), 211–219. *https://doi.org/10.1016/j.psym.2017.11.005*

Vilagut, G., Forero, C. G., Barbaglia, G., y Alonso, J. (2016). Screening for depression in the general population with the center for epidemiologic studies depression (ces-d): A systematic review with meta-analysis. *PLoS ONE, 11*(5), 1–17. *https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155431*

Von Glischinski, M., von Brachel, R., y Hirschfeld, G. (2019). How depressed is "depressed"? A systematic review and diagnostic meta-analysis of optimal cut points for the Beck Depression Inventory revised (BDI-II). *Quality of life Research, 28*(5), 1111–1118. *https://doi.org/10.1007/s11136-018-2050-x*

Wege, N., Angerer, P., y Li, J. (2017). Effects of Lifetime Unemployment Experience and Job Insecurity on Two-Year Risk of Physician-Diagnosed Incident Depression in the German Working Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *14*(8), 904. *https://doi.org/10.3390/ijerph14080904*

Whisman, M. A. (2007). Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of Abnormal Psychology*, *116*(3), 638–643. *https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.3.638*

Whisman, M. A., y Uebelacker, L. A. (2009). Prospective associations between marital discord and depressive symptoms in middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, *24*(1), 184–189. *https://doi.org/10.1037/a0014759*

Wilkowska-Chmielewska, J., Szelenberger, W., y Wojnar, M. (2013). Age-dependent symptomatology of depression in hospitalized patients and its implications for DSM-5. *Journal of Affective Disorders*, *150*(1), 142–145. *https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.12.012*

Wittchen, H. U. (1994). Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): A critical review. *Journal of Psychiatric Research, 28*(1), 57–84. *https://doi.org/10.1016/0022-3956(94)90036-1*

Wray, N. R., Lee, S. H., Mehta, D., Vinkhuyzen, A. A. E., Dudbridge, F., y Middeldorp, C. M. (2014). Research Review: Polygenic methods and their application to psychiatric traits. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *55*(10), 1068–1087. *https://doi.org/10.1111/jcpp.12295*

Wray, N. R., Ripke, S., Mattheisen, M., Trzaskowski, M., Byrne, E. M., Abdellaoui, A., Adams, M. J., Agerbo, E., Air, T. M., Andlauer, T. M. F., Bacanu, S.-A., Bækvad-Hansen, M., Beekman, A. F. T., Bigdeli, T. B., Binder, E. B., Blackwood, D. R. H., Bryois, J., Buttenschøn, H. N., Bybjerg-Grauholm, J., … Sullivan, P. F. (2018). Genome-wide association analyses identify 44 risk variants and refine the genetic architecture of major depression. *Nature Genetics*, *50*(5), 668–681. *https://doi.org/10.1038/s41588-018-0090-3*

Zuelke, A. E., Luck, T., Schroeter, M. L., Witte, A. V., Hinz, A., Engel, C., Enzenbach, C., Zachariae, S., Loeffler, M., Thiery, J., Villringer, A., y Riedel-Heller, S. G. (2018). The association between unemployment and depression–Results from the population-based LIFE-adult-study. *Journal of Affective Disorders*, *235*(April), 399–406. *https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.073*

Capítulo 3. Evaluación de la ansiedad ante los exámenes

ANTONIO RUIZ-GARCÍA
Departamento de Psicología, Universidad de Córdoba.

DAVINIA M. RESURRECCIÓN
Departamento de Psicología, Universidad Loyola Andalucía

ÓLIVER JIMÉNEZ
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Málaga.

LUIS VALERO
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Málaga.

Los problemas de ansiedad ante los exámenes o pruebas de evaluación son comunes entre los estudiantes y población más joven, y les afecta gravemente en su rendimiento académico. Sin embargo, también aparece entre adultos que tengan que exponerse y ser evaluados en situaciones públicas como oposiciones o entrevistas de trabajo. Se presenta en este capítulo las características de esta problemática, sus definiciones psicopatológicas, las respuestas que suelen presentarse,

así como los distintos instrumentos y formas de evaluación disponibles para este tipo de problemática.

1. DEFINICIÓN Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA ANSIEDAD ANTE LOS EXÁMENES

Una definición clásica, y aceptada ampliamente en la literatura, sería la de Spielberger y Vagg (1995), que interpreta la Ansiedad ante los Exámenes (AEX) como un rasgo de personalidad específico, donde se da una tendencia a valorar las situaciones de evaluación del rendimiento como amenazantes. Otros autores, como Zeidner (1998; 2007) o más recientemente Furlan y Martínez-Santos (2023), hacen referencia a un conjunto de respuestas fisiológicas, conductuales y fenomenológicas que acompañan a la preocupación por las posibles consecuencias negativas, mal rendimiento o el fracaso en un examen o una situación evaluativa similar.

Siguiendo la clasificación en el DSM-5-TR (American Psychiatric Association [APA], 2022), la AEX se podría definir como la elevada ansiedad o miedo ante situaciones de evaluación, ya sea cuando se está en la situación de examen o cuando esta se anticipa. Estas reacciones son desproporcionadas según lo esperado en ese contexto, causando un malestar significativo e interferencia en la vida diaria de la persona. Estos tipos de respuesta típicamente van acompañados de evitación activa de las situaciones o a resistirlas con elevado malestar.

Con respecto a las características clínicas de la AEX, como respuestas fisiológicas puede encontrarse un aumento de la tasa cardíaca (pulso, ritmo, aceleración), aumento de la respuesta electrodermal (sudoración, mayor conductancia), aumento de la tasa respiratoria, aumento de los movimientos gastrointestinales (dolores, diarrea, estreñimiento, micción), aumento de la tensión muscular (espasmos, temblores, rigidez, dolor muscular o de cabeza), sequedad de boca, problemas para tragar, náuseas, mareos, disfunción eréctil, contracturas musculares, disfunciones gástricas, entre otros (Álvarez et al., 2012; Ross et al., 2020). También se pueden encontrar dificultades relacionadas con el sueño, despertares nocturnos, problemas de conciliación o insomnio. En

cuanto a las respuestas motoras, pueden aparecer respuestas de escape (salir de la situación de evaluación, escapar, correr, no contestar a las preguntas), de evitación (no presentarse a la prueba de evaluación, plantear excusas o justificaciones para ello), hiperactividad (tocarse continuamente una oreja o el pelo), elevado consumo de alimentos o sustancias (dulces, café, tabaco u otras sustancias) y respuestas comunes alteradas (conducta torpe, tartamudez, bloqueo, mala escritura) (Burcaş y Creţu, 2021). Por último, las respuestas cognitivas y emocionales pueden aparecer en forma de pensamientos negativos sobre sí mismo, pensamientos o verbalizaciones de ansiedad o temor, pensamientos catastrofistas, pensamientos auto-aplicados (auto-ejecución, autoestima) tanto anticipatorios como durante la prueba de evaluación (p. ej., "*soy un/a inútil*", "*soy la/el más torpe de todos*", "*no voy a poder estudiar lo que quiero*"), y ante la actuación y/o ante otros, mostrarse débil o incompetente (p. ej., "*qué van a pensar mis padres de mí*"), problemas de concentración, dificultades para decidir, así como emociones de tristeza, impotencia, bloqueo, temor o miedo subjetivo (Heckel et al., 2021).

2. PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO

2.1. Factores biológicos

El género parece ser relevante en el modo en el que se afrontan las diversas situaciones de evaluación, siendo las mujeres las que perciben las situaciones de examen de forma más amenazadora, frente a los hombres que parecen percibirlas como un desafío, pudiendo responder esto a un componente sociocultural (Liu et al., 2021; Putwain y Daly, 2014; Valiente et al., 2003).

2.2. Factores psicológicos

La percepción de soledad podría estar relacionada con la AEX en universitarios (Azizi, 2015), así como en adolescentes expuestos a la soledad o aquellos con problemas en el ámbito familiar, como el divorcio de sus padres o aquellos que han sufrido maltrato en la infancia (Chen et

al., 2023). La baja autoestima o un bajo autoconcepto estarían relacionados con una mayor AEX, ya que el estudiante muestra creencias negativas sobre sí mismo, y bajas expectativas sobre su capacidad de tener éxito en entornos personales o académicos (Putwain y Symes, 2020; von der Embse et al., 2018). El perfeccionismo y el neuroticismo también se han relacionado con el riesgo a sufrir AEX (Vanstone y Hicks, 2019), sugiriendo que los estudiantes con mayor preocupación por fallar o mostrarse incompetentes, y aquellos con una alta sensibilidad a los factores estresantes, mostrarán una mayor ansiedad (Putwain y Symes, 2020).

2.3. Factores socioculturales

Entre los factores académicos, algunos autores sostienen que una relación de expectativa con respecto a los profesores y de competición frente a los compañeros, está relacionado con una mayor vulnerabilidad a la ansiedad ante a los exámenes (Hoferichter et al., 2014). Dentro de los factores de riesgo académicos, también serían relevantes la importancia de la prueba o los factores ambientales, como pueden ser el ruido o el tipo de prueba (Bausela, 2005). Sin embargo, se ha visto que la forma educativa de los padres no tiene gran influencia sobre el desarrollo de ansiedad en los niños, en todo caso sería el control parental, más que la presión o los rechazos por fracasar en los estudios, lo que podría relacionarse con esa ansiedad infantil (McLeod et al., 2007).

2.4. Sucesos vitales estresantes

Podrían aumentar el riesgo de AEX el hecho de presentar disfunción moderada o grave en el funcionamiento familiar, el divorcio de los padres, un rendimiento medio o por debajo de la media, no tener una relación estrecha con los compañeros de clase, o sufrir acoso escolar (Chen et al., 2023). En un estudio reciente, realizado en 17 países con estudiantes de los últimos cursos escolares, se encontró que variables como el sexo femenino o los pensamientos negativos habituales, correlacionaban altamente con el estrés ante los exámenes, pero también en menor medida otras variables como el tipo de escuela, la familia y el estilo de vida también estaban relacionadas (Wuthrich et al., 2020).

3. TRASTORNOS MENTALES COMÓRBIDOS MÁS FRECUENTES

Cuando las respuestas problemáticas de la AEX resultan muy elevadas se asocian con categorías diagnósticas como el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) (Grandis, 2009) o incluso con el trastorno obsesivo-compulsivo (Lancha y Carrasco, 2003). Furlan y Martínez-Santos (2023) señalan que también existe la posibilidad de que la AEX tenga un componente de ansiedad social desencadenada por figuras de autoridad (profesores, en este caso). En este sentido, es posible que el trastorno de ansiedad social sea una categoría más amplia donde pueda incluirse en situaciones concretas la AEX (Arana, 2002). Por último, Putwain et al. (2021), en un artículo reciente, encontraron comorbilidad entre la AEX, el trastorno de pánico y el TAG.

4. CRITERIOS CLÍNICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA ANSIEDAD ANTE LOS EXÁMENES

El problema de la AEX se incluiría en el DMS-5-TR (APA, 2022) dentro de la categoría de "Fobia específica de carácter situacional" (F40.248), que incluiría siete criterios: (a) una marcada ansiedad o miedo ante situaciones específicas, (b) la situación siempre provoca de forma inmediata esa ansiedad, (c) la situación es evitada activamente, (d) la ansiedad es desproporcionada en el contexto sociocultural, (e) es persistente y dura al menos 6 meses, (f) causa un malestar significativo en el individuo y le dificulta otras áreas de su vida, (g) el problema no puede explicarse por otro tipo de diagnósticos dentro o fuera de las categorías de ansiedad.

Según la CIE-11 (Organización Mundial de la Salud, 2022), la AEX puede clasificarse en las "fobias específicas" (7B03) y dentro de ellas en "fobias a los exámenes". Estarían caracterizadas por un miedo o ansiedad excesivos que ocurren ante una situación específica o anticipadamente a esa exposición (en este caso exámenes y pruebas en que se valore al individuo). Esas situaciones son evitadas o sobrellevadas con un miedo intenso, que es desproporcionado respecto al peligro real. También

han de persistir al menos varios meses, y ocasionar graves molestias o deterioros significativos en otras áreas importantes del funcionamiento personal o social.

5. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

5.1. Definición de las principales quejas y motivos de consulta

La AEX supone un problema para un porcentaje elevado de estudiantes. Las estimaciones más recientes han demostrado que hasta el 60% de los estudiantes la tendrían, y hasta un 25% de los estudiantes experimentan un nivel de AEX que les produce interferencia en sus resultados académicos (Burcaş y Creţu, 2021; Putwain y Daly, 2014; Segool et al., 2013; Thomas et al., 2017).

Entre las quejas y motivos de consulta se encuentran estudiantes con dificultades para estudiar, para poder realizar los exámenes o directamente para poder presentarse a ellos, superar los cursos académicos, dilatar los estudios y finalización de los mismos, no poder conseguir calificaciones adecuadas para acceder a estudios, etc. Estas quejas o motivos de consulta generan en los estudiantes insatisfacción, malestar, incertidumbre en ellos mismos y en sus familiares.

Cuando el consultante se encuentra próximo a un proceso de evaluación, aparecen elevados niveles de ansiedad, acompañados de pensamientos anticipatorios que pueden producirse desde días o semanas antes de que se produzca la evaluación, problemas relacionados con el sueño (insomnio, pesadillas), preocupaciones por no conseguir buenas calificaciones o logros académicos si no se obtienen (por ejemplo, acceder a una carrera universitaria, etc.). Durante el proceso de estudio, el consultante puede manifestar diversos tipos de respuestas, tales como ansiedad fisiológica, pensamientos negativos, problemas de concentración y distracción, etc. Finalmente, durante el proceso de evaluación, pueden aparecer problemas de concentración, bloqueos y olvidos de los contenidos estudiados, acompañado por diversas manifestaciones de ansiedad.

5.2. Objetivos de la evaluación psicológica

A la hora de realizar la evaluación de la AEX, y siguiendo a varios autores (Álvarez et al., 2011; 2012; Burcaş y Creţu,2021), se debe tener en cuenta:

- Si tienen habilidades y técnicas de estudio adecuadas en general y para las materias que están estudiando.
- Si las habilidades de gestión de tiempo de estudio, descanso y programación de los mismos son adecuadas.
- Dificultades específicas con tipos de evaluación concretos. Es decir, conocer si ocurre ante cualquier tipo de examen o evaluación, o si es solo con algún tipo en concreto, por ejemplo, examen escrito, con preguntas alternativas, de desarrollo, examen oral, presentación ante tribunal, u otro tipo.
- Si el problema de ansiedad es situacional, es decir, aparece solo en el examen, o si es anticipatorio, cuando aparece malestar al estudiar, o cuando se piensa en qué pasará en el examen, o si ocurre en ambas a la vez.
- Si existen otras condiciones de la persona o rasgos de su personalidad que influyan como mediadoras (altos niveles de ansiedad rasgo, neuroticismo, perfeccionismo, etc.)

5.3. Áreas de evaluación

Cuando aparece en la consulta un caso con sospecha de estar ocurriendo un problema de AEX, es necesario planificar la evaluación atendiendo a diversas áreas:

- *Personal.* Recoger información sobre estado de ánimo de la persona y malestar que presenta, en relación con lo que le ocurre y la visión que tiene de sí mismo (autoconcepto, autoestima, etc.), sus propias expectativas sobre su rendimiento y logros académicos a obtener (notas para acceder a beca, estudios superiores, etc.), si tiene habilidades o técnicas de estudio para abordar el estudio.
- *Social y relacional.* Es necesario conocer si el problema afecta a su relación con amigos o compañeros de estudios, por ejemplo,

no cumpliendo tareas o plazos de entrega, o en exposiciones orales grupales, o si su estado de malestar está afectando a sus relaciones interpersonales con amigos y conocidos de algún modo (por ejemplo, teniendo menos ganas de salir y tener ocio con sus amigos, comportándose de forma más tensa o irascible si está con otras personas, etc.).

- *Contextual del lugar de estudio*. Es necesario evaluar si posee los medios, espacios, materiales que necesita o ayudas para hacerlo.
- *Familiar*. Evaluar cómo afecta este problema, las expectativas o exigencias familiares con relación a los estudios, y el apoyo que tiene, refuerzos o acompañamiento que hace la familia en los estudios, particularmente cuando estamos en estudios primarios o secundarios.

5.4. *Principales técnicas* e instrumentos de evaluación psicológica

Para esta problemática no existen en la actualidad entrevistas estructuradas o semiestructuradas publicadas para ello. En la entrevista inicial hay que evaluar las características e historia del problema. Se puede utilizar una entrevista genérica semiestructurada que evalúe de forma abierta las áreas señaladas anteriormente.

Para la evaluación de la AEX, existen cuestionarios generales relacionados con la sintomatología de ansiedad y estrés, así como cuestionarios específicos de la temática a evaluar.

Con respecto a los cuestionarios generales para la evaluación de la ansiedad y estrés, los más habituales para su aplicación pueden verse en la Tabla 1.

Tabla 1.
Instrumentos generales de evaluación para los síntomas de ansiedad y estrés

Nombre del cuestionario	Autores	Qué evalúa
Inventario de Ansiedad Estado/ Rasgo (STAI)	(Spielberg et al., 1970; adaptación española Buela-Casal et al., 2023)	Evalúa la ansiedad que la persona experimenta en el momento (ansiedad estado) y en general, o mayoría de las ocasiones (ansiedad rasgo)
Inventario de Ansiedad Estado/ Rasgo para Niños (STAIC)	(Spielberger et al., 1973; validación española por Seisdedos, 1990)	Ídem
Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA)	(Miguel-Tobal y Cano-Vindel, 1986, 1988)	Respuestas cognitivas, respuestas fisiológicas, respuestas motoras, situaciones de evaluación, situaciones interpersonales, situaciones fóbicas y situaciones habituales
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)	(Beck et al., 1988; Beck y Steer, 1993; validación española de Magán et al., 2008)	Nivel de gravedad de síntomas de ansiedad
Escala Magallanes de Problemas de Ansiedad (EPANS)	(García-Pérez y Magaz, 1998)	Problemas de ansiedad relacionados con situaciones escolares
Cuestionario de Autoconcepto forma 5 (AF5)	(García y Musitu, 2014)	Autoconcepto
Escala de Autoestima de Rosenberg	(Rosenberg, 1989; versión española de Atienza et al., 2000)	Autoestima
Escala Multidimensional de Perfeccionismo (MPS)	(Frost et al., 1990; adaptación española de Carrasco et al., 2010)	Perfeccionismo
Cuestionario de Hábitos y Técnicas de Estudio (CHTE)	(Álvarez-González y Fernández-Valentín, 2015)	Actitud general ante el estudio, lugar de estudio, estado físico, plan de trabajo, técnicas de estudio, exámenes y ejercicios, trabajos

En cuanto a los cuestionarios específicos de evaluación de AEX, existen tres validados en población española.

1) *Cuestionario de Ansiedad ante los Exámenes* (CAEX) (Valero, 1999). Este cuestionario consta de 50 ítems organizados en torno a cuatro subescalas (preocupación, respuestas fisiológicas, situaciones, respuestas de evitación) y una puntuación total. Obtuvo una elevada consistencia interna para ansiedad (α = .92) frecuencia (α =. 94) y situaciones (α = .86). Recientemente, Torrano-Martínez et al. (2020) han presentado la versión con 37 ítems para adolescentes (12 a 18 años) (CAEX-A), con consistencia interna adecuada (entre α = .49 y .90) y fiabilidad test-retest entre *r* = .50 y .87.)
2) *Cuestionario de Autoevaluación de la Ansiedad ante los Exámenes* (CEAE) (Universidad de Navarra, 2005). Consta de 15 ítems estructurados en tres factores: fisiológico (α = .85), cognitivo (α = .86) y motor (α = .698); y una escala total (α = .923). La evaluación se realiza con una escala Likert de 5 puntos, que va de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). En cuanto a la estructura factorial, un estudio reciente apunta a que existiría una sola dimensión total para este cuestionario (Malas, 2024).
3) *Escala Conductual de Ansiedad ante Exámenes* (ECAE) (Furlan, 2013). Consta de 16 ítems agrupados en dos factores, uno sobre déficits en la ejecución durante el examen (α = .81) y otro relativo a conductas de evitación (α = .78). La escala se responde con alternativas de respuesta que van desde 1 (nada frecuente en mí) a 4 (muy frecuente en mí).

Para la aplicación de los autorregistros, se puede pedir al individuo que registre el tiempo y las tareas de estudio, las situaciones de estudio y el grado de ansiedad generado y, si la persona consultante ya posee alguna respuesta de respiración/relajación, cómo la aplica y qué nivel de funcionamiento tiene.

Como método de evaluación (y tratamiento) son muy empleados los autorregistros de conducta, permitiendo y facilitando el análisis funcional de la misma. En la Tabla 2 se puede observar un ejemplo de autorregistro.

Tabla 2.
Ejemplo de autorregistro de un usuario con ansiedad ante los exámenes

Día/hora	Situación	¿Qué pensó?	¿Qué sintió?	¿Qué hizo?	¿Qué ocurrió después?	Intensidad (1-10)	Duración
07-04-2021 18.00 horas	Estoy estudiando matemáticas (haciendo ejercicios)	Soy tonta y no puedo	Rabia, impotencia, agobio, me late fuerte el pecho	Continuo, haciendo ejercicios, lloro,	Dejo de estudiar, rompo los papeles con los ejercicios	9	2 horas
01-3-2021 23:30 horas	Tengo que volver a clase pasado mañana, tras la semana santa, y tengo dos exámenes	No voy a poder, se me va a olvidar todo, no voy a ser capaz de escribir en el examen	Agobio, ansiedad, incertidumbre, sudor de manos	Hablo con mamá, que no quiero ir al instituto, que me encuentro mal	Mi madre me consuela y anima, y me voy a dormir, pero me encuentro mal	8	50 minutos
25-2-2021 20:00 horas	Repito el examen de lengua en casa	No puedo hacerlo, soy tonta, se me olvidan las cosas, me quedo en blanco seguro	Angustia, me siento mal	Intento hacer el examen	Como no puedo y no me sale: rompo el examen y lloro	10	1 hora
12-3-2021	Estoy en el examen de mates	La profesora lo ha puesto a pillar, no puedo, no sé hacerlo, soy tonta	Sudor, me late fuerte el corazón, tengo ganas de llorar	Intento hacerlo, me atranco	La profesora viene a hablar conmigo en varias ocasiones, me da pistas. Me encuentro muy mal	10	1 hora

La evaluación de la AEX puede incluir registros observacionales tanto de manera directa como en situaciones simuladas. El objetivo es conocer cómo la persona responde en un ambiente de evaluación (tanto real como simulado) para conocer la frecuencia, duración e intensidad de las respuestas ansiógenas. En concreto, para evaluar el comportamiento de evitación puede emplearse:

- *Test de Evitación Conductual (BAT, Behavioral Approach/ Avoidance Test*; Lang y Lazovik, 1963). El empleo del BAT permite conocer el nivel de ansiedad y las respuestas motoras de evitación. Para ello, se dispone el estímulo fóbico de forma que se evalúa el grado de ansiedad subjetiva, la distancia y el tiempo en el que es capaz la persona de mantenerse frente al estímulo (Ruiz-García y Valero-Aguayo, 2021). Esto es difícil de realizar con el estímulo real en la AEX. Por ello, habitualmente, se ha planteado a la persona consultante una lista específica de situaciones relacionadas con la AEX que le resulta difícil de afrontar, donde el individuo puntúe la dificultad de cada situación y convertirla en una jerarquía de situaciones ordenadas por grado de dificultad.
- *BAT Multimedia* (MBAT; Ruiz-García et al., 2019). En este formato se emplearían fotografías y vídeos, ante los cuáles se registrarían ansiedad subjetiva (0-10) y latencia de respuesta ante la evaluación. Puede obtenerse un MBAT para la evaluación y tratamiento de la ansiedad ante los exámenes en web del Instituto de Análisis de la Conducta[2]. Este instrumento está en proceso de validación.
- *BAT en Realidad Virtual* (RVBAT). En un procedimiento similar a lo anterior, se ha empleado la realidad virtual. Por ejemplo, en la evaluación y tratamiento de AEX, en primaria y secundaria, en población coreana (Kwon et al., 2020). Y, más recientemente, con vídeos de realidad virtual 360°, planteando un estudio cualitativo sobre su experiencia de inmersión en estos, para su posterior aplicación clínica (Dogan et al., 2024). Por último, existe una validación de un BAT en realidad virtual para la evaluación del problema de la AEX (Alsina-Jurnet et al., 2007).

2 *www.institutoanalisisconducta.com/software*

La evaluación psicofisiológica de la ansiedad raramente se utiliza en la clínica psicológica, estando su uso limitado a los contextos de investigación. Siguiendo a Ruiz-García y Valero-Aguayo (2021), las medidas psicofisiológicas para la evaluación de la ansiedad incluyen medidas periféricas (p. ej., actividad de la resistencia/conductancia de la piel, de la respiración y de los músculos) y medidas centrales (por ejemplo, electroencefalograma y resonancia magnética funcional). El registro de este tipo de variables fisiológicas tiene la ventaja de estar libres de la subjetividad del individuo, y permitir una mayor cuantificación y objetividad.

5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La AEX se debe diferenciar de otros problemas con alguna similitud (como el TAG), en este caso porque es muy específica a esas situaciones de examen o en las que el individuo es evaluado, pero no otras situaciones sociales. Se distingue así también de problemas de ansiedad social, puesto que podría extenderse a cualquier tipo de interacción con otras personas conocidas o desconocidas. Se debe diferenciar también, en escolares, de los problemas de conducta por evitación de la escuela, miedo a la separación en las primeras etapas escolares, o bien problemas de negatividad u oposición en los niños o adolescentes. De igual forma, debe diferenciarse de posibles ataques de pánico que podrían ocurrir solo en la escuela, o en situaciones de evaluación, pero en este caso serían muy esporádicos y no anticipados por el propio individuo.

6. CONCLUSIONES

Se ha descrito el problema de la AEX como un tipo de ansiedad específica ante situaciones determinadas (en este caso, pruebas o exámenes donde se evalúe al individuo), y cómo lo clasifican los sistemas diagnósticos tradicionales del DSM-5-TR y CIE-11, que lo incluyen en sus categorías correspondientes como un tipo de "fobia específica", incluyendo el posible diagnóstico diferencial. Como tal, siempre suele presentar las tres características de respuestas: fisiológicas (se alteran

los parámetros orgánicos y reacciones físicas del individuo), cognitivas (anticipación, miedo, ansiedad subjetiva) y motoras (evitación o escape de esas situaciones, no enfrentarse o acudir a los exámenes). También se han descrito las formas de evaluación que permiten mostrar la gravedad del problema, y evaluar posteriormente también el posible éxito del tratamiento que se realice. En este caso, se han descrito los diversos tipos de tests y cuestionarios existentes, con sus adaptaciones españolas, así como la utilización de autorregistros o pruebas observacionales que describan de forma más operativa esta problemática.

Con esta información, a partir de los datos de esos instrumentos, el profesional puede valorar la gravedad del problema de AEX, diferenciarlo de otros problemas relacionados con el contexto educativo, y planificar también qué tipo de respuestas serían fundamentales abordar durante el tratamiento. Muchos de esos instrumentos ofrecen datos diferenciales de las respuestas (evitación, fisiológicas, emocionales o cognitivas) que pueda presentar el consultante. No todos los estudiantes o personas con AEX muestran las mismas características de respuesta, con lo que una buena evaluación permitiría planificar mejor la intervención. Además, como se ha comprobado en los estudios sobre esos instrumentos, permitirían su aplicación posterior al tratamiento y valorar así la eficacia final que se ha conseguido con ese tratamiento, aunque siempre se ha de tener en cuenta que la mejor validación de esa eficacia es que no se produzcan respuestas de ansiedad o de evitación ante los exámenes reales que haya de realizar el consultante en su vida académica.

REFERENCIAS

Alsina-Jurnet, I., Carvallo-Beciu, C., & Gutiérrez-Maldonado, J. (2007). Validity of virtual reality as a method of exposure in the treatment of test anxiety. *Behavior Research Methods, 39*(4), 844-851. *https://doi.org/10.3758/BF03192977*

Álvarez, J., Aguilar, J. M, & Lorenzo, J. J. (2012). La AEX en estudiantes universitarios: relaciones con variables personales y académicas. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology, 10*(1), 333-354. *http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293123551017*

Álvarez, J., Aguilar, J. M., & Segura, S. (2011). El estrés ante los exámenes en los estudiantes universitarios. Propuesta de intervención. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 2*(1), 55-63. *http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349852173008*

Álvarez-González, M., & Fernández-Valentín, R. (2015). *Cuestionario de Hábitos y Técnicas de Estudio (CHTE) (5ª edición, revisada y ampliada)*. TEA Ediciones.

American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition, text revision (DSM-5-TR)*. APA Publishing.

Arana, F. G. (2002). Fobia social como problema de alto perfeccionismo. Un estudio de caso aplicando un tratamiento cognitivo conductual. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 3*, 191-209. *https://acortar.link/276COa*

Atienza, F. L., Moreno, Y., & Balaguer, I. (2000). Análisis de la dimensionalidad de la escala de autoestima de Rosenberg en una muestra de adolescentes valencianos. *Revista de Psicología. Universitas Tarraconesis, 22*(1–2), 29–42.

Azizi, S. (2015). Relationship between homesickness and test anxiety in non-native students at Shiraz University of Medical Sciences International Branch in the clinical and physiopathology course in 2013. *Global Journal of Health Science*, *8*(7), 293. *http://dx.doi.org/10.5539/gjhs.v8n7p293*

Bausela, H. (2005). AEX: evaluación e intervención. *Educere, 9*(31), 553-557.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(6), 893–897. *https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893*

Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Beck Anxiety Inventory manual. San Antonio*. Psychological Corporation.

Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., & Seisdedos, N. (2023). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Manual* (10th ed.). TEA.

Burcaş, S., & Creţu, R. Z. (2021). Multidimensional Perfectionism and Test Anxiety: a Meta-analytic review of two decades of research. *Educational Psychology Review, 33*, 249–273. *https://doi.org/10.1007/s10648-020-09531-3*

Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Moretti, L. S., & Medrano, A. L. (2020). Propiedades psicométricas del inventario de situaciones y respuestas de ansiedad breve (ISRA-B). *Ansiedad y Estrés, 26,* 155-166. *https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.07.004*

Cano-Vindel, A., & Miguel-Tobal, J. J. (1999). Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). *Psicología Contemporánea, 6*, 14-21.

Carrasco, A., Belloch, A., & Perpiñá, C. (2010). La evaluación del perfeccionismo: utilidad de la Escala Multidimensional de Perfeccionismo en población española. *Análisis y Modificación de Conducta, 36*(153), 49-65. *https://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/view/1225/1717*

Chen, C., Liu, P., Wu, F., Wang, H., Chen, S., Zhang, Y., Huang, W., & Chen, Q. (2023). Factors associated with test anxiety among adolescents in Shenzhen, China. *Journal of Affective Disorders*, *323*, 123-130. *https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.11.048*

Dogan, U., Uzmez, H., Dagilgan, E. B., Saricaoglu, H., Acar, S., & Ozkara, O. (2024). Development of immersive 360° virtual reality videos for intervention with test anxiety. Springer Preprint (Version 1) available at Research Square. *https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-4202683/v1*

Frost, R. O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research, 14*(5), 449-468. *https://doi.org/10.1007/BF01172967*

Furlan, L. (2013). Construcción de una escala conductual de ansiedad frente a los exámenes (ECAE). *Psiencia. Revista latinoamericana de Ciencia Psicológica, 5*(2), 81-89. *https://doi.org/10.5872/psiencia/5.2.24*

Furlan, L., & Martínez-Santos, G. (2023). Intervención en un caso de ansiedad ante exámenes, perfeccionismo desadaptativo y procrastinación. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria, 17*, e1633. *http://dx.doi.org/10.19083/ridu.2023.1633*

García, F., & Musitu, G. (2014). *Autoconcepto Forma 5 (AF-5) (4ª edición, revisada y ampliada).* TEA ediciones.

García-Pérez, E. M., & Magaz, A. (1998). *Escala Magallanes de Problemas de Ansiedad*. Grupo Albor-Cohs.

Grandis, A. (2009). Evaluación de la ansiedad frente a los exámenes universitarios. (Tesis Doctoral), Córdoba. *http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/grandis_amanda_mercedes.pdf*

Heathers, J. A. J. (2013). Smartphone-enabled pulse rate variability: An alternative methodology for the collection of heart rate variability in psychophysiology research. *International Journal of Psychophysiology, 89*(3), 297-304. *https://doi.org/10.1016/j.ijpsychho.2013.05.017*.

Heckel, C., Masserschmidt, C., & Ringeisen, T. (2021). Learner's characteristics, text anxiety, learning efforts, and performance: Validating their structural relationships. *International Journal of Experimental Educational*

Psychology, 41(9), 1117-1138. *https://doi.org/10.1080/01443410.2021.1935468*

Hoferichter, F., Raufelder, D., & Eid, M. (2014). The mediating role of socio motivational relationships in the interplay of perceived stress, neuroticism, and test anxiety among adolescent students. *Psychology in the Schools, 51*(7), 736-752. *https://doi.org/10.1002/pits.21778*

Kwon, H. J., Hong, N., Kim, K., Heo, J., Kim, J-J., & Kim, E. (2020). Feasibility of a virtual reality program in managing test anxiety: A pilot study. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 23*(10), 715-720. *https://doi.org/10.1089/cyber.2019.0651*

Lancha, C., & Carrasco, M. A. (2003). Intervención en ansiedad a los exámenes, obsesiones y compulsiones contenidas en un trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. *Acción Psicológica, 2*(2), 173-190.

Lang, P. J., & Lazovik, A.D. (1963). Experimental desensitization of a phobia. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 66*, 519-525. *https://doi.org/10.1037/h0039828*

Liu, Y., Pan, H., Yang, R., Wang, X., Rao, J., Zhang, X., & Pan, C. (2021). The relationship between test anxiety and emotion regulation: the mediating effect of psychological resilience. *Annals of General Psychiatry*, *20*, 1-9. *https://doi.org/10.1186/s12991-021-00360-4*

Loades, M. E., Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., Linney, C., Niamh-McManus, M., Borwick, C., & Crawley, E. (2020). Rapid systematic review: the impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *59*(11), 1218-1239. *https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.009*

Lohiya, N., Kajale, N., Lohiya, N., Khadilkar, A., Khadilkar, V., Gondhalekar, K., & Agarkhedkar, S. (2021). Test anxiety among school-going children and adolescents, factors affecting and impact on quality of life: A multicenter study. *Indian Journal of Pediatrics*, *88*, 892-898. *https://doi.org/10.1007/s12098-021-03676-x*

Magán, I., Sanz, J., & García-Vera, M.P. (2008). Psychometric properties of a Spanish version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in general population. *The Spanish Journal of Psychology, 11*(2), 626-640. *https://doi.org/10.1017/S1138741600004637*

Malas, O. (2024). Estructura factorial, validez, fiabilidad e invariancia de género del Cuestionario de Autoevaluación de AEX (CAAE). *Estudios sobre Educación*, 46, 79-98. *https://doi.org/10.15581/004.46.004*

Martínez-Monteagudo, M. C., Inglés, C. J., & García-Fernández, J. M. (2013). Evaluación de la ansiedad escolar: revisión de cuestionarios, inventarios y escalas. *Psicología Educativa, 19,* 27-36. *http://dx.doi.org/10.5093/ed2013a5*

McLeod, B. D., Wood, J. J., & Wisz, J. R. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 27*(2), 155-172. *https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.09.002*

Miguel-Tobal, J. J., & Cano-Vindel, A. (1986). *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA).* TEA ediciones.

Miguel-Tobal, J. J., & Cano-Vindel, A. (1988). *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad ISRA (2ª edición revisada con la inclusión de rasgos específicos).* TEA ediciones.

Miguel-Tobal, J. J., & Cano-Vindel, A. (2002). *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad ISRA (5ª edición, revisada y ampliada).* TEA ediciones.

Organización Mundial de la Salud (2022). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11*). OMS. *https://icd.who.int/es*

Putwain, D. & Daly, A. L. (2014). Test anxiety prevalence and gender differences in a sample of English secondary school students. *Educational Studies, 40*(5), 554–570. *https://doi.org/10.1080/03055698.2014.953914*

Putwain, D. & Symes, W. (2020). The four Ws of test anxiety: What is it, why is it important, where does it come from, and what can be done about it? *Psychologica, 63*, 31-52. *https://doi.org/10.14195/1647-8606_63-2_2*

Putwain, D.W., Stockinger, K., von der Embse, N.P., Suldo, S.M., & Daumiller, M. (2021). Test anxiety, anxiety disorders, and school-related wellbeing: Manifestations of the same or different constructs? *Journal of School Psychology, 88, 47-67. https://doi.org/10.1016/j.jsp.2021.08.001*

Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image* (revised edition). Wesleyan University Press.

Ross, A. L., Goetz, T., Vorack, M., Krannich, M., Bieg, M., Jarrell, A., & Pekrun, R. (2020). Test anxiety and physiological arousal: A systematic review and meta-analysis. *Educational Psychology Review, 33*, 579-618. *https://doi.org/10.1007/s10648-020-09543-z*

Ruiz-García, A., & Valero-Aguayo, L. (2021). *Protocolo multimedia para fobias específicas. Evaluación, intervención y casos clínicos*. Pirámide.

Ruiz-García, A., Valero-Aguayo, L., & Hurtado-Melero, F. (2019). Creating a computerized instrument for the assessment of blood-injection phobia.

The Spanish Journal of Psychology, 22, e44. *https://doi.org/10.1017/sjp.2019.38*

Sanz, J., García-Vera, M.P., & Fortún, M. (2012). El "Inventario de ansiedad de Beck" (BAI): propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual, 20*(3), 563-583.

Segool, N. K., Carlson, J. S., Goforth, A. N., von der Embse, N., & Barterian, J. A. (2013). Heightened test anxiety among young children: Elementary school students' anxious responses to high stakes testing. *Psychology in the Schools, 50*(5), 489–499. *https://doi.org/10.1002/pits.21689*

Seisdedos, N. (1990). *Adaptación española del cuestionario: State-trait Anxiety Inventory for Children (STAIC)*. TEA Ediciones.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self-evaluation questionnaire)*. Consulting Psychologists Press.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1973). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children.* Consulting Psychologists Press.

Spielberger, C. D., & Vagg, P. R. (1995). Test anxiety: A transactional process model. En C. D. Spielberger & P. R. Vagg (Eds.), *Test anxiety: Theory, assessment, and treatment* (pp. 3–14). Taylor & Francis.

Thomas, C. L., Cassady, J. C., & Finch, W. H. (2018). Identifying severity standards on the Cognitive Test Anxiety Scale: Cut score determination using latent class and cluster analysis. *Journal of Psychoeducational Assessment, 36*(5), 492–508. *https://doi.org/10.1177/0734282916686004*

Torrano-Martínez, R., Ortigosa-Quiles, J. M., Riquelme-Marín, A., & López-Pina, J. A. (2020). Propiedades psicométricas de un cuestionario para la evaluación de la AEX en adolescentes. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 28*(2), 245-263.

Universidad de Navarra. (2005). Cuestionario de autoevaluación de la AEX. *https://www.unavarra.es/digitalAssets/112/112234_100000Cuestionario_ansiedad.pdf*

Valero, L. (1999). Evaluación de ansiedad ante exámenes: datos de aplicación y fiabilidad de un cuestionario CAEX. *Anales de Psicología, 15*, 223-231.

Valiente, R. M., Sandín, B., Chorot, P., & Tabar, A. (2003). Diferencias según la edad en la prevalencia e intensidad de los miedos durante la infancia y la adolescencia: datos basados en el FSSC-R. *Psicothema*, *15*(3), 414-419.

Vanstone, D. M. & Hicks, R. E. (2019). Transitioning to university: coping styles as mediators between adaptive-maladaptive perfectionism and test

anxiety. *Personality and Individual Differences, 141*, 68–75. *https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.12.026*

von der Embse, N., Jester, D., Roy, D., & Post, J. (2018). Test anxiety effects, predictors, and correlates: A 30-year meta-analytic review. *Journal of Affective Disorders, 227,* 483-493. *https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.048*

Wuthrich, V.M., Jagiello, T., & Azzi, V. (2020). Academic stress in the final years of school: A systematic literature review. *Child Psychiatry & Human Development* 51, 986–1015. *https://doi.org/10.1007/s10578-020-00981-y*

Zeidner, M. (1998). *Perspectives on individual differences. Test anxiety: the state of the art.* Plenum Press.

Zeidner, M. (2007). Test anxiety in educational contexts: Concepts, findings, and future directions. En P. A. Schutz, & R. Pekrun (Eds.), *Emotion in education* (pp. 165–184). Elsevier.

Capítulo 4. Evaluación del trastorno de ansiedad por separación en adultos

ANTONIO RUIZ-GARCÍA
Departamento de Psicología, Universidad de Córdoba.

ÓLIVER JIMÉNEZ
Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Málaga.

DAVINIA M. RESURRECCIÓN
Departamento de Psicología, Universidad Loyola Andalucía

DESIRÉE NAVAS-CAMPAÑA
Departamento de Psicología, Universidad Loyola Andalucía

Los problemas relacionados con la separación de la figura de apego son comunes en la población infantil y adulta, pudiendo afectar a nivel laboral, académico, familiar y social. En este capítulo se abordan las características de esta problemática centrada en población adulta, su definición siguiendo los diversos manuales diagnósticos y las distintas aproximaciones para su evaluación psicológica.

1. DEFINICIÓN Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN EN ADULTOS

El Trastorno de Ansiedad por Separación en la edad Adulta (TASA) puede definirse como un estado de angustia extrema provocado por la separación de la figura principal de apego (madre, padre, pareja, hija, etc.), ya sea por muerte, divorcio, enfermedad u otra causa (Baldwin et al., 2023; Ruiz-García et al., 2019), necesitando estar en contacto estrecho con dicha figura, lo que puede provocar problemas para ir al trabajo, mudarse o finalizar una relación de pareja (Manicavasagar et al., 2010; Namli et al., 2022).

Siguiendo el sistema de clasificación DSM-5-TR (American Psychiatric Association [APA], 2022), el miedo, ansiedad o rechazo hacia la separación está relacionada con una figura de apego. En este sentido, el miedo, la ansiedad o la evitación hacen referencia predominantemente a la separación con respecto a las figuras de apego o de su contexto cercano o conocido, o a la anticipación de separación de ambos (Baldwin et al., 2023; Manicavasagar y Silove, 2020). Esta problemática puede iniciarse tanto en la infancia-adolescencia como en la edad adulta.

Siguiendo a Manicavasagar y Silove (2020) las manifestaciones clínicas al separarse o anticipar la separación de la figura de apego, serían:

- Manifestaciones físicas: molestias gástricas o náuseas.
- Preocupaciones excesivas y rumiación cognitiva: sobre la posibilidad de que su figura de apego sufra algún tipo de daño (por accidente, enfermedad mortal o resultar herida), esté ausente, se separe o les abandone; pensamientos catastrofistas sobre los efectos que podría sufrir su salud o seguridad, si se produce la separación de dicha figura.
- Búsqueda de seguridad: sobre la posibilidad de estar disponible o en contacto con su figura de apego (llamadas a lo largo del día, necesidad de establecer rutinas o conocer detalles sobre su paradero en todo momento), la reticencia para salir del hogar (buscando excusas para no salir o retrasar la salida), o las dificultades para dormir sola/o por la noche.

2. PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO

2.1. Factores biológicos

El TASA ha sido asociado en mayor frecuencia a la mujer, con un nivel educativo de bajo a medio-alto, un funcionamiento desadaptativo familiar u otras adversidades en la niñez y diversas experiencias de eventos traumáticos en la vida. Estas características de mayores adversidades, mal funcionamiento familiar y eventos traumáticos serían factores precipitantes no sólo del inicio en edad pediátrica, sino también del comienzo en la edad adulta de este trastorno (Carmassi et al., 2015). Concretamente, la literatura señala que la ansiedad por separación es más prevalente en mujeres tanto en su aparición infantil (OR = 2.2) como en su aparición adulta (OR = 1.4) (Shear et al., 2006).

2.2. Factores psicológicos

Existen dos constructos psicológicos que pueden actuar como posibles factores transdiagnóstico en los trastornos ansiosos: la sensibilidad a la ansiedad y la intolerancia a la incertidumbre (Olatunji y Wolitzky-Taylor, 2009). En este sentido, se ha encontrado que ambos factores pueden estar relacionados con los síntomas de la ansiedad por separación en adultos, aunque es necesaria más investigación al respecto para conocer su papel en concreto (Atli et al., 2012; Boelen et al., 2014; Wheaton y Kasier, 2021). Por ejemplo, un estudio reciente señala que la intolerancia a la incertidumbre puede ser una de las variables que contribuya a la realización de conductas de seguridad y que la sensibilidad a la ansiedad puede actuar como amplificador, contribuyendo a las respuestas de ansiedad ante la separación real o anticipada del ser querido (Wheaton y Kaiser, 2021). En este sentido, Atli y colaboradores (2012) señalan que las diferentes facetas de la sensibilidad a la ansiedad (física, social y cognitiva) serían factores relevantes para la sintomatología de la ansiedad por separación.

Por último, el TASA tiene relación, en mayor medida, con la ansiedad rasgo que con la ansiedad estado (Bassi et al., 2021), por lo que resulta un constructo interesante de evaluar y tener presente tanto a nivel clínico como de investigación.

2.3. Factores socioculturales

La aparición del TASA puede deberse a no haber tenido oportunidades de separación donde aprender a estar sin la figura de apego, bien porque los propios progenitores no hayan facilitado la separación, o bien porque incluso alguno de los progenitores la hayan sufrido en la infancia y, en algún caso, que aún la puedan mantener en la edad adulta. Debido a estos problemas de alguno de los progenitores con la separación puede que no faciliten o promuevan la separación de sus hijas/os, no proporcionándoles esas experiencias necesarias (Bruschi et al., 2012; Silove y Rees, 2014). En este sentido, es importante conocer los procesos de aprendizaje en el origen y mantenimiento (modelado o reforzamiento) de conductas de no separación por parte de las figuras de apego del consultante.

Además, en estos acontecimientos vitales hay que tener en cuenta el ámbito cultural de la persona, puesto que la aparición de oportunidades para la separación entre progenitores e hijas/os también es un factor que puede señalar si la separación es estresante (APA, 2013).

2.4. Sucesos vitales estresantes

El desarrollo del TASA se puede deber a la aparición de un evento traumático que desencadene este trastorno (Kessler et al., 2005; Manicavasagar et al., 2010). En este sentido, parece que los síntomas de ansiedad por separación pueden aparecer tras sufrir una pérdida (Manicavasagar et al., 2003), siendo la pérdida traumática de un ser querido en la edad adulta un evento disparador para el desarrollo de TASA (Bögels et al., 2013).

Existen también otros sucesos vitales estresantes que, aunque no se consideran traumáticos, pueden influir en la aparición del TASA; como: tener que irse a estudiar o trabajar fuera del hogar familiar o del contexto cercano, emanciparse solo/a o vivir con la pareja. Estos sucesos vitales pueden resultar estresantes, dando comienzo al desarrollo de la sintomatología ansiosa por separación (Baldwin et al., 2016).

3. TRASTORNOS MENTALES COMÓRBIDOS MÁS FRECUENTES

La comorbilidad con trastornos de ansiedad se sitúa en el 3.4-5 y con los trastornos del estado de ánimo en el 4.3-7.5 (Shear et al., 2006). La mayor comorbilidad existe entre el TASA y el trastorno de pánico y la agorafobia (Namli et al., 2022; Silove et al., 2010), situándose entre el TASA y el trastorno de pánico en el 14.8%, y entre el TASA y la agorafobia en el 5.8% (Shear et al., 2006). En esta línea, Baldwin et al. (2016) señalan que es posible que, hasta la aparición del diagnóstico de TASA, su sintomatología se haya entendido como una forma de trastorno de pánico. Asimismo, El TASA también presenta comorbilidad con el trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Kessler et al., 2005; Manicavasagar et al., 2010; Silove et al., 2010) y con el trastorno obsesivo compulsivo, existiendo una comorbilidad con este último, en torno al 4.4% (Franz et al., 2015). En este sentido, la literatura señala que si el inicio del TASA se produce en la adolescencia o adultez joven (entre los 14 y 22 años), existe mayor riesgo de aparición del trastorno obsesivo compulsivo (Brückl et al., 2007).

En cuanto a la comorbilidad con los trastornos de personalidad, la literatura se ha centrado principalmente en conocer su relación con la aparición de la ansiedad por separación en la etapa infantil y el posterior desarrollo de síntomas relacionados con los trastornos de personalidad (Dogan et al., 2019; Loas et al., 2002; Silove et al., 2010).

4. CRITERIOS CLÍNICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN EN ADULTOS

El TASA (F93.0) se incluye dentro de los trastornos de ansiedad en el DSM-5-TR (APA, 2022), que incluiría ocho criterios: (a) malestar cuando se prevé o se vive una separación del hogar o de las figuras de mayor apego; (b) preocupación por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño; (c) preocupación por la posibilidad de que un acontecimiento adverso cause la separación de una figura de gran apego; (d) resistencia o rechazo persistente a salir por miedo a la separación; (e) miedo o resistencia a estar solo o sin las figuras de mayor apego en casa o en otros lugares; (f) resistencia o re-

chazo persistente a dormir fuera de casa o a dormir sin estar cerca de una figura de gran apego; (g) pesadillas repetidas sobre el tema de la separación; (h) quejas repetidas de síntomas físicos cuando se produce o se prevé la separación de las figuras de mayor apego.

Atendiendo a la CIE-11, el TASA se clasifica dentro de los trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo (6B05). Se caracteriza por miedo o ansiedad marcados y excesivos acerca de la separación de determinadas figuras de apego. En los adultos, el enfoque suele ser una pareja romántica o su descendencia. Las manifestaciones pueden incluir pensamientos persistentes de peligro u otro evento adverso que le podrían ocurrir a la figura de apego, reticencia a ir a la escuela o a trabajar, exceso de ansiedad recurrente relacionada con la separación, reticencia o negación de ir a dormir lejos de la figura de apego, y pesadillas recurrentes sobre la separación. También han de persistir al menos varios meses y ocasionar graves molestias o deterioros significativos en otras áreas importantes del funcionamiento personal o social (Organización Mundial de la Salud, 2022). En la Tabla 1 pueden apreciarse las diferencias y semejanzas entre ambos sistemas de clasificación.

Tabla 1.
Diferencias/semejanzas de los criterios diagnósticos entre CIE-11 y DSM-5

DSM-5	CIE-11
Los síntomas en infantes o adolescentes deben ocurrir mínimo durante 1 mes, en adultos mínimo durante 6 meses.	Los síntomas deben persistir "varios meses" tanto en infantes, adolescentes o adultos.
Mínimo debe presentar 3 síntomas de una lista de 8 síntomas relacionados con el área emocional (miedo), área fisiológica (ansiedad), área cognitiva (preocupación a separarse de la figura de apego), área motora (evita la separación) y área somática (dolores de cabeza, náuseas, dolor de estómago, vómitos…)	No se dan indicaciones sobre un número mínimo de síntomas para el establecimiento del trastorno. Sí describen síntomas en el área emocional (miedo), área cognitiva (preocupación a separarse de la figura de apego) y área motora (evita la separación). No describen síntomas en el área somática.
Síntoma principal: miedo o ansiedad excesiva no relacionada con lo normativo en su desarrollo evolutivo.	Desarrollo de síntomas sin ninguno principal.

5. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

5.1. Definición de las principales quejas y motivos de consulta

Las principales consultas asociadas al TASA son las dificultades interpersonales en las relaciones cercanas y las dificultades en el funcionamiento asociadas al miedo a la separación o al abandono por parte de las personas de apego. La ansiedad asociada a estas áreas de funcionamiento puede suponer una gran tensión en las relaciones con las figuras de apego cercanas y dificultar que las personas con TASA participen en actividades (como ir a trabajar, viajar, emanciparse,etc.) que requieran viajar fuera de casa y/o impliquen separaciones obligatorias de las figuras de apego importantes (Manicavasagar y Silove, 2020).

5.2. Objetivos de la evaluación psicológica

- Evaluar la sintomatología ansiosa producida a nivel cognitivo, fisiológico/emocional y motor.
- Evaluar la interferencia a diferentes niveles: personal, académico, social, familiar, laboral y sus repercusiones.
- Evaluar si existen otras condiciones de la persona o de su personalidad que influyan, sean comórbidos o que expliquen trastornos de personalidad dependiente, problemas de ansiedad, como trastornos de pánico o trastornos del estado de ánimo (Bögels et al., 2013; Bruschi et al., 2012).

5.3. Áreas de evaluación

Según los siguientes niveles de funcionamiento, deberían tenerse en cuenta las siguientes áreas de evaluación (Bögels et al., 2013; Bruschi et al., 2012; Manivavasagar y Silove, 2020; Ruiz-García et al., 2019):

1. Nivel personal. Manifestaciones de ansiedad, que incluyen pensamientos anticipatorios sobre la separación, preocupaciones sobre cómo y dónde estarán sus figuras de apego, sentimientos de soledad y angustia, bajo estado de ánimo, baja valoración

de sí mismos y gran inseguridad para afrontar circunstancias habituales y problemas cotidianos, además de posibles problemas o trastornos de la personalidad (categorías B y C) u otros trastornos psicológicos. También, hay que analizar si el problema se inició en la infancia/adolescencia y continúa en la vida adulta o si ha debutado en la edad adulta.

2. Nivel familiar. Hay que evaluar las posibles relaciones de dependencia del contexto familiar, posibles problemas con la familia por las dificultades en separarse o estar pendientes de sus familiares, a veces de forma excesiva. Es común encontrar que alguno de los progenitores haya presentado, o presente en la actualidad, problemas relacionados también con la ansiedad por separación o el propio trastorno.
3. Nivel de relaciones de pareja/sociales. Al igual que con los familiares, también puede aparecer la problemática asociada a la pareja, dado que resulta una figura de apego importante. Pueden aparecer problemas con relación a emanciparse del hogar familiar para mudarse a vivir con su pareja. En cuanto a las relaciones sociales, planificar viajes conjuntos con amistades o con la propia pareja son fuentes de ansiedad, dado que requiere anticipar tener que separarse de los familiares/contexto conocido, aunque sea por pocos días. De hecho, en muchas ocasiones se resiste con gran malestar el mero hecho de pasar una noche durmiendo fuera de casa, tratando de evitarlo en la mayoría de las ocasiones.
4. Nivel académico. En este nivel hay que evaluar si ha habido pérdidas de oportunidades académicas importantes por no realizar becas de movilidad para mejorar sus estudios (ya sean universitarios, de idiomas, etc.). En muchos casos, este hecho es motivo de autorreproches por no haberlo hecho o no haber ido como han hecho otros compañeros, habiendo perdido la oportunidad, la experiencia, etc.
5. Nivel laboral. Se pueden encontrar negativas a aceptar trabajos fuera de su lugar de residencia, contexto conocido, o lejos de sus figuras de apego. Hay que evaluar si existe miedo a posibles

movilidades laborales o cambios de destino. En este sentido, hay que evaluar si existen síntomas ansiosos asociados a escuchar conversaciones relacionadas con la movilidad de otros compañeros, si existen conductas de evitación a compañeros cuyo tema es la movilidad o mejoras laborales que implican movilidad, aunque sea temporal. Estas conductas también hay que evaluarlas en el nivel académico y social.

5.4. Principales técnicas e instrumentos de evaluación psicológica

La evaluación del TASA se ha caracterizado principalmente por emplear entrevistas y autoinformes, centrándose en su mayoría en la etapa infanto-juvenil, siendo estas usadas de forma retrospectiva para la evaluación del trastorno en adultos (Manicavasagar y Silove, 2020; Ruiz-García et al., 2019).

Por un lado, están las entrevistas estructuradas o semiestructuradas que parten de un protocolo de ejecución estandarizado. Este tipo de entrevistas se utilizan cuando se ha de emitir un informe diagnóstico necesario para el usuario[3]. Las entrevistas diagnósticas estandarizadas para adultos son escasas, aunque se puede encontrar "*The Patient Relationship Interview at Termination* (PRI-T)" (Safran y Muran, 2008), como una entrevista que evalúa estilos de apego en adultos relacionados con sintomatología ansiosa. Por otro lado, también se encuentra la Entrevista de Apego para Adultos (AAI) (1996) como base para la detección del TASA y que en 2019 se fue estandarizando aún más su ejecución por otro grupo de investigación (Talia et al., 2019). Además de estas entrevistas estructuradas, también están las entrevistas semiestructuradas pertenecientes a las diferentes terapias/modelos de intervención en psicología (Cognitivo-Conductual, Sistémica, Cognitiva, Interpersonal, entre otras).

Como bloques comunes a trabajar en la entrevista psicológica, independientemente del modelo/terapia que se siga, están los siguientes

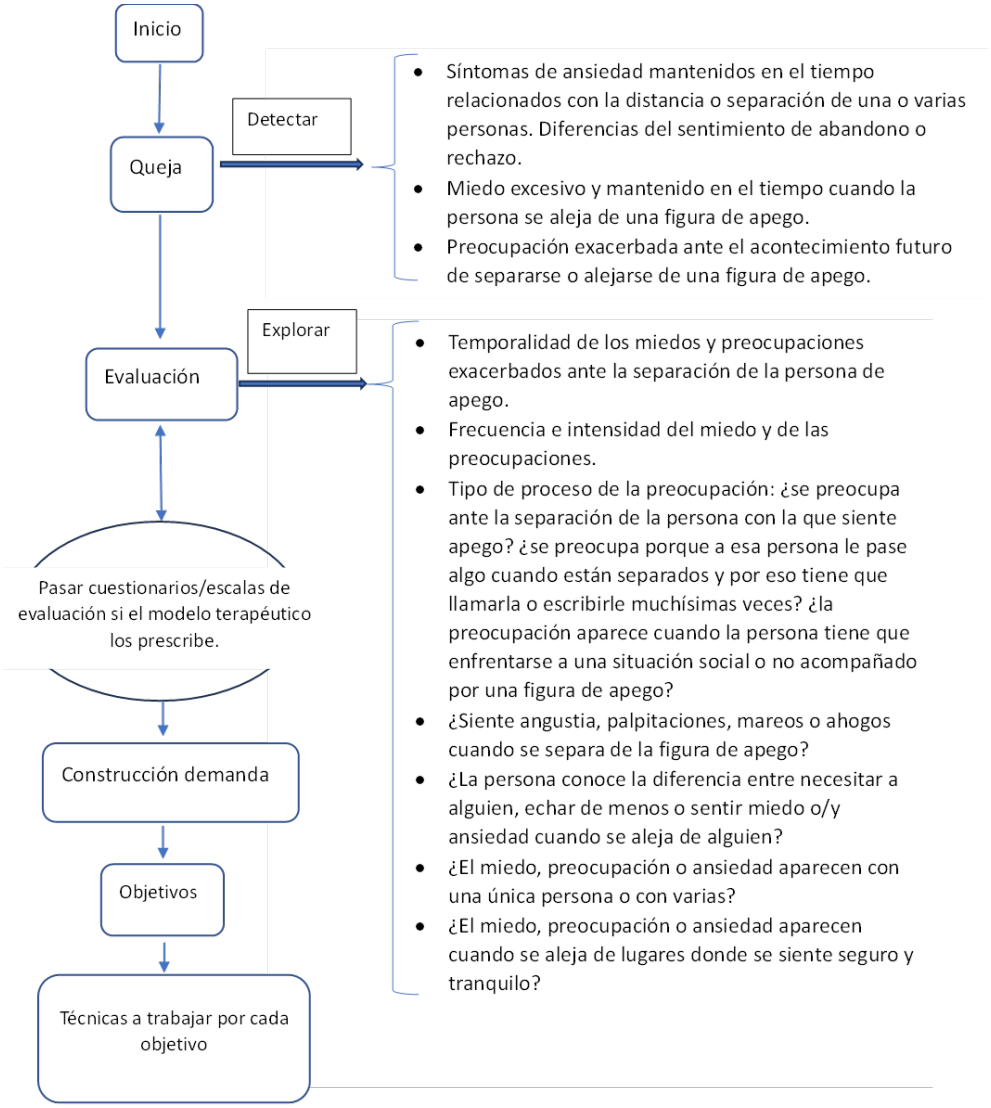
3 Debido a que la ansiedad por separación ha sido una problemática relacionada principalmente con la infancia, la literatura científica sí que tiene desarrolladas entrevistas diagnósticas para esta franja de edad (véase Ambrosini, 2000; Angold y Costello, 2000; Reich, 2000; Shaffer et al., 2000; Sherril y Kovacs, 2000).

(los bloques de una entrevista terapéutica pueden estar sujetos a diferentes sesiones):

a) Inicio. Presentación del profesional y del consultante. Exploración de diversas áreas de la vida de la persona.
b) Queja o motivo de consulta
c) Evaluación. Foco del problema, duración, frecuencia, temporalidad, intensidad de los síntomas. Posibilidad de uso de cuestionarios asociados a la problemática.
d) Construcción de la demanda.
e) Planteamiento de objetivos terapéuticos

Concretamente, en la Figura 1 se puede observar el proceso de entrevista psicológica que se plantea para la evaluación del TASA.

Figura 1.
Proceso de entrevista psicológica y puntos específicos a tratar para detectar y explorar el TASA.



Recientemente, el Cuestionario de Ansiedad por Separación en el Adulto (ASA-27; Manicavasagar et al., 2012) ha sido validado en población española para la evaluación y detección de estos problemas (Ruiz-García et al., 2019). El instrumento ha sido validado también en pobla-

ción turca (Dirioz et al., 2011) y en población portuguesa (Ruiz-García et al., 2021). Este cuestionario consta de 27 ítems y se responde en una escala de tipo Likert de cuatro puntos (0 = ocurre con mucha frecuencia a 3 = no ocurre nunca), permitiendo recoger información sobre ansiedad y pánico, malestar ante el abandono de personas cercanas o pensar en separarse de ellas, por ejemplo, cuando va a trabajar, viajar, etc.; tener pesadillas y preocupación con ser abandonado o separarse de estas personas, entre otros, y se evalúa el periodo de la edad adulta (es decir, a partir de los 18 años). Este instrumento posee un solo factor que abarca la totalidad de los ítems y su consistencia interna es elevada (α = .92), además se ha mostrado sensible a los cambios terapéuticos (Ruiz-García y Rando-Hurtado, 2015) en evaluaciones pre-post, si bien, es necesaria más investigación al respecto. Este instrumento puede utilizarse para la detección de posibles casos clínicos con ansiedad por separación en la adultez. Para ello, se ha propuesto un baremo, donde se puede considerar: a) ausencia de problemas de ansiedad por separación, percentil inferior a 27 (Puntuación Pirecta [PD] = 8); b) problemas leves, percentil entre 27 y 57 (PD = 15); c) problemas clínicos, percentil entre 60 y 80 (PD = 16); d) problemas graves que requieren atención clínica, percentil de 81 o superior (PD = 25).

Existe también una versión breve de este cuestionario, el ASA-10 (Ruiz-García et al., 2021), con una alta sensibilidad para detectar casos de ansiedad clínica (sensibilidad del 97.9%) y una alta consistencia interna (α = .89). Este instrumento resulta una medida adecuada y más breve para emplear tanto en la evaluación psicológica como con fines de investigación.

Como método de evaluación (y tratamiento) son muy empleados los autorregistros de conducta, permitiendo facilitar el análisis topográfico de la conducta y análisis funcional de la misma.

Para la evaluación en este tipo de problemas de ansiedad, se pueden emplear registros que recojan antecedentes, conducta y consecuentes, ya que esto va a permitir identificar las conductas clínicamente relevantes y determinar el análisis funcional de la conducta de nuestro cliente. Estos registros se revisan en cada nueva sesión y se comentan con los consultantes.

Tabla 2.
Ejemplo de autorregistro de una persona con ansiedad por separación

Día y hora	Situación	Qué pienso	Qué siento	Qué hago	Qué ocurre después	Duración/ Intensidad (1-10)
Lunes 10:30	En la reunión, el jefe comenta que necesitará personas de nuestro equipo para un proyecto fuera del país. Pregunta si estamos interesados	Me va a tocar seguro	Mal, angustia, sudor, incomodidad, taquicardia, desesperación, frustración	Intento que no se note y respiro	El jefe nos dice que es algo muy bueno para nosotros.	20 minutos / 9
Jueves 11:30	Estoy tomando café y hablan de EEUU	Tengo que participar en la conversación	No estoy cómodo, mal, nervioso, sudor, miedo	Pregunto por las playas de Miami	No me siento tan mal	10 minutos / 6
Sábado 23:00	Estoy en casa e intento dormir	Me afecta mucho el pensar que tengo que viajar por trabajo	Me cuesta respirar. Taquicardia	Intento dormir. Trato de no pensar	Me quedo dormido	45 minutos / 8
Todo el día	Estoy muy preocupado por mi viaje a Valencia	No sé cómo voy a estar. Se va a hacer muy largo. Espero no perderme ni sentirme solo	Nervios, miedo, mal, angustiado	Intento pensar que lo voy a pasar bien y que no es mucho tiempo	-	Todo el día / 6

En la Tabla 2 se plantea un ejemplo de formato de autorregistros que se puede emplear en la evaluación de TASA, donde se registran: día y hora, situación, ¿qué pensó?, ¿qué sintió?, ¿qué hizo?, ¿qué ocurrió después?, intensidad y duración del malestar (entendido este como ansiedad, miedo, preocupación, tristeza, estado de ánimo bajo, ira, etc. dependiendo del caso).

En estos casos, como puede suceder en otros problemas psicológicos, la observación directa es difícil ya que no hay acceso al entorno directo para ver cómo las personas se comportan. Además, las reacciones y síntomas emocionales y cognitivos pertenecen al mundo privado y han de autoinformarse, por ejemplo, utilizando medidas indirectas, como los autorregistros de conducta, como ya se comentó en el apartado anterior

6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Sobre el diagnóstico diferencial del TASA hay que descartar que la sintomatología se pueda explicar mejor por un diagnóstico de agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, TEPT, fobia social o un trastorno de personalidad (APA, 2022). En comparación con el TASA, el miedo en la agorafobia estaría marcado por estar en un lugar o circunstancia (p.ej., estar en medio de una muchedumbre); la preocupación excesiva en el TAG aparece hacia una variabilidad indistinta de circunstancias o personas; la sintomatología ansiosa en el TEPT estaría asociada a un evento traumático que no tiene por qué estar relacionado con las figuras de apego, siendo el foco de ansiedad el trauma experimentado por una persona, no haciendo referencia a que pueda o no haber una figura de apego implicada en las circunstancias del trauma; la sintomatología cognitiva, emocional y fisiológica en la fobia social serían características de circunstancias sociales a las que se expone la persona (eventos laborales, eventos festivos, entre otros), teniendo como foco la interacción social del individuo con otros; y en el trastorno de personalidad dependiente la preocupación se centraría en la falta de habilidad para afrontar su propio estado emocional de la preocupación por la pérdida de la figura de apego típica del TASA (Baldwin et al., 2016; Baldwin et al., 2023; Bögels et al., 2013; Manicavasagar y Silove, 2020; Namli et al., 2022).

7. CONCLUSIONES

En conclusión, la ansiedad por separación en adultos es una problemática de reciente incorporación en los manuales de diagnóstico. Por ello, para una evaluación adecuada y ajustada a las necesidades del usuario con síntomas de ansiedad, es importante tener conocimiento de las diferentes psicopatologías que pueden estar en la base del problema para que no se *enmascare* la sintomatología y la evaluación genere un modelo explicativo erróneo. En este sentido, y para facilitar su diagnóstico, dentro de una evaluación más amplia, los cuestionarios ASA-27 y su versión reducida, el ASA-10, permiten detectar a personas con esta problemática. Estos instrumentos han mostrado sensibilidad a los cambios clínicos producidos por la intervención, aunque es necesaria más investigación a este respecto.

8. REFERENCIAS

Ambrosini, P. J. (2000). Historical development and present status of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (K-SADS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *39*(1), 49–58. *https://doi.org/10.1097/00004583-200001000-00016*

American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition, text revision (DSM-5-TR)*. APA Publishing.

Angold, A., & Costello, E. J. (2000). The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *39*(1), 39–48. *https://doi.org/10.1097/00004583-200001000-00015*

Atli, O., Bayin, M., & Alkin, T. (2012). Hypersensitivity to 35% carbon dioxide in patients with adult separation anxiety disorder. *Journal of Affective Disorders, 141*(2–3), 315–23. *https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.03.032*

Baldwin, D. S., Gordon, R., Abelli, M., & Pini, S. (2016). The separation of adult separation anxiety disorder. *CNS Spectrums, 21,* 289-294. *https://doi.org/10.1017/S1092852916000080*

Baldwin, D. S., Molteni, L., & Masdrakis, V. G. (2023). The Distinction of Adult Separation Anxiety Disorder: Evidence and Uncertainty. En S. Pini y B. Milrod (Eds.), *Separation Anxiety in Adulthood. How to Address it in*

Clinical Practice (pp. 89-101). Springer International Publishing. *https://doi.*org/10.1007*/978-3-031-37446-3_8*

Bassi, G., Mancinelli, E., Di Riso, D., Lis, A., & Salcuni, S. (2021). Separation anxiety in a community sample of Italian emerging adults and its relationship with dimensions of borderline personality. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome, 24,* 22-30. *https://doi.org/10.4081/ripppo.2021.506*

Boelen, P. A., Reijntjes, A., & Carleton, R. N. (2014). Intolerance of Uncertainty and Adult Separation Anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy, 43*(2), 133-144. https://doi.org/10.1080/16506073.2014.888755

Bögels, S. M., Knappe, S., & Clark, L. A. (2013). Adult separation anxiety disorder in DSM-5. *Clinical psychology review, 33*(5), 663-674. *https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.03.006*

Brückl, T. M., Wittchen, H-U., Höfler, M., Pfister, H., Scheider, S., & Lieb, R. (2007). Childhood separation anxiety and the risk of subsequent psychopathology: results from a community study. *Psychotherapy and Psychosomatics, 76*(1): 47–56. *https://doi.org/10.1159/000096364*

Bruschi, A., De Angelis, A., Grandinetti, P., Pascucci, M., Janiri, L., & Pozzi, G. (2012). Disturbo d'ansia di separazione dell'adulto: evidenze di letteratura e implicazioni cliniche. *Rivista di Psichiatria, 47,* 355-364. *https://doi.org/10.1708/1175.13026*

Carmassi, C., Gesi, C., Massimetti, E., Shear, M. K., & Dell'Osso, L. (2015). Separation anxiety disorder in the DSM-5 era. *Journal of Psychopathology, 21,* 365–371.

Dirioz, M., Alkin, T., Yemez, B., Onur, E., & Eminagaoglu, B. (2011). The validity and reliability of Turkish version of Separation Anxiety Symptom Inventory and Adult Separation Anxiety Questionnaire. *Turkish Journal of Psychiatry, 23*(2), 108-116. *https://doi.org/10.5080/u6364*

Dogan, B., Yoldas, C., Kocabas, O., Memis, C. O., Sevincok, D., & Sevincok, L. (2019). The Characteristics of the Comorbidity between Social Anxiety and Separation Anxiety Disorders in Adult Patients. *Nordic Journal of Psychiatry, 73*, 380–86. *https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1642381*

Franz, A. P., Rateke, L., Hartmann, T., McLaughlin, N., Torres, A. R., do Rosário, M. C., Filho, E. C. M., & Ferrão, Y. A. (2015). Separation anxiety disorder in adult patients with obsessive-compulsive disorder: Prevalence and clinical correlates. *European Psychiatry, 30*(1), 145-151. *https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.04.007*

Kessler, R., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-

IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 593-602. *https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593*

Loas, G., Atger, F., Perdereau, F., Verrier, A., Guelfi, J. D., Halfon, O., Lang, F., Bizouard, P., Venisse, J-L., Perez-Diaz, F., Corcos, M., Flament, M., Jeammet, P., Réseau Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). (2002). Comorbidity of dependent personality disorder and separation anxiety disorder in addictive disorders and in healthy subjects. *Psychopathology, 35*, 249–253. *https://doi.org/10.1159/000063830*

Manicavasagar, V., Marnane, C., Pini, S., Abelli, M., Rees, S., Eapen, V., & Silove, D. (2010). Adult separation anxiety disorder: a disorder comes of age. *Current Psychiatry Reports, 12*, 290-297. *https://doi.org/10.1007/s11920-010-0131-9*

Manicavasagar, V., & Silove, D. (2020). *Separation Anxiety Disorder in Adults. Clinical Features, Diagnostic Dilemmas and Treatment Guidelines*. Elsevier Academic Press.

Manicavasagar, V., Silove, D., Wagner, R., Drobny, J. (2003). A self-report questionnaire for measuring separation anxiety in adulthood. *Comprehensive Psychiatry, 44*, 146–153. *https://doi.org/10.1053/comp.2003.50024*

Namli, Z., Özbay, A., & Tamam, L. (2022). Adult separation anxiety disorder: A review. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, *14*(1), 46-56. *https://doi.org/10.18863/pgy.940071*

Olatunji, B. O., & Wolitzky-Taylor, K. B. (2009). Anxiety sensitivity and the anxiety disorders: a meta-analytic review and synthesis. *Psychological Bulletin, 135*(6), 974-999. *https://doi.org/10.1037/a0017428*

Organización Mundial de la Salud (2022). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11*). OMS. *https://icd.who.int/es*

Reich, W. (2000). Diagnostic interview for children and adolescents (DICA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *39*(1), 59–66. *https://doi.org/10.1097/00004583-200001000-00017*

Ruiz-García, A., Jiménez, Ó., Fenollar-Cortés, J., Cano-Marín, J., Ojeda-Mora, M. A., Selva, A., & Valero-Aguayo, L. (2019). Adaptación y validación al español del Cuestionario de Ansiedad por Separación en el Adulto (ASA-27). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica – e Avaliação Psicológica, 53*(4), 153-167. *https://doi.org/10.21865/RIDEP53.3.12*

Ruiz-García, A., Jiménez, Ó., Resurrección, D. M., & Fenollar-Cortés, J. (2021). Escala Abreviada para la Evaluación de la Ansiedad por Separación en Adultos (ASA-10) en Población Española. *Revista Iberoamericana de*

Diagnóstico y Evaluación Psicológica – e Avaliação Psicológica, 60(3), 133-143. *http://dx.doi.org/10.21865/RIDEP60.3.11*

Ruiz-García, A., Jiménez, Ó., Resurrección, D. M., Ferreira, M., Reis-Jorge, J., & Fenollar-Cortés, J. (2021). Portuguese validation of the Adult Separation Anxiety—Questionnaire (ASA-27). *PLoS ONE 16*(3), e0248149. *https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248149*

Ruiz-García, A., & Rando-Hurtado, M. A. (2015). Tratamiento de un caso de ansiedad por separación en una mujer adulta. Póster presentado en *XII Encuentro SPPU.* Madrid: Universidad Carlos III.

Safran, J. D., & Muran, J. C. (2008). *Patient Relationship Interview – Termination*. Unpublished manuscript. New School for Social Research.

Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C. P., Dulcan, M.K., & Schwab-Stone, M. E. (2000). NIMH diagnostic interview schedule for children version IV (NIMH DISC-IV): description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *39*(1), 28-38. *https://doi.org/10.1097/00004583-200001000-00014*

Shear, K., Jin, R., Ruscio, A. M., Walters, E. E., & Kessler, R. C. (2006). Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry, 163*(6), 1074-1083. https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.6.1074

Silove, D., Momartin, S., Marnane, C., Steel, Z., & Manicavasagar, V. (2010). Adult Separation Anxiety Disorder Among War-Affected Bosnian Refugees: Comorbidity with PTSD and Associations With Dimensions of Trauma. *Journal of Traumatic Stress, 23,* 196-172. *https://doi/org/10.1002/jts.20490*

Silove, D., & Rees, S. (2014). Separation anxiety disorder across the lifespan: DSM-5 lifts age restriction on diagnosis. *Asian journal of psychiatry*, *11*, 98–101. *https://doi.org/10.1016/j.ajp.2014.06.021*

Talia, A., Miller-Bottome, M., Wyner, R., Lilliengren, P., & Bate, J. (2019). Patients' Adult Attachment Interview classification and their experience of the therapeutic relationship: are they associated? *Research in psychotherapy (Milano)*, *22*(2), 361. *https://doi.org/10.4081/ripppo.2019.361*

Wheaton, M. G., & Kaiser, N. (2021). Anxiety Sensitivity and Intolerance of Uncertainty as Factors Related to Adult Separation Anxiety Symptoms. *International Journal of Cognitive Therapy, 14*, 473-484. *https://doi.org/10.1007/s41811-021-00114-w*

Capítulo 5.
Evaluación del trastorno de adaptación

ANA ARROYO PALMA
Clínica Universitaria de Psicología Loyola, Universidad Loyola

MENCÍA RUIZ GUTIÉRREZ COLOSÍA
Departamento de Psicología, Universidad Loyola

El trastorno de adaptación es un fenómeno psicológico que refleja la respuesta de una persona ante situaciones de estrés tales como pérdidas, cambios significativos o eventos inesperados que alteran su equilibrio emocional. En este capítulo, se explorarán los aspectos clínicos que caracterizan a este trastorno y sus principales métodos de evaluación, en el marco de las principales clasificaciones diagnósticas actuales.

1. DEFINICIÓN Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL TRASTORNO DE ADAPTACIÓN

El trastorno de adaptación (TA) es una reacción emocional y conductual desproporcionada y desadaptativa que aparece ante uno o varios factores estresantes identificables, suponiendo una interferencia en el funcionamiento normal de la persona (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2020).

El TA supone un importante problema de salud, al ser un número elevado de personas los que padecen dicho trastorno y tener un importante impacto a nivel económico y social (Molés et al., 2011). Según la quinta revisión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5-TR) (American Psychology Asociation [APA], 2014), los TA son detectados entre un 5% y 20% de los pacientes que acuden a consultas ambulatorias de salud mental (Casey et al., 2015).

Según el DSM-5 (APA, 2014), el TA se caracteriza por la aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a uno o varios factores de estrés específicos, que afectan el bienestar y funcionamiento del individuo en áreas clave de su vida como la social y/o laboral. Estos síntomas surgen generalmente en los tres meses posteriores al inicio del factor estresante y producen un nivel de malestar que parece desproporcionado en relación a la gravedad o intensidad del mismo.

Dicho factor estresante puede ser un único evento (una ruptura amorosa), o varios (ruptura amorosa y problemas económicos). Pueden ser recurrentes (relaciones sexuales insatisfactorias) o continuos (vivir en vecindario con alta criminalidad), y pueden afectar a una única persona, una familia completa, un grupo o una comunidad (desastre natural). Algunos factores de estrés pueden acompañar el desarrollo de determinados eventos vitales (ir a la escuela, casarse, convertirse en padre, no alcanzar los objetivos en el trabajo, jubilación etc.).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019) en su Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11), incluye el TA en la categoría de los trastornos específicamente asociados con el estrés y lo describe como una reacción desadaptativa a uno o varios factores estresantes, que surge dentro del mes de la exposición a la situación.

Cabe destacar que el TA no está exento de controversia, siendo uno de los motivos, la ausencia de criterios claros relativos a la presencia de síntomas específicos requeridos para su diagnóstico, a diferencia de como ocurre con la mayoría de los trastornos psiquiátricos. Generalmente se asocia a la presencia de sintomatología subclínica, es

decir, síntomas que no cumplen los requisitos necesarios para asociarse a otro trastorno mental, ya sea por ser éstos insuficientes en número, no cumplir con los requisitos de duración, no ser específicos o no ser lo suficientemente graves (Belloch, Sandín y Ramos, 2020). Por ello, el TA es para muchos una categoría residual, "cajón de sastre", que permite el diagnóstico de aquellas personas que no cumplen con los criterios diagnósticos de otros trastornos, normalmente del estado de ánimo y de ansiedad (Casey y Bailey, 2011).

En sus últimas revisiones, las clasificaciones diagnósticas hacen un esfuerzo por abordar de forma específica el TA, sin embargo, las diferencias existentes entre los sistemas continúan generando falta de claridad diagnóstica. Por ejemplo, el DSM-5, identifica como requisito el desarrollo de síntomas emocionales o del comportamiento, sin especificar su naturaleza, pudiendo ser cualquier síntoma de esa índole. En las especificaciones, el DSM-5 diferencia entre distintos tipos, entre los cuales se reflejan como síntomas emocionales aquellos relacionados con el estado de ánimo deprimido, específicamente estado de ánimo bajo, ganas de llorar o sentimiento de desesperanza, y, por otra parte, síntomas de ansiedad, mencionando nerviosismo, preocupación, agitación o ansiedad de separación. En cuanto a signos conductuales menciona alteraciones conductuales (APA, 2014).

A diferencia del DSM-5, la CIE-11 menciona algunos síntomas característicos del TA, como la preocupación relativa al evento causante del estrés, la presencia de preocupación excesiva y pensamientos frecuentes y angustiosos sobre el factor de estrés, o rumiación sobre sus implicaciones. Además, se considera la posibilidad de que existan síntomas impulsivos y externalizantes, como un aumento en el consumo de tabaco, alcohol u otras sustancias (OMS, 2020).

A pesar de que la sintomatología del TA está escasamente especificada en los manuales diagnósticos, suelen predominar los síntomas característicos de los trastornos depresivos y de ansiedad. Esto genera un notable solapamiento sintomático con el trastorno de depresión mayor (TDM) y el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), aunque no se cumplen todos los criterios para su diagnóstico, convirtiéndose así en diagnósticos de exclusión (Belloch et al., 2020).

Entre estos síntomas cabe mencionar aquellos relacionados con los trastornos de ansiedad: preocupación excesiva, dificultad para controlar dicha preocupación, inquietud, opresión en el pecho, ahogos, facilidad para fatigarse, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y problemas de sueño. Los síntomas relacionados con los trastornos emocionales incluyen bajo estado de ánimo, tristeza, llanto, pérdida de interés o placer en actividades por las que previamente si existía, pérdida o aumento de peso, insomnio e hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, desesperanza, sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada, dificultad para concentrarse o tomar decisiones (OMS, 2020).

En población infantil suelen predominar las quejas somáticas (dolor de cabeza y estómago), problemas de conducta (rabietas e hiperactividad), irritabilidad, problemas de sueño e interferencia en el rendimiento académico. En adolescentes, aparece el uso de sustancias e implicación en conductas de riesgo. En personas de más edad destacan las quejas somáticas y ansiedad con respecto a la salud (Belloch et al., 2020).

2. PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO

La evidencia existente sobre los factores de riesgo asociados al TA es limitada, se ha encontrado relación con variables que también se asocian a otros trastornos mentales, y por tanto no son específicos del TA (Belloch et al., 2020). El principal factor de riesgo y requisito indispensable para su diagnóstico es la presencia de uno o varios factores estresantes, existiendo gran variabilidad con respecto a su naturaleza, pues un mismo evento puede ser para un sujeto un evento estresante y no serlo para otro, lo cual depende a su vez de factores biológicos, psicológicos y socioculturales (Lucas Oliver et al., 2023).

2.1. Factores biológicos

Se ha identificado una posible relación entre una alteración genética, en particular un polimorfismo del gen codificador de la serotonina, y la predisposición de algunas personas a desarrollar trastornos del estado de ánimo en respuesta a situaciones estresantes. Estas personas, suelen liberar niveles más altos de cortisol, lo que puede desencadenar una respuesta desadaptativa ante el estrés. Sin embargo, la evidencia específica en relación con el TA sigue siendo limitada (Doherty, 2018).

2.2. Factores psicológicos

Entre los factores psicológicos relacionado con el desarrollo de TA, destacan:

La personalidad, es uno de los factores psicológicos más estudiados, habiéndose relacionado de manera positiva el TA con las dimensiones de neuroticismo, introversión, psicoticismo, según el modelo de personalidad desarrollado por Eysenck (1998) y los rasgos de evitación del daño. Y de una manera negativa, con los rasgos de cooperación, autodirección y autotrascendencia. A pesar de esta relación existente, cabe mencionar, que también suponen factores de riesgo para otros trastornos (Na et al., 2012).

La presencia de experiencias tempranas traumáticas y estresantes, como experiencias de abuso o negligencia en la infancia, así como el estilo de apego inseguro evitativo y de ansiedad ambivalente se han relacionado con una mayor vulnerabilidad para desarrollar reacciones desadaptativas ante situaciones de estrés (Komorowska-Pudło, 2016; Öksüz et al., 2018).

El uso de determinadas estrategias de afrontamiento frente a situaciones estresantes ha sido muy estudiado, habiéndose relacionado la aproximación pasiva con el TA, entre ellas, las estrategias de desvinculación conductual, auto distracción, evitación, uso reducido del humor y estrategias auto inculpatorias (Simons, 2022; Vallejo-Sanchez y Pérez García, 2017).

Otros estudios han encontrado variables de expresión y regulación emocional desadaptativas, específicamente la alexitimia, como un factor de riesgo para el desarrollo de TA, así como la baja resiliencia (Öksüz et al., 2018). Y, por último, se ha observado un mayor riesgo de desarrollo de TA en aquellos sujetos con antecedentes personales de trastorno mental (Anastasia, et al., 2016).

2.3. Factores socioculturales

Entre los factores socioculturales, se han señalado, entre otros, el género femenino, el desempleo, los bajos ingresos, el bajo apoyo social y las enfermedades físicas, no siendo éstos, factores de riesgo exclusivos para el TA (Oliver et al., 2023).

2.4. Sucesos vitales estresantes

Según Lazarus y Folkman (1984), el estrés es el resultado del desequilibrio entre las demandas del entorno y los recursos disponibles que posee el individuo para hacerle frente. Atendiendo a esta definición de estrés, cualquier suceso vital puede suponer un factor de estrés para el individuo si éste no posee los recursos para gestionar el impacto de dicha situación, y, por tanto, contribuir al desarrollo de un TA.

La escala de Acontecimientos Vitales Estresantes de Holmes y Rahe (1976) recoge un amplio abanico de eventos que podrían contribuir al desarrollo de TA tales como el divorcio, separación, jubilación, enfermedades médicas, embarazo, dificultades económicas, problemas de pareja, cambio de trabajo, inicio de la universidad, emancipación, cambio de residencia, cambio de escuela, paternidad, matrimonio, despido del trabajo, paro, cambio de residencia, etc. No obstante, entre los factores estresantes más frecuentemente identificados se encuentran los conflictos con las principales redes de apoyo (familia, pareja y amigos) y dificultades financieras (Belloch et al., 2020).

Para el diagnóstico de TA, es de especial relevancia tener en cuenta las normas culturales de la persona y atender a la naturaleza y significado del factor estresante en su contexto cultural, ya que éste, entre otros,

determinará, si la reacción ante el evento es adaptativa o desadaptativa, por ejemplo, la falta de un trabajo fijo bien remunerado puede percibirse de forma más estresante en países desarrollados que en países en vías de desarrollo donde está más normalizado. Además, para su diagnóstico, es un requisito que dicho factor de estrés, con independencia de su naturaleza, tenga una relación causal con el malestar de la persona (APA, 2014).

3. TRASTORNOS MENTALES COMÓRBIDOS MÁS FRECUENTES

Según el DSM-5, el TA puede coexistir con la mayoría de trastornos mentales, siempre y cuando la reacción de estrés no se explique mejor por los criterios del otro trastorno mental. En ese caso, el diagnóstico no incluiría el TA (APA, 2014).

Se observa una alta comorbilidad de los TA con enfermedades médicas, siendo estos la reacción ante dicho factor de estrés (APA, 2014). Por otra parte, se ha observado comorbilidad con los trastornos de personalidad, trastornos mentales de origen orgánico y trastornos por uso de sustancias (Strain et al., 1998 citado en Andrea Mateu, 2011).

4. CRITERIOS CLÍNICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE ADAPTACIÓN

Según los criterios diagnósticos para el TA establecidos en el DSM-5 la sintomatología de tipo emocional o comportamental, aparece en respuesta a un factor de estrés identificable, durante los tres meses siguientes al inicio del factor estresante (Criterio A) y no permanece durante un periodo mayor a 6 meses, desde que el factor estresante o sus consecuencias hayan desaparecido (Criterio E). Los síntomas son clínicamente significativos (Criterio B), esto se pone de manifiesto porque suponen un intenso malestar que es desproporcionado con la gravedad o intensidad del estresor, valorando el contexto externo y factores culturales (B1), y/o por un deterioro significativo en una o varias áreas im-

portantes del funcionamiento del individuo, como la social, laboral, etc. (B2). La sintomatología no cumple criterios para otro trastorno mental, no es la exacerbación de un trastorno mental preexistente (criterio C), ni representa un duelo normal (Criterio D).

Además, existen una serie de especificadores para completar el diagnóstico en función de si en la sintomatología predomina: el ánimo deprimido, la ansiedad, respuesta mixta de ansiedad y ánimo deprimido, alteración de la conducta, alteración mixta de emociones o conducta. En función de la duración el TA puede ser agudo (menos de seis meses) o persistente (más de seis meses).

En la CIE-11, el TA (6B43), se clasifica como una reacción desadaptativa a un (o varios) estresante psicosocial identificable. Generalmente surge dentro del primer mes tras la aparición del factor estresante. El trastorno se caracteriza por una preocupación intensa por el factor o sus consecuencias. La falta de adaptación al estrés genera un deterioro significativo en áreas importantes del funcionamiento como en la vida personal, familiar, social, educativa o laboral. Los síntomas no se explican mejor por otro trastorno y en general tienden a resolverse en un plazo de seis meses, salvo que el estresor perdure.

5. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

5.1. Definición de las principales quejas y motivos de consulta

Existe variabilidad en cuanto a las quejas con las que acude un paciente con un TA a consulta, pudiendo centrarse su motivo de consulta en uno o varios de los componentes que forman parte del TA según el DSM-5 (APA, 2014). Estas quejas pueden ir enfocadas a la aparición de la sintomatología, en los cambios que estos síntomas generan en la rutina habitual del paciente, y/o en las repercusiones e implicaciones que estos cambios suponen:

1) Sintomatología: es frecuente la queja por la aparición del malestar asociado al inicio de un evento estresante, entre los cua-

les suelen incluirse la tristeza, llanto, preocupación, nerviosismo o rumiación con respecto a uno o varios eventos estresantes específicos, u otros más generales como estrés, apatía, pesimismo, dificultad para dormir, irritación, fatiga, disminución o aumento de apetito, dificultad para concentrarse y pérdida de interés en actividades personales y sociales.

2) Cambios en la vida cotidiana: cabe mencionar según los diferentes ámbitos, la disminución en la interacción social, o aislamiento social, ausencias laborales/académicas, descuido de la imagen personal, abandono de responsabilidades familiares y/o aumento del consumo de sustancias, entre otros.

3) Interferencias de los cambios: entre otros, cabría mencionar, los problemas a nivel social y/o familiar como pérdida de amistades, relaciones familiares y disminución de la red de apoyo, y a nivel laboral o académico, riesgo o pérdida de empleo, disminución del rendimiento y/o suspensos de asignaturas.

5.2. Objetivos de la evaluación psicológica

Dado el solapamiento sintomatológico del TA con otros trastornos, los objetivos de evaluación para asegurar un diagnóstico preciso consisten en identificar acontecimientos vitales estresantes vividos en los últimos años, evaluar la presencia de síntomas emocionales y del comportamiento, valorar el nivel de malestar y deterioro generado y conocer la relación causal y temporal entre los factores estresantes y la aparición del TA.

5.3. Áreas de evaluación

En la evaluación psicológica del TA es esencial la recogida de información sobre sintomatología clínica (emocional y/o comportamental), la presencia de factores estresantes recientes, así como su inicio, curso y duración, el malestar y deterioro en las distintas áreas de la persona generado por el factor estresante y/o sus consecuencias, su inicio y duración. Se debe evaluar además la presencia de otros trastornos men-

tales, valorar si la sintomatología concuerda con una reacción de duelo normal o si es fruto de la exacerbación de sintomatología de un trastorno mental previo. Cabe destacar la importancia de atender el contexto cultural de la persona, especialmente, para el juicio clínico de si la respuesta al factor estresante es desadaptada, o de si el malestar psíquico acompañado es mayor de lo que cabría esperar. Para ello, se debe atender tanto a la naturaleza del estresor, como el significado que tiene en el contexto cultural específico del sujeto, dadas las diferencias culturales existentes (APA, 2014).

Enfocando la evaluación hacia una futura intervención, y siguiendo el modelo de los TA de Botella, Baños y Guillen (2008), sería de utilidad la recogida de información sobre el nivel de amenaza percibido por el sujeto sobre el factor estresante, los recursos y estrategias de afrontamiento con los que cuenta, los síntomas clínicos presentes y su percepción personal de autoeficacia para hacer frente al mismo.

Además de los aspectos específicos del TA mencionados, existen otras áreas de evaluación genéricas que también es preciso considerar. En el área contextual, situaciones y/o circunstancias que promuevan o disminuyan la aparición de la sintomatología; en el área individual, la presencia de enfermedades físicas, consumo de sustancias, ideación suicida, estilo de vida (hábitos y rutinas de alimentación, deporte, sueño, etc.), consumo de medicamentos, antecedentes psicológicos, situación laboral, económica. En el área social, la red de apoyo presente y la propia percepción del paciente de dicho apoyo, y en el área familiar, la estructura, relaciones entre los miembros y apoyo recibido.

5.4. Principales técnicas e instrumentos de evaluación psicológica

La falta de claridad diagnóstica influye en la escasez de instrumentos de evaluación específicos, los cuales además presentan numerosas limitaciones. Entre estas se encuentra la necesidad de evaluar y descartar la presencia de otros trastornos psicológicos, un requisito para el diagnóstico del TA, lo que hace que la evaluación sea excesivamente larga y densa, y contribuye al infradiagnóstico de TA (Andrea

Mateu, 2011). No obstante, existen algunas herramientas, que aún sin ser específicas, permiten recoger información relevante para el diagnóstico de TA.

Existen dos entrevistas específicas para la evaluación del TA publicadas en los últimos años:

1. Entrevista Diagnóstica del Trastorno de Adaptación, en su versión original Diagnostic Interview Adjustment Disorder (DIAD; Cornelius et al., 2014), que sigue los criterios diagnósticos del DSM-5. Esta entrevista evalúa los acontecimientos vitales estresantes de los tres últimos años, recoge la fecha de inicio y fin de estos, o en caso de estar presente en el momento de recogida, se indica su presencia actual; sintomatología; malestar; grado de interferencia y la relación temporal entre los factores estresantes y la sintomatología. Aunque los resultados muestran la validez del instrumento para el diagnóstico del trastorno, los autores señalan la necesidad de mayor evidencia para demostrar su confiabilidad y validez.
2. Trastorno de Adaptación- Nuevo Módulo, en su versión original Adjustment Disorder New Module (ADNM; Maercker et al., 2007), del cual existen varias revisiones y formatos (entrevista clínica estructurada y autoinforme). Este instrumento sigue los criterios diagnósticos de la CIE-11 y se compone de dos partes. En la primera, sobre una lista de sucesos vitales frecuentes, el paciente debe indicar cuales ha vivido en los dos últimos años y que actualmente o en los últimos seis meses han supuesto una carga, así como la duración del evento. También debe indicar aquel que haya sido más estresante. En la segunda parte se recoge la sintomatología y el nivel de deterioro, teniendo que especificar la duración de este (<1 mes, 1-6 meses, 6 meses- 2 años). Algunos estudios indican que se trata de un instrumento fiable, con utilidad clínica y validez (Liang et al., 2021; Sia, 2022).

Por otra parte, existen otros instrumentos propios que autores han elaborado para la investigación, y que por tanto requieren de evidencia empírica que demuestre su fiabilidad y validez, entre los que se en-

cuentran los siguientes: la Entrevista Diagnóstica para los Trastornos Adaptativos (Andreu-Mateu et al., 2008), basada en la CIE-10 y DSM-IV-TR; la entrevista de una sola pregunta, del inglés One Question Interview, (Akizuki et al., 2003), desarrollado como instrumento de screening del TA en población con cáncer; el Protocolo de Rodgers y Tennison (2009), basado en los criterios del DSM-IV-TR; y el Inventario de Estrés y Pérdida (IEP; Quero et al., 2014), adaptación del Inventario de Duelo Complicado (Prigerson et al., 1995), para evaluar la interferencia de los eventos estresantes en la vida de la persona.

Existen otras entrevistas, que también se han usado en la práctica clínica para la evaluación del TA pero que no son específicas y requieren de la evaluación del resto de trastornos mentales para su descarte. A continuación, se mencionan dos de ellas:

1. Entrevista para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría (Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, SCAN; Wing, 1990), en la sección 13, denominada Interferencia y Atribuciones, se evalúa únicamente la sintomatología del TA presente, y requiere de la evaluación del resto de trastornos y el descarte de todos ellos.
2. Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV, SCID; First et al., 1999), que permite el diagnóstico de diferentes trastornos del Eje I del DSM-IV, presentando un apartado para la evaluación del TA, dentro de los trastornos de ansiedad y otros trastornos. Esta evaluación se basa en 7 ítems y, al igual que la SCAN, requiere descartar el resto de trastornos.

Por último, para recoger información relacionada con el TA, pero que no permiten su diagnóstico, existen otros instrumentos, como los mencionados a continuación:

La Escala de Satisfacción con la Vida (Satisfaction With Life Scale, SWLS; Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985) y la Escala de Felicidad Subjetiva (Subjective Happiness Scale, SHS; Lyubomirsky y Lepper, 1999) para evaluar el bienestar psicológico global.

La Escala de Impacto de Acontecimientos Revisada (Impact of Event Scale-Revised, IES-R; Weiss, 2007) que evalúa la sintomatología derivada de un acontecimiento traumático.

Para la evaluación de sucesos vitales estresantes, existen, entre otros, como la Entrevista de Sucesos Vitales y Dificultades (LEDS; Brown y Harris, 1989), la Escala de Sucesos Vitales de la Entrevista Psiquiátrica Epidemiológica (PERI-LES; Dohrenwend et al., 1978) y el cuestionario Listado de Experiencias Vitales (LES; Sarason et al., 1978).

Otros cuestionarios utilizados para evaluar aspectos relacionados con el estrés son los siguientes. La Escala de Evaluación de Estrés Reciente (GARS; Linn, 1985), el Inventario sobre Estrés Diario (DSI; Brantley et al., 1987) y el Cuestionario de Estrés Diario (CED; Santed et al., 1991), que evalúa estrés cotidiano resultado de sucesos menores. Por otra parte, el Cuestionario de Cambios de Vida Recientes (RLCQ; Holmes y Rahe, 1967) y la Escala de Acontecimientos Molestos/Agradables Cotidianos (Kanner et al., 1981), que evalúan los cambios en diferentes ámbitos de la persona. Para evaluar las estrategias de afrontamiento ante el estrés destacan el cuestionario COPE (Carver et al., 1989) y la Escala de Modos de Afrontamiento Revisada (WOC-R, Lazarus y Folkamn, 1984). La Escala de Estrés Percibido (PSS, Cohen et al., 1983) evalúa el grado de estrés que la persona percibe de la situación estresante. Por último, la Escala Breve sobre Resiliencia (Brief Resilience Scale, BRS), indica el nivel de resiliencia para reponerse de eventos estresante, donde niveles bajos pueden indicar posibles desajustes adaptativos (Ovejero et al, 2014)

La observación como técnica de evaluación en los trastornos de adaptación, debe ser combinada con otras técnicas. Se debe atender la apariencia del sujeto (sexo, edad, higiene, vestimenta, autocuidado entre otros aspectos), su afectividad (adecuada, aplanada, lábil, incongruente), actitud (colaboradora, persistencia, intolerancia) y conductas motoras externas, como la presencia de temblores, tensión, agitación, llanto, capacidad de concentración, discurso (entonación, longitud, velocidad).

6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En base al DSM-5 (APA, 2014), los principales trastornos a los que hay que atender para hacer el diagnóstico diferencial dada su similitud

con el TA, son los siguientes. Cabe recordar que la existencia de éstos u otros diagnósticos, implicaría automáticamente la exclusión de un TA.

TDM. Para el diagnóstico diferencial entre ambos trastornos se atiende al cumplimiento de los criterios diagnósticos, de modo que, si el individuo cumple todos los criterios para el TA y no cumple con todos los criterios del TDM, se diagnosticaría TA.

Trastorno de estrés postraumático (TEPT). Para hacer el diagnóstico diferencial entre ambos se debe atender a tres aspectos. En primer lugar, la gravedad y tipo de factor estresante ante el cual se desarrolla el trastorno. En el TA no hay requerimientos, sin embargo, para el diagnóstico de un TEPT, el estresor debe cumplir con lo descrito en el criterio A (exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes: experiencia directa del suceso, presencia del suceso ocurrido a otros, conocimiento de que el suceso a ocurrido a una persona próxima, exposición repetida a detalles repulsivos).

En segundo lugar, se debe atender al factor temporal. El TA se puede desarrollar de inmediato y persistir hasta seis meses desde la exposición al evento traumático o sus consecuencias, mientras que el TEPT no puede diagnosticarse hasta pasado un mes desde la exposición al evento estresante traumático y puede permanecer en el tiempo aunque el factor estresante ya no esté presente.

En tercer lugar, se debe atender el perfil de los síntomas. Se diagnostica TA cuando a pesar de la exposición a un evento estresante traumático, cumpliendo criterio A del TEPT, no cumple el resto de criterios diagnósticos. Se diagnostica TA cuando cumple todos los criterios diagnósticos del TEPT excepto el criterio A, es decir, cuando el evento estresante no sea traumático.

Trastorno de estrés agudo (TEA). Para hacer el diagnóstico diferencial se debe atender a los siguientes aspectos. En primer lugar, al igual que en el TEPT, a la gravedad y tipo de factor estresante ante el cual se desarrolla el trastorno. En el TA no hay requerimientos, sin embargo, para el diagnóstico de un TEA, el estresor debe cumplir con lo descrito en el criterio A para el TEPT.

En segundo lugar, se debe atender al factor temporal. El TA se puede desarrollar de inmediato y persistir hasta 6 meses desde la exposición al evento traumático o sus consecuencias, mientras que el TEA sólo puede ocurrir entre los 3 días y 1 mes de exposición al acontecimiento estresante.

Por último, se debe atender al perfil de los síntomas. Se diagnostica TA cuando a pesar de la exposición a un evento estresante traumático, cumpliendo el criterio A del TEA, no cumple el resto de criterios diagnósticos. Se diagnostica TA cuando cumple todos los criterios diagnósticos del TEA excepto el criterio A, es decir, el evento estresante no es traumático.

Trastornos de la personalidad. Se debe atender al funcionamiento de la personalidad del individuo a lo largo de su vida para interpretar si la sintomatología desarrollada ante el evento estresante forma parte de un TA o es producto de la mayor vulnerabilidad para la angustia situacional que puede presentar un individuo con un trastorno de personalidad. En el caso de que la sintomatología desarrollada sobrepase a lo que se podría atribuir a los síntomas desadaptativos de trastornos de personalidad, y cumpla con los criterios diagnósticos del TA, se diagnosticaría TA.

Reacciones normales de estrés. Se trata de un TA cuando la intensidad del malestar es superior a lo esperable, teniendo en cuenta el contexto y aspectos culturales, y supone un deterioro funcional.

7. CONCLUSIONES

El TA, se caracteriza por respuestas emocionales y/o conductuales ante eventos estresantes significativos, que se manifiestan comúnmente con síntomas de ansiedad y/o tristeza. Clínicamente, este trastorno presenta un riesgo elevado de convertirse en un problema de salud mental más severo si no se aborda de manera temprana y adecuada. Entre los factores de riesgo más relevantes se encuentran la falta de redes de apoyo, antecedentes psiquiátricos o ciertos rasgos de personalidad. Se requieren intervenciones psicoterapéuticas específicas que

prevengan su progresión y faciliten una adaptación a los estresores de forma saludable. Para ello es necesario contar con herramientas de evaluación validadas y específicas para detectar la presencia y severidad de los síntomas, y descartar otros trastornos que podrían confundirse con TA. Es fundamental que las herramientas cuenten con protocolos estandarizados y adaptados culturalmente de modo que puedan aplicarse en diferentes poblaciones y contextos.

8. REFERENCIAS

American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (5ª Ed). Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Anastasia, A., Colletti, C., Cuoco, V., Quartini, A., Urso, S., Rinaldi, R. y Bersani, G. (2016). Demographic variables, clinical aspects, and medicolegal implications in a population of patients with adjustment disorder. *Neuropsychiatric Disease Treatment, 12*, 737-743. DOI: 10.2147/NDT.S92637

Andrea Mateu, M.S. (2011). *Un protocolo de tratamiento psicológico para los trastornos adaptativos apoyado por un sistema de realidad virtual: análisis de su eficacia a través de un estudio controlado* [Tesis doctoral, Universitat Jaume I]. https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/48514/sandreu.pdf?sequence=1

Akizuki, N., Akechi, T., Nakanishi, T., Yoshikawa, E., Okamura, M., Nakano, T., ... y Uchitomi, Y. (2003). Development of a brief screening interview for adjustment disorders and major depression in patients with cancer. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society, 97*(10), 2605-2613.

Belloch, A., Sandín, B.. y Ramos, F. (2020). *Manual de psicopatología. Vol. II.* Madrid, España: McGraw-Hill

Botella, C., Baños, R. M. y Guillén, V. (2008). Una propuesta de tratamiento para los trastornos adaptativos: creciendo en la adversidad. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *Psicología positiva aplicada.* (pp. 129–154). Bilbao: Desclée de Brouwer.

Brantley, P. J., Waggoner, C. D., Jones. G. N. y Rappaport. N. B. (1987). A Daily Stress Inventory: Development, reliability, and validity. *Journal of Behavioral Medicine, 10,* 61-14. doi

Brown, G.W. y Harris, T.O. (1989). *Life events and illness.* New York:Guilford

Cohen, S., Kamarck, T. y Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior. 24*, 385-396. doi

Cornelius, L.R., Brouwer, S., de Boer, M.R., Groothoff, J.W., Van-derKlink, J.J. (2014). Development and validation of the Diagnostic Interview Adjustment Disorder (DIAD). *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 2*3(2), 192-207. doi: 10.1002/mpr.1418.

Carver, C. S., Scheier, M. F., y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*(2), 267–283. doi

Casey, P. y Bailey, S. (2011). Adjustment disorders: the state of the art. *World Psychiatriy, 10*(1), 11-18. DOI: 10.1002/j.2051-5545.2011.tb00003.x

Casey, P., Jabbar, F., O'Leary, E. y Doherty, A. M. (2015). Suicidal behaviours in adjustment disorder and depressive episode. *Journal of affective disorders*, *174*, 441–446. https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.003

Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. J., y Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment, 49*, 71-75.

Doherty, A. (2018). Adjustment Disorder: From Controversy to Clinical Practice. *The biological basis of adjustment disorders* (pags. 66-80). Oxford University Press.

Dohrenwend, B.S., Krasnoff, L., Askenasy, A. R. y Dohrenwend, B.P. (1978). Exemplification of a method for scaling life events: the PERI life events scale. *Journal of Health and Social Behaviour, 19,* 205-229.

Eysenck H.J. (1998) *Dimensions of personality*. Transaction Publishers eISBN 9780585342078

First, M., Spitzer, R. L., Gibbon, M., y Williams, J. B. W. (1999). Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV: SCID-I. *Versión Clínica Ed Masson Barcelona, 2.*

Holmes, T.H. y Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomathic Response, 11*, 213-218. doi: 10.1016/0022-3999(70)90007-3

Kanner, A.D., Coyne, J.C., Schaefer, C. *et al.* (1981). Comparison of two modes of stress measurement: Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioural Medicine 4,* 1–39 . https://doi.org/10.1007/BF00844845

Komorowska-Pudło, M. (2016). The attachment style and stress coping strategies in adult men and women. *Polskie Forum Psychologiczne, 21*(3), 573-588 https://doi.org/10.14656/PFP20160405

Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York, NY: Springer.

Liang, L., Ben-Ezra, M., Chan, E. W. W., Liu, H., Lavenda, O. y Hou, W. K. (2021). Psychometric evaluation of the Adjustment Disorder New Module-20 (ADNM-20): A multi-study analysis. *Journal of anxiety disorders*, *81*, 102406. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102406

Linn M. W. (1985). A Global Assessment of Recent Stress (GARS) Scale. *International journal of psychiatry in medicine*, *15*(1), 47–59. https://doi.org/10.2190/xp8n-rp1w-ye2b-9q7v

Lucas Oliver, E., Tárraga López, P. J. y Tárraga Marcos, A. (2023). Trastornos adaptativos y su manejo desde atención primaria. *Journal of Negative and No Positive Results, 8*(3), 568-585.https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.4909

Lyubomirsky, S. y Lepper, H. S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research, 46*, 137-155.

Maercker, A., Einsle, F. y Köllner, V. (2007). Adjustment disorders as stress response syndromes: A new diagnostic concept and ist exploration in a medical sample. *Psychopathology, 40,* 135 – 146.

Molés, M., Quero, S., Andreu, S., Botella, C. y Baños, R. M. (2011). Desarrollo de una entrevista diagnóstica para los trastornos adaptativos. *Fòrum de recerca*, *16*, 1049-1069.

Öksüz, E., Mersin, S. y Özcan, C. T. (2018). Childhood traumatic experiences, alexithymia, and resilience in patients with adjustment disorder. *Gulhane Medical Journal, 60*(3).

Organización Mundial de la Salud. (2020). Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª revisión. Ginebra: Organización Mundial de la Salud-OMS.

Ovejero, M., Velázquez, M., Köppl, L., Cardenal, V., y García-Moltó, A. (2014). Psychometric properties of the Spanish adaptation of the Brief Resilience Scale. Manuscrito en preparación. Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., y Bernard, J. B. (2008). The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. International Journal of Behavioural Medicine, 15, 194-200. doi: *http://dx.doi.org/10.1080/10705500802222972*

Quero, S., Molés, M., Mor, S., Baños, R., y Botella, C. (2014). Spanish validation of the complicated grief inventory adapted for adjustment disorders. *Present ABCT 48th Annual Convention, Philadelphia, United States.*

Rodgers, L. y Tennison, L. R. (2009). A Preliminary Assessment of Adjustment Disorder Among First-Year College Students. *Archives of Psychiatric Nursing, 23,* 220-230.

Santed, M.A., Sandín, B., y Chorot, P. (1991). Cuestionario de estrés diario (CED). Universidad Nacional de Educación a Distancia: documento interno.

Sarason, I.G., Johnson, J.H. y Siegel, J.M. (1978). Assessing the impact of life changes: development of the life experiences survey. *Journal of consulting and clinical psychology, 48*, 932-946.

Sia, S. K. (2022). *The psychometric properties of Malay version of adjustment disorder new module-20 questionnaire (ADNM-20): A study on the housemen in a teaching hospital in Malaysia/Sia Siaw Khing* [Doctoral dissertation, Universiti Malaya].

Simons, C. (2022). *High-level Athletes' Adjustment to Major Life and Sport Stressors: An Investigation of Adjustment Disorder and Coping Mechanisms* [Doctoral Dissertation: University of the Sunshine Coast, Queensland].

Vallejo Sánchez, B. y Pérez García, A. M. (2017). The role of personality and coping in adjustment disorder. *Clinical Psychologist, 21*(3), 245-251.

Na, K. S., Oh, S. J., Jung, H. Y., Lee, S. I., Kim, Y. K., Han, C., Ko, Y.H., Paik, J.W. y Kim, S. G. (2012). Temperament and character of young male conscripts with adjustment disorder: a case-control study. *The Journal of nervous and mental disease, 200*(11), 973-977.

Weiss, D. S. (2007). The impact of event scale: revised. *In Cross-cultural assessment of psychological trauma and PTSD* (pp. 219-238). Boston, MA: Springer US.

Wing, J.K. (1990). SCAN: Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry. *Archives of general psychiatry*, *47*(6), 589-593.

Capítulo 6. Evaluación de la bulimia nerviosa

NEREA ALMEDA Y MERCEDES BORDA MAS

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Universidad de Sevilla

En este capítulo se aborda la definición de la bulimia nerviosa, se describen los principales factores de riesgo asociados con el inicio y mantenimiento del trastorno, la comorbilidad más prevalente y los criterios clínicos para su diagnóstico. Finaliza con el proceso de evaluación psicológica, incluyendo las técnicas e instrumentos generales y específicos más utilizados en el ámbito científico.

1. DEFINICIÓN Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA BULIMIA NERVIOSA

La bulimia nerviosa (en adelante BN) es un trastorno alimentario caracterizado por la presencia de atracones y conductas compensatorias para evitar el aumento de peso. Los atracones se definen como una conducta en la que la persona ingiere alimentos altamente calóricos, en una cantidad por encima de la normal y en un período de tiempo menor del esperado. Ante el impulso irrefrenable a darse el atracón sin sensación de control durante el episodio, posteriormente, suelen manifestar

conductas compensatorias, que pueden ser purgativas como el vómito autoinducido, el consumo de laxantes o de diuréticos; o no purgativas como el ayuno o el ejercicio físico intenso con la finalidad de no aumentar de peso (American Psychiatric Association, 2013).

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5º Edición, y su revisión, en adelante DSM-5 TR, la BN se clasifica dentro de los trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. En esta categoría se encuentran también otras entidades diagnósticas como trastorno de pica, trastorno de rumiación, trastorno de evitación/restricción de la ingestión de alimentos, anorexia nerviosa, trastorno por atracón, otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos específica y trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado (American Psychiatric Association, 2022).

2. PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO

2.1. Factores biológicos

La alta prevalencia de BN entre familiares muestra que hay una clara influencia genética en su desarrollo (Fairburn y Harrison, 2003). Las estimaciones de la heredabilidad genética hechas a partir de estudios con gemelos y familiares de primer grado muestran el alto grado de influencia genética de la BN, concretamente entre el 28 y 83% (Donato et al., 2022; Hinney et al., 2010). Estudios realizados con hermanos gemelos que manifiestan síntomas como atracones, vómitos autoinducidos y restricción alimentaria indican que estos comportamientos son hereditarios en el 46-72% de los casos (Klump et al., 2000).

2.2. Factores psicológicos

De acuerdo con Roncero et al. (2011) se identifican ciertas características que aparecen con mayor frecuencia en las personas con BN: búsqueda de sensaciones o de novedad, alta impulsividad, inestabilidad emocional, toma de decisiones más arriesgadas en favor de recompen-

sas más inmediatas y rigidez. La presencia de niveles altos de impulsividad se relaciona con la dificultad a la hora de controlar la conducta impulsiva del atracón y las posteriores conductas purgativas (Bardone-Cone et al., 2016; Howard et al., 2020). En estos casos, la BN suele manifestarse de forma más severa, con un peor funcionamiento global, mayor comorbilidad psicopatológica y peores resultados en los tratamientos, asumiéndose que esta sintomatología podría estar implicada en el mantenimiento de la enfermedad (Schnitzler et al., 2012).

A nivel emocional, cabe destacar la presencia del afecto negativo, la desregulación emocional, así como la intolerancia al malestar (Gianini et al., 2019). Las personas que padecen BN manifiestan una dificultad marcada a la hora de identificar y manejar las propias emociones, que suelen ser muy intensas (Lysaker et al., 2023). Entre las estrategias de afrontamiento desadaptativas más frecuentes se encuentran el atracón, conductas compensatorias, consumo de alcohol, autolesiones, etc., siendo el objetivo común de todas ellas la evitación del dolor y la disminución del impacto emocional (Fairburn y Harrison, 2003).

La baja autoestima juega un papel fundamental para entender la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, en concreto, la baja autoestima y el aumento del estrés se relacionan directamente con estado de ánimo depresivo (Southall y Roberts, 2002). Además, la elevada ansiedad y la baja adaptación social puede ser un factor predisponente en el desarrollo del trastorno alimentario (Ahrén-Moonga et al., 2008).

Por otro lado, las técnicas mediante resonancia magnética funcional están aportando una visión innovadora a los estudios relacionados con las emociones. En estas pacientes se activa con mayor frecuencia la amígdala y la ínsula cerebral, estructuras asociadas a las emociones, así como sus vías aferentes y eferentes. Estas vías se activan especialmente ante respuestas negativas y tienen que ver con el bienestar emocional y el incremento del estrés (Rosen y Levenson, 2009).

2.3. Factores socioculturales

En los países industrializados existe un rechazo al sobrepeso y una sobrevaloración de la delgadez, donde el prototipo de cuerpo ideal y

atractivo es una figura delgada (Benton y Karazsia, 2015). En consecuencia, las mujeres tienen una mayor tendencia a sentir insatisfacción corporal como resultado de la presión social relacionada con el concepto de cuerpo femenino excesivamente delgado (Grabe et al., 2008). Esta presión social tiene un impacto directo y negativo en la autoestima de las adolescentes que, por el momento evolutivo en el que se encuentran, buscan la aprobación social relacionada con la apariencia física (Ferguson et al., 2011).

Además, la familia también tiene un rol muy importante en el desarrollo de la imagen corporal. En relación con los estilos de crianza, la bibliografía científica destaca el papel relevante de las actitudes, los comportamientos y estilos educativos o de crianza parentales en el origen y pronóstico de la BN, siendo especialmente relevante la percepción del estilo de crianza parental en la aparición y evolución del trastorno alimentario (Borda et al., 2019). En este sentido, existe asociación entre los estilos de crianza de alta sobreprotección materna / paterna (control de las conductas, excesiva preocupación por su seguridad, altas expectativas de logro, etc.) y la severidad de la patología alimentaria. En cambio, el calor emocional materno, expresado mediante muestras de afecto, besos, cumplidos, abrazos, de estimulación por parte de los progenitores, entre otras, respecto del punto de vista y las opiniones del niño, se asocia con una menor preocupación por el peso (Andrés et al., 2010).

2.4. Sucesos vitales estresantes

Es importante identificar los sucesos vitales estresantes que han servido de desencadenantes o mantenedores y tenerlos en consideración a la hora de diseñar el tratamiento psicológico.

Entre los factores vitales estresantes que podrían influir en el desarrollo de la BN se encuentran el haber sufrido abusos sexuales, físico o psicológico, haber sido víctima de bullying relacionado con el aspecto físico y haber sufrido dinámicas familiares disfuncionales, entre otros (Molendijk et al., 2017).

3. TRASTORNOS MENTALES COMÓRBIDOS MÁS FRECUENTES

La guía práctica para el tratamiento de los pacientes con trastornos alimentarios, en inglés, *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders* (American Psychiatric Association, 2006; Yager et al., 2012) establece que la comorbilidad entre los trastornos alimentarios y los trastornos de la personalidad es muy elevada y que, además, puede afectar negativamente al desarrollo y evolución de la psicopatología alimentaria, sobre todo los trastornos del grupo B, manifestándose con mayor frecuencia el trastorno límite de la personalidad (Borges y Machado, 2022; Torres-Pérez et al., 2008). Esto se explica por las características compartidas como el problema de control de impulsos, la búsqueda de la novedad, la sensación de vacío y la labilidad emocional (Juli et al., 2023).

Asimismo, la comorbilidad también es elevada con los trastornos del estado del ánimo, por ejemplo, por la baja autoestima, y el uso de sustancias (alcohol o estimulantes), utilizadas como estrategias para controlar el apetito (American Psychiatric Association, 2013).

4. CRITERIOS CLÍNICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA BULIMIA NERVIOSA

De acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría (2022), para el diagnóstico de la BN es necesario presentar episodios recurrentes de atracones. Los atracones se definen por la ingestión de una cantidad de alimentos claramente superior a lo que la mayoría de las personas ingerirían en un período similar en circunstancias parecidas, en un período de tiempo limitado (2 horas). Asimismo, durante los episodios las personas sienten pérdida de control, es decir, refieren no poder dejar de comer o controlar la cantidad de alimentos ingeridos.

También manifiestan conductas compensatorias inapropiadas de forma recurrente para evitar el aumento de peso. Entre estas conductas se identifican el vómito autoprovocado, el uso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio físico excesivo. Tanto los atracones como las conductas compensatorias se producen, de media, una vez

a la semana durante 3 meses. Asimismo, la autoevaluación de la persona está determinada por la constitución y el peso corporal. Es importante destacar que esta sintomatología no se produce exclusivamente en los períodos de anorexia nerviosa. En el diagnóstico, es necesario especificar si la sintomatología se encuentra en remisión parcial, es decir, si con anterioridad se cumplían todos los criterios y actualmente sólo se cumplen algunos; o si está en remisión total, es decir, después de haberse cumplido todos los criterios, ya ninguno se cumple de forma continuada.

El nivel de gravedad se especifica en función de la frecuencia de episodios de conductas compensatorias inapropiadas a la semana y puede ser: leve (promedio de 1-3), moderado (promedio de 4-7), grave (promedio de 8-13) y extremo (promedio de 14 episodios o más).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (2019), en la Clasificación Internacional de Enfermedades (11.a revisión), define la bulimia como un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por la presencia de episodios recurrentes de ingesta excesiva de alimentos en forma de atracones. Asimismo, las personas que padecen BN sienten una gran preocupación por el control del peso, que es considerado nuclear en la autoevaluación de sí mismo. En el curso de la BN, la persona desarrolla comportamientos compensatorios, como, por ejemplo, el vómito autoinducido, el uso inapropiado de laxantes o el ejercicio físico vigoroso, de forma recurrente para evitar el aumento de peso producido por los atracones. El patrón de comportamiento marcado por la dinámica de atracones y conductas compensatorias produce una angustia muy elevada y el deterioro significativo en las áreas de funcionamiento personal, familiar, social, educativo y ocupacional. Para el diagnóstico de BN es necesario que la persona no cumpla con los requisitos del diagnóstico de anorexia nerviosa.

5. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

5.1. Definición de las principales quejas y motivos de consulta

Las personas que padecen BN sienten una preocupación excesiva por la comida y miedo a engordar. Entre las principales manifestaciones clí-

nicas, los pacientes refieren que no pueden controlar el impulso de comer. Este comportamiento se denomina atracón y está caracterizado por la ingesta de grandes cantidades de alimentos hipercalóricos en períodos cortos de tiempo. Tras el atracón, suelen sentir una gran angustia, debida al miedo a engordar que sienten, así como la sensación desagradable de estar muy lleno. Esto les lleva a emplear conductas compensatorias que, actuando como refuerzo negativo, les alivia el malestar y la sensación de culpabilidad. Las conductas compensatorias que emplean pueden ser purgativas (vómitos autoinducidos o utilización de laxantes de forma inapropiada) y no purgativas (ayuno, ejercicio físico excesivo, etc.). Cabe destacar que aquellas pacientes que presentan conductas purgativas suelen responder mejor al tratamiento psicológico, de corte cognitivo conductual, en comparación con aquellas pacientes que presentan conductas compensatorias no purgativas (Avargues-Navarro et al., 2017). Asimismo, la insatisfacción corporal suele ser muy elevada, así como la importancia que se le da al aspecto físico como aspecto central y definitorio de la propia persona, valorándose a sí misma por el mismo.

5.2. Objetivos de la evaluación psicológica

Desde la teoría transdiagnóstica (Fairburn et al., 2003), en los trastornos alimentarios existe una psicopatología nuclear que puede manifestarse de forma diferente dependiendo de la persona. Entre los mecanismos comunes subyacentes, se incluyen la baja autoestima, intolerancia a las emociones y síntomas interpersonales. Todas estas variables giran en torno a los esquemas disfuncionales que, en estos casos, son la sobrevaloración de la imagen corporal, la comida y el perfeccionismo.

Los síntomas emocionales (fisiológicos), cognitivos y conductuales (restricción, atracón y purga) se consideran factores desencadenantes y mantenedores del trastorno. Concretamente, de acuerdo con este modelo, la restricción alimentaria, entendida como factor desencadenante, quedaría explicada por los intentos que hace la persona por controlar su vida, que se proyecta en el control de la alimentación, y la sobrevaloración de la imagen corporal y del peso. Además, la conducta de realizar dieta actúa como factor mantenedor, ya que refuerza la sensación de control del problema. Por otro lado, el aislamiento social, los atracones,

las conductas purgatorias, la desregulación emocional y la afectividad negativa actúan como factores mantenedores del trastorno.

Por tanto, a la vista de lo expuesto, los objetivos que se plantean en la evaluación psicológica en los casos de BN son:

- Conocer la historia de evolución del problema, psicosocial y familiar.
- Explorar el patrón alimentario, así como las conductas compensatorias (purgativas y no purgativas).
- Explorar las distorsiones de la imagen corporal.
- Evaluar la psicopatología general asociada como puede ser los trastornos de la personalidad, trastornos del estado del ánimo, trastornos del control de impulsos y uso de sustancias.

5.3. Áreas de evaluación

La evaluación integral de la BN requiere explorar las siguientes áreas: hábitos alimentarios, distorsión de la imagen corporal, psicopatología, comorbilidad, historia del desarrollo y psicosocial, y área familiar (Perpiñá, 2018).

Al comienzo, es necesario centrarse en cómo ha sido la evolución de la psicopatología. Puede ocurrir que, previamente, la persona padeciera anorexia nerviosa evolucionando hacia la sintomatología bulímica. Además, se recomienda explorar los posibles antecedentes familiares de trastornos alimentarios y obesidad, las actitudes de los familiares ante el aspecto físico, la alimentación y la actividad física, entre otros. Por otro lado, conviene conocer el papel de la familia (relaciones familiares, gestión emocional, recursos de afrontamiento, etc.). En cuanto a la historia del desarrollo e historia psicosocial, se recomienda explorar posibles situaciones traumáticas (bullying relacionado con su aspecto físico, abusos sexual, físico o psicológico), relaciones familiares conflictivas, duelos no resueltos, etc., ya que pueden influir negativamente en la evolución del trastorno.

A continuación, es fundamental conocer el patrón alimentario habitual, la alimentación promedio que sigue en un día, así como los atra-

cones recurrentes y las conductas compensatorias (purgativas y no purgativas). También hay que explorar los pensamientos, emociones y actitudes asociados a la comida, así como a los momentos previos y posteriores a los momentos de comer. Hay que valorar el nivel de malestar clínicamente subjetivo y el nivel de interferencia en las áreas social, laboral y/o familiar. Por otro lado, es necesario evaluar la distorsión de la imagen corporal, explorando los pensamientos y emociones relacionadas con el cuerpo, sobrevaloración del peso y de la idea de adelgazar, así como los acontecimientos generadores de ansiedad.

Debido a la frecuente comorbilidad, durante la evaluación psicológica se ha de explorar la posible psicopatología asociada, que cursa paralelamente a la BN y que puede estar interfiriendo en el desarrollo y la evolución del trastorno alimentario. Concretamente, se recomienda evaluar la psicopatología general, trastornos del estado del ánimo (explorando la ideación suicida), trastornos de ansiedad, específicamente los trastornos de la personalidad (prestando especial atención a los del grupo B: trastorno antisocial de la personalidad, trastorno límite de la personalidad, trastorno histriónico de la personalidad y trastorno narcisista de la personalidad) y trastornos del control de impulsos y uso de sustancias.

5.4. Principales técnicas e instrumentos de evaluación psicológica

Desarrollar el proceso de evaluación psicológica de forma rigurosa constituye una base sólida para el diseño y desarrollo posterior del tratamiento psicológico. Por tanto, se recomienda utilizar diferentes técnicas e instrumentos de evaluación que permitan identificar, medir y clasificar la sintomatología del paciente para poder predecir el pronóstico y diseñar el tratamiento en base a las necesidades específicas de cada persona.

Se recomienda realizar una entrevista psicológica semiestructurada que explore las diferentes áreas señaladas, así como de detección de los síntomas de riesgo. En cuanto a las técnicas e instrumentos, se considera necesario evaluar la psicopatología propia del trastorno de la conducta alimentaria, así como la psicopatología general y la personalidad.

A continuación, se detallan los instrumentos de evaluación psicológica utilizados en los casos de BN:

A) Detección del trastorno alimentario

El EDE-Q (Eating Disorders Examination-Questionnaire; Fairburn et al.,1993), versión española de Peláez-Fernández et al. (2012), evalúa la frecuencia de ciertas conductas debido al grado de preocupación por la apariencia, tanto a nivel de peso como de figura, en el periodo de los últimos tres meses. La versión española está compuesta por 22 ítems (de los 40 de la versión original) y cuatro subescalas: *restricción* (5 ítems: 1, 2, 3, 4 y 5), *preocupación por la comida* (5 ítems: 6, 7, 9, 15 y 34), *preocupación por la figura* (8 ítems: 10, 11, 12, 13, 30, 33, 35 y 36) y *preocupación por el peso* (5 ítems: 11, 14, 29, 31 y 32). Escala de tipo Likert con siete opciones de respuesta (0 = Nunca; 6 = Todos los días). La puntuación total de cada subescala se obtiene sumando las respuestas y dividiéndola por el número de ítems de esa subescala. A mayor puntuación mayor frecuencia de las conductas, respectivamente. La consistencia interna de la versión española es 0.74 (Peláez-Fernández et al., 2012).

El cuestionario SCOFF (Sick, Control Outweight and Food; Morgan et al.,1999), versión española de García-Campayo et al. (2005), es de utilidad en atención primaria. Evalúa síntomas de riesgo relacionados con la conducta alimentaria en los últimos 3 meses. Compuesta de cinco preguntas con opción de respuestas dicotómica (Sí = 1 / No = 0). Los cinco ítems son: 1. *¿Tiene la sensación de estar enfermo/a porque siente el estómago tan lleno que le resulta incómodo?*, 2. *¿Está preocupado/a porque siente que tiene que controlar cuánto come?*, 3. *¿Ha perdido recientemente más de 6 kg en un periodo de 3 meses?*, 4. *¿Cree que está gordo/a aunque otros digan que está demasiado/a delgado/a?* y 5. *¿Diría que la comida domina su vida?*. Una puntuación ≥2 indica probable caso de trastorno alimentario. La sensibilidad y especificidad en la BN son 97,8% y 94,4%, respectivamente.

B) Instrumentos específicos para la evaluación de la BN

B.1. Instrumentos completos

El Test de Bulimia-revisado (BULIT-R; Thelen et al.,1991), versión española de Berrios-Hernández et al. (2007), evalúa la presencia de

sintomatología y factores de riesgo de la BN. Está compuesto de 36 ítems, con cinco opciones de respuesta (puntuaciones 1 a 5). Incluye 7 ítems con puntuación directa (1, 2, 6, 10, 16, 22 y 23) y 21 con puntuación inversa (3, 4, 5, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 20, 21, 24, 26, 27, 28, 29, 31 y 35). Además, incluye 8 ítems que no puntúan, que se corresponden con criterios diagnósticos: 7 (laxantes), 19 (ayuno), 25 (pérdida de peso), 30 (vómito), 32 (peso máximo), 33 (menstruación), 34 (diuréticos) y 36 (ciclo menstrual). La puntuación total se calcula con el sumatorio de las puntuaciones de la opción seleccionada en cada ítem. El rango oscila entre 28 y 140. Una puntuación de ≥104 indica probable caso de BN y una puntuación de ≥120, diagnóstico de BN. La consistencia interna total en la versión española es de 0.90. Aplicable desde los 12 años.

El Test de Bulimia de Edimburgo (BITE; Henderson y Freeman, 1987), versión española de Rivas et al. (2004), evalúa sintomatología de la BN, en el periodo de los últimos tres meses. Está compuesto de 33 ítems y dos subescalas: la *subescala de síntomas* incluye 30 ítems, valorando la presencia/ ausencia, con dos opciones de respuesta (Sí = 1 / No = 0). Incluye 25 ítems con puntuación directa (Sí = 1) (Ítems 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 32 y 33) y 5 ítems con puntuación inversa (No = 1) (Ítems 1, 13, 21, 23 y 31). La *subescala de gravedad*, proporciona un índice de gravedad de la BN considerando la frecuencia con que se presentan las conductas de la BN. Incluye 3 ítems (6, 7 y 27) que se valoran en escala tipo Likert con ocho opciones de respuesta (0 = Nunca; 7 = Cinco veces al día). La puntuación total es la suma de ambas escalas. El rango de las puntuaciones en la subescala de síntomas oscila entre 0-30. Existen puntos de corte: para la escala de síntomas, una puntuación <10 indica ausencia de comportamientos compulsivos hacia la comida; entre 10-20 puntos indica patrones alimentarios anormales (no necesariamente BN); entre 15-20 indica posible BN subclínica y una puntuación >20 indica patrón de comportamiento muy alterado (posible BN). En la escala de gravedad, puntuaciones de 5 a 10 indican gravedad significativa y puntuaciones 10 gravedad alta. La consistencia interna total en la versión española es de 0.94.

B.2. Escalas de algunos instrumentos

El Inventario de Trastornos Alimentarios (Eating Disorders Inventory, EDI-3; Garner, 2004), en su adaptación a la población española (Elosua et al., 2010), evalúa el riesgo de desarrollar trastorno alimentario. Está compuesto por 25 ítems e incluye tres escalas (de las 12 del EDI-3): *obsesión por la delgadez* (7 ítems), *bulimia* (7 ítems) e *insatisfacción corporal* (8 ítems). Se valora en escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta (0 = Nunca; 4 = Siempre). La distribución de los ítems, la corrección e interpretación de los resultados de la versión española se recogen en el manual de la Editorial TEA (Elosua et al., 2010). Este instrumento es aplicable en población no clínica desde los 10 años y en población clínica desde los 12 años.

El Test de Actitudes hacia la Alimentación (EAT-26; Garner et al., 1982), versión española de Castro et al. (1991), evalúa las conductas y actitudes alimentarias anómalas presentes en los trastornos alimentarios. Está compuesto de 26 ítems (de los 40 de la versión original), divididos en tres subescalas: *dieta* (13 ítems: 1, 6, 7, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 22, 23, 24 y 25), *bulimia y preocupación por la comida* (6 ítems: 3, 4, 9, 18, 21 y 26) y *control oral* (7 ítems: 2, 5, 8, 13, 15, 19 y 20). Se valora en escala tipo Likert con seis opciones (0 = Nunca; 3 = Siempre), en un rango 0-78. Las tres primeras opciones de respuesta de cada ítem puntúan con un 0 y las siguientes tres opciones con 1, 2 y 3, a excepción del ítem 25 que es inverso. El punto de corte propuesto es >20 (Garner et al., 1982) y una puntuación alta en la subescala *bulimia* y *preocupación por la comida* y puntuación baja en *control oral* es indicativo de riesgo a padecer BN. La consistencia interna en la versión española es .90.

La Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21; Lovibond y Lovibond, 1995), versión española de Daza et al. (2002), evalúa estados emocionales negativos, un factor general de malestar emocional y tres dimensiones emocionales, en concreto, depresión, ansiedad y estrés. Está compuesta de 21 ítems y tres subescalas de siete ítems cada una: *depresión* (ítems 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21), *ansiedad* (ítems 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) y *estrés* (ítems 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18). Valora en una escala de tipo Likert con cuatro opciones (0 = No me ha ocurrido; 3 = Me ha ocurrido mucho o la mayor parte del tiempo). Cada subescala se puntúa

individualmente, sumando la puntuación correspondiente a la opción seleccionada (rango 0-21), estableciéndose cuatro niveles de malestar emocional (leve, moderado, severo y extremadamente severo). Además, el factor general de malestar emocional se obtiene sumando las puntuaciones obtenidas en las tres subescalas (rango 0-63). Puntuaciones elevadas indican una mayor presencia de sintomatología relacionada con el malestar emocional. Los índices de consistencia interna en la versión española para la escala total es α=0.95, y para las subescalas $\alpha_{depresión}$=0.93, $\alpha_{ansiedad}$=0.86 $\alpha_{estrés}$=0.91.

La Escala de Impulsividad de Barrat (BISS-21; Patton et al., 1995) evalúa la impulsividad. Consta de 30 ítems y tres subescalas: *impulsividad motora* (11 ítems: 2, 3, 4, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 25 y 30): evalúa la tendencia a actuar de forma rápida ante emociones suscitadas en un alguna situación concreta; *impulsividad cognitiva* (8 ítems: 5, 6, 9, 11, 20, 24, 26 y 28): evalúa la capacidad para controlarse ante ideas y sostener la atención prolongada; e *impulsividad no planificada* (11 ítems: 1, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 18, 27 y 29): responde a la toma de decisiones precipitadas sin planificación previa, con posibles consecuencias en el presente/futuro. Valora en una escala de tipo Likert con cuatro opciones de respuesta (0 = Nunca o raramente; 3 = Siempre o casi siempre). Cada subescala se puntúa individualmente, sumando la puntuación correspondiente a la opción seleccionada. La puntuación total es la suma de todos los ítems, teniendo en cuenta que incluye nueve ítems inversos (1, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 20 y 30). No existe punto de corte. Puntuaciones elevadas indican más impulsividad. La consistencia interna en la versión española de Oquendo et al. (2001) es .80.

El Cuestionario de Regulación de las Emociones Cognitivas (CERQ-36), desarrollado por Garnefski et al. (2001), está diseñado para conocer los procesos cognitivos que se tienden a utilizar ante la experiencia de acontecimientos negativos y/o desagradables. Consta de 36 ítems e incluye nueve estrategias de regulación cognitiva de las emociones, adaptativas y menos adaptativas, cada una de ellas compuesta de cuatro ítems: 1) *Reenfoque positivo* (ítems 1, 10, 19 y 28): consiste en pensar en temas alegres y agradables, en vez de pensar en el suceso real; 2) *Aceptación ante pensamientos que se han experimentado* (ítems 2, 11,

20 y 29): resignarse al pensar en lo sucedido; 3) *Rumiación o enfoque en el pensamiento* (ítems 3, 12, 21 y 30): pensar de manera excesiva en sentimientos y problemas relacionados con un acontecimiento negativo; y 4*) Centrarse en la planificación* (ítems 4, 13, 22 y 31): pensar en los pasos a seguir y en cómo manejar el acontecimiento negativo; 5) *Autoinculpación* (ítems 5, 14, 23 y 32): pensar en la atribución de que la causa de un suceso negativo y la consecuente emoción negativa tiene que ver con uno mismo; 6) *Reevaluación positiva* (ítems 6, 15, 24 y 33): reconducir un acontecimiento negativo otorgándole un sentido positivo; 7) *Puesta en perspectiva* (ítems 7,16, 25 y 34): minimizar la severidad de un acontecimiento o enfatizar en relativizar al compararse con otros sucesos; 8) *Catastrofización* (ítems 8, 17, 26 y 35): pensar intensificando de modo negativo algún acontecimiento sucedido o por suceder y, por último, 9) *culpar a otros* (ítems 9, 18, 27 y 36): pensar en la atribución de que un suceso negativo tiene que ver con otra persona o con el medio ambiente. Este instrumento valora en una escala de tipo Likert con cinco opciones (1 = Casi nunca; 5 = Casi siempre). Cada estrategia se puntúa individualmente, sumando la puntuación correspondiente a la opción seleccionada en cada ítem (rango 4-20). No existe punto de corte. Cuanto mayor sea la puntuación, mayor es la tendencia a utilizar la estrategia de regulación emocional cognitiva en cuestión. En la versión española de Domínguez-Sánchez et al. (2013), tres de las estrategias de regulación emocional cognitiva menos positivas se relacionan con la BN, en concreto, rumiación, catastrofización y culpar a otros ($\alpha_{rumiación}$=0.73, $\alpha_{catastrofización}$=0.71 $\alpha_{culparotros}$=0.78). En las nueve estrategias, los índices de consistencia interna en la versión española oscilan entre .60 (autoinculpación) y .89 (reenfoque positivo).

Cabe destacar que, dados los altos niveles de comorbilidad que existe entre la BN y el trastorno límite de la personalidad, se recomienda administrar el Inventario Clínico Multiaxial de Millon IV (MCMI-IV) (Millon et al., 2018) para evaluar los rasgos y posibles trastornos de la personalidad comórbidos. Asimismo, para la evaluación de la psicopatología general, se propone utilizar el Test de los 90 Síntomas (Symptom Checklist-90-R; Derogatis y Cleary, 1977). Ambos instrumentos se desarrollan en detalle en el capítulo 12 de este libro.

6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es necesario diferenciar el diagnóstico de BN con el hecho de hacer dieta o estar preocupado por la imagen corporal. Actualmente existe un descontento generalizado con el aspecto físico, sobre todo en las mujeres, así que es fundamental evaluar si las preocupaciones por la imagen corporal están dentro de la normalidad o no, es decir, si son centrales o no en la vida del paciente. Por otro lado, se recomienda explorar si la sintomatología alimentaria es propia de una enfermedad física como, por ejemplo, las enfermedades gastrointestinales, diabetes mellitus o la enfermedad de Crohn. En cuanto a otros trastornos mentales, cabe destacar que la diferencia principal con la anorexia nerviosa es que para su diagnóstico es necesario presentar infrapeso; mientras que para la BN no sólo no es necesario si no que es frecuente que los pacientes presenten un peso normal o cierto sobrepeso. Además, en BN el control de impulsos está más deteriorado y la sensación de pérdida de control es más alta que en los casos de anorexia nerviosa. En los trastornos del estado del ánimo, como, por ejemplo, en los episodios de manía o en los trastornos del control de impulsos puede haber un aumento de la ingesta alimentaria, siendo necesario explorar si es lo suficientemente relevante como para el diagnóstico comórbido del trastorno alimentario.

7. CONCLUSIONES

La BN es un trastorno alimentario caracterizado por la presencia de atracones con sensación de falta de autocontrol y conductas compensatorias, purgativas y no purgativas, con el fin de evitar el aumento de peso. Además, esta sintomatología cursa con una elevada insatisfacción corporal. Asimismo, la comorbilidad con los trastornos de la personalidad, específicamente el trastorno límite, así como con los trastornos de ansiedad y trastornos del estado del ánimo es muy elevada. Atendiendo a las características de esta población clínica, se considera necesario evaluar las siguientes áreas: psicopatología específica del trastorno de la conducta alimentaria, psicopatología general y personalidad. Para ello, se recomienda la administración de los siguientes instrumentos de

evaluación psicológica: EDE-Q y SCOFF (para detectar el trastorno alimentario), BULIT-R, BITE, EDI-3 y EAT-26 (para evaluar la sintomatología propia de la BN), DASS-21 (para evaluar la ansiedad, depresión y estrés), BIS-11 (para evaluar la impulsividad), CERQ-36 (para conocer la regulación emocional), MCMI-IV (para evaluar la personalidad) y SCL-90R (para evaluar la psicopatología general).

8. REFERENCIAS

Ahrén-Moonga, J., Holmgren, S., von Knorring, L., & af Klinteberg, B. (2008). Personality traits and self-injurious behaviour in patients with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, *16*(4), 268–275. https://doi.org/10.1002/erv.860

American Psychiatric Association. (2006). *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders*.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (2022). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)* (5th ed.). Amer Psychiatric Pub Inc.

Andrés, P., Graell, M., Sepúlveda, A. R., Villaseñor, A., Faya, M., Martínez, C., & Morandé, G. (2010). Estilos de crianza medidos con el EMBU-A en adolescentes con trastornos de la alimentación que inician tratamiento. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, *2*.

Avargues-Navarro, M. L., Borda-Mas, M., Asuero-Fernández, R., Pérez-San-Gregorio, M. Á., Martín-Rodríguez, A., Beato-Fernández, L., Bardone-Cone, A. M., & Sánchez-Martín, M. (2017). Purging behaviors and therapeutic prognosis of women with eating disorders treated in a healthcare context. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *17*(2), 120–127. https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.03.002

Bardone-Cone, A. M., Butler, R. M., Balk, M. R., & Koller, K. A. (2016). Dimensions of impulsivity in relation to eating disorder recovery. *International Journal of Eating Disorders*, *49*(11), 1027–1031. https://doi.org/https://doi.org/10.1002/eat.22579

Benton, C., & Karazsia, B. T. (2015). The effect of thin and muscular images on women's body satisfaction. *Body Image*, *13*, 22–27. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.11.001

Berrios-Hernandez, M. N., Rodríguez-Ruiz, S., Perez, M., Gleaves, D. H., Maysonet, M., & Cepeda Benito, A. (2007). Cross-cultural assessment of eating disorders: psychometric properties of a Spanish version of the Bulimia Test-Revised. *European Eating Disorders Review*, *15*(6), 418–424. https://doi.org/10.1002/erv.791

Borda, M., Fernández, R. A., Navarro, M. L. A., Martín, M. S., Sánchez, C. del R., & Fernández, L. B. (2019). Perceived parental rearing styles in eating disorders. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, *28*(1), 12–21.

Borges, A., & Machado, D. (2022). Bulimia nervosa and borderline personality disorder - case report and literature review. *European Psychiatry*, *65*(S1), S151–S152. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.407

Castro, J., Toro, J., Salamero, M., & Guimerá, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. *Evaluación Psicológica*, *7*(2), 175–189.

Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M. A., & Averill, P. (2002). The Depression Anxiety and Stress Scales-21: Spanish Translation and Validation with a Hispanic Sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *24*(3), 195–205. https://doi.org/10.1023/A:1016014818163

Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, *33*(4), 981–989. https://doi.org/10.1002/1097-4679(197710)33:4<981::AID-JCLP2270330412>3.0.CO;2-0

Domínguez-Sánchez, F. J., Lasa-Aristu, A., Amor, P. J., & Holgado-Tello, F. P. (2013). Psychometric Properties of the Spanish Version of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Assessment*, *20*(2), 253–261. https://doi.org/10.1177/1073191110397274

Donato, K., Ceccarini, M. R., Dhuli, K., Bonetti, G., Medori, M. C., Marceddu, G., Precone, V., Xhufi, S., Bushati, M., Bozo, D., Beccari, T., & Bertelli, M. (2022). Gene variants in eating disorders. Focus on anorexia nervosa, bulimia nervosa, and binge-eating disorder. *Journal of Preventive Medicine and Hygiene*, *63*(2 Suppl 3), E297–E305. https://doi.org/10.15167/2421-4248/jpmh2022.63.2S3.2772

Elosua, P., López-Jáuregui, A., & Sánchez-Sánchez, F. (2010). *EDI-3. Inventario de trastornos de la conducta alimentaria 3.* TEA-Hogrefe.

Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, *41*(5), 509–528. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8

Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet (London, England)*, *361*(9355), 407–416. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)12378-1

Fairburn, C. G., Wilson, G. T., & Schleimer, K. (1993). *Binge eating: Nature, assessment, and treatment*. Guilford Press New York.

Favaro, A., Zanetti, T., Tenconi, E., Degortes, D., Ronzan, A., Veronese, A., & Santonastaso, P. (2005). The relationship between temperament and impulsive behaviors in eating disordered subjects. *Eating Disorders*, *13*(1), 61–70. https://doi.org/10.1080/10640260590893647

Ferguson, C. J., Winegard, B., & Winegard, B. M. (2011). Who is The Fairest One of All? How Evolution Guides Peer and Media Influences on Female Body Dissatisfaction. *Review of General Psychology*, *15*(1), 11–28. https://doi.org/10.1037/a0022607

García-Campayo, J., Sanz-Carrillo, C., Ibañez, J. A., Lou, S., Solano, V., & Alda, M. (2005). Validation of the Spanish version of the SCOFF questionnaire for the screening of eating disorders in primary care. *Journal of Psychosomatic Research*, *59*(2), 51–55. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.06.005

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, *30*(8), 1311–1327. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6

Garner, DM. (2004). *Eating Disorder Inventory-3. Professional Manual.* Psychological Assessment Resources, Inc.

Garner, D. M., Olmsted, M. P., Bohr, Y., & Garfinkel, P. E. (1982). The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*, *12*(4), 871–878. https://doi.org/10.1017/S0033291700049163

Gianini, L., Foerde, K., Walsh, B. T., Riegel, M., Broft, A., & Steinglass, J. E. (2019). Negative affect, dietary restriction, and food choice in bulimia nervosa. *Eating Behaviors*, *33*, 49–54. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.03.003

Grabe, S., Ward, L. M., & Hyde, J. S. (2008). The role of the media in body image concerns among women: a meta-analysis of experimental and correlational studies. *Psychological Bulletin*, *134*(3), 460–476. https://doi.org/10.1037/0033-2909.134.3.460

Henderson, M., & Freeman, C. P. L. (1987). A Self-rating Scale for Bulimia the 'BITE.' *British Journal of Psychiatry*, *150*(1), 18–24. https://doi.org/10.1192/bjp.150.1.18

Hinney, A., Scherag, S., & Hebebrand, J. (2010). Chapter 9 - Genetic Findings in Anorexia and Bulimia Nervosa. In C. Bouchard (Ed.), *Genes and Obesity* (Vol. 94, pp. 241–270). Academic Press. https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-12-375003-7.00009-1

Howard, M., Gregertsen, E. C., Hindocha, C., & Serpell, L. (2020). Impulsivity and compulsivity in anorexia and bulimia nervosa: A systematic review. *Psychiatry Research*, *293*, 113354. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113354

Juli, R., Juli, M. R., Juli, G., & Juli, L. (2023). Eating Disorders and Psychiatric Comorbidity. *Psychiatria Danubina*, *35*(Suppl 2), 217–220.

Klump, K. L., Holly, A., Iacono, W. G., McGue, M., & Willson, L. E. (2000). Physical similarity and twin resemblance for eating attitudes and behaviors: a test of the equal environments assumption. *Behavior Genetics*, *30*(1), 51–58. https://doi.org/10.1023/A:1002038610763

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, *33*(3), 335–343. https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U

Lysaker, P. H., Chernov, N., Moiseeva, T., Sozinova, M., Dmitryeva, N., Makarova, A., Kukla, M., Myers, E., Karpenko, O., & Kostyuk, G. (2023). Contrasting Metacognitive, Emotion Recognition and Alexithymia Profiles in Bulimia, Anorexia, and Schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *211*(5), 348–354. https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001612

Milon, T., Grossman, S., & Milon, C. (2018). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon*. Pearson.

Molendijk, M. L., Hoek, H. W., Brewerton, T. D., & Elzinga, B. M. (2017). Childhood maltreatment and eating disorder pathology: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Psychological Medicine*, *47*(8), 1402–1416. https://doi.org/10.1017/S0033291716003561

Morgan, J., Reid, F., & Lacey, J. (1999). The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *British Medical Journal*, 1467–1468.

Oquendo, M. A., Baca-García, E., Graver, R., Morales, M., Montalvan, V., & Mann, J. J. (2001). Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). *The European Journal of Psychiatry*, *15*(3), 147–155.

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión*. https://icd.who.int/es

Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, *51*(6), 768–774. https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1

Peláez-Fernández, M. A., Labrador, F. J., & Raich, R. M. (2012). Validation of Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q) –Spanish Version– for Screening Eating Disorders. *The Spanish Journal of Psychology*, *15*(2), 817–824. https://doi.org/10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n2.38893

Perpiñá, C. (2018). Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos. In V. Caballo, I. Salazar, & J. Carrobles (Eds.), *Manual de Piscopatología y Trastornos Psicológicos* (pp. 605–637). Pirámide.

Rivas, T., Bersabé, R., & Jiménez, M. (2004). Fiabilidad y validez del "Test de investigación bulímica de Edinburgo (BITE)" en una muestra de adolescentes españoles. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de La Salud*, *12*(3).

Roncero, M., Perpiñá, C., & García-Soriano, G. (2011). Study of Obsessive Compulsive Beliefs: Relationship with Eating Disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *39*(4), 457–470. https://doi.org/10.1017/S1352465811000099

Rosen, H. J., & Levenson, R. W. (2009). The emotional brain: Combining insights from patients and basic science. *Neurocase*, *15*(3), 173–181. https://doi.org/10.1080/13554790902796787

Schnitzler, C. E., von Ranson, K. M., & Wallace, L. M. (2012). Adding thin-ideal internalization and impulsiveness to the cognitive–behavioral model of bulimic symptoms. *Eating Behaviors*, *13*(3), 219–225. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2012.02.007

Torres-Pérez, I., del Río-Sánchez, C., & Borda-Mas, M. (2008). MCMI-II borderline personality disorder in anorexia and bulimia nervosa: Clinical traits or possible disorder? *Psicothema*, *20*(1), 138–143.

Yager, J., Devlin, M., Halmi, K., Herzog, D., Mitchell III, J., Powers, P., & Zerbe, K. (2012). Guideline watch: Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. In *American Psychiatric Association Guideliness*.

Capítulo 7. Evaluación del trastorno por atracón

EMILIO PERICET CARO Y CRISTIAN MANUEL OLARTE-SÁNCHEZ
Departamento de Psicología, Universidad Loyola Andalucía.

Este capítulo pretende definir que es el trastorno por atracón (TA) y presentar las distintas herramientas de evaluación más usadas y con mayor relevancia. Se empieza definiendo las distintas características principales del trastorno, para posteriormente presentar los distintos aspectos principales a evaluar y las distintas técnicas para ello.

1. DEFINICIÓN Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL TRASTORNO POR ATRACÓN

El TA se define por una incapacidad para controlar los impulsos por parar la ingesta. Se da una ingesta superior a la que comería una persona sin esta patología, en un breve periodo de tiempo. Aparece la consecuente sensación de malestar físico y emocional seguido por un claro sentimiento de culpa. A diferencia de otros trastornos de la conducta alimentaria (TCA), no presenta conductas compensatorias de control de peso como vómito o ejercicio excesivo (Brownley et al., 2016).

El TA se caracteriza por presentar una sintomatología menos desadaptativa que la anorexia (AN) o la bulimia nerviosa (BN) y posee menor

tasa de mortalidad. Sin embargo, las personas la viven con un gran malestar y predispone para el desarrollo de sobrepeso, obesidad y comorbilidades como enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión arterial, entre otras (Jensen y Ryan, 2021). Asimismo, el TA se relaciona tanto con la reducción de la esperanza y la calidad de vida de las personas en un medio y largo plazo (Giel et al., 2022).

A diferencia de otros TCA, la insatisfacción con la imagen corporal en las personas afectadas por TA no aparece como un factor central, aunque puede estar presente. Además, es poco frecuente que el TA aparezca en población pediátrica (Hay, 2020).

El TA tiene una prevalencia de 2.5% en población general y de 30% entre las personas que participan en programas para perder peso. Igualmente, las personas con TA suelen presentar frecuentes oscilaciones de peso, debido a las dificultades para mantener las pérdidas de peso conseguidas. Otra característica relacionada con los alimentos ingeridos durante los atracones es que suelen ser altos en grasas y azúcares diferenciándose de la BN, que se caracteriza por la ingesta de cualquier tipo de producto (Imperatori et al., 2014)

Respecto al deterioro en actividades de la vida diaria, suele ser frecuente una mayor dificultad en el correcto cumplimiento de responsabilidades como el trabajo o estudio y un deterioro en el ámbito social y familiar. También se invierte una importante cantidad de tiempo en hacer dieta, puede aparecer abuso de alcohol y drogas, problemas emocionales, historia de obesidad o sobrepeso y exceso de preocupación por el cuerpo, la figura y el peso (Guisado et al., 2021). También presentan niveles altos de malestar psicológico y disforia, mostrando también un nivel alto de autoexigencias y perfeccionismo.

2. PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO

2.1. Factores biológicos

Se estima que el TA tiene un origen genético en aproximadamente el 50% de los casos, aumentando las posibilidades de padecerlo si existe

un contexto ambiental que lo facilite (Mayhew et al., 2018). Estudios genéticos se han centrado en aquellos genes que tienen que ver con el procesamiento de la recompensa, el control homeostático y la regulación del estado del ánimo (Hilbert, 2018).

El TA está muy relacionado con el metabolismo de los azúcares, sobre todo tras una ingesta de productos con un alto contenido de estos. Es decir, el atracón provoca hiperglucemia que, para compensar, el páncreas libera cantidades desorbitadas de insulina dando como resultado una bajada drástica de la glucosa. Debido a esta bajada de glicemia vuelve a aparecer hambre y deseo de ingesta de comida dando lugar a otro atracón, perpetuándose los ciclos de atracones (Presellet et al., 2022). Este tipo de alimentos activa el sistema de recompensa provocando una dificultad en el control inhibitorio, debido a la gratificación que provoca su ingesta (Leenaerts et al., 2022; Weafer et al., 2019).

2.2. Factores psicológicos

Entre estos factores, las emociones tienen una importancia relevante. En un estudio se encontró que el 95% de los atracones son precedidos por estados emocionales de enfado, frustración, ansiedad y tristeza o depresión. Para compensar estos estados negativos se recurre al atracón el cual induce un incremento en la sensación de bienestar/placer, a corto plazo, debido a la liberación de dopamina y opioides a nivel central (Arnow et al., 1992).

Otro factor psicológico importante es la impulsividad. Esta está relacionada con una dificultad para tomar decisiones que pueden ser más beneficiosas para nosotros. Por ejemplo, en el TA parece haber una predisposición a elegir recompensas a corto plazo, el placer conseguido de manera inmediata tras la ingesta de comida reforzante, en detrimento de una recompensa a más largo plazo caracterizado por una mejor salud (Dawe y Loxton, 2004).

Otro factor que influye en los episodios de atracones es hacer dietas restrictivas, ya que estas alternan periodos de un autocontrol muy estrictos, seguidos de una desinhibición total, desencadenando la ocu-

rrencia de atracones y mostrando que hacer dieta precede a los episodios compulsivos (Solmi et al., 2021). En las personas que siguen dietas restrictivas es muy frecuente el cambio entre fases donde realizan una dieta restrictiva "correctamente" durante un largo periodo de tiempo, seguido de fases en las que predominan los atracones. Esto da lugar a un círculo vicioso que pasa de una fase a la otra y en la que una retroalimenta a la otra; una dieta restrictiva ''acumula'' el deseo que más tarde se sacia con atracones (Rounsefell et al., 2020).

2.3. Factores socioculturales

En la sociedad actual existe la presión por la "cultura de la dieta". Esta promueve la delgadez a través de la restricción alimentaria. Las dietas pretenden desatender las señales reales de hambre y hace que las personas acaben por desconectar de estas señales fisiológicas provocando que el organismo no reciba los alimentos cuyo realmente los necesita; esto provoca una acumulación de la necesidad de comer que desencadena los atracones descontrolados (Keller y Van Strien, 2020). Una dieta restrictiva, lejos de conseguir minimizar la cantidad de comida ingerida, ocasiona una desregulación que el cuerpo intenta compensar cuando el alimento vuelve a estar disponible, produciéndose el episodio del atracón (Yrades, 2021).

Otro factor relevante es la publicidad engañosa. Hay muchos intereses económicos para vender el mayor número de productos, aunque estos no posean las cualidades nutritivas más adecuadas para mantener el equilibrio entre el hambre y la saciedad (Deshpye et al., 2023).

Por último, los medios de comunicación y las redes sociales promueven un canon de belleza no necesariamente saludable y que es imposible de alcanzar por la mayoría de la población, lo que provoca una insatisfacción corporal (Fardouly y Vartanian, 2016). Esta insatisfacción puede derivar en dietas restrictivas para conseguir la figura deseada, pero la realidad es que termina facilitando el atracón (Holmes et al., 2015). En el caso de que la persona consiga alcanzar ese aspecto físico con la dieta, la conducta de restricción alimentaria queda reforzada. Debido a esto la persona siente el poder que tiene sobre su cuerpo creyendo poder controlar la restricción a la que se somete. Sin embargo, esta restricción

termina promoviendo y facilitando cada vez más la aparición de estos atracones (Presellet et al., 2022; Rounsefell et al., 2020).

3. TRASTORNOS MENTALES COMÓRBIDOS MÁS FRECUENTES

Las comorbilidades más comunes que se manifiestan con el TA son aquellas relacionadas con el estado de ánimo (70%), como el estrés post-traumático (32%) y trastornos de ansiedad (16%). También destacan aquellos que tienen que ver con una falta de control de impulsos como el trastorno por abuso de alcohol, trastorno de personalidad límite y el juego patológico (Kowalewska et al., 2024).

Se ha observado una alta relación entre el TA y personas que tienen trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH); las personas con TDAH presentan una incapacidad para controlar la ingesta de comida sabrosa debido a la gratificación que le provoca la comida sabrosa. Esta predilección por recompensas inmediatas merma la capacidad para el control de la ingesta dando lugar a pensar que existe un problema con el control inhibitorio (Chen et al., 2023). Las personas con TA son entre 3 y 6 veces más proclives a desarrollar obesidad (McCuen-Wurst et al., 2018). Un estudio reciente mostró que personas con TA y obesidad mórbida que fueron sometidos a una operación de cirugía bariátrica presentaron problemas en el control de impulsos (Giel et al., 2022).

4. CRITERIOS CLÍNICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO POR ATRACÓN

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5º Edición (DSM-5) (2013) concreta la sintomatología que debe de darse para el diagnóstico del TA (APA, 2013). Los principales síntomas son la aparición de episodios recurrentes de atracones, los cuales deben de acompañarse por una ingesta de alimentos claramente superior a la que la mayoría de las personas ingiere en un mismo periodo de tiempo y por una falta de control sobre lo que se ingiere. Además, los atracones deben asociarse a al me-

nos 3 de los siguientes síntomas como: comer mucho más rápidamente de lo normal, sentirse desagradablemente lleno, comer grandes cantidades de alimento incluso cuyo no se siente hambre, comer solo debido a la vergüenza que se siente sobre lo que se come y sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o avergonzado. Estos síntomas deben aparecer al menos una vez a la semana durante 3 meses, sin recurrir a conductas compensatorias como vómitos o ejercicio físico intenso.

En cuanto a la CIE-11, este síndrome está caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos. Este término debería restringirse a las formas del trastorno que estén relacionadas con la AN por el hecho de compartir la misma psicopatología. La distribución por edades y sexo es similar a la de la AN, aunque la edad de presentación tiende a ser ligeramente más tardía. El trastorno puede ser considerado como una secuela de la AN persistente (aunque también puede darse la secuencia contraria). A primera vista, un enfermo previamente anoréxico puede parecer que está mejorando a medida que gana peso e incluso recupera la menstruación, si es mujer, pero entonces surge una forma maligna de comportamiento caracterizado por sobrealimentación.

Además, deben de estar presentes todas las alteraciones que se refieren a continuación: una preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, de modo que el enfermo termina por sucumbir a ellos, presentándose episodios de polifagia durante los cuales consume grandes cantidades de comida en períodos cortos de tiempo. Un miedo morboso a engordar y el enfermo se fija de forma estricta un peso muy inferior al que tenía antes de la enfermedad o al de su peso óptimo o sano. Con frecuencia, pero no siempre existen antecedentes de AN con un intervalo entre ambos trastornos de varios meses o años.

5. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

5.1. Definición de las principales quejas y motivos de consulta

Es fundamental abordar la consciencia sobre el propio problema y evaluar la posible disonancia existente con la realidad. Es importante

evaluar los ámbitos conductuales, cognitivos y emocionales y para ello vamos a tener en cuenta a lo largo de este apartado las aportaciones realizadas por Fairburn (2017).

Dentro del ámbito conductual, el motivo de consulta principal será que la persona querrá poder mantener su restricción calórica. También cabe destacar la evitación que muestran ante ciertos alimentos considerados en ocasiones como "prohibidos". Otra característica a tener en cuenta es la pérdida de control y de consciencia que parece estar controlada por un gran impulso a comer, presencia de adicciones y falta de control de impulsos (Bruzas et al., 2022).

A nivel cognitivo destacan la culpabilidad por la falta de control en la ingesta, baja autoestima y autoconcepto. Existe una fusión pensamiento-forma, donde pensar en comer alimentos prohibidos es tan malo como no comerlos, lo que les hace aumentar el malestar incluso antes de realizar la conducta de ingesta (De Oliveira et al., 2024).

A nivel emocional se puede encontrar desconexión con las propias sensaciones corporales y emocionales, vergüenza ante lo que realiza con la comida, estados emocionales disfóricos, irritabilidad, apatía y anhedonia. El estado emocional está dominado por la conducta de ingesta, lo que hace que la gestión sea disfuncional (Yurtdaş, Depboylu y Fındık, 2024)

5.2. Objetivos de la evaluación psicológica

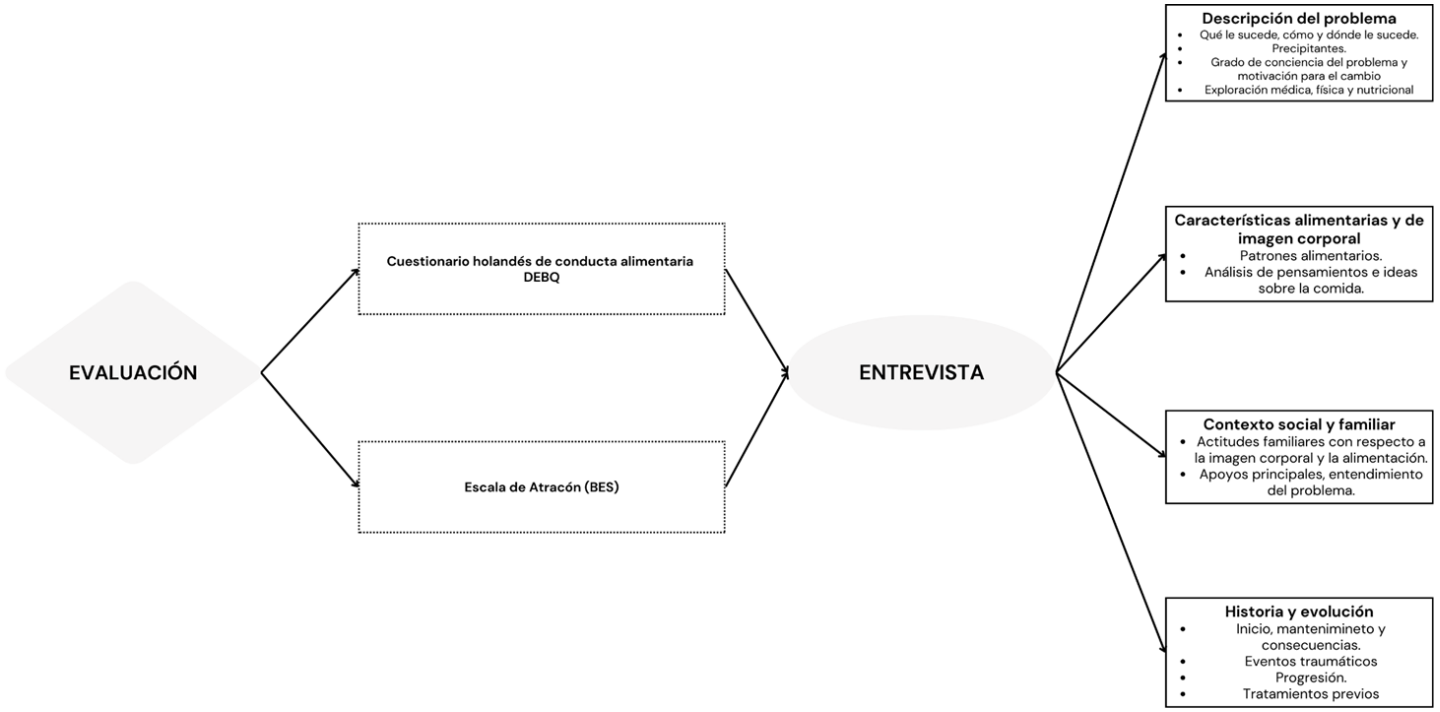
Los objetivos de la evaluación deben de ser la detección de características diagnósticas y exploración de síntomas que permitan evaluar el cumplimiento de los criterios diagnósticos. También es fundamental una evaluación de sintomatología somática, conductual, cognitiva y emocional para conocer si es un TCA y, en caso afirmativo, qué nivel de afección está produciendo en la persona.

Según Fairburn (2017) se debería de realizar una evaluación de los puntos centrales del problema, así como un análisis del área alimentaria y de la imagen corporal. Otros factores prioritarios son el enfoque adecuado del motivo de consulta, donde influye la consciencia del problema de la persona; junto a esto, un análisis de la motivación en la mejora y

expectativas resulta clave al ser frecuente que estas personas hayan sido expuestas a algunos tratamientos ineficaces en el pasado (Smith et al., 2022). Es central el estudio de los factores de riesgo y factores que desencadenan los problemas presentes con mayor frecuencia en la rutina y en el día a día de la persona, con la finalidad de tener en cuenta que contextos o situaciones son de alto peligro para la persona. Por último, convendría tener en cuenta la interferencia en aspectos sociales y de adaptación a las actividades de la vida cotidiana (Deliberto y Hirsch, 2024).

A continuación, se muestra un esquema que permite una visualización de los pasos principales a seguir en la evaluación teniendo en cuenta los distintos factores expuestos (Figura 1) y que se expondrán a lo largo del capítulo. Como se puede observar el primer paso sería la implementación de los cuestionarios principales de la temática. La información obtenida en estos cuestionarios contribuye a la correcta estructuración de los temas a tratar en la posterior entrevista. Además de esta información individualizada obtenida en los cuestionarios, es necesaria la evaluación de las principales áreas que se muestran en el esquema a través de la entrevista.

Figura 1. Esquema de los pasos a seguir en la evaluación del trastorno por atracón



5.3. Áreas de evaluación

Identificar los aspectos contextuales, individuales, sociales/relacionales y familiares relevantes es fundamental para realizar una correcta evaluación psicológica. Las aportaciones realizadas por Perpiñá (2014) serán la referencia principal en este apartado.

En primer lugar, evaluar el área alimentaria es central ya que es donde se manifiesta la sintomatología prinicpal del TA.

En cuanto al área de la imagen corporal, aunque no tan frecuente como en otros TCAs, sí que conviene evaluarlo y comprobar si está influyendo en los ciclos de restricción- atracón que la persona presenta. La IC es importante para evaluar el nivel de satisfacción con el cuerpo que la persona posee y lo que esto puede estar limitándole en sus actividades de la vida cotidiana y en la correcta regulación de la ingesta. La imagen corporal puede ir desde un malestar asociado con varias partes concretas del cuerpo a una pérdida de la realidad en cuanto a la percepción de estas partes del cuerpo. En este sentido, el estado de ánimo y la historia de acoso verbal o la evitación de ciertas situaciones donde el cuerpo se muestra (playas, piscinas, etc.) son situaciones de riesgo (Mallaran et al., 2023). La historia personal es importante sobre todo ante la alta probabilidad de haber sufrido de acoso o burlas por el aspecto físico o la existencia de abuso psicológico, físico y/o sexual (Thomeczek et al., 2014).

Es necesario evaluar el contexto próximo para la comprensión de distintos factores que hayan podido influir en el desarrollo y mantenimiento de la dificultad, y analizar la situación actual explorando el ámbito social, personas con las que reside, situación laboral, situación sentimental entre otras. Dentro de esta área convendría focalizar la atención en aspectos como personas cercanas que alimenten la dificultad del TA, una exploración sobre actitudes familiares con respecto a la alimentación, a la imagen corporal, el ejercicio entre otras. Asimismo, es necesario evaluar el nivel de comprensión del TA por parte de la familia. Y, por último, se recomienda conocer los recursos que posee la familia para ver cómo pueden apoyar y ayudar en el proceso terapéutico (Jewell et al., 2023).

Otro apartado importante es la evaluación de la sintomatología somática, es decir, los dolores físicos que la persona pudiera tener y le pudie-

ran estar afectando directamente a la dificultad del TCA. Estos síntomas pueden ser debidos a la falta de nutrientes por periodos prolongados. Los más frecuentes son dolor de cabeza, malestar físico general y dolor ante la sensación de llenado excesivo a la que se ven expuestas con frecuencia en el momento de los atracones (Mellentin et al., 2022).

Es primordial evaluar el nivel de ansiedad que le genera hablar de los atracones ya que ayudará a conocer y planificar el tratamiento. Esta evaluación requerirá de un mayor tiempo invertido en la alianza terapéutica y permitirá conocer si la persona tiene facilidad para compartir estos episodios con el entorno, lo cual ayudará a conocer los apoyos que la persona posee. Resulta esencial que la persona con esta problemática posea un apoyo social que le entienda (Ramjan et al., 2024).

La evaluación de la sintomatología depresiva es importante para el tratamiento del TA debido a que suelen presentar una vida con pocos reforzadores. Suelen poseer un historial de vida con periodos de bajo estado de ánimo, lo que les predispone a poseer periodos depresivos con mayor facilidad (Carter y Grilo, 2019). La obesidad está muy asociada con los TA y con la depresión (Kornstein y Kunovac, 2020) por lo tanto un tratamiento de la obesidad teniendo en cuenta estos factores psicológicos mejora los efectos a largo plazo del tratamiento (Dębski et al., 2024).

5.4. Principales técnicas e instrumentos de evaluación psicológica

La entrevista clínica es una herramienta insustituible para analizar la conducta con la finalidad de realizar una evaluación completa. Es importante fomentar la relación terapéutica, ya que es básica para la motivación por el tratamiento y para poder evaluar de forma que la persona tenga la mayor confianza con el terapeuta para poder entrar en detalle en cada uno de los síntomas que deben de ser evaluados. Según Fairburn (2017) y Perpiña (2014), la entrevista tiene que abarcar los siguientes apartados:

Es importante abordar en la entrevista, mediante preguntas hipocráticas, como, por ejemplo, ¿Qué le pasa? ¿Desde cuándo le pasa? ¿A qué se lo atribuye? Es decir, qué le sucede, cómo y dónde le sucede, las circunstancias y el entorno concreto donde la dificultad se agrava y si hay

hechos o episodios concretos que precipitan su aparición. Además, la exploración física, médica y nutricional es básica para descartar otras dificultades alimentarias. Por otro lado, la desadaptación que el problema está produciendo, su gravedad e intensidad. Otro aspecto importante es analizar el grado de consciencia del problema y la motivación para el cambio (Stry et al., 2024).

Recabar toda la información que ayude a conocer en detalle los patrones alimentarios mediante el uso de diarios alimenticios para realizar un análisis funcional de la conducta donde se puedan evaluar los antecedentes, la conducta y las consecuencias para tener una amplia visión de la problemática y cuáles pueden ser sus desencadenantes principales (Baile y Gonzales, 2016). Es útil concretar lo que la persona hace en su rutina diaria, preguntas generales pueden difuminar la realidad, lo que puede impedir ser lo específico que se requiere en este apartado. Un ejemplo de pregunta general sería, "¿qué comiste ayer?", en lugar de hablar detalladamente sobre cada una de las ingestas diarias. De especial importancia es el análisis de pensamientos y actitudes frente a la comida, junto a la detección de ideas desadaptadas o pensamientos intrusivos sobre la comida. Esto podría desatender los ámbitos centrales de la persona fomentando la autoculpabilización y el aislamiento social en estos casos. Para más información se puede consultar la escala de Lantos et al. (2024) la cual se ha elaborado a partir de la inclusión de ítems de escalas diferentes como, por ejemplo, el cuestionario de evaluación de trastornos alimentarios, en su versión original *Eating disoders examination questionnaire* (Fairburn y Cooper, 1993) validada al español por Pelaez- Fernyez et al. 2013), el cuestionario SCOFF, denominado originalmente como Sick, Control, One, Fat, Food (Morgan et al., 2000) validado al español por Botella (2013) y el cuestionario de la internalización de estigma de peso, originalmente denominado *Weight Bias Internalisation Scale* de Pearl y Puhl (2014), validado a la población española por Macho et al. (2021).

Igualmente, se deben de analizar diferentes aspectos relevantes que tienen que ver con la forma en la que apareció el TA (si se relaciona con algún acontecimiento vital o si existen múltiples factores), la progresión (temporal, de gravedad, mantenido o por episodios localizados) y el historial de tratamientos fallidos en el pasado. De esta forma podemos te-

ner un amplio abanico de barreras y posibles puntos clave para afrontar la situación actual (Varela et al., 2023).

Asimismo, es imprescindible valorar la existencia de cambios bruscos en la personalidad con respecto a antes del inicio del episodio. Además, la autoestima es un factor a tener en cuenta ya que es primordial para conocer cómo se considera a sí misma la persona y como actúa ante situaciones que le sacan de su zona de confort (Lagan et al., 2024). También sería necesario analizar diferencias notables entre lo que la persona dice de sí misma. Un análisis profundo de los recursos de la persona que pudieran ayudar a prevenir situaciones críticas, sus estilos de afrontamiento y las habilidades interpersonales en otras circunstancias para intentar generalizarlo a situaciones que tengan que ver con el TA (Gkintoni et al., 2024).

A continuación, se expone una lista de temas que deben de trabajarse:

Conocer los patrones de alimentación en el pasado y en el presente es un punto primordial a evaluar como, por ejemplo, conocer detalles sobre dónde, cuándo, cómo y con quién come u otro evento que pudiera estar influyendo en la conducta de comer. Es clave en la evaluación determinar la presencia, frecuencia, magnitud y evaluación de los atracones desde el punto de vista objetivo (si la persona come notablemente más cantidad preguntando de forma objetiva qué ha comido y cuanto) y subjetivo (la persona puede percibir una cantidad de comida como un atracón cuando realmente no lo es) (Munsch et al., 2012).

Una correcta evaluación de la vida social de la persona resulta básica. Considerar la influencia de determinadas personas o grupos sociales puede retroalimentar o aliviar la sintomatología del TA. Otro aspecto relevante y frecuente es comprobar si la persona se está aislando con la finalidad de evitar escenarios donde la comida o la exposición de su propio cuerpo sean principales, por ejemplo, evitando acudir a comidas familiares o ir a la playa. Estas conductas de evitación pueden determinar el grado de afectación del TCA (Ramjan et al., 2024)

Analizar el grado de motivación para el cambio, la capacidad percibida para afrontar el problema y la historia personal, ya que todos estos factores pueden afectar a la autoestima. Es importante evaluar la auto-

eficacia percibida de la persona al ser esta una característica que suele estar muy mermada por lo numerosos intentos sin éxito al que la persona ha sido expuesta durante mucho tiempo (Saunders et al., 2016).

En cuanto a los cuestionarios de evaluación, cabe destacar que estos son una herramienta que permite recabar una gran cantidad de información relevante inicial relacionada directamente con la problemática. Su uso puede permitir una evaluación más dirigida hacia los aspectos de mayor relevancia. Esta información obtenida puede ampliarse con una entrevista posterior, la cual puede incidir sobre aquellos ítems o dimensiones donde se haya observado una puntuación de mayor relevancia. A continuación, se detallan los cuestionarios principales en la evaluación del TA:

- Escala de Atracones, en su versión original *Binge Eating Scale (BES)* (Gormally et al., 1982), validada en la población española por Reyes-Rodríguez (2021). El BES se usa para evaluar las manifestaciones conductuales clínicamente significativas del TA. Se compone de 16 ítems que evalúan la gravedad y la frecuencia de los episodios de atracón, los cuales son fundamentales para analizar el alcance de la dificultad en la persona atendida. También posee un uso clínico al ser una herramienta importante para monitorizar el cambio a lo largo de un proceso terapéutico. Es una escala que resuelve cuestiones que tienen que ver directamente con la conducta del atracón.
- El cuestionario holandés de alimentación, en su versión original The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) (Wardle, 1987) validado al español por Cebolla et al., (2014). Se compone de 33 preguntas que miden los estilos alimentarios y está dividido en tres factores: a) el comer emocional, b) el comer externo y c) restricción alimentaria caracterizada. El DEBQ mide varios puntos relevantes que se han relacionado con el TA, es por esto que se expone esta escala como útil para la evaluación.

A continuación, se exponen 3 técnicas que se suelen utilizar en el proceso de evaluación psicológica:

La evitación conductual (Legenbauer et al., 2020) permite observar a la persona ante la presentación de la comida. Se usa para determinar el

nivel de ansiedad, las dificultades a la hora de ingerir ciertos alimentos considerados "difíciles", el tiempo dedicado a la ingesta, el ritmo y posibles rituales de comprobación corporal que pudieran rebajar la ansiedad en el corto plazo pero perpetuar el problema a largo plazo.

Jerarquía de alimentos prohibidos (Muhlheim, 2012) resulta útil para aplicarla durante la entrevista. Consiste en la creación de una lista de alimentos, desde el que evitan totalmente hasta el que tienen "menos prohibido".

Es importante que se haga un seguimiento semanal (Hilbert, 2023) donde la persona especifique la frecuencia de atracones, el nivel de malestar, evitación de situaciones que sean favorecedoras del problema, tolerancia con el propio cuerpo, desadaptación que le provoca en su día a día y progresión en objetivos.

6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial es una herramienta útil para discernir y diferenciar posibles características clínicas de TA frente a otras que pueda pertenecer a otros trastornos. Un tratamiento equívoco podría ser inútil o contraproducente en algunos casos de TA.

Respecto a la BN, el TA comparte con la BN los atracones recurrentes, pero la bulimia se acompaña de comportamientos compensatorios recurrentes inapropiados (como, por ejemplo, purgas, ejercicio físico intenso, etc.).

El TA se asocia al sobrepeso y la obesidad, pero tiene características fundamentalmente distintas que lo diferencien de la obesidad. En primer lugar, los niveles de sobreevaluación del peso y la constitución corporal son más elevados en las personas obesas con TA que en aquéllas sin TA (Escandón-Nagel et al., 2024). En segundo lugar, las tasas de comorbilidad psiquiátrica son significativamente más altas entre las personas obesas con TA que entre las que no lo presentan (Kowalewska et al., 2024). En tercer lugar, los tratamientos psicológicos para el TA tienen mayores tasas de éxito (APA, 2013).

En cuanto al trastorno depresivo mayor y bipolar puede haber cierta confusión en cuanto a que el aumento del apetito y el aumento de peso se incluyen entre los criterios del episodio depresivo mayor y en los especificadores de características atípicas de los trastornos depresivos y bipolares. El aumento de la alimentación en el contexto de un episodio depresivo mayor puede o no estar relacionado con la pérdida de control. Se pueden observar atracones y otros síntomas de un comportamiento alimentario alterado en el trastorno bipolar. Si se cumplen todos los criterios de los dos trastornos, se deben realizar ambos diagnósticos (APA, 2013).

7. CONCLUSIONES

El TA es un trastorno alimentario que posee sus propias características pudiendo llegar a provocar un nivel de afección bastante desadaptativo. Su evaluación será fundamental para poder llevar a cabo el proceso de intervención psicológica de forma efectiva. Si bien es cierto que puede haber ciertas similitudes entre varios casos de TA, resulta fundamental desarrollar un proceso de evaluación psicológica que permita tener una visión nomotética e idiográfica del caso.

8. REFERENCIAS

American Psychological Association [APA]. (2013). *Diagnostic y statistical manual of mental disorders* (5th ed.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Andrades, C. (2021). *Cuida de tí: una mirada a tu interior, a la relación con tu cuerpo y a la alimentación*. Vergara.

Arnow, B., Kenardy, J., y Agras, W. S. (1992). Binge eating among the obese: A descriptive study. *Journal of Behavioral Medicine*, 15(2), 155–170. *https://doi.org/10.1007/BF00848323*

Baile, J. I., y González, M. J. (2016). *Trastorno por atracón: Diagnóstico, evaluación y tratamiento*. Ediciones Pirámide.

Botella, J., Sepúlveda, A. R., Huang, H., y Gambara, H. (2013). A meta-analysis of the diagnostic accuracy of the SCOFF. *The Spanish journal of psychology*, *16*, E92. https://doi.org/10.1017/sjp.2013.92

Brownley, K. A., Berkman, N. D., Peat, C. M., Lohr, K. N., Cullen, K. E., Bann, C. M., y Bulik, C. M. (2016). Binge-eating disorder in adults: A systematic review y meta-analysis. *Annals of Internal Medicine, 165*(6), 409-420. *https://doi.org/10.7326/M15-2455*

Bruzas, M. B., Tronieri, J. S., Chao, A. M., Jones, E., McAllister, C., Gruber, K., McCuen-Wurst, C., Berkowitz, R. I., Wadden, T. A., y Allison, K. C. (2022). Binge size y loss of control as correlates of eating behavior y psychopathology among individuals with binge eating disorder y higher weight. *Journal of Behavioral Medicine, 45*(5), 603–612. *https://doi.org/10.1007/s10865-022-00312-7*

Carter, J. C., y Grilo, C. M. (2019). Depression partially mediates the association between binge eating disorder y health-related quality of life. *Frontiers in Psychology, 10*, 209.

Cebolla, A., Barrada, J. R., van Strien, T., Oliver, E., y Baños, R. (2014). Validation of the Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) in a sample of Spanish women. *Appetite*, *73*, 58–64. *https://doi.org/10.1016/j.appet.2013.10.014*

Chen, X., Li, W., Liu, Y., Xiao, M., y Chen, H. (2023). Altered effective connectivity between reward y inhibitory control networks in people with binge eating episodes: A spectral dynamic causal modeling study. *Appetite*, *188*, 106763. *https://doi.org/10.1016/j.appet.2023.106763*

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación internacional de enfermedades (11.ª ed.). https://icd.who.int/es/*

Dawe, S., y Loxton, N. J. (2004). The role of impulsivity in the development of substance use y eating disorders. *Neuroscience y Biobehavioral Reviews*, 28(3), 343–351.

De Oliveira, J., Ferro, J., Guimarães, V. H. D., y da Luz, F. Q. (2024). Try not to think about food: An association between fasting, binge eating y food cravings. *Journal of the National Medical Association*, S0027-9684(24)00209-8. Advance online publication. *https://doi.org/10.1016/j.jnma.2024.09.005*

Deshpye, B., Kaur, P., Ferraris, A., Yahiaoui, D., y Dhir, A. (2023). The dark side of advertising: Promoting unhealthy food consumption. *European Journal of Marketing*. *https://doi.org/10.1108/EJM-08-2021-0659*

Domoff, S. E. (2015). Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ). En T. Wade (Ed.), *Encyclopedia of feeding y eating disorders. https://doi.org/10.1007/978-981-287-087-2_127-1*

Dębski, J., Przybyłowski, J., Skibiak, K., Czerwińska, M., Walędziak, M., y Różańska-Walędziak, A. (2024). Depression y obesity—Do we know everything about it? A narrative review. *Nutrients,* 16(19), 3383. *https://doi.org/10.3390/nu16193383*

Deliberto, T. y Hirsch, D. (2024) *Tratamiento de los Trastornos Alimentarios en Adolescentes: Intervenciones basadas en la evidencia para la anorexia, la bulimia y los atracones.* Psara ediciones.

Escandón-Nagel, N., Peró-Cebollero, M., Grau, A., Soriano, J., y Feixas, G. (2024). Overvaluation of weight y shape in obesity: A comparative study between people with y without binge eating disorder. *Frontiers in Psychology, 14*, 1414455. *https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1414455*

Fairburn, C. G. (2017). *La superación de los atracones de comida: Cómo recuperar el control* (2ª ed.). Ediciones Paidós.

Fairburn, C.G., y Cooper, Z. (1993). The eating disorder examination. In C.G. Fairburn y G.T. Wilson (Eds.), Binge eating: Nature, assessment y treatment (12th ed., pp. 317-360). New York: Guilford Press.

Fardouly, J., y Vartanian, L. R. (2016). Social media y body image concerns: Current research y future directions. *Current Opinion in Psychology, 9*, 1-5.

Gkintoni, E., Kourkoutas, E., Vassilopoulos, S. P., y Mousi, M. (2024). Clinical Intervention Strategies and Family Dynamics in Adolescent Eating Disorders: A Scoping Review for Enhancing Early Detection y Outcomes. *Journal of clinical medicine, 13*(14), 4084. https://doi.org/10.3390/jcm13144084

Giel, K. E., Bulik, C. M., Fernyez-Arya, F., Hay, P., Keski-Rahkonen, A., Schag, K., Schmidt, U., y Zipfel, S. (2022). Binge eating disorder. *Nature Reviews Disease Primers, 8(*1), 16. https://doi.org/10.1038/s41572-022-00344-y

Gormally, J., Black, S., Daston, S., y Rardin, D. (1982). The assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors, 7*(1), 47–55. https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90024-7

Guisado, J. A., y Vaz, F. J. (2001). Aspectos clínicos del trastorno por atracón. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (77), 27–32. Recuperado el 13 de mayo de 2024, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttextypid=S0211-57352001000100003ylng=esytlng=es

Hay, P. (2020). Current approach to eating disorders: A clinical update. *Internal Medicine Journal, 50*(1), 24–29. https://doi.org/10.1111/imj.14691

Hilbert, A. (2018). Binge-eating disorder. *Psychiatric Clinics of North America. https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.011*

Hilbert, A., Petroff, D., Herpertz, S., Pietrowsky, R., Tuschen-Caffier, B., Vocks, S., y Schmidt, R. (2023). Web-based cognitive behavioral self-help intervention for binge eating disorder: A ryomized clinical trial. *JAMA Psychiatry.* https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.8743

Holmes, M., Fuller-Tyszkiewicz, M., Skouteris, H., y Broadbent, J. (2015). Understying the link between body image y binge eating: A model comparison approach. *Eating y Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia y Obesity, 20*(1), 81-89. *https://doi.org/10.1007/s40519-014-0141-4*

Imperatori, C., Innamorati, M., Lamis, D. A., Farina, B., Pompili, M., Contardi, A., y Fabbricatore, M. (2014). Disentangling binge eating disorder y food addiction: A systematic review y meta-analysis. *Eating y Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia y Obesity, 19*(2), 245-260. https://doi.org/10.1007/s40519-021-01354-7

Jensen, M. D., y Ryan, D. H. (2021). Obesity: A review of pathophysiology y classification. *Mayo Clinic Proceedings. https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2021.01.001*

Jewell, T., Apostolidou, E., Sadikovic, K., Tahta-Wraith, K., Liston, S., Simic, M., Eisler, I., Fonagy, P., y Yorke, I. (2023). Attachment in individuals with eating disorders compared to community controls: A systematic review y meta-analysis. *The International journal of eating disorders*, *56*(5), 888–908. *https://doi.org/10.1002/eat.23922*

Keller, C., y van Strien, T. (2020). Dietary restraint y disinhibition moderate the impact of emotional eating on snacking behavior. *Appetite, 150*, 104648. *https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104648*

Kornstein, S. G., y Kunovac, J. L. (2020). Depression y binge eating disorder. *Journal of Clinical Psychiatry.* Recuperado de https://www.psychiatrist.com/jcp/eating/depression-y-binge-eating-disorder/

Kowalewska, E., Bzowska, M., Engel, J., y Lew-Starowicz, M. (2024). Comorbidity of binge eating disorder y other psychiatric disorders: a systematic review. *BMC psychiatry*, *24*(1), 556. *https://doi.org/10.1186/s12888-024-05943-5*

Lagan, S., Shott, M. E., y Frank, G. K. W. (2024). Adverse childhood experiences, low self-esteem, y salient stimulus response in eating disorders. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association*, *32*(4), 618–632. *https://doi.org/10.1002/erv.3064*

Lantos, D., Moreno-Agostino, D., Harris, L. T., Ploubidis, G., Haselden, L., y Fitzsimons, E. (2024). The validation of short eating disorder, body dysmorphia, y Weight Bias Internalisation Scales among UK adults. *Journal of eating disorders*, *12*(1), 137. https://doi.org/10.1186/s40337-024-01095-9

Leenaerts, N., Jongen, D., Ceccarini, J., Van Oudenhove, L., y Vrieze, E. (2022). The neurobiological reward system y binge eating: A critical systematic review of neuroimaging studies. *The International journal of eating disorders*, *55*(11), 1421–1458. *https://doi.org/10.1002/eat.23776*

Legenbauer, T., Radix, A. K., Naumann, E., y Blechert, J. (2020). The Body Image Approach Test (BIAT): A potential measure of the behavioral component of body image disturbance in anorexia y bulimia nervosa. *Frontiers in Psychology, 11*, 30. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00030

Loria Kohen, V., Campos Del Portillo, R., Valero Pérez, M., Mories Álvarez, M. T., Castro Alija, M. J., Matía-Martín, M. P., y Gómez Cyela, C. (2021). Protocolo de educación nutricional en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en el ámbito clínico y asistencial [Nutritional education protocol in the treatment of eating disorders in the clinical y care settings]. *Nutricion hospitalaria*, *38*(4), 857–870. *https://doi.org/10.20960/nh.03617*

Macho, S., Yrés, A., y Saldaña, C. (2021). Validation of the modified weight bias internalization scale in a Spanish adult population. *Clinical obesity*, *11*(4), e12454. https://doi.org/10.1111/cob.12454

Mallaram, G. K., Sharma, P., Kattula, D., Singh, S., y Pavuluru, P. (2023). Body image perception, eating disorder behavior, self-esteem y quality of life: a cross-sectional study among female medical students. *Journal of eating disorders*, *11*(1), 225. https://doi.org/10.1186/s40337-023-00945-2

Mayhew, A. J., Pigeyre, M., y Couturier, J. (2018). An evolutionary genetic perspective of eating disorders. *Neuroendocrinology, 106*, 292–306.

McCuen-Wurst, C., Ruggieri, M., y Allison, K. C. (2018). Disordered eating y obesity: associations between binge-eating disorder, night-eating syndrome, y weight-related comorbidities. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1411*(1), 96–105. https://doi.org/10.1111/nyas.13467

Mellentin, A. I., Nielsen, D. G., Skøt, L., Støving, R. K., Guala, M. M., Nielsen, A. S., Wesselhoeft, R., y Mejldal, A. (2022). Risk of somatic diseases in patients with eating disorders: the role of comorbid substance use disorders. *Epidemiology y psychiatric sciences*, *31*, e73. *https://doi.org/10.1017/S204579602200052X*

Morgan, J. F., Reid, F., y Lacey, J. H. (2000). The SCOFF questionnaire: a new screening tool for eating disorders. *The Western journal of medicine*, *172*(3), 164–165. *https://doi.org/10.1136/ewjm.172.3.164*

Muhlheim, L. (2012). Exposure in the treatment of eating disorders. *Eating Disorder Therapy LA*. Recuperado de *https://www.eatingdisorderthera-pyla.com/exposure-in-the-treatment-of-eating-disorders/*

Munsch, S., Meyer, A. H., Quartier, V., y Wilhelm, F. H. (2012). Binge eating in binge eating disorder: A breakdown of emotion regulatory pathways. *International Journal of Eating Disorders, 45*(3), 439-446. *https://doi.org/10.1002/eat.20965+*

Pearl, R. L., y Puhl, R. M. (2014). Measuring internalized weight attitudes across body weight categories: validation of the modified weight bias internalization scale. *Body image*, *11*(1), 89–92. https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.09.005

Peláez-Fernández, M. A., Labrador, F. J., y Raich, R. M. (2013). Norms for the Spanish version of the Eating Disorders Examination Questionnaire (S-EDE-Q). *Psicothema*, *25*(1), 107–114. https://doi.org/10.7334/psicothema2012.18

Perpiñá, C. (2014). *Trastornos alimentarios y de la ingesta de alimentos*. Pirámide.

Presseller, E. K., Patarinski, A. G. G., Zhang, F., Page, K. A., Srivastava, P., Manasse, S. M., y Juarascio, A. S. (2022). Glucose variability: A physiological correlate of eating disorder behaviors among individuals with binge-spectrum eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders, 55*(12), 1788–1798. *https://doi.org/10.1002/eat.23838*

Ramjan, L. M., Smith, B. W., Miskovic-Wheatley, J., Pathrose, S. P., y Hay, P. J. (2024). Social support for young people with eating disorders-An integrative review. *International journal of mental health nursing*, 10.1111/inm.13363. Advance online publication. *https://doi.org/10.1111/inm.13363*

Reyes-Rodríguez M. L. (2021). Eating disorders' instruments validated y adapted for the Hispanic/Latino population in the United States. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios*, *11*(1), 108–116. https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2020.1.616

Saunders, J. F., Frazier, L. D., y Nichols-Lopez, K. A. (2016). Self-esteem, diet self-efficacy, body mass index, y eating disorders: modeling effects in an ethnically diverse sample. *Eating y weight disorders : EWD*, *21*(3), 459–468. *https://doi.org/10.1007/s40519-015-0244-6*

Smith, K. E., Mason, T. B., Johnson, J. S., Lavender, J. M., y Wonderlich, S. A. (2020). *Enhancing motivation for treatment in patients with binge-eating disorder: A ryomized controlled trial*. *Journal of Consulting y Clinical Psychology, 88*(3), 245-256. https://doi.org/10.1037/ccp0000450

Solmi, M., Radua, J., Stubbs, B., Ricca, V., Moretti, D., Busatta, D., Carvalho, A. F., Dragioti, E., Favaro, A., Monteleone, A. M., Shin, J. I., Fusar-Poli, P., y Castellini, G. (2021). Risk factors for eating disorders: An umbrella review of published meta-analyses. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 43*(3), 314–323. *https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1099*

Stry, M., Welch, E., y Bäärnhielm, S. (2024). The Cultural Formulation Interview as a clinical tool in the assessment of eating disorders: a pi-

lot study. *Frontiers in psychiatry*, *15*, 1371339. *https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1371339*

Thomeczek, M. L., Negi, S., Chen, Y., y Forbush, K. T. (2023). The impact of trauma-related symptoms y neuroticism on compensatory behaviors in a sample of adults with eating disorders. *Eating behaviors*, *51*, 101819. https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2023.101819

Varela, C., Hoyo, Á., Tapia-Sanz, M. E., Jiménez-González, A. I., Moral, B. J., Rodríguez-Fernández, P., Vargas-Hernández, Y., y Ruiz-Sánchez, L. J. (2023). An update on the underlying risk factors of eating disorders onset during adolescence: a systematic review. *Frontiers in psychology*, *14*, 1221679. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1221679

Weafer, J., Crane, N. A., Gorka, S. M., Phan, K. L., y de Wit, H. (2019). Neural correlates of inhibition y reward are negatively associated. *NeuroImage*, *196*, 188–194. *https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2019.04.021*

Yurtdaş Depboylu, G., y Fındık, B. E. (2024). Relationships among alexithymia, psychological distress, y disordered eating behaviors in adolescents. *Appetite*, *200*, 107536. https://doi.org/10.1016/j.appet.2024.107536

Zhu, B., Gostoli, S., Benassi, G., Patierno, C., Petroni, M. L., Nuccitelli, C., Marchesini, G., Fava, G. A., y Rafanelli, C. (2022). The role of psychological well-being in weight loss: New insights from a comprehensive lifestyle intervention. *International Journal of Clinical y Health Psychology, 22*(1), 100600. https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2021.100600

Capítulo 8.
Evaluación del trastorno de insomnio

CARMEN MARTÍN GÓMEZ

Área de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.
Fundación Pública Andaluza Progreso y Salud.
Grupo de investigación HUM604: Desarrollo de estilos de vida en el ciclo vital y promoción de la salud, Universidad de Huelva.

En el siguiente capítulo se abordan tanto la definición del trastorno de insomnio como las herramientas más comúnmente utilizadas para su evaluación. Además, se describen los principales factores de riesgo del trastorno, sus comorbilidades médicas y los criterios clínicos para su diagnóstico.

1. DEFINICIÓN Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL TRASTORNO DE INSOMNIO.

El insomnio es un trastorno caracterizado por una alteración persistente del sueño en una o varias de sus fases (inicio, mantenimiento o despertar) a pesar de contar con condiciones que lo favorezcan, y por estar asociado a disfunciones diurnas (Sateia, 2014).

Esta condición, cuenta con una alta prevalencia, incidencia y persistencia en la población general (Morin et al., 2006; Morin et al., 2020). Alrededor de un tercio de la población adulta (30%-36%) refiere al menos

un síntoma de insomnio nocturno, aunque esta tasa disminuye al 10%-15% cuando se añaden consecuencias diurnas a la definición del caso (Morin & Jarrin, 2022).

En los casos de insomnio persistente, se han encontrado consecuencias adversas a largo plazo a nivel de salud, como un aumento del riesgo de enfermedades cardiovasculares (Sofi et al., 2014) y de depresión (Breslau et al., 1996). A nivel ocupacional, el insomnio se relaciona con absentismo laboral (Daley et al., 2009). Asimismo, el insomnio ha sido asociado a una menor satisfacción vital y peor calidad de vida física y mental (Hafner et al., 2023).

En el DSM-5-TR, el trastorno de insomnio se clasifica dentro de los trastornos del sueño y la vigilia. En este grupo de trastornos, se encuentran también otros como hipersomnolencia, narcolepsia, trastornos del sueño relacionados con la respiración, trastornos del sueño-vigilia del ritmo circadiano, trastornos del despertar del sueño con movimientos oculares no rápidos, trastorno de pesadillas, trastornos del movimiento ocular rápido, trastorno del comportamiento del sueño, síndrome de piernas inquietas y trastorno del sueño inducido por sustancias/medicamentos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2023).

Es importante destacar, que, para especialistas del sueño, el principal texto de referencia para el diagnóstico es la Clasificación Internacional de Trastornos del Sueño (*International Classification of Sleep Disorders*, ISCD), elaborada por la Asociación Americana de Medicina del Sueño. En esta clasificación, se agrupan los trastornos del sueño en seis categorías: trastornos de insomnio, trastornos respiratorios relacionados con el sueño, trastornos centrales de hipersomnolencia, trastornos del ritmo circadiano del sueño-vigilia, parasomnias, y trastornos del movimiento relacionados con el sueño (American Academy of Sleep Medicine, 2023).

2. PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO

2.1. Factores biológicos

El riesgo de padecer insomnio es superior entre familiares de primer grado de personas con insomnio que en la población general (Dauvilliers et al., 2005). No obstante, en base a la evidencia disponible actualmente no se puede discernir si el vínculo está relacionado con una predisposición genética, con el aprendizaje de modelos parentales o es una consecuencia de otro trastorno (Morin y Jarrin, 2022).

Por su parte, los estudios de gemelos muestran que existe una base hereditaria para las características del sueño y el insomnio (Lind et al., 2015), sin embargo, el conocimiento disponible sobre los genes asociados y las vías neurobiológicas implicadas sigue siendo limitado. Hasta ahora, con los datos generados a partir de estudios de asociación de todo el genoma, se han identificado una gran cantidad de loci potencialmente implicados, que se superponen con perfiles de riesgo de depresión, ansiedad, neuroticismo, diabetes tipo 2, enfermedad de las arterias coronarias y bajo bienestar subjetivo (Jansen et al., 2019; Stein et al., 2018).

2.2. Factores psicológicos

El trastorno de insomnio presenta una relación bidireccional con las condiciones de salud en general, y de salud mental en particular (Hertenstein et al., 2023). De hecho, casi cualquier tipo de trastorno mental suele ir acompañado de insomnio o contribuye a un empeoramiento de los síntomas del mismo (Bassetti et al., 2015). En concreto, alrededor de la mitad de las personas que presentan insomnio tienen, además, un trastorno psicológico, y la mayoría de aquellas con un trastorno psicológico tienen insomnio (Ohayon, 2002).

En los casos de depresión y ansiedad, el insomnio supone un factor de riesgo independiente para su desarrollo (Baglioni et al., 2023). Asimismo, el estado de ánimo depresivo es considerado un factor de riesgo para alternaciones del sueño futuras, principalmente en la ve-

jez (Smagula et al., 2016). En cuanto a los trastornos de ansiedad, se han asociado a un aumento de las alteraciones subjetivas del sueño, una disminución del tiempo total de sueño y de su continuidad; algo que también ocurre con el estrés postraumático (Cox y Olatunji, 2020).

3. TRASTORNOS COMÓRBIDOS MÁS FRECUENTES

Entre las comorbilidades más frecuentes asociadas al trastorno de insomnio se encuentran algunos trastornos mentales, enfermedades médicas o neurológicas y el abuso de diferentes sustancias y/o la dependencia de estas. En la Guía Europea sobre el Insomnio, elaborada por personal investigador de la Sociedad Europea del Sueño (*European Sleep Research Society,* ESRS) y la Red Europea de Insomnio (*European Insomnia Network,* EIN), se han recopilado dichas comorbilidades y factores contribuyentes, y se presentan en el tabla 1 (Riemann et al., 2023).

Tabla 1: Comorbilidades médicas más frecuentes y factores que contribuyen al insomnio

Mental	Médica	Neurológica	Uso/dependencia de sustancias
Trastornos depresivos	Enfermedades cardiovasculares	Enfermedades neurodegenerativas	Alcohol
Trastornos bipolares	Diabetes	Enfermedades cerebrovasculares	Nicotina
Trastornos de ansiedad	Enfermedades renales crónicas	Lesiones cerebrales traumáticas	Cafeína
Trastorno límite de la personalidad	Enfermedades pulmonares obstructivas	Esclerosis múltiple	Tetrahidrocannabinol / marihuana
Trastorno por estrés postraumático	Trastornos reumáticos	Síndrome de las piernas inquietas/ Trastorno de los movimientos periódicos de las extremidades	Opioides
Esquizofrenia	Dolor crónico	Insomnio familiar fatal	Drogas de diseño
Trastorno por uso de sustancias	Cáncer		Cocaína
	Trastornos respiratorios relacionados con el sueño/ Apnea obstructiva del sueño		Anfetaminas

Fuente: Riemann et al., 2023

4. CRITERIOS CLÍNICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO DE INSOMNIO

Para que el trastorno de insomnio pueda ser diagnosticado de acuerdo con el DSM-5-TR, deben estar presente los siguientes requisitos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2023): (I) insatisfacción por la cantidad o calidad del sueño asociada a una dificultad para iniciar y/o mantener el sueño, o despertares pronto por la mañana con imposibilidad de volver a dormir; (II) malestar clínicamente significativo o deterioro en algún área importante del funcionamiento (social, educativo, laboral, etc.); (III) Las dificultades del sueño deben presentarse, al me-

nos, 3 noches a la semana, durante un mínimo de 3 meses y a pesar de condiciones favorables para dormir. Asimismo, hay que descartar que estas dificultades para dormir no se expliquen mejor por otro trastorno del sueño-vigilia, y que no pueda atribuirse al consumo de sustancia ni coexista con otro trastorno mental o afección medica que lo pueda explicar mejor.

De acuerdo con la CIE-11 (World Health Organization, 2019), el trastorno de insomnio se clasifica en los trastornos del sueño y la vigilia, y se caracteriza por quejas persistentes relativas a la conciliación, duración, consolidación o la calidad del sueño, aunque las circunstancias sean propicias para dormir bien. Para que sea considerado como trastorno de insomnio, alguna de las dificultades anteriores debe ir asociada a algún trastorno en las horas del día, como cansancio, estado de ánimo deprimido o irritabilidad, malestar general o deterioro cognitivo. Cuando se dan los síntomas anteriores durante menos de tres meses, se considera insomnio a corto plazo, y si supera los tres meses se estaría hablando de insomnio crónico. En ambos tipos de insomnio pueden ser clasificados según su grado de severidad como leve, moderado o grave. Por último, la CIE-11 también permite clasificar el trastorno de insomnio, sin especificación, que según el curso puede ser agudo o crónico.

5. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

5.1. Definición de las principales quejas y motivos de consulta

Las personas con insomnio suelen exponer dificultades para conciliar el sueño a la hora de acostarse, o se quejan de despertarse demasiado temprano por la mañana, o de sufrir despertares durante la noche, con incapacidad para volver a dormirse (Bonnet y Arand, 2022). Si embargo, los síntomas diurnos, como la somnolencia o reducción de la energía, suelen ser los que provocan la principal preocupación, y los que conducen a la búsqueda de tratamiento (Morin et al., 2006). Aunque la queja esté centrada en un solo síntoma, con frecuencia coexisten varios de

ellos, y la presentación de los mismos puede variar a lo largo del tiempo (Schutte-Rodin et al., 2008).

5.2. Objetivos de la evaluación psicológica

Para evaluar el insomnio de forma íntegra, deben abordarse diferentes objetivos. Por un lado, hay que caracterizar su naturaleza y gravedad, valorando el nivel de deterioro y angustia que provoca; y por otro, se hace necesario identificar los factores que contribuyen a dicho problema, y las comorbilidades que puedan ser relevantes para el éxito del tratamiento (Bonnet y Arand, 2022; Yamamoto et al., 2023). Es imprescindible, además, conocer si los síntomas del sueño van acompañados o no de insatisfacción con el sueño y de cualquier alteración diurna, así como si estos se producen a pesar del tiempo adecuado asignado al sueño y de la oportunidad de dormir en un entorno confortable (Riemann et al., 2023).

5.3. Áreas de evaluación

1. Caracterización del problema de sueño, para lo que la evaluación debe centrarse en varios elementos:
    - La naturaleza del problema del sueño. Para comenzar, habría que descartar que estuviera causado por otro trastorno del sueño-vigilia, trastorno mental o condición médica relacionada, o por el consumo de sustancias. Asimismo, es necesario conocer si este ha estado presente durante más de 3 meses para poderlo considerar un trastorno de insomnio según el DSM y la CIE (Asociación Americana de Psiquiatría, 2023; World Health Organization, 2019).
    - El horario de sueño, lo que implica conocer el patrón de sueño típico de la persona antes del desarrollo de la condición, así como el patrón actual. Esto incluye la hora habitual de acostarse, cuánto tarda en dormirse (latencia del sueño), la frecuencia y duración aproximada de los

despertares en mitad de la noche y a qué hora se levanta (Cunnington et al., 2013).

- La higiene del sueño, para lo que hay que recabar información sobre las actividades que realiza antes de acostarse (fumar, consumir alcohol o cafeína, comer mucho) y en la cama (estar frente a una pantalla), así como las características ambientales del dormitorio (luz, ruido) (Bonnet y Arand, 2022; Yamamoto et al., 2023).

2. Grado de deterioro causado por el problema de sueño, fundamental para establecer el diagnóstico de trastorno de insomnio, para lo que se hace necesario valorar:

    - Las consecuencias diurnas, entre las que destacan la irritabilidad, la mala memoria, la fatiga, la falta de energía, el malestar general y deterioro funcional (Ustinov et al., 2010). Estas, pueden generar problemas de absentismo y presentismo ocupacional (Hwang et al., 2022).
    - Las consecuencias de riesgo, entre las que cabe destacar la somnolencia al volante y los accidentes (Cunnington et al., 2013).

3. Los procesos cognitivos, en especial los negativos, como preocupación, rumiación y pensamientos catastrofistas, ya que juegan un papel esencial en el mantenimiento del insomnio (Hiller et al., 2015).
4. Información proporcionada por el entorno del/ de la paciente (Bonnet y Arand, 2022):

    - La familia y otras personas cercanas puede informar sobre las repercusiones que el insomnio tiene en los diferentes ámbitos de la vida de la persona que lo padece.
    - La persona con la que duerme puede informar de detalles que permitan realizar un diagnóstico diferencial, por ejemplo, si el paciente presenta movimientos anormales durante el sueño.

5.4. Principales técnicas e instrumentos de evaluación psicológica

En la Guía Europea sobre el Insomnio, se indica que la evaluación del trastorno de insomnio se realiza principalmente a través de la anamnesis y de los autoinformes (Riemann et al., 2023):

- La anamnesis permite recopilar las principales quejas del/ de la paciente con respecto al trastorno, así como otra información aportada por su(s) acompañante(s).
- Los autoinformes hacen referencia a la información emitida por una persona de forma verbal o escrita sobre manifestaciones propias en cuanto a conductas motoras, respuestas fisiológicas, pensamientos, cogniciones, emociones o experiencias subjetivas (Fernández Ballesteros, 2013). Estos métodos, son considerados los más apropiados para la evaluación del insomnio en la práctica clínica (Van De Water et al., 2011), y en concreto hacen referencia al diario de sueño, por un lado, y a los test (cuestionarios, inventarios o escalas) por otro.

    - El diario del sueño es un registro elaborado por la persona insomne que permite conocer los horarios de sueño y vigilia, así como diferenciar el insomnio de otros trastornos del sueño relacionados. Los elementos registrados suelen ser: hora de acostarse, tiempo que tarda en dormir, frecuencia con la que se despierta durante la noche y hora de levantarse por la mañana. Se recomienda completarlo durante 15 días, aunque si su uso se alarga en el tiempo, facilita conocer la progresión de del trastorno y evaluar el efecto del tratamiento. Un ejemplo de este tipo de registro puede encontrarse en la Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009).
    - En cuanto a los test, se presentan a continuación algunos de las más utilizados en el contexto español, todos ellos ideados para ser autoadministrados:

      Índice de Gravedad del Insomnio (*Insomnia Severity Index*, ISI) (Bastien et al., 2001). Es una herramienta de cribado

de seis ítems que evalúa la gravedad del insomnio, la satisfacción con el sueño, las interferencias en el funcionamiento diurno, la percepción del problema del sueño por parte de otras personas y el nivel de preocupación de la persona evaluada. Cuenta con una versión online validada (Thorndike et al., 2011), así como está validado en castellano en población adulta (Fernandez-Mendoza et al., 2012) y anciana (Sierra et al., 2008).

Índice de Calidad del sueño de Pittsburgh (*Pittsburgh Sleep Quality Index,* PSQI) (Buysse et al., 1989). Esta herramienta consta de 19 ítems a través de los cuales evalúa algunos factores que determinan la calidad del sueño, como son la latencia, duración, eficiencia y alteraciones, uso de medicación para dormir y disfunción diurna. El PSQI ha sido validado en castellano en personas adultas en dos estudios. Uno de ellos con una muestra compuesta de estudiantes y pacientes de psiquiatría (Royuela y Macías, 1997) y otro por personas cuidadoras no profesionales (Otero et al., 2023). En este último caso, se demostró que una puntuación ≥ 9 permite, además, identificar a las personas con posibles trastornos de ansiedad y depresión

Índice de Higiene del Sueño (*Sleep Hygiene Index,* SHI). Este índice fue desarrollado en base a los criterios diagnósticos de "higiene inadecuada del sueño", por lo que evalúa aspectos como la ausencia de rutina en las horas de acostarse y levantarse, las características físicas de la cama y del dormitorio o las conductas antes de dormir, entre otros (Mastin et al., 2006). Esta versión original consta de 13 ítems. Su validación al castellano, la cual consta de 10 ítems, ha demostrado que puede considerarse una herramienta fiable y con una adecuada validez concurrente y predictiva para evaluar la higiene del sueño en personas con o sin síntomas de insomnio (Prados et al., 2021).

Escala Atenas de Insomnio (*Athens Insomnia Scale,* AIS). Cuestionario diseñado para evaluar la dificultad para dormir a partir de 8 ítems: 5 referidos a la alteración del sue-

ño y 3 a las consecuencias diurnas derivadas (Soldatos et al., 2000). Puede ser administrado en su forma completa (AIS-8) o en su forma breve (AIS-5). Su validación al castellano mostró propiedades psicométricas optimas (Gómez-Benito et al., 2011).

Para ampliar la información con respecto a otros tests que pueden utilizarse para evaluar el insomnio, se recomienda revisar el estudio de Ali et al. (2020), en el cual se clasifican según el constructo que evalúan: síntomas, consecuencias, aspectos cognitivos e higiene del sueño.

Por otro lado, en la Guía Europea sobre Insomnio mencionada con anterioridad, se exponen otras pruebas indicadas para el diagnóstico diferencial, como son la actigrafía[4] y polisomnografía[5], o el examen físico, que permite, además, tratar el insomnio como afección comórbida cuando sea el caso (Riemann et al., 2023).

En la Figura 1 se presentan las principales técnicas para la evaluación del insomnio

4 Actigrafía: técnica que registra las horas de sueño y vigilia durante varios días. Se realiza mediante un pequeño dispositivo colocado en la muñeca que detecta los movimientos, y que en ocasiones también puede controlar la exposición a la luz.

5 Polisomnografía: técnica a partir de la cual se controla la actividad cerebral, la frecuencia cardíaca, los niveles de oxígeno, los movimientos oculares y la función respiratoria mientras se duerme

Figura 1. Principales técnicas de evaluación del insomnio

Principales herramientas de evaluación del insomnio	Anamnesis	
	Autoinformes	Diario del sueño
		Tests
	Otros	Examen físico
		Actigrafía
		Polisonmnografía

Fuente: elaboración propia

5. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Según el DSM-5-TR (Asociación Americana de Psiquiatría, 2023) cuando una persona refiere dificultades de sueño a pesar de contar con condiciones favorables para dormir, hay que tener en cuenta las siguientes posibilidades para poder realizar un diagnóstico diferencial:

- Variaciones normales del sueño. La necesidad de dormir es diferente entre las personas, variando considerablemente la duración del sueño que se considera "normal". Hay personas que necesitan dormir poco, pero estas se diferencian de las que tienen un trastorno de insomnio porque no cuentan con problemas para iniciar al sueño o mantenerlo. Tampoco cuentan con los síntomas diurnos como la fatiga o los problemas de concentración característicos del trastorno. También es necesario diferenciar el trastorno de insomnio de los cambios normales que se asocian a la edad, o a la privación de sueño relacionada con una circuns-

tancia concreta que obliga a la persona a permanecer despierta (por ejemplo, una responsabilidad personal o laboral).

- Insomnio agudo/situacional. Este tipo de insomnio se origina por estrés agudo, acontecimientos vitales o cambios en los horarios de sueño, y puede durar desde algunos días a varias semanas. Aunque pueden tener consecuencias sociales, personales y laborales y producir un malestar significativo, si la duración es inferior a tres meses, no sería considerado un trastorno de insomnio, aunque curse con sus criterios diagnósticos. Suele remitir cuando cede el estrés que lo genera o hay una adaptación al cambio de horario de sueño.
- Trastorno del ritmo circadiano de sueño-vigilia del tipo de fases de sueño retrasadas y del tipo asociado a turnos laborales. Las personas con el trastorno del tipo fases de sueño retrasadas cuentan con dificultad para conciliar el sueño en los horarios considerados socialmente normales, pero no cuando estos horarios coinciden con su ritmo circadiano endógeno. El tipo asociado a turnos laborales cuenta con el antecedente de un trabajo por turnos.
- Síndrome de piernas inquietas. Produce dificultades para iniciar y mantener el sueño, diferenciándose del trastorno por insomnio en la necesidad de mover las piernas, produciendo una sensación desagradable a la persona que lo padece.
- Trastornos del sueño relacionados con la respiración. La mayoría de personas que cuentan con este tipo de trastornos han experimentado anteriormente ronquidos sonoros, pausas respiratorias durante el sueño y excesiva soñolencia diurna. Sin embargo, hasta la mitad de las personas que padecen estos trastornos pueden referir también síntomas de insomnio, siendo más frecuente en mujeres y personas mayores.
- Narcolepsias. Las personas con narcolepsia suelen presentar también síntomas de sueño diurno excesivo, cataplejía, parálisis del sueño y alucinaciones relacionadas con el sueño, características que no están presentes en el trastorno por insomnio.

- Parasomnias. El rasgo más característico de este cuadro clínico, más que el propio insomnio, es la presencia de acontecimientos conductuales durante el sueño, que pueden provocar despertares intermitentes y dificultades para permanecer dormido.
- Trastornos del sueño inducido por sustancias/medicamentos, tipo con insomnio. Este tipo de trastorno tiene su origen en el consumo de una sustancia, por ejemplo, una droga de abuso, un medicamente o la exposición a una toxina, y eso hace que se diferencie del trastorno de insomnio.

Para facilitar el diagnóstico diferencial o identificar una comorbilidad contribuyente al trastorno de insomnio, se presenta a continuación ejemplos de quejas de pacientes y las preguntas que pueden ayudar a esclarecer el diagnóstico (ver Tabla 2).

Tabla 2.
Quejas sobre insomnio y posible diagnóstico diferencial o comorbilidad.

Síntoma de insomnio	Queja referida	Preguntas	Diagnóstico alternativo/ comorbilidad	Siguientes pasos
Dificultad para conciliar el sueño	No puedo conciliar el sueño por la noche. Puedo estar en la cama durante horas y no dormirme.	¿Te molestan las piernas cuando está sentado/a o tumbado/a?	Síndrome de piernas inquietas	Comprobar los niveles de hierro, considerar farmacoterapia
		Cuando está de vacaciones, ¿suele acostarse tarde y dormir hasta tarde?, Si se acuesta más tarde, ¿se duerme con más facilidad?, ¿Le cuesta despertarse por la mañana?	Trastorno del ritmo circadiano de sueño-vigilia del tipo de fases de sueño retrasadas	Registro del sueño y/o actigrafía para revisar los patrones de sueño-vigilia en días laborables y fines de semana
Dificultad para mantener el sueño, somnolencia diurna	A menudo me despierto en mitad de la noche. No puedo mantener los ojos abiertos durante el día, aunque duermo lo suficiente.	¿Ronca fuerte? ¿Su pareja es testigo de pausas en su respiración mientras duerme?	Apnea del sueño	Polisomnografía o prueba de apnea del sueño en casa
		¿Tiene el sueño inquieto? ¿Le han dicho que tiene movimientos de las extremidades o espasmos musculares durante el sueño?	Movimiento periódico de las extremidades	Polisomnografía
Despertar de madrugada	Me despierto demasiado temprano por la mañana y no consigo volver a dormirme.	¿Te quedas dormido a primera hora de la tarde o tienes que forzarte a permanecer despierto/a para las actividades nocturnas?	Trastorno avanzado de la fase de sueño-vigilia	Registro del sueño y/o actigrafía para revisión de los patrones de días laborables y fines de semana
		¿Se siente deprimido/a o desesperanzado/a? ¿Ha perdido el interés o el placer por hacer cosas? *	Depresión	Evaluar la depresión; a menudo es necesario el tratamiento concomitante de ambos trastornos
Disminución de la cantidad del sueño	Intento dormir lo suficiente, pero no puedo mantener los ojos abiertos durante el día. A veces me quedo dormido en el trabajo o mientras conduzco.	¿Tiene obligaciones familiares, sociales o laborales que le impiden dormir lo suficiente de forma regular? ¿Depende de una alarma para despertarse por la mañana? ¿Recupera el sueño los fines de semana?	Sueño insuficiente	Higiene del sueño y cambios en el estilo de vida para promover un sueño adecuado
	No consigo dormir más de seis horas por noche, pero no estoy cansado durante el día.	¿Siempre ha parecido necesitar menos horas de sueño que otras personas de tu edad?	Corta duración del sueño	Educar sobre el rango de necesidades normales de sueño, revisar las expectativas sobre la cantidad de sueño

* Aunque el despertar temprano por la mañana es un síntoma común de la depresión, cualquier queja de insomnio debe desencadenar una evaluación de depresión y ansiedad, ya que con frecuencia son comórbidas.

Fuente: adaptado de Bonnet y Arand, 2022

6. CONCLUSIONES

Como se ha mostrado, el insomnio se caracteriza por una alteración persistente del sueño a pesar de contar con condiciones que lo favorezcan, así como por estar asociado a disfunciones diurnas. En cuanto al abordaje de su evaluación, existen diferentes herramientas disponibles de distinta naturaleza. Si nos centramos en los test disponibles en castellano, estos abordan diferentes constructos relacionados con el insomnio, como su gravedad, la satisfacción con el mismo o la higiene del sueño, entre otros.

7. REFERENCIAS

Ali, R. M., Zolezzi, M., & Awaisu, A. (2020). A systematic review of instruments for the assessment of insomnia in adults. *Nature and Science of Sleep*, *12*, 377–409. https://doi.org/10.2147/NSS.S250918

American Academy of Sleep Medicine. (2023). *AASM | Clinical Resources | International Classification of Sleep Disorders*. https://aasm.org/clinical-resources/international-classification-sleep-disorders/

Asociación Americana de Psiquiatría. (2023). *DSM-5-TR® Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales : Texto revisado*. Panamericana. https://www.casadellibro.com/libro-dsm-5-tr-manual-diagnostico-y-estadistico-de-los-trastornos-mentales/9788411060721/14222929

Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalder, K., Nissen, C., Voderholzer, U., Lombardo, C., & Riemann, D. (2023). Insomnia is a predictor of depression: A meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *JOURNAL OF SLEEP RESEARCH*, *19*-Supplement *2*(s2), 82. https://doi.org/10.1111/J.1365-2869.2010.00868.X

Bassetti, C. L., Ferini-Strambi, L., Brown, S., Adamantidis, A., Benedetti, F., Bruni, O., Cajochen, C., Dolenc-Groselj, L., Ferri, R., Gais, S., Huber, R., Khatami, R., Lammers, G. J., Luppi, P. H., Manconi, M., Nissen, C., Nobili, L., Peigneux, P., Pollmächer, T., … Wetter, T. C. (2015). Neurology and psychiatry: Waking up to opportunities of sleep. : State of the art and clinical/research priorities for the next decade. *European Journal of Neurology*, *22*(10), 1337–1354. https://doi.org/10.1111/ene.12781

Bastien, C. ., Vallière, A., & Morin, C. M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Medicine*, *2*, 297–307. https://doi.org/10.1080/15402002.2011.606766

Bonnet, M., & Arand, D. (2022). Evaluation and diagnosis of insomnia in adults - UpToDate. In *UpToDate* (pp. 1–16). https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-diagnosis-of-insomnia-in-adults

Breslau, N., Roth, T., Rosenthal, L., & Andreski, P. (1996). Sleep disturbance and psychiatric disorders: A longitudinal epidemiological study of young adults. *Biological Psychiatry*, *39*(6), 411–418. https://doi.org/10.1016/0006-3223(95)00188-3

Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburth Sleep Quality Index: A New Instrument for Psychiatric Practice and Research. In *Psychiatry Research* (Vol. 28, pp. 193–213).

Cox, R. C., & Olatunji, B. O. (2020). Sleep in the anxiety-related disorders: A meta-analysis of subjective and objective research. In *Sleep Medicine Reviews* (Vol. 51). https://doi.org/10.1016/j.smrv.2020.101282

Cunnington, D., Junge, M. F., & Fernando, A. T. (2013). Insomnia: Prevalence, consequences and effective treatment. *Medical Journal of Australia*, *199*(8), S36–S40. https://doi.org/10.5694/mja13.10718

Daley, M., Morin, C. M., LeBlanc, M., Grégoire, J. P., Savard, J., & Baillargeon, L. (2009). Insomnia and its relationship to health-care utilization, work absenteeism, productivity and accidents. *Sleep Medicine*, *10*(4), 427–438. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2008.04.005

Dauvilliers, Y., Morin, C., Cervena, K., Carlander, B., Touchon, J., Besset, A., & Billiard, M. (2005). Family studies in insomnia. *Journal of Psychosomatic Research*, *58*(3), 271–278. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.08.012

Fernandez-Mendoza, J., Rodriguez-Muñoz, A., Vela-Bueno, A., Olavarrieta-Bernardino, S., Calhoun, S. L., Bixler, E. O., & Vgontzas, A. N. (2012). The Spanish version of the Insomnia Severity Index: A confirmatory factor analysis. *Sleep Medicine*, *13*(2), 207–210. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2011.06.019

Fernández Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica : conceptos, métodos y estudio de casos* (Pirámide (ed.); 2nd ed.).

Gómez-Benito, J., Ruiz, C., & Guilera, G. (2011). A Spanish version of the athens insomnia scale International Classification of Sleep Disorders. *Quality of Life Research*, 931–937. https://doi.org/10.1007/s11136-010-9827-x

Hafner, M., Romanelli, R. J., Yerushalmi, E., & Troxel, W. M. (2023). The societal and economic burden of insomnia in adults: An international study. In *The societal and economic burden of insomnia in adults: An international study*. https://doi.org/10.7249/rra2166-1

Hertenstein, E., Benz, F., Schneider, C. L., & Baglioni, C. (2023). Insomnia—A risk factor for mental disorders. *Journal of Sleep Research*, *32*(6). https://doi.org/10.1111/jsr.13930

Hiller, R. M., Johnston, A., Dohnt, H., Lovato, N., & Gradisar, M. (2015). Assessing cognitive processes related to insomnia: A review and measurement guide for Harvey's cognitive model for the maintenance of insomnia. *Sleep Medicine Reviews*, *23*, 46–53. https://doi.org/10.1016/J.SMRV.2014.11.006

Hwang, J. H., Cho, S. S., & Kim, J. Il. (2022). Association between insomnia and absenteeism or presenteeism among Korean employees. *Annals of Occupational and Environmental Medicine*, *34*(1). https://doi.org/10.35371/AOEM.2022.34.E41

Jansen, P. R., Watanabe, K., Stringer, S., Skene, N., Bryois, J., Hammerschlag, A. R., de Leeuw, C. A., Benjamins, J. S., Muñoz-Manchado, A. B., Nagel, M., Savage, J. E., Tiemeier, H., White, T., Agee, M., Alipanahi, B., Auton, A., Bell, R. K., Bryc, K., Elson, S. L., … Posthuma, D. (2019). Genome-wide analysis of insomnia in 1,331,010 individuals identifies new risk loci and functional pathways. *Nature Genetics*, *51*(3), 394–403. https://doi.org/10.1038/s41588-018-0333-3

Lind, M. J., Aggen, S. H., Kirkpatrick, R. M., Kendler, K. S., & Amstadter, A. B. (2015). A longitudinal twin study of insomnia symptoms in adults. *Sleep*, *38*(9), 1423–1430. https://doi.org/10.5665/sleep.4982

Mastin, D. F., Bryson, J., & Corwyn, R. (2006). Assessment of sleep hygiene using the sleep hygiene index. *Journal of Behavioral Medicine*, *29*(3), 223–227. https://doi.org/10.1007/s10865-006-9047-6

Morin, C. M., LeBlanc, M., Daley, M., Gregoire, J. P., & Mérette, C. (2006). Epidemiology of insomnia: Prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors. *Sleep Medicine*, *7*(2), 123–130. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2005.08.008

Morin, C M, Jarrin, D. C., Ivers, H., Mérette, C., Leblanc, M., & Savard, J. (2020). *Incidence , Persistence , and Remission Rates of Insomnia Over 5 Years*. *3*(11), 1–11. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.18782

Morin, Charles M, & Jarrin, D. C. (2022). Epidemiology of insomnia: Prevalence, course, risk factors, and public health burden. *Sleep Medicine Clinics*, *17*, 173–191. https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2013.05.002

Ohayon, M. M. (2002). Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews*, *6*(2), 97–111. https://doi.org/10.1053/smrv.2002.0186

Ohayon, M. M., & Reynolds, C. F. (2009). Epidemiological and clinical relevance of insomnia diagnosis algorithms according to the DSM-IV and the

International Classification of Sleep Disorders (ICSD). *Sleep Medicine*, *10*(9), 952–960. https://doi.org/10.1016/j.sleep.2009.07.008

Otero, P., Simón, M. A., Bueno, A. M., Blanco, V., & Vázquez, F. L. (2023). Factorial Structure and Psychometric Properties of the Spanish Version of the Pittsburgh Sleep Quality Index in Non-Professional Caregivers. *Healthcare (Switzerland)*, *11*(1). https://doi.org/10.3390/healthcare11010067

Prados, G., Chouchou, F., Carrión-Pantoja, S., Fernández-Puerta, L., & Pérez-Mármol, J. M. (2021). Psychometric properties of the Spanish version of the Sleep Hygiene Index. *Research in Nursing and Health*, *44*(2), 393–402. https://doi.org/10.1002/nur.22111

Riemann, D., Espie, C. A., Altena, E., Arnardottir, E. S., Baglioni, C., Bassetti, C. L. A., Bastien, C., Berzina, N., Bjorvatn, B., Dikeos, D., Dolenc Groselj, L., Ellis, J. G., Garcia-Borreguero, D., Geoffroy, P. A., Gjerstad, M., Gonçalves, M., Hertenstein, E., Hoedlmoser, K., Hion, T., … Spiegelhalder, K. (2023). The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. *Journal of Sleep Research*, *32*(6), 1–36. https://doi.org/10.1111/jsr.14035

Royuela Rico, A., & Macías Fernández, J. A. (1997). Propiedades clinimétricas de la versión castellana del Cuestionario de Pittsburgh. *Vigilia-Sueño*, *9*(2), 81–94. https://www.researchgate.net/publication/258705863

Sateia, M. J. (2014). *International Classifi cation of Sleep Disorders-Th ird Edition Highlights and Modifi cations*. https://doi.org/10.1378/chest.14-0970

Schutte-Rodin, S. L., Broch, L., Buysee, D., Dorsey, C., & Sateia, M. (2008). Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, *4*(5), 487–504. https://doi.org/10.5664/jcsm.27286

Sierra, J. C., Guillén-Serrano, V., & Santos-Iglesias, P. (2008). Insomnia Severity Index: Some indicators about its reliability and validity on an older adults sample. *Revista de Neurologia*, *47*(11), 566–570. https://doi.org/10.33588/rn.4711.2008221

Smagula, S. F., Stone, K. L., Fabio, A., & Cauley, J. A. (2016). Risk factors for sleep disturbances in older adults: Evidence from prospective studies. *Sleep Medicine Reviews*, *25*, 21–30. https://doi.org/10.1016/j.smrv.2015.01.003

Sofi, F., Cesari, F., Casini, A., Macchi, C., Abbate, R., & Gensini, G. F. (2014). Insomnia and risk of cardiovascular disease: a meta-analysis. *European Journal of Preventive Cardiology*, *21*(1), 57–64. https://doi.org/10.1177/2047487312460020

Soldatos, C. R., Dikeos, D. G., & Paparrigopoulos, T. J. (2000). Athens Insomnia Scale: Validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *Journal of Psychosomatic Research*, *48*(6), 555–560. https://doi.org/10.1016/S0022-3999(00)00095-7

Stein, M. B., McCarthy, M. J., Chen, C. Y., Jain, S., Gelernter, J., He, F., Heeringa, S. G., Kessler, R. C., Nock, M. K., Ripke, S., Sun, X., Wynn, G. H., Smoller, J. W., & Ursano, R. J. (2018). Genome-wide analysis of insomnia disorder. *Molecular Psychiatry*, *23*(11), 2238–2250. https://doi.org/10.1038/s41380-018-0033-5

Thorndike, F. P., Ritterband, L. M., Saylor, D. K., Magee, J. C., Gonder-Frederick, L. A., & Morin, C. M. (2011). Validation of the Insomnia Severity Index as a Web-Based Measure. *Behavioral Sleep Medicine*, *9*(4), 216–223. https://doi.org/10.1080/15402002.2011.606766

Ustinov, Y., Lichstein, K. L., Wal, G. S. V., Taylor, D. J., Riedel, B. W., & Bush, A. J. (2010). Association between report of insomnia and daytime functioning. *Sleep Medicine*, *11*(1), 65–68. https://doi.org/10.1016/J.SLEEP.2009.07.009

Van De Water, A. T. M., Holmes, A., & Hurley, D. A. (2011). Objective measurements of sleep for non-laboratory settings as alternatives to polysomnography – a systematic review. *Journal of Sleep Research*, *20*(1pt2), 183–200. https://doi.org/10.1111/J.1365-2869.2009.00814.X

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.)*. http://icd.who.int/

Yamamoto, M., Lim, C. T., Huang, H., Spottswood, M., & Huang, H. (2023). Insomnia in primary care: Considerations for screening, assessment, and management. *Journal of Medicine Access*, *7*. https://doi.org/10.1177/27550834231156727

Capítulo 9. Evaluación de las dificultades en la vivencia de la sexualidad

ANA I. ARCOS-ROMERO Y LAURA ESTEBAN
Departamento de Psicología, Universidad Loyola

La salud sexual es un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la vivencia de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia (Organización Mundial de la Salud, 2006). La sexualidad humana es parte fundamental de la vida de las personas, presente desde el nacimiento hasta la muerte. El interés por describir, definir y comprender los múltiples, variados y complejos aspectos que la conforman no es algo novedoso, sino que, a lo largo de la historia, las diferentes culturas y sociedades han mostrado un interés constante en esta área de conocimiento.

El objetivo del presente capítulo es proporcionar información, claves y herramientas basadas en la evidencia para ayudar a profesionales de la psicología y la sexología a asesorar a las personas para mejorar su salud sexual y lograr una sexualidad plena y satisfactoria.

1. DEFINICIÓN Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

Según la última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), las disfunciones sexuales (DS) constituyen un conjunto heterogéneo de trastornos, caracterizados por una alteración clínicamente significativa en la capacidad para responder sexualmente a estimulación o para experimentar el placer sexual, entre otros. Pueden aparecer como dificultades cognitiva-afectivas, fisiológicas y/o motoras, en cualquier momento del ciclo de la respuesta sexual humana, afectando al deseo sexual, la excitación, el orgasmo o la satisfacción sexual (Sierra et al., 2012). Igualmente, también pueden caracterizarse por la presencia de dolor durante las actividades sexuales.

Se estima que, a nivel mundial, el 40% de las mujeres y el 30% de los hombres han sufrido o sufren una DS. Los datos en España sitúan estas prevalencias en torno al 45-58% de mujeres y 32-39% de hombres (Sánchez-Fuentes et al., 2019; Sierra et al., 2012). Las DS más predominantes en terapia con mujeres suelen ser el bajo deseo sexual (Bancroft et al., 2003) y las disfunciones orgásmicas mientras que en hombres son los trastornos de erección y la eyaculación precoz.

El DSM-5 (APA, 2013) comprende tres capítulos dedicados a la sexualidad, uno de ellos relacionado con las cuestiones de identidad de género, otro con las llamadas parafilias y un tercer capítulo en el que se recogen las conocidas como disfunciones sexuales.

Definición de los trastornos de disfunción sexual

Trastorno del interés/excitación sexual femenino

El deseo sexual, cuyo origen es psicobiológico, es el interés en participar en actividades sexuales, en solitario o con otras personas (Moyano et al., 2017). La excitación sexual es la disposición a excitarse o inhibirse ante un estímulo erótico (Granados et al., 2018). Por tanto, el trastorno del interés/excitación sexual femenino se manifiesta como la ausencia o reducción significativa del interés y/o la excitación sexual femenina,

las fantasías o pensamientos de contenido eróticos y del inicio y respuesta de la actividad sexual en casi todas o todas las ocasiones.

Trastorno orgásmico femenino

El orgasmo es un proceso psicofisiológico complejo que incluye la sensación de intenso placer acompañada de cambios físicos y fisiológicos (Arcos-Romero et al., 2018). El trastorno orgásmico femenino se caracteriza por una dificultad para experimentar el orgasmo o por una disminución en la intensidad de las sensaciones orgásmicas percibidas en la actividad sexual, independientemente del modo en el que se intente conseguir dicho orgasmo.

Trastorno eréctil

La erección en hombres está asociada al estado de excitación sexual y produce cambios en la circunferencia del pene, aumentando su tamaño y endureciéndolo para facilitar las prácticas sexuales. El trastorno eréctil se caracteriza por dificultades para conseguir tanto el estado erecto del pene como la rigidez suficiente para permitir un rendimiento sexual satisfactorio (Vallejo-Medina et al., 2022). Así, se manifiesta como la dificultad para conseguir y mantener la erección.

Eyaculación prematura (antes llamada precoz)

El trastorno de eyaculación precoz se define como la dificultad para controlar el momento de eyacular y hacerlo antes de lo deseado (Corona et al., 2015). La eyaculación suele ocurrir ante una mínima estimulación, impidiendo que la propia persona o su pareja disfruten de la relación, produciendo insatisfacción con el momento o el tiempo que se tarda en eyacular durante las actividades sexuales.

Para todas las DS, los síntomas persisten durante un tiempo prolongado (por ejemplo, mínimo seis meses), provocan un malestar clínicamente significativo y no se deben a un trastorno mental no sexual ni es efecto de otros problemas (por ejemplo, violencia de género) o factores

estresantes. Tampoco se atribuye a los efectos de una sustancia/fármaco o a otra afección médica.

A su vez, las DS se pueden clasificar atendiendo a diferentes dimensiones. Según la dimensión temporal (momento biográfico en el que aparece la disfunción), se distinguen aquellas de carácter primario (aparecen desde el inicio de la historia sexual de la persona o no hay un recuerdo explícito) y secundario o adquiridas (siguen a un periodo de funcionamiento normal). Atendiendo a la situación en la que aparece la disfunción se pueden clasificar como generalizadas (ocurren en todas las situaciones) o situacionales (afectan al funcionamiento sexual solo en algunas situaciones, por ejemplo, con una pareja, pero no con otra). Finalmente, según su etiología u origen causal, pueden ser de índole orgánica (funcionamiento disfuncional del organismo), psicógena (obedece a factores psicológicos) o combinada, siendo ésta la causa más común (factores psicológicos, enfermedad o consumo de sustancias).

2. PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo asociados a las dificultades sexuales pueden ser diversos y multifacéticos. No actúan de manera aislada, sino que interactúan entre sí de formas muy complejas para influir en la función sexual de una persona.

2.1. Factores biológicos

Pueden ser de naturaleza genética, fisiológica o temperamental (APA, 2013). En primer lugar, patologías como la esclerosis múltiple o atrofias peneanas o vulvovaginales pueden causar interferencias tanto en el deseo/excitación como en la ejecución de conductas sexuales. Otras patologías de atención primaria como diabetes, alteraciones cardiovasculares, hipertensión arterial o insuficiencia renal también influyen en el funcionamiento sexual (Alcoba-Valls et al., 2004). En segundo lugar, los cambios hormonales pueden desempeñar un papel significativo. Por ejemplo, en los hombres, niveles bajos de testosterona pueden contribuir a la disfun-

ción eréctil, mientras que, en las mujeres, las fluctuaciones hormonales pueden provocar dificultades de lubricación vaginal y disminución del deseo sexual. Las hormonas sexuales podrían tener un efecto modificador sobre la función sexual femenina, pero las influencias sociales y las respuestas aprendidas son igualmente importantes (Stuckey, 2008). Además de las enfermedades crónicas, los fármacos como los antidepresivos, los antipsicóticos y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina pueden tener efectos secundarios sexuales adversos (Valeiro et al., 2022). Asimismo, el abuso de alcohol, tabaquismo, drogas y otras sustancias afecta directamente a la función sexual en mujeres (Calvo-Abaunza et al., 2021) y en hombres (Del Río et al., 2015).

2.2. Factores psicológicos

El funcionamiento sexual puede estar influenciado por una extensa variedad de factores de naturaleza psicológica predisponentes, precipitantes y mantenedores. Según Arcos-Romero y Calvillo (2023), la ansiedad y la depresión son los problemas de salud mental más asociados a las dificultades de salud sexual en mujeres. Asimismo, algunos hombres con dificultades en la erección y en la eyaculación manifiestan con mayor frecuencia síntomas de ansiedad y depresión (Corona et al., 2015). La ansiedad y el estrés crónico o situacional pueden interferir con la capacidad para experimentar placer sexual, mantener la excitación o la concentración en la práctica sexual. A su vez, los trastornos depresivos podrían disminuir el deseo sexual, la capacidad para disfrutar de la intimidad sexual, alcanzar el orgasmo y eyacular (Lauren et al., 2009). La insatisfacción con la apariencia física o la baja autoestima relacionada con la imagen corporal puede afectar negativamente la confianza sexual y la disposición para participar en la actividad sexual (Sakaluk et al., 2020). Determinados trastornos de personalidad (Ciocca et al., 2023) así como algunos rasgos de personalidad tales como neuroticismo o sumisión podrían tener un papel clave en la salud sexual.

Por otro lado, problemas en la relación de pareja, por ejemplo, conflictos no resueltos, falta de comunicación, falta de habilidades sociales, falta de intimidad emocional o problemas de confianza en la pareja pueden contribuir a la aparición de DS. Por ejemplo, la disfunción eréctil

de la pareja tiene efectos negativos sobre la salud mental femenina, la satisfacción sexual y el éxito de la pareja en general (Dubin et al., 2021).

Finalmente, expectativas poco realistas y creencias erróneas (motivadas por la falta de educación sexual adecuada) sobre el rendimiento sexual, el cuerpo, el placer o la respuesta sexual pueden crear presión adicional y ansiedad, lo que podría interferir en la adecuada función sexual. Otros factores de riesgo asociados han sido miedo al embarazo o miedo a contraer infecciones de transmisión genital.

2.3. Factores socioculturales

Sobre la influencia de la sociedad y la cultura en la vivencia de la sexualidad, destacan las expectativas asociadas al rol de género y a las normas morales y religiosas restrictivas, actitudes sexofóbicas, culpabilidad o vergüenza sexual (Marcinechová y Záhorcová; 2020; Mosher, 1968), especialmente en mujeres y en aquellos casos en los que existe una percepción de que se está transgrediendo la norma social establecida (Matud y Aguilera, 2009).

2.4. Sucesos vitales estresantes

Cabe señalar la influencia en la salud sexual de la historia de desarrollo psicosexual, especialmente las relaciones afectivas tempranas con las personas cuidadoras -apego-, además de otros factores estresantes como abusos sexuales o traumas (por ejemplo, maltrato físico y/o psicológico por parte de la pareja). Según Ciocca et al. (2023), sería útil considerar la relación entre trauma infantil, sexualidad y personalidad en el ámbito clínico y de la investigación.

3. TRASTORNOS MENTALES Y/O AFECCIONES MÉDICAS COMÓRBIDAS MÁS FRECUENTES

En ocasiones, las dificultades sexuales pueden ir acompañadas de trastornos de ansiedad, trastornos depresivos, trastornos de la per-

sonalidad, trastornos relacionados con traumas y factores de estrés y trastornos relacionados con sustancias o adictivos.

Además, pueden aparecer en unión con otras afecciones médicas que interfieren con la función vascular (por ejemplo, infarto de miocardio), neurológica (como esclerosis múltiple), tiroidea o endocrina (diabetes mellitus). Otras condiciones médicas relacionadas con el suelo pélvico o con los órganos reproductores (por ejemplo, endometriosis o prostatitis), así como la comorbilidad con otras dificultades sexuales son frecuentes (por ejemplo, el trastorno eréctil con otros diagnósticos como la eyaculación prematura o el trastorno de deseo sexual hipoactivo).

4. CRITERIOS CLÍNICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LAS DISFUNCIONES SEXUALES

La Clasificación Internacional de Enfermedades publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), conocida como CIE-11, en su última versión, ha adaptado la nomenclatura y la descripción clínica de los trastornos relacionados con la sexualidad a la clasificación incluida en el DSM-5. Así, las dificultades en el ámbito sexual se incluyen dentro del capítulo 17 denominado "Condiciones relacionadas con la salud sexual" que, a su vez, incluye tres secciones: Disfunciones sexuales, Trastornos sexuales por dolor y Discordancia de género. Por un lado, las DS se entienden como "Síndromes que comprenden diversas formas en que las personas adultas pueden tener dificultades para experimentar relaciones sexuales satisfactorias y no coercitivas" (p. 1225). Son clasificadas de la siguiente forma: a) Disfunción por deseo sexual hipoactivo; b) Disfunciones de la excitación sexual; c) Disfunciones orgásmicas; y, d) Disfunciones eyaculatorias. Los trastornos sexuales por dolor durante la actividad sexual en personas adultas se basan fundamentalmente en el dolor asociado a la penetración, excluyendo la dispareunia o dolor relacionado con la vulva, la vagina o el suelo de la pelvis.

5. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

5.1. Definición de las principales quejas y motivos de consulta

Las personas que buscan ayuda por DS suelen presentar una serie de quejas y malestares que van más allá de los síntomas físicos y reflejan aspectos emocionales, relacionales y/o sociales. Muchas veces, quienes consultan lo hacen motivados por la frustración y la ansiedad que sienten al no poder cumplir con las expectativas propias o ajenas en torno a la vida sexual, lo cual puede llevar a sentimientos de inadecuación y vergüenza. Esta experiencia de "fracaso" se suele amplificar por el peso de las normas culturales y sociales que rodean la sexualidad, generando en algunos casos una intensa autocrítica que afecta a la autoestima y a la percepción de la propia valía personal.

Otro motivo importante de consulta es el impacto en la relación de pareja, ya que las dificultades sexuales pueden ser percibidas como un problema compartido, afectando la comunicación y la intimidad. La falta de conexión emocional, los malentendidos y las respuestas defensivas o de evitación generan un círculo vicioso en el que la presión por "funcionar bien" aumenta la tensión y dificultades, lo que puede repercutir en otras áreas de la relación.

Además, es común que quienes experimentan dificultades sexuales expresen una gran inseguridad respecto a sus capacidades de disfrute y satisfacción. Muchas personas experimentan un conflicto interno entre el deseo de disfrutar una sexualidad plena y la ansiedad que conlleva el temor a una experiencia negativa, lo cual interfiere en su capacidad de relajarse y estar presentes. Estos pacientes también suelen presentar altos niveles de estrés, en parte porque se enfrentan a pensamientos anticipatorios y a comparaciones con modelos idealizados de "buen desempeño".

5.2. Objetivos de la evaluación psicológica

Desde un punto de vista clínico, la evaluación constituye un aspecto fundamental para una comprensión adecuada y holística de la realidad

de la persona. Una adecuada intervención se apoya en una correcta valoración del problema y del caso. Se recomienda emplear en la evaluación y en la intervención tantas sesiones como sean necesarias con el objetivo de comprender la globalidad y complejidad de cada caso desde una perspectiva integral.

5.3. Áreas de evaluación y principales técnicas e instrumentos de evaluación psicológica

En los últimos años, el desarrollo de instrumentos de evaluación ha sido uno de los aspectos clave más significativo, no solo en la psicología cínica, sino también en la investigación en sexualidad humana. A continuación, se describen diversas técnicas enfocadas para las diferentes áreas de evaluación.

La entrevista e historia clínica es el aspecto clave de toda evaluación. Su objetivo es triple (Hawton, 1985), por un lado, permite recabar la mayor cantidad de información posible para comprender la naturaleza exacta del problema y su desarrollo, lo que facilita el diseño de un plan de intervención y tratamiento terapéutico adecuado para abordar de manera efectiva dificultad sexual. En segundo lugar, establece una adecuada relación terapéutica, en la que la persona sienta que el espacio de consulta es un lugar seguro, libre de prejuicios y discriminación. Finalmente, ayuda a identificar cuáles son los factores desencadenantes y mantenedores que explican la dificultad sexual, por ejemplo, historia psicosexual en solitario o con otras parejas, actitudes hacia la sexualidad, grado de conocimiento o educación sexual.

Existen diversas formas de elaborar la historia clínica según quien la aplica. Así, hay profesionales que emplean entrevistas estructuradas, esto es, prácticamente cerradas, mientras que otras personas utilizan entrevistas semiestructuradas, en las que, a partir de un guion preestablecido, se amplían o abrevian determinados aspectos según las respuestas que se van proporcionando. Finalmente, hay quien aboga por utilizar la técnica de la "hoja en blanco", en la que se establece una conversación entre las partes, en la que la persona profesional va dirigiendo hacia los temas de interés. En líneas generales, la entrevista se puede dividir en dos partes:

Parte A: Entrevista preliminar, que supone el primer contacto con la persona que acude a consulta. La finalidad es comprobar si la demanda es susceptible de terapia sexual o, por el contrario, no lo es. Para tal fin, se debe evaluar el tipo de demanda, la presencia de patología médica u orgánica, la presencia de psicopatología, el tipo de relación de pareja (si la hubiera) y el nivel de motivación. Es importante conocer los objetivos que persigue la persona, así como ajustar sus expectativas y afianzar su implicación, para asegurar que son factibles o irreales y, en este último caso, reformular y consensuarlos. Igualmente, el/la profesional deberán valorar si está capacitado personal y profesionalmente para abordar el motivo de consulta. En función de lo resultante en esta primera parte, se procederá con la recogida de información o se derivará a la persona a otros/as profesionales o servicios especializados.

Parte B: Anamnesis o elaboración de la historia clínica. Dependiendo de las características del caso, la entrevista podrá realizarse a la propia persona afectada y a su pareja, bien de forma conjunta o bien por separado. Si se trata de una pareja, se tiene al menos una sesión conjunta y, al menos, una sesión con cada una de las personas por separado para recabar información más privada, íntima e individual.

Un modo para la elaboración de la historia psicosexual general consiste en incluir información sobre consumo de fármacos o sustancias, uso de métodos anticonceptivos, educación sexual percibida en diferentes contextos (familiar, educativo, social, etc.), fantasías sexuales, consumo de contenido erótico como libros, películas o fotografías, así como las primeras experiencias eróticas y la historia sentimental de relaciones amorosas y de rupturas. En el caso de tener pareja, evaluar en globalidad la relación erótica comenzando con un recorrido por diferentes prácticas y su disfrute, el clima general de la pareja, los momentos y tiempos de vida en pareja, la frecuencia de contactos eróticos y la historia en sus relaciones desde el principio hasta la actividad sexual ahora. También, se puede preguntar por el motivo de las relaciones actuales, los cambios desde el inicio de la relación, las fantasías sexuales durante la relación, la atracción, la masturbación individual, la amatoria, las relaciones extra-pareja, etc. Información sobre las experiencias traumáticas en relación con la sexualidad a lo largo del ciclo vital sería útil para incluir también en la historia sexual.

Por otro lado, los autorregistros permiten establecer una línea base de referencia, previa al tratamiento, a partir de la cual evaluar los resultados obtenidos (Carrobles, 1990). Por ejemplo, para un caso de trastorno eréctil se podría registrar el tipo de actividad o práctica sexual: masturbación, relaciones sexuales con pareja, etc.; la duración de la actividad (en minutos); valoración de la cantidad de estimulación (alta, moderada o baja); la presencia de erección (sí/no); y, en caso de que hubiera, calificar la tumefacción y el nivel de satisfacción personal (ambos en una escala del 1 al 10) (ver Tabla 1).

Tabla 1.
Ejemplo de autorregistro básico para un caso de trastorno eréctil

	Tipo de actividad o práctica sexual: masturbación o penetración (especificar si vaginal, anal u oral)	Duración total de la actividad (en minutos)	Valoración personal del nivel de excitación (bajo, moderado o alto)	Grado de erección (ausente, parcial o total)	Valoración de la satisfacción (en una escala de 1 (muy insatisfecho) a 10 (totalmente satisfecho)
Fecha:					
Hora:					
Fecha:					
Hora:					

En cuanto a los autoinformes, algunos de los más instrumentos más utilizados en este contexto son:

- Índice de Función Sexual Femenina, en su versión original en inglés llamada Female Sexual Function Index (conocido habitualmente como FSFI; Rosen et al., 2000; Vallejo-Medina et al., 2018). Escala compuesta por 19 ítems [por ejemplo, "En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia sintió excitación sexual durante la actividad sexual o coito vaginal?"] para evaluar el funcionamiento sexual general en mujeres. Incluye seis dimensiones: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Mayores puntuaciones se interpretan como un adecuado funcionamiento sexual, mientras que puntuaciones bajas indican la posible presencia de una disfunción sexual. Este instrumento se puede emplear para detectar dificultades en las dimensiones deseo sexual, excitación y orgasmo y así diagnos-

ticar la posibilidad de un trastorno del interés/excitación sexual femenino o un trastorno orgásmico femenino.

- Índice Internacional de Función Eréctil (IIEF; Díaz-Mohedo et al., 2023; Rosen et al., 1997). Está compuesto de 15 ítems [por ejemplo, "Durante las últimas 4 semanas ¿Con qué frecuencia logró una erección durante la actividad sexual?"] que evalúan la presencia de problemas en la erección y capacidad de penetración en hombres. La versión original propone cinco dimensiones: función eréctil, función orgásmica, deseo sexual, satisfacción durante el coito y satisfacción general. Puntuaciones más altas indican una mejor función eréctil, puntuaciones más bajas se interpretan como probable disfunción sexual. Este instrumento se puede emplear para detectar dificultades en la erección y así diagnosticar la posibilidad de un trastorno eréctil o incluso de eyaculación prematura.
- Inventario de Deseo Sexual (IDS; Moyano et al., 2017). Está compuesto por 13 ítems distribuidos en tres dimensiones del deseo sexual: el deseo sexual diádico hacia una pareja [por ejemplo, "Durante el último mes, ¿con qué frecuencia le ha apetecido tener actividad sexual con su pareja (por ejemplo, acariciarse los genitales, dar o recibir estimulación oral, coito, etc.)?"], el deseo sexual diádico hacia una persona atractiva ["Cuando ve por primera vez una persona atractiva, ¿cómo de fuerte es su deseo sexual?"] y el deseo sexual en solitario ["¿Cómo de fuerte es su deseo con respecto a comportamientos autoeróticos (por ejemplo, masturbación, acariciarse los genitales, etc.)?"]. Mayores puntuaciones indican mayores niveles de interés sexual. Este instrumento se puede emplear para evaluar dificultades en el deseo sexual y así detectar la posibilidad de un trastorno del interés/excitación sexual.
- Escala de valoración subjetiva del orgasmo, conocida en su versión original como Orgasm Rating Scale (ORS; Arcos-Romero et al., 2018; Mah y Binik, 2002). Está compuesta por 25 ítems descriptivos de la experiencia orgásmica subjetiva que se valoran a través de una escala tipo Likert desde 0 "no lo describe en absoluto" a 5 "lo describe perfectamente". Incluye cuatro dimensio-

nes: afectividad, sensorial, intimidad y recompensa. La misma escala se responde en dos contextos diferentes: masturbación en solitario y relación sexual en pareja. Mayores puntuaciones se interpretan como mayor intensidad de la experiencia orgásmica. Este instrumento se puede emplear para detectar dificultades en la intensidad orgásmica y así diagnosticar la posibilidad de un trastorno orgásmico femenino.

Por último, los registros psicofisiológicos de la respuesta sexual son técnicas que permiten la evaluación de los cambios psicofisiológicos basados en la respuesta sexual humana (Masters y Johnson, 1966). Se suelen utilizar más en el ámbito de la investigación que de la clínica, pues requieren instrumentos específicos y profesionales formados específicamente en su manejo. Los cambios del volumen sanguíneo en determinadas partes del cuerpo se asocian con algunas experiencias psicosexológicas. El ejemplo más conocido es la congestión de los genitales, asociada a la excitación sexual y al orgasmo. Se conoce como pletismografía a la técnica utilizada para medir los cambios del volumen sanguíneo de una determinada parte del cuerpo. En personas con pene, es común estudiar las erecciones nocturnas espontáneas, utilizando para ello dispositivos que miden la tumescencia y rigidez nocturna del pene (Schardein y Gross, 2023), la temperatura de la piel y el ritmo cardíaco (Edgar et al., 2022). En personas con vulva, se suele utilizar la pletismografía vaginal (Sintchak y Geer, 1975) y clitoridiana (Mechelmans et al., 2020) que miden cambios de presión, contracciones uterinas, lubricación vaginal y vasocongestión.

6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Se asocian frecuentemente con alteraciones en el funcionamiento sexual:

- Diferentes trastornos mentales, siendo los más comunes: trastornos depresivos, bipolares, de ansiedad y psicóticos.
- El consumo de sustancias. Por ejemplo, alcohol, nicotina u otras drogas recreativas pueden resultar en dificultades en el deseo y en la respuesta sexual (erección, eyaculación y orgasmo).

- El uso de fármacos. Por ejemplo, los fármacos antidepresivos, especialmente los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), pueden causar disminución del deseo sexual, dificultad para alcanzar el orgasmo o disfunción eréctil. Por su parte, los anticonceptivos hormonales, en algunas mujeres, pueden afectar el deseo sexual, causar sequedad vaginal o disminuir la excitación.
- La presencia de determinadas afecciones médicas, por ejemplo, diabetes mellitus, disfunción tiroidea o enfermedades del sistema nervioso central.
- Determinados factores interpersonales o contextuales, por ejemplo, problemas en la relación de pareja, violencia de género o presencia de factores de estrés significativos.

7. CONCLUSIONES

Las dificultades relacionadas con la salud sexual, cuyo origen es multicausal, son una realidad compleja en la vida de las personas. Se experimentan en un contexto intrapersonal, interpersonal y sociocultural, y pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida, el bienestar psicológico y las relaciones personales. Es importante señalar la necesidad de una adecuada evaluación psicológica y sexológica, que permita conocer la realidad de la persona para que, en base a esta, se diseñe un tratamiento y terapia apropiado. Se recomienda profundizar en cada una de las DS descritas para su correcto abordaje. Buscar ayuda profesional y apoyo desde un enfoque biopsicosocial puede marcar la diferencia en la superación de estos desafíos y en el camino hacia una vida sexual más plena y satisfactoria.

8. REFERENCIAS

Alcoba-Valls, S. L., García-Giralda Ruiz, L. y San Martín-Blanco, C. (2004). *Guía de buena práctica clínica en disfunciones sexuales*. Editorial International Marketing & Communications.

American Psychiatric Association (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. American Psychiatric Publishing.

Arcos-Romero, A. I. y Calvillo, C. (2023). Sexual health and psychological well-being of women: A systematic review. *Healthcare, 11*(23), 3025. https://doi.org/10.3390/healthcare11233025

Arcos-Romero, A. I., Moyano, N. y Sierra, J. C. (2018). Psychometric properties of the Orgasm Rating Scale in context of sexual relationship in a Spanish sample. *The Journal of Sexual Medicine, 15*, 741-749. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.03.005

Bancroft, J., Loftus, J. y Long, J. S. (2003). Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships. *Archives of Sexual Behavior, 32*, 193-208. https://doi.org/10.1023/A:1023420431760

Calvo-Abaunza, A. F., Rueda-Monsalbe, A. y Castañeda-Martínez, D. A. (2021). Sexual dysfunction and drug use in women: A reciprocal etiologic relationship. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología, 72*(2), 193-201. https://doi.org/10.18597/rcog.3627

Carrobles, J. A. (1990). *Biología y Psicofisiología de la conducta sexual*. Fundación Universidad-Empresa.

Ciocca, G., Di Stefano, R., Collazzoni, A., Jannini, T. B., Di Lorenzo, G., Jannini, E. A. y Rossi, R. (2023). Sexual dysfunctions and problematic sexuality in personality disorders and pathological personality traits: A systematic review. *Current Psychiatry Reports, 25*(3), 93-103. https://doi.org/10.1007/s11920-023-01409-9

Corona, G., Rastrelli, G., Limoncin, E., Sforza, A., Jannini, E. A. y Maggi, M. (2015). Interplay between premature ejaculation and erectile dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Sexual Medicine, 12*(12), 2291-2300. https://doi.org/10.1111/jsm.13041

Del Río, F. J., Cabello, F. y Fernández, I. (2015). Influence of substance use on the erectile response in a sample of drug users. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 15*(1), 37-43. http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.10.002

Díaz-Mohedo, E., Meldaña Sánchez, A., Cabello Santamaría, F., Molina García, E., Hernández Hernández, S. e Hita-Contreras, F. (2023). The Spanish Version of the International Index of Erectile Function: Adaptation and Validation. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(3), 1830. https://doi.org/10.3390/ijerph20031830

Dubin, J. M., Wyant, W. A., Balaji, N. C., Efimenko, I. V., Rainer, Q. C., Mora, B., Paz, L., Winter, A.G. y Ramasamy, R. (2021). Is female wellness affected when men blame them for Erectile Dysfunction? *Sexual Medicine, 9*(3), 100352. https://doi.org/10.1016/j.esxm.2021.100352

Edgar, R., Trip, E. J., Wolterink, G. J. W., Veltink, P. H. y Beck, J. H. J. (2022). New methods for the monitoring of nocturnal erections. International Journal of Impotence Research 34, 1–7. https://doi.org/10.1038/s41443-020-00365-9.

Granados, M. R., Salinas, J. M. y Sierra, J. C. (2018). Psychometric properties of the Spanish version of the Sexual Inhibition/Sexual Excitation Scales for men. *Archives of Sexual Behavior, 47*, 783-796. https://doi.org/10.1007/s10508-017-0992-7

Hawton, K. (1985). *Sex Therapy: A Practical Guide*. Oxford Medical Publication. https://doi.org/10.1093/med:psych/9780192614131.003.0007

Labrador, F. J. (1994). *Disfunciones sexuales*. Fundación Universidad Empresa.

Laurent, S. M. y Simons, A. D. (2009). Sexual dysfunction in depression and anxiety: conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension. *Clinical Psychology Review, 29*(7), 573-585. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.007

Mah, K. y Binik, Y. M. (2002). Do all orgasms feel alike? Evaluating a two-dimensional model of the orgasm experience across gender and sexual context. *The Journal of Sex Research, 39*, 104–113. https://doi.org/10.1080/00224490209552129

Marcinechová, D. y Záhorcová, L. (2020). Sexual Satisfaction, Sexual Attitudes, and Shame in Relation to Religiosity. *Sexuality & Culture 24*(6), 1913–1928. https://doi.org/10.1007/s12119-020-09727-3

Masters, W. H. y Johnson, V. E. (1966). *Human sexual response*. Little, Brown.

Matud, M. P. y Aguilera, L. (2009). Sex roles and mental health in a sample of the general Spanish population. *Salud Mental, 32*(1), 53-58.

Mechelmans, D. J., Sachtler, W. L., von Wiegand, T. E., Goodrich, D., Heiman, J. R. y Janssen, E. (2020). The successful measurement of clitoral pulse amplitude using a new clitoral photoplethysmograph: A pilot study. *The Journal of Sexual Medicine, 17*(6), 1118–1125. https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2020.02.017

Mosher D. L. (1968). Measurement of guilt in females by self-report inventories. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 32*(6), 690–695. https://doi.org/10.1037/h0026589

Moyano, N., Vallejo-Medina, P. y Sierra, J. C. (2017). Sexual desire inventory: Two or three dimensions? *The Journal of Sex Research, 54*, 105–116. https://doi.org/10.1080/00224499.2015.1109581

Organización Mundial de la Salud (2006). *Salud sexual. Definiciones: Salud sexual*. Recuperado de https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_2

Organización Mundial de la Salud (2022). *Clasificación Internacional de Enfermedades, Undécima Revisión (CIE-11)*. Recuperado de https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/es

Rosen, C. Brown, J. Heiman, S. Leiblum, C. Meston, R. Shabsigh, D. Ferguson, R. y D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy, 26*(2), 191-208.

Rosen, R. C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I. H., Kirkpatrick, J. y Mishra, A. (1997). The International Index of Erectile Gunction (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology, 49*(6), 822-830.

Sakaluk, J. K., Kim, J., Campbell, E., Baxter, A. e Impett, E. A. (2020). Self-esteem and sexual health: A multilevel meta-analytic review. *Health Psychology Review, 14*(2), 269-293. https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1625281

Sánchez-Fuentes, M. M., Moyano, N., Granados, M.R. y Sierra, J. C. (2019). Validation of the Spanish version of the Arizona Sexual Experience Scale (ASEX) using self-reported and psychophysiological measures. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud, 10*(1), 1-14. https://doi.org/10.23923/j.rips.2019.01.021

Schardein, J. N. y Gross, K. (2023). Nocturnal penile tumescence devices: past, present and future. *International Journal of Impotence Research*. https://doi.org/10.1038/s41443-023-00789-z

Sierra, J. C., Vallejo-Medina, P., Santos-Iglesias, P. y Lameiras-Fernández, M. (2012). Validación del Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) en población española. *Atención Primaria, 44*(9), 516-524. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.02.004

Sintchak, G. y Geer, J.H. (1975). A vaginal plethysmograph system. *Psychophysiology, 12*, 113-115.

Stuckey, B. G. (2008). Female sexual function and dysfunction in the reproductive years: the influence of endogenous and exogenous sex hormones. *The Journal of Sexual Medicine, 5*(10), 2282-2290.

Valeiro, C., Matos, C., Scholl, J. y van Hunsel, F. (2022). Drug-induced sexual dysfunction: An analysis of reports to a national pharmacovigilance database. *Drug Safety, 45*(6), 639-650. https://doi.org/10.1007/s40264-022-01174-3

Vallejo-Medina, P., Pérez-Durán, C. y Saavedra-Roa, A. (2018). Translation, adaptation, and preliminary validation of the Female Sexual Function Index into Spanish (Colombia). *Archives of Sexual Behavior, 47*, 797-810. https://doi.org/10.1007/s10508-017-0976-7

Vallejo-Medina, P., Saffon, J. P. y Álvarez-Muelas, A. (2022). Colombian clinical validation of the International Index of Erectile Function (IIEF-5). *Sexual Medicine, 10*(1), 100461. https://doi.org/10.1016/j.esxm.2021.100461

Capítulo 10. Evaluación de los trastornos por consumo de sustancias

ANDRÉS BASCONES PÉREZ-FRAGERO

Departamento de Psicología, Universidad Loyola.
Centro Aequo, Sevilla.

SERGIO FERNÁNDEZ-ARTAMENDI

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos
Universidad de Sevilla.

En el presente capítulo se ofrece una guía del proceso de evaluación psicológica en el ámbito de los trastornos por consumo de sustancias. Con este fin, se repasan las principales características clínicas de estos trastornos y sus criterios diagnósticos, así como las peculiaridades del proceso de evaluación, los factores de riesgo más comunes, y las áreas, técnicas e instrumentos de evaluación principales.

1. DEFINICIÓN Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

El diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias hace referencia a lo que comúnmente se conoce como "adicción" a sustancias. Estos trastornos se caracterizan, fundamentalmente, por el uso de una

sustancia psicoactiva a pesar de los problemas asociados, presentando habitualmente fenómenos como la tolerancia y la abstinencia. La adicción es un problema de carácter biopsicosocial, en cuya génesis y mantenimiento influyen factores de carácter biológico u orgánico (metabolismo de las sustancias, etc.), psicológico (estilos cognitivos, historia de aprendizaje, etc.) y social/contextual (disponibilidad de las sustancias, estatus legal, etc.) (Becoña, 2018).

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013), los trastornos relacionados con sustancias engloban diez clases de drogas: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes, tabaco y otras sustancias (o sustancias desconocidas). Estos trastornos se dividen, a su vez, en dos grupos: trastornos inducidos por sustancias y los trastornos por consumo de sustancias.

De entre ambos diagnósticos, los trastornos por consumo de sustancias son los más comunes en el ámbito de la atención psicológica y se definen como un consumo problemático que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo, según los criterios descritos en el apartado 2, durante los últimos 12 meses. Si se cumplen los criterios de más de un trastorno, por existir un patrón de policonsumo, se deben diagnosticar todos los que correspondan. Para cada trastorno diagnosticado, se debe indicar la gravedad, siendo leve cuando se cumplen entre 2 y 3 criterios, moderado (entre 4 y 5) o grave (6 o más). Asimismo, se debe indicar si el trastorno está en remisión (inicial o continuada) y/o si el individuo se encuentra en un entorno controlado cuando tiene un acceso restringido a la sustancia en cuestión. Los trastornos inducidos por sustancias hacen referencia a problemas psicológicos diversos de salud mental generados en personas sin historia previa, por el consumo de sustancias psicoactivas (pueden ser trastornos psicóticos o depresivos, por ejemplo, originados, habitualmente de forma directa o aguda, por el consumo de sustancias psicoactivas). En este capítulo, abordaremos exclusivamente los trastornos por consumo de sustancias.

Las manifestaciones clínicas de los trastornos por consumo de sustancias son diversas y, además, presentan variaciones en función de la sustancia objeto de la adicción y de la persona. Algunos de los elementos centra-

les constituyentes de las adicciones son los descritos por Griffiths (2009): En primer lugar, el trastorno adictivo se caracteriza por la "saliencia", esto es, por la importancia que adquiere la realización de la actividad de consumir en la vida del individuo, con importante malestar en caso de no poder llevarla a cabo. En segundo lugar, la experiencia subjetiva (función) de modificación del estado de ánimo mediante el consumo de la sustancia, con distintos objetivos en función de la sustancia y del momento de consumo, pudiendo adquirir funciones de "auto-medicación" de problemas psicológicos o malestar (Baracaldo-Santamaría et al., 2022). En tercer lugar, el fenómeno de tolerancia, caracterizado por la necesidad de consumir más cantidad para alcanzar el mismo efecto, o bien alcanzar un efecto menor ante la misma cantidad. La otra cara de la moneda de la tolerancia se aprecia en el cuarto elemento, los síntomas de abstinencia, con efectos físicos y psicológicos específicos de cada sustancia, como consecuencia de la interrupción brusca del consumo. En quinto lugar, el conflicto, tanto interpersonal (con las personas del círculo cercano, como consecuencia del consumo o sus efectos) como intrapersonal (por la "batalla" personal entre el deseo de consumir, por un lado, y la experimentación de problemas asociados, la necesidad de reducir el consumo o los intentos frustrados por reducirlo, por otro). Por último, la experimentación de caídas y recaídas y la vuelta a patrones de consumo previos tras periodos de abstinencia.

Sumado a estas manifestaciones clínicas centrales, podemos encontrar otras consecuencias de efectos directos e indirectos de las sustancias, como pueden ser los problemas en áreas académicas y laborales (fracaso académico y desempleo), conflictividad familiar, implicación en actividades ilegales (desde el menudeo hasta el tráfico de drogas ilegales), baja motivación para el cambio, aislamiento social, baja autoestima y autoeficacia, estigma o problemas orgánicos diversos (producto de las sustancias a nivel hepático, infecciones por consumo intravenoso, infecciones de transmisión sexual, etc.)

2. PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO

A continuación, se indican de forma resumida algunos de los factores de riesgo para los trastornos por consumo de sustancias (extraído de

Fernández-Artamendi y Cortés-Tomás, 2020). La clasificación por tipología se ofrece únicamente de forma orientativa.

2.1. Factores psicológicos

Entre los factores de riesgo psicológicos individuales para los trastornos por consumo de sustancias encontramos características de personalidad (elevada impulsividad y búsqueda de sensaciones, extraversión y neuroticismo), problemas de salud mental (en particular los problemas de carácter internalizante), actitudinales (actitud positiva hacia el consumo y baja percepción de riesgo), una edad de inicio temprana y el bajo rendimiento académico, entre otros.

2.2. Factores socioculturales

Entre los factores de riesgo socioculturales, encontramos factores microsituacionales familiares (los estilos educativos negligente e indulgente; desorganización familiar, estrategias educativas basadas en el control, consumo en la familia, conflicto familiar, mala calidad de las relaciones familiares, problemas de apego, etc.), relacionados con los iguales (normalización del consumo, uso de juegos asociados al consumo, experiencias de victimización, etc.) y comunitarios (fácil acceso a las sustancias, estrés por problemas de aculturación, aceptación social del consumo, percepción de inseguridad en el vecindario, vecindarios inestables, inseguros y con baja supervisión, etc.).

2.3. Sucesos vitales estresantes

Por sus propias características, los trastornos de consumo de sustancias se generan de forma insidiosa a lo largo de un periodo de tiempo que va desde el consumo inicial (asociado a la experimentación, la oportunidad, las expectativas del consumo o la función del mismo, entre otros), al uso habitual, el uso excesivo y el abuso, o la aparición de un trastorno por consumo de sustancias, cumpliendo los criterios diagnósticos. Es inusual, por tanto, que se presenten sucesos vitales estresantes que desencadenen un trastorno por consumo, aunque dichos suce-

sos vitales estresantes pueden contribuir al inicio en la experimentación y/o abuso o a la intoxicación con determinadas sustancias, así como a la caída o recaída en el consumo tras períodos de abstinencia (abuso familiar, abuso sexual, pérdida del empleo, dificultades de integración social o comunitaria, etc.) (West y Brown, 2013).

3. TRASTORNOS MENTALES COMÓRBIDOS MÁS FRECUENTES CON LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

Son muy frecuentes los pacientes que presentan un trastorno por consumo de sustancias que coexiste con otro trastorno mental, en lo que denominamos comorbilidad (Pascual Pastor et al., 2020). En torno al 50% de las personas con trastornos por consumo de sustancias presentan otro trastorno de salud mental de la misma forma que, en torno a un 50% de las personas con trastornos de salud mental presenta trastornos adictivos. La presencia de comorbilidad entre trastornos adictivos y de salud mental se asocia a una mayor presencia de conductas ilícitas, mayor gravedad clínica y psicosocial y más difícil recuperación frente a los que solamente presentan un trastorno por consumo de sustancias. Los trastornos mentales comórbidos más frecuentes son la depresión mayor, los trastornos de ansiedad (sobre todo trastorno de pánico y estrés postraumático) y trastornos de la personalidad (antisocial y límite) (Observatorio Europeo de las Drogas y las Drogodependencias; EMCDDA, 2015).

4. CRITERIOS CLÍNICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS

Según el DSM-5 (APA, 2013), los criterios para los trastornos por consumo de sustancias (TUS o trastorno por uso de sustancias) se pueden resumir en: 1) consumir más cantidad o durante más tiempo del que se desea; 2) deseo persistente o infructuoso de control del consumo; 3) dedicar mucho tiempo al consumo o a la recuperación de los efectos derivados del mismo; 4) ansia o urgencia por consumir ("craving"); 5) pro-

blemas laborales o sociales asociados al consumo; 6) consumo a pesar de los problemas interpersonales; 7) reducción o abandono de otras actividades; 8) consumo en situaciones peligrosas; 9) consumo a pesar de problemas físicos o psicológicos asociados; 10) síntomas de tolerancia y 11) síntomas de abstinencia. El diagnóstico de TUS se produciría ante la presencia de, al menos, 2-3 síntomas (leve), 4-5 (gravedad moderada) o 6 (grave).

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades en su versión 11 (Organización Mundial de la Salud, 2019), podemos encontrar una mayor diversidad de diagnósticos relacionados con los problemas por consumo de sustancias, entre los que nos encontramos: intoxicación por sustancias, episodio único de consumo perjudicial de sustancias, dependencia de sustancias, abstinencia de sustancias, entre otros; permitiendo diferenciar entre distintos niveles de gravedad (Bobes Bascarán et al., 2019).

5. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

A continuación, se exponen de manera resumida los principales aspectos relativos al proceso de evaluación. Para más información, puede consultar fuentes adicionales como Secades-Villa et al. (2022).

5.1. Técnica "SBIRT"

Antes de describir las posibles herramientas de evaluación, es importante hacer referencia al procedimiento SBIRT (por sus siglas en inglés, Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment; SAMSHA, s.f.). Se trata de un enfoque salud pública para la evaluación y posterior derivación de los usuarios y usuarios con problemas de adicciones, consistente en la detección temprana, la intervención breve (normalmente de carácter motivacional) y la derivación al tratamiento más adecuado, en base a las necesidades detectadas.

El procedimiento establece un abordaje de atención a personas con posibles problemas de adicción en diversos entornos clínicos, en tres pasos básicos. Lo que indica el procedimiento SBIRT es que inicialmen-

te se realice una detección precoz (Screening, en inglés), mediante instrumentos de evaluación psicológica breves, como los referidos en el apartado de "tests y autoinformes", de este mismo capítulo. A continuación, se realizaría una intervención breve (Brief Intervention, en inglés), habitualmente de carácter motivacional (Miller y Rollnick, 2012), con el objetivo de seguir recogiendo información, valorar la motivación hacia el cambio y reforzar la asistencia y la cooperación con los profesionales y, finalmente, la derivación al recurso requerido (Referral to Treatment, en inglés), en función de las necesidades detectadas. Esto puede suponer la atención en el mismo recurso donde se solicita ayuda, pero también la derivación a recursos más intensivos (como, por ejemplo, una comunidad terapéutica) o más especializados. El uso de las técnicas e instrumentos descritos a continuación puede formar parte de este protocolo en diversas fases del mismo.

5.2. Definición de las principales quejas y motivos de consulta

En algunas personas y en relación al consumo de algunas sustancias, como el tabaco, es frecuente la demanda con objetivos de abstinencia y/o reducción del consumo (motivación intrínseca); algo que también ocurre con otras sustancias adictivas. Así, es habitual solicitar ayuda debido a cuestiones tan características de estos trastornos como son la pérdida de control y la afectación del consumo a diversas áreas de la vida del paciente (salud, laboral, económica, social, familiar, etc.). No obstante, es frecuente que los pacientes con un trastorno por consumo de sustancias acudan a consulta presionados por el entorno y/o con motivaciones extrínsecas diversas (eludir la acción de la justicia, reestablecer una relación, presión de padres o tutores, etc.), particularmente en el caso de los menores (Groshkova, 2010). Por ello, las quejas principales giran en torno a la propia presión familiar o externa sufrida, al impacto en la salud, al coste económico o la percepción de pérdida de control reiterada sobre el consumo. Es posible también que pacientes con policonsumo soliciten ayuda o muestren disposición a abordar un consumo, pero no otros.

5.3. Objetivos de la evaluación.

Existen diversos objetivos interrelacionados, que podríamos dividir en tres grupos fundamentales:

- El establecimiento de una buena relación terapéutica con el paciente es un objetivo primordial, ya que condicionará el grado de fiabilidad de la información obtenida y establecerá las bases para una eficaz intervención posterior. Para facilitar el proceso, es conveniente recurrir a estrategias de entrevista motivacional desde el momento inicial del proceso de evaluación.
- Valoración de la motivación al cambio, con instrumentos estandarizados (por ejemplo, el instrumento para la Evaluación del Cambio de Rhode Island; URICA, por sus siglas en inglés; Field et al., 2008).
- Realizar una evaluación comprehensiva e individualizada de los problemas del usuario/a, incluyendo aspectos adicionales al consumo (ver áreas más abajo).

5.4. Áreas de evaluación

En primer lugar, es importante conocer las sustancias con las que el paciente ha tenido contacto (consumo experimental) y cuáles son con las que se ha establecido una relación problemática, así como las posibles combinaciones de sustancias. Asimismo, es esencial conocer la historia y evolución de consumo, así como las pautas, incluyendo la frecuencia, cantidad y vías de administración. Igualmente, es necesario valorar los principales antecedentes y consecuencias, desde la perspectiva del análisis funcional.

En segundo lugar, es preciso evaluar las áreas afectadas por el consumo, siendo necesario explorar, al menos, las siguientes: relaciones sociales, laboral/estudios, finanzas, problemas legales, problemas médicos, salud mental.

En tercer lugar, un área fundamental a evaluar es la motivación al cambio, siendo útil poder ubicar al usuario/a en las fases del cambio

descritas por el Modelo Transteórico (Prochaska y DiClemente, 1982): precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. La motivación al cambio de los pacientes va evolucionando a lo largo del tiempo, pasando de una fase a otra, incluso con retrocesos. Conocer en qué fase se encuentran los pacientes nos ayuda a comprender, determinar y diseñar las mejores intervenciones para ayudar a la persona a avanzar en el proceso de cambio. Es importante tener en cuenta que, aunque la recaída no está entre las fases descritas anteriormente, es habitual que forme parte del proceso natural de evolución e, incluso, recuperación.

En cuarto lugar, es preciso conocer si la persona sigue o ha seguido algún tratamiento anterior de cualquier tipo, así como las expectativas del proceso actual. Saber qué espera el paciente nos va a ayudar a evaluar mejor y diseñar una intervención ajustada a las necesidades de la persona.

Por último, puede ser necesario derivar al paciente a una evaluación médica en caso de que el consumo de sustancias haya generado problemas orgánicos significativos; así como realizar evaluaciones de posibles ITS (Infecciones de Transmisión Sexual) y otras enfermedades, en el caso de que haya presentado conductas de riesgo adicionales.

Todas estas cuestiones han de tenerse en cuenta en la elaboración de la historia clínica en adicciones. Para más detalles sobre las especificidades de la historia en este ámbito, pueden consultarse fuentes adicionales (ver Pereiro Gómez y Fernández-Miranda, 2019).

5.5. Principales técnicas e instrumentos de evaluación psicológica

La entrevista es una parte fundamental del proceso de evaluación. Idealmente, se entrevistará no sólo al paciente, sino también a personas de su entorno que nos ayuden a completar y contrastar la información obtenida (principalmente a la familia/convivientes y padres/madres/tutores en el caso de menores). Las entrevistas deben ser lo suficientemente exhaustivas como para obtener información sobre todos los aspectos indicados. Es importante tener en cuenta el estado del paciente

a la hora de enfocar las entrevistas, ya que, en estadios motivacionales iniciales, así como cuando existe sintomatología asociada (intoxicación, abstinencia, etc.), la información será menos fiable. Por ello, puede resultar aconsejable obtener información general durante las primeras entrevistas, dejando las entrevistas en mayor profundidad para un poco más adelante, y apoyarse en los familiares como forma de contraste.

El proceso de evaluación no se puede separar completamente de la intervención o el tratamiento. De esta forma, incluso en las primeras fases de evaluación ya se está interviniendo sobre algunos aspectos. A lo largo de todo el proceso, pero especialmente durante las primeras entrevistas, se debe de prestar especial atención en establecer una buena relación con el paciente. Para ello, es importante evitar la confrontación y utilizar los principios de la entrevista motivacional (Miller y Rollnick, 2023), apoyando y acompañando al paciente para resolver la ambivalencia propia de los trastornos adictivos.

El Índice de Gravedad de la Adicción (en su versión original, Addiction Severity Index, ASI; McLellan et al. 1980) es una entrevista semiestructurada que proporciona información sobre aspectos de la vida del paciente que pueden estar relacionados con su problemática tóxica, obteniendo como resultado la gravedad del problema en distintas áreas. Son seis las áreas que se evalúan: 1. Estado médico general; 2. Situación laboral y financiera; 3. Consumo de alcohol y otras drogas; 4. Problemas legales; 5. Familia y relaciones sociales; 6. Salud mental. A pesar de no contar con validación psicométrica, la versión más utilizada en la actualidad es la versión europea (Europ-ASI), disponible en castellano (Bobes et al., 1996)

En cuanto a los tests y autoinformes:

- Test de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT; Organización Mundial de la Salud et al., 2001) es una herramienta sencilla de cribado diseñada para identificar problemas relacionados con el alcohol. Desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se utilizada en todo el mundo como una forma estandarizada de evaluar la cantidad de alcohol y el riesgo potencial de

problemas relacionados. Cuenta con 10 preguntas de respuesta múltiple (de 0 a 4) que abarcan diversos aspectos. La puntuación final puede llegar a 40; de forma que cuanto mayor sea, mayor será la probabilidad de que exista un consumo de riesgo.

- El Test Fagerström para la Dependencia de la Nicotina (FTND, por las siglas en inglés de Fagerström Test for Nicotine Dependence), validado por Becoña y Vázquez (1998) permite evaluar la gravedad de la dependencia al consumo de nicotina, mediante 6 ítems. La puntuación indica si se trata de una dependencia baja (de 0 a 3), moderada (4-7) o alta (8-10).
- La Prueba de Detección del Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011) es un cuestionario que detecta consumo problemático o de riesgo de diversas sustancias en adultos. Consta de ocho preguntas sobre tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, estimulantes de tipo anfetamínico (incluido el éxtasis), inhalantes, sedantes, alucinógenos, opiáceos y "otras drogas". Se proporciona una puntuación de riesgo para cada sustancia, agrupándose en "bajo riesgo", "riesgo moderado" o "alto riesgo". La puntuación de riesgo determina el nivel de intervención recomendado (breve, breve más derivación o tratamiento especializado). Se administra en 5-10 minutos y puede completarse electrónicamente o mediante papel y lápiz.
- El Test de Identificación de Trastornos por Uso de Drogas (DUDIT, por las siglas en inglés de Drug Use Disorders Identification Test; Berman et al., 2005) es un instrumento de cribado autoadministrado de 11 ítems para problemas relacionados con las drogas. Arroja puntuaciones en una escala de intervalo continuo, pudiendo utilizarse fácilmente en diferentes contextos.
- El Test de Detección Precoz de Abuso de Cannabis (Cannabis Abuse Screening Test, CAST), validado en español por Fernández-Artamendi et al. (2012) y Rial et al. (2022), contiene 6 ítems para evaluar el grado de abuso al cannabis. Es ampliamente utilizado en contextos clínicos y de investigación a nivel global.

Observación

La observación de las conductas adictivas resulta compleja por diversos motivos. El primero de ellos es que las sustancias de las que hablamos son tóxicas y muchas de ellas ilegales, por lo que se puede crear un conflicto ético y/o legal. Por otra parte, acompañar al paciente en un contexto natural resulta complejo, así como recrear situaciones naturales en consulta o laboratorio. Lo que sí resulta posible, deseable y necesario, es observar el repertorio de conductas y habilidades que el sujeto posee y que van a resultar relevantes a la hora de evaluar las necesidades y planificar los objetivos de intervención: habilidades sociales, estrategias de afrontamiento, capacidad de resolución de problemas, capacidad de enfrentar el estrés, etc.

Por otra parte, suele ser interesante disponer de registros y autorregistros derivados de la auto-observación de la conducta de consumo por parte del usuario/a. Este tipo de autorregistros nos permiten recoger la frecuencia de consumo, las situaciones en las que se produce, la duración o el grado de placer, entre otros. Esta información es muy valiosa para el proceso de tratamiento, permitiendo la reducción gradual o el control estimular, entre otros.

Debido a las dificultades de introspección de estos pacientes, a la ilegalidad de ciertas prácticas, al miedo a las consecuencias asociadas o a los efectos de las sustancias, es importante complementar la información obtenida mediante los procedimientos anteriormente descritos con pruebas bioquímicas para verificar/descartar el consumo. De esta forma, tanto para la evaluación inicial como para sucesivas evaluaciones y el tratamiento, contaremos con información objetiva para monitorear y contrastar la información aportada por el propio paciente (Vearrier et al., 2010). Asimismo, una vez comenzada la fase de tratamiento, estas pruebas suponen un estímulo para mantener la abstinencia, y la base para el uso de programas como el manejo de contingencias en base a la abstinencia. Aunque existe una amplia variedad de pruebas objetivas aplicables, en función del sustrato biológico utilizado (orina, sangre, cabello, sudor y saliva), las analíticas de orina son las más habituales, por permitir la detección in situ más fácilmente, así como la utilización de métodos "multipanel" para obtener

resultados cualitativos (consumo / no consumo) de diversas sustancias de forma rápida y a bajo coste.

Informes de terceros

Es habitual que las personas con trastornos por consumo de sustancias hayan recibido tratamientos en el pasado (residenciales, ambulatorios, etc.) o que, en la actualidad, se encuentren en seguimiento con profesionales de otras áreas (medicina general, psiquiatría, trabajo social, etc.). Obtener información por parte de otras entidades o profesionales, bien sea mediante informes o verbalmente, resulta muy enriquecedor para el proceso de evaluación. Asimismo, la coordinación una vez alcanzada la fase de tratamiento es esencial. En estos casos, el consentimiento del paciente para compartir información se hace necesario.

6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El principal diagnóstico diferencial en los trastornos por consumo de sustancias será la determinación de la sustancia primaria o de referencia en el paciente en los casos de policonsumo. Por otra parte, la determinación del nivel de gravedad del consumo (uso, uso problemático o abuso, dependencia; trastorno por consumo de sustancias leve, moderado o grave).

Asimismo, como se ha expuesto más arriba, la comorbilidad es habitual. Pese a que, en la práctica, la determinación entre primario y secundario no resulta siempre útil para la elección de las estrategias de tratamiento, en ocasiones es importante. En este sentido, puede tener significativas implicaciones en el tratamiento saber si un trastorno mental que padece una determinada persona es comórbido o inducido por sustancias. Así, puede haber diversos trastornos inducidos por sustancias (trastorno depresivo, bipolar, psicótico, neurocognitivo, del sueño, de ansiedad, etc.), los cuales se pueden ver resueltos al tratar el trastorno por consumo de sustancias primario.

7. CONCLUSIONES

El presente capítulo tenía como objetivo recoger las principales pautas de evaluación en trastornos adictivos. Como se ha podido observar, los trastornos por consumo de sustancias presentan una clínica compleja, con importantes variaciones en función de la persona, del tipo de sustancia consumida y del período de consumo. Estas manifestaciones clínicas pueden apreciarse no sólo en áreas directamente relacionadas con el trastorno adictivo, sino también en aspectos de la vida del paciente como la conflictividad familiar, los problemas económicos o posibles enfermedades médicas asociadas. Además, dado que es habitual que estos pacientes acudan por presiones externas, la motivación para el cambio puede ser baja.

Por todo ello, la evaluación debe hacerse siempre desde las estrategias motivacionales, combinando entrevistas comprehensivas que permitan obtener una visión general de la vida del paciente y las áreas más afectadas, con instrumentos de screening o profundización del patrón de consumo de las diversas sustancias consumidas. Todo ello, en estrecha colaboración con equipos multidisciplinares que incluyan otros profesionales sanitarios (para la evaluación de posibles problemas médicos asociados, el abordaje de los procesos de desintoxicación, etc.), trabajadores/as sociales (para coordinar la integración con servicios sociales, la reintegración comunitaria mediante el acceso a empleo y vivienda, etc.) y con educadores/as sociales (para el acompañamiento diario en viviendas tuteladas, como educadores de calle, etc.), entre otros.

8. REFERENCIAS

American Psychological Association (2013). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales – Versión 5. American Psychiatric Association.

Baracaldo-Santamaría, D., Trujillo-Moreno, M.J., Pérez-Acosta, A.M., Feliciano-Alfonso, J.E., Calderón-Espina, C-A. y Soler, F. (2022). Definition of self-medication: a scoping review. *Therapeutic Advances in Drug Safety.*

Becoña, E., y Vázquez, F. L. (1998). Tratamiento del tabaquismo. Madrid: Dykinson.

Becoña, E. (2018). Brain disease or biopsychosocial model in addiction? Remembering

the Vietnam Veteran Study. *Psicothema, 30*(3).

Berman, A. H., Berman, H., Palmstierna, T. y Schlyter, F. (2005). Drug Use Disorders Identification Test. Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample. European Addiction Research, 11(1), 22-31. Disponible en *https://www.emcdda.europa.eu/system/files/media/attachments/documents/12173/DUDIT%20%20Spanish_Version.pdf*

Bobes, J., García, M. P., Sáiz, P. A., y Bousoño, M. (1996). Índice Europeo de Severidad de la Adicción. Versión española. Libro de Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatria, 201-218.

Bobes-Bascarán, M.T:, Flórez, G., Seijo, P. y Bobes García, J. (2019). ¿Mejora la CIE-11 los propósitos epidemiológicos y nosológicos de los Trastornos mentales, del comportamiento y del desarrollo?. Adicciones, 31(3).

European Monitoring Center on Drugs and Drug Abuse (2015). Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe, EMCDDA Insights. Luxemburgo: Publications Office of the European Union.

Fernández-Artamendi, S. y Cortés-Tomás, M.T. (2021). Determinantes psicosociales. En Bobes, J., Casas, M. y Gutiérrez, M.: Manual de Trastornos Adictivos (3ª edición). Madrid: Socidrogalcohol.

Griffiths, M. (2009). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. Journal of substance use, 10(4).

Groshkova, T. (2010). Motivation in substance misuse treatment. *Addiction Reserach & Theory, 18*(5).

McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., y O'Brien, C.P. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. The Journal of nervous and mental disease, 168(1), 26-33.

Miller, W. R. y Rollnick, S. (2012). Motivational interviewing: Helping people change. New York: Guilford Press.

Organización Mundial de la Salud (2011). La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST): Manual para uso en la atención primaria. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: *https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2011/consumo-sustancias-Assist-manual.pdf*

Organización Mundial de la Salud (2013). Clasificación Internacional de Enfermedades – Versión 11 (CIE-11). Washington D.C: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud, Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B. y Monteiro, M.G. (2001). AUDIT: the alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary health care, 2nd ed. Washington, D.C.: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: *https://iris.who.int/handle/10665/67205*

Pereiro Gómez, C. y Fernández-Miranda, J.J. (2018). Guía de Adicciones para Especialistas en Formación. Madrid: Socidrogalcohol.

Pascual Pastor, F., Fernández-Miranda, J.J., Díaz Fernández, S., Sala Añó, C. (2020). Trastorno por uso de sustancias y trastorno mental. Concepto, epidemiología y diagnóstico. Marco general de tratamiento. Madrid: Socidrogalcohol

Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychotherapy: theory, research & practice, 19(3), 276.

Field, C.A., Adinoff, B., Harris, T.R., Ball, S.A. y Carroll, K.M. (2008). Construct, Concurrent and Predictive Validity of the URICA: Data from Two Multi-site Clinical Trials. *Drug and Alcohol Dependence, 20*(101).

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (s.f.). Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT). Disponible en: https://www.samhsa.gov/sbirt

Secades-Villa, R., García-Fernández, G. y Fernández-Artamendi, S. (2022). Manual de conductas adictivas: Teoría, evaluación y tratamiento. Madrid: Pirámide.

Vearrier, D., Curtis, J.A. y Greenberg, M.I. (2010). Biological testing for drugs of abuse. Molecular, Clinical and Environmental Toxicology, 100. 10.1007/978-3-7643-8338-1_14

West, R. y Brown, J. (2013). Theory of Addiction. Hoboken, NJ: Wiley-Blackwell.

Capítulo 11. Evaluación del uso problemático de internet

MAGDALENA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ Y MERCEDES BORDA MAS

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos , Universidad de Sevilla.

En el presente capítulo se aborda el concepto del uso problemático de internet, ofreciendo una definición de éste y señalando sus principales factores de riesgo. Se continúa haciendo un recorrido histórico sobre sus criterios diagnósticos. Por último, se finaliza con la evaluación psicológica, presentando los instrumentos más utilizados en el ámbito de la investigación.

1. DEFINICIÓN Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL USO PROBLEMÁTICO DE INTERNET

A finales del siglo XX, se identificaron los primeros casos clínicos de personas que experimentaban un uso abusivo de internet (Griffiths, 1996; Young, 1996). Las investigaciones iniciales encontraron paralelismos entre estos casos y las adicciones comportamentales por lo que, en esta época, se empezaron a utilizar términos como "adicción a internet" (Young, 1998a) o "adicciones tecnológicas" (Griffiths, 1995) para describir estos problemas.

En investigación, se han utilizado diversos términos además de "adicción" para referirse a este fenómeno, como "uso compulsivo de internet" (Greenfield, 1999), "uso patológico de internet" (Davis, 2001), "dependencia a internet" (Dowling y Quirk, 2009), "uso excesivo de internet" (Floros y Siomos, 2014), o "trastorno de adicción a internet" (Pontes y Griffiths, 2014). Entre ellos, destaca el término "uso problemático de internet" (en adelante UPI), que alude a una gran variedad de comportamientos problemáticos en línea que se caracterizan por la falta de control, la aparición de consecuencias negativas en las esferas psicológica, social y profesional, y la presencia de pensamientos recurrentes cuando no se puede acceder a internet (D'Hondt et al., 2015). Las perspectivas recientes buscan proporcionar una comprensión dinámica y procesual del UPI, presentándolo como un continuo que varía desde síntomas leves hasta graves (Stavropoulos et al., 2016). Este enfoque se alinea con la literatura actual en psicopatología, la cual aboga por la continuidad entre el funcionamiento adaptativo y el desadaptativo (Venuleo et al., 2020).

Además, el UPI engloba diversos comportamientos específicos, como las apuestas online, los videojuegos online, el consumo de pornografía y el uso de redes sociales (Fineberg et al., 2018). De hecho, ya a principios de siglo, se distinguió entre UPI generalizado y UPI específico, donde el primero se refería a una conducta inapropiada en línea sin un objetivo concreto, y el segundo, a una conducta problemática asociada a una actividad específica en Internet (Davis, 2001).

No obstante, esta idea de una conducta problemática en línea generalizada ha sido criticada, ya que las actividades específicas no se sustituyen entre sí (Pontes et al., 2015). Como respuesta a esta crítica, la "hipótesis del espectro" propone que el UPI constituye un espectro de comportamientos mediados por Internet, relacionados pero diferentes, asociados a factores etiológicos comunes y específicos (Starcevic y Billieux, 2017). Según esta concepción, en los individuos que utilizan Internet de forma excesiva, lo problemático no sería Internet en sí, sino los comportamientos que realizan cuando están conectados. Sin embargo, el entorno en el que se realiza (Internet) puede contribuir significativamente a la manifestación de comportamientos problemáticos y a la varianza común entre estas conductas (Brand et al., 2019).

2. PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO

2.1. Factores biológicos

Las personas más jóvenes pueden ser más propensas a desarrollar UPI (Kuss et al., 2014). En cuanto al género, los resultados no son tan concluyentes. Mientras algunos estudios constatan que el género masculino aumenta el riesgo del UPI (Kuss et al., 2014; Kuss et al., 2021), otros encuentran una gran variabilidad en los resultados que impide establecer el género como factor de riesgo (Sánchez-Fernández et al., 2023).

2.2. Factores psicológicos

El UPI se ha asociado con variables de personalidad como el mayor neuroticismo, la mayor introversión, la menor responsabilidad, la menor amabilidad, la mayor apertura a la experiencia, el menor autoconcepto, la mayor agresividad y la menor autoestima (Kuss et al., 2014; Kuss et al., 2021; Sánchez-Fernández et al., 2023). La investigación es también consistente al afirmar que la alta impulsividad se asocia al UPI (Kuss et al., 2014; Kuss et al., 2021; Sánchez-Fernández et al., 2023).

Por otro lado, se han establecido asociaciones entre variables relacionadas con el malestar emocional (i.e., afecto negativo, depresión, ansiedad, estrés, estrategias de afrontamiento desadaptativas, dificultades en la regulación emocional, ideación suicida) (Kuss et al., 2021; Sánchez-Fernández et al., 2023). Asimismo, se han constatado diversos factores de protección del UPI relacionados con el bienestar psicológico y emocional, como el afecto positivo, la resiliencia psicológica, el desarrollo positivo, las habilidades de regulación emocional, las estrategias de afrontamiento adaptativas, la inteligencia emocional, el mindfulness, la satisfacción de necesidades psicológicas básicas, la satisfacción vital y el nivel general de bienestar psicológico (Sánchez-Fernández y Borda-Mas, 2023).

Además, se ha relacionado el UPI con ciertos estilos de vida poco saludables, como el consumo de alcohol y drogas y los malos hábitos de sueño (Sánchez-Fernández et al., 2023). Por último, se han relacionado estos comportamientos problemáticos a diversos factores relacionados con el uso de internet. El tiempo en línea es un factor de riesgo del UPI (Sánchez-Fernández et al., 2023). Sin embargo, esta asociación puede depender de la actividad específica que se realice cuando se está conectado. De esta forma, se ha constatado que mientras que el tiempo de uso de internet con fines académicos tiene un efecto protector sobre el UPI, el tiempo de uso de internet con fines de ocio aumenta el riesgo del uso problemático del éste (Romero-Rodríguez et al., 2021).

Se ha encontrado que el uso de videojuegos aumenta el riesgo de UPI (Sánchez-Fernández et al., 2023). También se ha asociado este comportamiento problemático con la exposición temprana a internet, la baja autoeficacia para usar y rechazar su uso y la procrastinación en la red (Kuss et al., 2014).

2.3. Factores socioculturales

Otros factores de riesgo del UPI constatados en la literatura previa son el hecho de vivir en zonas urbanas, provenir de familias monoparentales y reestructuradas, ser soltero, tener dificultades económicas y el nivel educativo universitario (Kuss et al., 2014).

2.4. Sucesos vitales estresantes

Destaca la asociación del UPI con ciertas variables familiares (Kuss et al., 2014; Sánchez-Fernández et al., 2023). Entre ellas se encuentra que el estilo de apego inseguro, los conflictos con los progenitores, los estilos de crianza negativos y el funcionamiento familiar negativo aumentan el riesgo de desarrollar comportamientos problemáticos en la red. En cambio, la comunicación de calidad entre figuras parentales e hijos/as, la autonomía, la parentalidad positiva, las habilidades comunicativas y el cuidado, la crianza positiva y el funcionamiento familiar positivo actuarían como protectores del UPI.

Por otro lado, la literatura previa ha mostrado asociaciones entre el UPI y ciertos factores sociales como la exposición a situaciones sociales estresantes, el bajo apoyo social y la observación de modelos inadecuados estarían también asociados a los comportamientos problemáticos en línea (Sánchez- Fernández et al., 2023).

3. TRASTORNOS MENTALES COMÓRBIDOS MÁS FRECUENTES

El UPI presenta comorbilidad con una amplia gama de trastornos psicopatológicos. Entre ellos, destacamos los trastornos depresivos y de ansiedad, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, los trastornos obsesivo-compulsivos, la fobia social, el comportamiento agresivo, consumo problemático de alcohol, otras adicciones, trastornos del sueño, experiencias disociativas y despersonalización, autolesiones y la ideación suicida, el trastorno del espectro autista y los altos niveles de psicopatología en general (Carli et al., 2012; Kuss et al., 2014; Kuss et al., 2021).

4. CRITERIOS CLÍNICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL USO PROBLEMÁTICO DE INTERNET

Desde la aparición del concepto, se han desarrollado numerosas propuestas de criterios diagnósticos para el UPI. Griffiths (1995) propuso seis elementos comunes a todas las adicciones, ya fueran a sustancias o comportamentales (entre las que se incluía las "adicciones tecnológicas"): (1) *saliencia*, que se refería a la relevancia de la actividad en la vida del individuo; (2) *euforia,* como experimentación de sensaciones subjetivas de "subidón" por la participación en la actividad específica; (3) *tolerancia*, como necesidad creciente de mayores niveles de la actividad específica; (4) *síntomas de abstinencia*, como manifestación de efectos psicofisiológicos negativos al reducir o parar el comportamiento; (5) *conflicto*, como conflictos internos y/o externos asociados al comportamiento, y (6) *recaída*, como pronta recuperación de patrones previos

vinculados al comportamiento problemático tras un extenso período de abstinencia.

Tres años después, Kimberly Young formuló ocho criterios diagnósticos basados en los establecidos para el "juego patológico" en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) (American Psychiatric Association, 1994). Estos criterios eran los siguientes:

1. Sentimiento de preocupación por Internet (piensa en la actividad en línea anterior o anticipa la próxima sesión en línea).
2. Sentimiento de necesidad de utilizar Internet cada vez más tiempo para obtener satisfacción.
3. Realización repetida de esfuerzos infructuosos para controlar, reducir o abandonar el uso de Internet.
4. Sentimientos de inquietud, malhumor, depresión o irritabilidad en el intento de reducir o dejar de utilizar Internet.
5. Permanencia en línea más tiempo del previsto.
6. Poner en peligro o arriesgarse a perder una relación importante, un trabajo, una oportunidad educativa o profesional a causa de Internet.
7. Mentiras a familiares, terapeuta u otras personas para ocultar el grado de implicación con Internet.
8. Utilización de Internet para evadirse de sus problemas o para aliviar una situación disfórica. (Young, 1998a, p. 238).

Beard y Wolf (2001) realizaron modificaciones a los criterios de Young, por considerarlos rígidos, que carecían de explicación y subjetivos, resultando en los siguientes:

Todos los siguientes (1-5) deben estar presentes:

1. Está preocupado por Internet (piensa en la actividad en línea anterior o anticipa la próxima sesión en línea).
2. Necesita utilizar Internet con mayor cantidad de tiempo para lograr satisfacción.
3. Ha realizado esfuerzos infructuosos para controlar, reducir o detener el uso de Internet.

4. Se muestra inquieto, malhumorado, deprimido o irritable cuando intenta reducir o abandonar el uso de Internet.
5. Ha permanecido en Internet más tiempo del previsto inicialmente.

Al menos una de las siguientes situaciones:

1. Ha puesto en peligro o se ha arriesgado a perder una relación importante, un trabajo o una oportunidad educativa o profesional a causa de Internet.
2. Ha mentido a familiares, terapeuta u otras personas para ocultar el grado de implicación con Internet.
3. Utiliza Internet para evadirse de sus problemas o para aliviar un estado de ánimo disfórico (p. ej., sentimientos de impotencia, culpa, ansiedad, depresión). (Beard y Wolf, 2001, p. 379).

Shapira et al. (2003), por su parte, sugirieron los siguientes criterios diagnósticos:

A. Preocupación desadaptativa por el uso de Internet, indicada por al menos uno de los siguientes factores.
    1. Preocupación por el uso de Internet que se percibe como irresistible.
    2. Uso excesivo de Internet durante periodos de tiempo superiores a los previstos.
B. El uso de Internet o la preocupación por su uso causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes del funcionamiento.
C. El uso excesivo de Internet no se produce exclusivamente durante periodos de hipomanía o manía y no se explica mejor por otros trastornos del Eje I. (Shapira et al., 2003, p. 213).

Asimismo, Ko et al. (2005, 2009) propusieron un conjunto de criterios diagnósticos para el UPI. Este conjunto incluía nueve criterios, organizados en tres categorías principales: síntomas característicos, deterioro funcional relacionado con el uso de Internet y criterios específicos.

Un patrón desadaptativo de uso de Internet, que conduce a un deterioro o malestar clínicamente significativo, que se produce en cualquier momento dentro del mismo período de 3 meses.

A. Seis (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes:
    1. Preocupación por las actividades de Internet.
    2. Incapacidad recurrente para resistir el impulso de utilizar Internet.
    3. Tolerancia: aumento notable de la duración del uso de Internet necesaria para alcanzar la satisfacción.
    4. Abstinencia, manifestada por uno de los siguientes síntomas:
        a. Síntomas de humor disfórico, ansiedad, irritabilidad y aburrimiento tras varios días sin actividad en Internet.
        b. Uso de Internet para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
    5. Uso de Internet durante un período de tiempo superior al previsto.
    6. Deseo persistente y/o intentos infructuosos de interrumpir o reducir el uso de Internet.
    7. Tiempo excesivo dedicado a actividades en Internet y abandono de Internet.
    8. Esfuerzo excesivo dedicado a las actividades necesarias para obtener acceso a Internet.
    9. Uso intensivo y continuado de Internet a pesar de tener conocimiento de que padece un problema físico o psicológico persistente o recurrente que probablemente haya sido causado o agravado por el uso de Internet.
B. Deterioro funcional: uno (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes:
    1. Uso recurrente de Internet que provoque un incumplimiento de las principales obligaciones en la escuela y en casa.
    2. Deterioro de las relaciones sociales.
    3. Comportamiento que infringe las normas o leyes escolares debido al uso de Internet.

C. La conducta adictiva a Internet no se explica mejor por un trastorno psicótico o un trastorno bipolar I. (Ko et al., 2005, p. 731)

Tao et al. (2010) también desarrollaron una propuesta de criterios diagnósticos para el UPI con la finalidad de facilitar su estandarización. Esta propuesta incluía siete ítems relacionados con los síntomas y tres criterios adicionales: exclusión, deterioro clínicamente significativo y curso del trastorno.

1. Criterio sintomático

Deben estar presentes todos los síntomas siguientes:

- Preocupación por Internet (piensa en la actividad en línea anterior o anticipa la próxima sesión en línea).
- Abstinencia, manifestada por un estado de ánimo disfórico, ansiedad, irritabilidad y aburrimiento tras varios días sin actividad en Internet.
- Al menos uno (o más) de los siguientes síntomas:
- Tolerancia, marcado aumento del uso de Internet necesario para lograr la satisfacción.
- Deseo persistente y/o intentos infructuosos de controlar, reducir o interrumpir el uso de Internet.
- Uso excesivo continuado de Internet a pesar de saber que tiene un problema físico o psicológico persistente o recurrente que probablemente haya sido causado o exacerbado por el uso de Internet.
- Pérdida de intereses, aficiones anteriores, diversiones como consecuencia directa del uso de Internet y con la excepción de éste.
- Utiliza internet para escapar o aliviar un estado de ánimo disfórico (por ejemplo, sentimientos de impotencia, culpa, ansiedad).

2. Criterio de exclusión

El uso excesivo de Internet no se explica mejor por trastornos psicóticos o trastorno bipolar I.

3. Criterio de deterioro clínicamente significativo

Deterioro funcional (reducción de la capacidad social, académica o laboral), incluida la pérdida de una relación significativa, de un empleo o de oportunidades educativas o profesionales.

4. Criterio de evolución

La adicción a internet debe haber durado más de 3 meses, con al menos 6 horas de uso de internet (no comercial/no académico) al día (Tao et al., 2010, p.563).

Aunque desde la aparición de los primeros casos se han encontrado numerosas propuestas sobre criterios diagnósticos del UPI en la literatura científica, el reconocimiento en el ámbito de la salud mental y el intento de alcanzar un consenso sobre dichos criterios diagnósticos tarda unos años más en aparecer. La quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; American Psychiatric Association, APA, 2013) incluye por primera vez el "Trastorno por Juego en Internet" en la sección III, dedicada a las condiciones que necesitan más estudio antes de ser consideradas trastornos oficiales. Este trastorno aparece asociado a nueve criterios diagnósticos: preocupación, abstinencia, tolerancia, pérdida de control, disminución de intereses anteriores, continuidad a pesar de los problemas, engaño, alteración del estado de ánimo y comportamiento de riesgo. El DSM-5 TR (APA, 2022) no introduce ninguna novedad respecto a la versión anterior en cuanto a este asunto.

Por su parte, la 11ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11; World Health Organization, 2018), incluye el "Trastorno por Juego" como una categoría diagnóstica oficial en la sección de Trastornos Adictivos y Relacionados con Sustancias. De acuerdo a esta clasificación, los criterios para este trastorno incluyen la saliencia conductual, la incapacidad para controlar el impulso de jugar, la disminución del interés en otras actividades recreativas, la persistencia en el juego a pesar de las consecuencias negativas, y la posibilidad de comprometer relaciones y oportunidades.

A pesar de estas inclusiones, los manuales de salud mental siguen sin reconocer el UPI ni otros comportamientos problemáticos en línea específicos (como el uso problemático de redes sociales) como trastornos con entidad propia.

5. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

5.1. Definición de las principales quejas y motivos de consulta

Las personas que presentan altos niveles de UPI sienten que no pueden limitar el tiempo que pasan conectadas, incluso cuando intentan disminuirlo o interrumpirlo. Esta incapacidad para controlar su uso genera sentimientos de frustración, indefensión y desesperación, pudiendo esto conllevar a la búsqueda de ayuda profesional.

Otra queja común es la interferencia en la vida diaria. El uso excesivo de internet afecta las responsabilidades cotidianas, como el trabajo, los estudios, las tareas domésticas y el cuidado personal. Las personas con UPI suelen experimentar un descenso en el rendimiento académico o laboral, incumplimiento de responsabilidades y descuido de la higiene personal y la salud. Las relaciones interpersonales también se ven afectadas negativamente. El tiempo excesivo dedicado a internet puede generar conflictos frecuentes con familiares, amigos y compañeros de trabajo, llevando al aislamiento social y la pérdida de conexiones significativas.

El UPI está frecuentemente asociado con problemas emocionales, como síntomas de ansiedad, depresión y estrés. Las personas con malestar emocional pueden hacer uso de internet como estrategia de afrontamiento para afrontar dicho malestar, lo que, en estadios tempranos, puede provocar una disminución de dicho malestar y generar sentimientos de gratificación, haciendo más probable que este comportamiento se vuelva problemático. Posteriormente, debido a dicho uso problemático, aumentan las consecuencias negativas, como el malestar emocional, y las personas harían uso de internet y de sus funciones para compensar dicho malestar (Brand et al., 2019).

En línea con lo anterior, las personas afectadas pueden experimentar cambios en el estado de ánimo, irritabilidad e insomnio asociados al uso de internet. Además, la estrategia de afrontamiento de evitación para hacer frente a situaciones estresantes es una queja común. Los individuos utilizan internet para escapar de problemas emocionales o situaciones difíciles (Sánchez-Fernández y Borda-Mas, 2024), agravando los problemas subyacentes.

Por otro lado, el UPI también tiene repercusiones físicas. El uso excesivo de internet está asociado a problemas como fatiga visual, dolor de espalda, problemas de postura y estilos de vida poco saludables (Sánchez-Fernández et al., 2023).

En resumen, las quejas y motivos de consulta relacionados con el UPI están impulsados por la falta de control sobre el uso de internet y las interferencias significativas en todas las esferas de la vida diaria. A menudo, es el entorno cercano el primero en identificar el problema y buscar ayuda profesional para la persona afectada. Reconocer y abordar estas preocupaciones es esencial para desarrollar estrategias efectivas de prevención e intervención.

5.2. Objetivos de la evaluación

Según el modelo de Interacción Persona-Afecto-Cognición-Ejecución (I-PACE) de Brand et al. (2019), el desarrollo del UPI se produce cuando determinadas variables predisponentes personales (i.e., patrones de uso de internet específicos a cada comportamiento, factores biopsicológicos, cogniciones sociales, psicopatología y personalidad), interaccionan con aspectos situacionales dando lugar a fenómenos de gratificación al inicio (i.e., entretenimiento, disminución de estado de ánimo negativo), y compensación en estadios más avanzados (i.e., compensar estado de ánimo negativo provocado por el propio comportamiento adictivo), que están relacionados conducta adictiva.

Por tanto, los objetivos que se plantean en la evaluación psicológica del UPI son múltiples y están orientados a comprender el alcance y las características del comportamiento problemático, sus factores de riesgo y de protección y sus repercusiones negativas, para poder así diseñar intervenciones efectivas, de forma específica a cada persona. A continuación, se presentan algunos de los objetivos clave:

- Identificar el nivel de UPI y actividades específicas
- Analizar los patrones y hábitos de uso de internet, incluyendo la frecuencia, duración y tipo de actividades en línea.

- Examinar los factores de riesgo y de protección psicosociales que pueden estar contribuyendo en el desarrollo y mantenimiento del UPI.
- Identificar las consecuencias psicológicas, sociales, académicas o laborales del UPI
- Evaluar trastornos psicopatológicos concurrentes.

5.3. Áreas de evaluación

Teniendo en cuenta los objetivos mencionados, la evaluación integral del UPI requiere la exploración de diferentes áreas: sintomatología del UPI, patrones de uso de internet, factores de riesgo y de protección asociados y psicopatología concurrente.

5.4. Principales técnicas e instrumentos de evaluación psicológica

En cuanto a los instrumentos de evaluación del UPI, existe una amplia variedad destinada a medir diversas conductas problemáticas en línea. En esta sección, nos enfocaremos en aquellos instrumentos que se utilizan con mayor frecuencia en la investigación y que han sido adaptados al español.

En el caso de la evaluación del UPI generalizado, de entre todas estas herramientas de evaluación, la más popular ha sido el Test de Adicción a Internet, en su versión original Internet Addiction Test (IAT, Young, 1998b), adaptada al español por Puerta-Cortés y Carbonell (2013) y validada por Puerta-Cortés et al. (2012). Este test está conformado por 20 ítems (como, por ejemplo, "*¿Con qué frecuencia las personas cercanas a usted se quejan por la cantidad de tiempo que permanece conectado?*") los cuales evalúan los síntomas de saliencia, retraimiento, ocultación, falta de control, conflicto, modificación del estado de ánimo y sustitución de relaciones en entornos offline por el desarrollo de relaciones en línea. La versión española del instrumento presenta tres dimensiones: consecuencias por el uso de internet (ítems 6, 7, 8, 5, 2, 4 y 1), factores cognitivos y emocionales (ítems 15, 20, 18, 19, 10, 9, 13, 11, 3 y 12) y control del tiempo (ítems 1, 16 y 17). Los ítems se responden en una escala

tipo Likert con seis opciones de respuesta (0 = Nunca; 5 = Siempre). La puntuación oscila entre 0-100 puntos, donde valores más altos indican una mayor gravedad de UPI. La autora de la escala ha recomendado un punto de corte de IAT ≥40 para el uso problemático de internet y de ≥70, para el uso patológico. Se ha constatado una consistencia interna, fiabilidad test-retest y validez convergente aceptables (Moon et al., 2018). Además, existe una versión corta con 12 ítems en español con adecuadas propiedades psicométricas y dos factores: problemas de control y gestión del tiempo (ítems 1, 2, 6-8, 14, 16 y 17) y saliencia y abandono de la vida social (ítems 11, 12, 13, 15, 19 y 20) (Pino et al., 2022).

El IAT ha sido utilizado no sólo en la evaluación de la conducta problemática generalizada en internet, sino también en la evaluación de las conductas específicas como el uso problemático de los videojuegos o el uso problemático de las redes sociales, sustituyendo la palabra "internet" por "redes sociales" o "videojuegos" (Sánchez-Fernández y Borda-Mas, 2022).

También ha sido ampliamente utilizada en investigación la Escala de Uso Problemático Generalizado de Internet 2, en su versión original Generalized Problematic Internet Use Scale 2 (GPIUS2, Caplan, 2010), adaptada y validada al español por Gámez-Guadix et al. (2013). Esta escala está conformada por 15 ítems (como, por ejemplo, "*Prefiero relacionarme con otras personas a través de Internet más que comunicarme cara a cara*") y mide cinco constructos: preferencia por la interacción social en línea (ítems 1, 6 y 11), regulación del estado de ánimo (ítems 2, 7 y 12), preocupación cognitiva (ítems 3, 8 y 13), uso compulsivo de Internet (ítems 4, 9 y 14) y resultados negativos (ítems 5, 10 y 15). Los ítems se responden en una escala tipo Likert con seis opciones de respuesta (1 = Totalmente en desacuerdo; 6 = Totalmente de acuerdo). La puntuación oscila entre 15-90 puntos, indicando mayores puntuaciones, mayor gravedad de UPI. Esta escala ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas (Gámez-Guadix et al., 2013).

Por su parte, la Escala de Uso Compulsivo de Internet, en su versión original Compulsive Internet Use Scale (CIUS, Meerkerk et al., 2009), adaptada y validada al español por López-Fernández et al. (2019), está conformada por 14 ítems (como, por ejemplo,"*¿Piensa en Internet, inclu-*

so cuando no está en línea (es decir, en la vida real)?") centrados en la falta de control, los conflictos intrapersonales e interpersonales, la preocupación cognitiva y conductual, el deterioro del estado de ánimo y los síntomas de abstinencia. Los ítems se responden en una escala Likert con cinco opciones de respuesta (0 = Nunca; 4 = Muy frecuentemente). Las puntuaciones más altas se refieren a una mayor gravedad de UPI. El autor de esta escala recomendó una puntuación de corte de 28 para distinguir entre usuarios problemáticos y no problemáticos de Internet (Meerkerk, 2007). El CIUS es una herramienta psicométricamente válida, traducida a diversos idiomas y utilizada en investigaciones transculturales (López-Fernández et al., 2019). Además, este instrumento ofrece versiones cortas en español: CIUS-9 (ítems 1, 3, 4, 5, 7, 9, 11, 12 y 14), CIUS-7 (ítems 1, 3, 5, 7, 9, 11 y 12) y CIUS-5 (ítems 1, 3, 5, 11 y 12) (López-Fernández et al., 2019; Pérez-Sáenz et al., 2023).

Por otro lado, en el contexto nacional español se han elaborado diversos instrumentos de evaluación del UPI. En primer lugar, la Escala de Uso Excesivo de Internet (IOS, del inglés Internet Over-use Scale, Jenaro et al., 2007), se basa en siete de los 10 criterios diagnósticos del Juego Patológico del DSM-IV (APA, 1994), específicamente: preocupación, tolerancia, falta de control, síntomas de abstinencia, modificación del estado de ánimo, engaño y conflicto. Esta escala está conformada por 23 ítems (como, por ejemplo, "*¿Sientes que necesitas invertir más y más tiempo conectado para sentirte satisfecho?"*). Los ítems se responden en una escala Likert con seis opciones de respuesta (1= Nunca; 6 = Siempre). Las puntuaciones más altas se refieren a una mayor gravedad de UPI. Esta escala presentó niveles adecuados de consistencia interna (Jenaro et al., 2007).

En segundo lugar, el Cuestionario de Experiencias Relacionadas con Internet (CERI, Beranuy et al., 2009) consiste en 10 ítems, en torno a dos factores: conflictos intrapersonales (6 ítems, como, por ejemplo, *"Cuando tienes problemas, ¿conectarte a Internet te ayuda a evadirte de ellos?"*) y conflictos interpersonales (4 ítems, como, por ejemplo, *"¿Te resulta más fácil o cómodo relacionarte con la gente a través de Internet que en persona?"*). Los ítems se responden en una escala Likert con cuatro opciones de respuesta (1= Casi nunca; 4 = Casi siempre). Las pun-

tuaciones más altas se refieren a una mayor gravedad de UPI. El análisis factorial confirmó la estructura bifactorial de este instrumento (Beranuy et al., 2009) y se ha validado en una muestra de adolescentes españoles con satisfactorias propiedades psicométricas (Casas et al., 2013).

En tercer lugar, la Escala de Uso Problemático de Entretenimiento en Internet para Adolescentes (PIEUSA, del inglés Problematic Internet Entertainment Use Scale for Adolescents, López-Fernández et al., 2013) fue elaborada a partir de los criterios del DSM-VI-R para la dependencia de sustancias y los trastornos patológicos del juego en adultos (APA, 2000), así como los criterios diagnósticos propuestos para el UPI en adultos y adolescentes. La escala está conformada por 30 ítems (como, por ejemplo, *"Mi principal entretenimiento son los videojuegos online o las redes sociales"*) que deben ser respondidos en una escala Likert con siete opciones de respuesta (1 = Totalmente en desacuerdo; 7 = Totalmente de acuerdo). La puntuación total oscila entre 30-210 puntos, indicando las puntuaciones más altas, mayores niveles de UPI en los últimos 12 meses. Este instrumento mostró una estructura unidimensional y adecuadas propiedades psicométricas.

Por último, la Escala de Uso Problemático de Internet en adolescentes (EUPI-a, Rial Boubeta et al., 2015) está compuesta por 11 ítems (como, por ejemplo, *"Cuando me conecto siento que el tiempo vuela y pasan las horas sin darme cuenta"*) que deben ser respondidos en una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta (0 = Nada de acuerdo; 4 = Totalmente de acuerdo. Las puntuaciones oscilan entre 0-44 puntos, indicando mayores puntuaciones mayor gravedad de UPI. Este instrumento también informó de satisfactorias propiedades psicométricas.

Por último, nos centraremos en la evaluación de dos de los comportamientos problemáticos específicos más estudiados en la literatura previa: el uso problemático de las redes sociales y el uso problemático de los videojuegos (Sánchez-Fernández y Borda-Mas, 2023).

En cuanto al uso problemático de las redes sociales, destacan las escalas de Bergen. La Escala Bergen de Adicción a Facebook, en su versión original Bergen Facebook Addiction Scale (BFAS, Andreassen et al., 2012), adaptada al español por Vallejos-Flores et al. (2018), es una

escala unidimensional compuesta por seis ítems (como, por ejemplo, "*¿Sintió el impulso de usar Facebook cada vez más?*") que evalúan los elementos básicos de la adicción (saliencia, modificación del estado de ánimo, tolerancia, abstinencia, conflicto y recaída) (Griffiths, 2005). Los ítems son respondidos en una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta (1 = Muy pocas veces; 5 = Muy a menudo) teniendo en cuenta un marco temporal de 12 meses. Las puntuaciones totales oscilan entre 6-30 puntos, indicando las puntuaciones más altas indican un mayor uso problemático de Facebook. Además, se ha recomendado una puntuación de corte de 18 para distinguir entre usuarios problemáticos y no problemáticos. Similarmente, la Escala Bergen de Adicción a las Redes Sociales, en su versión original Bergen Social Media Addiction Scale (BSMAS, Andreassen et al., 2016), consiste en sustituir la palabra Facebook por "medios sociales" (en inglés "social media"), aludiendo los mismos a Facebook, Twitter, Instagram y similares. Es importante señalar que, aunque los estudios enfocados en una única red social, como Facebook, han sido más comunes, actualmente se están sugiriendo medidas generales para evaluar el uso problemático de las redes sociales en su conjunto (Kuss y Griffiths, 2017). Estas escalas han mostrado adecuadas propiedades psicométricas (Duradoni et al., 2020).

Por último, en cuanto a los instrumentos específicos en la evaluación del uso problemático de videojuegos, cabe destacar la Escala de Trastornos por Juegos en Internet-Formulario abreviado, en su versión original Internet Gaming Disorder Scale–Short Form (IGDS9-SF, Pontes y Griffiths, 2015), adaptada al español por Beranuy et al. (2020). Esta escala evalúa los síntomas de uso problemático de los videojuegos en el pasado año. La escala está conformada por nueve ítems (como, por ejemplo, "*¿Sientes irritabilidad, ansiedad o incluso tristeza cuando intentas reducir o detener tu actividad de juego?*") basados en los nueve criterios diagnósticos del "Trastorno de Juego por Internet" del DSM-5 (APA, 2013). Estos ítems son respondidos en una escala Likert con cinco opciones de respuesta (1 = Nunca; 5 = Muy a menudo). Las puntuaciones oscilan entre 9-45 puntos, indicando mayores puntuaciones mayor gravedad de uso problemático de videojuegos. Los participantes que respondieron con puntuaciones de 4 o 5 a cuatro o más ítems del instrumento fueron considerados con uso problemático de video-

juegos (Beranuy et al., 2020). La versión al español del IGDS9-SF ha mostrado excelentes propiedades psicométricas (Beranuy et al., 2020; Maldonado-Murciano et al., 2020; Sánchez-Iglesias et al., 2020).

Como hemos podido comprobar en el presente apartado, la evaluación de estos comportamientos se ha basado exclusivamente en técnicas de autoinforme. Estas técnicas llevan asociados algunos problemas, como la falta de claridad en la comprensión de las preguntas, la influencia de la deseabilidad social, la distorsión de la verdad o problemas de memoria (Ibáñez Aguirre, 2016). Específicamente, dentro del estudio de los comportamientos problemáticos online, se ha argumentado que las medidas de autoinforme tienen limitaciones a la hora de evaluar estos comportamientos, ya que éstos son a menudo inconscientes y no se pueden estimar con facilidad de forma retrospectiva. Es por ello que se sugiere complementar la evaluación a través de encuestas con la monitorización objetiva (como, por ejemplo, el control del tiempo conectados, la frecuencia de desbloqueo de pantalla o número de acciones realizadas) (Ryding y Kuss, 2020).

6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es fundamental distinguir el diagnóstico del UPI del mero hecho de pasar un tiempo prolongado conectado a internet debido a las exigencias de la vida cotidiana (por ejemplo, las personas que teletrabajan). A diferencia de otras adicciones, ya sean a sustancias o comportamentales, en el contexto del tratamiento UPI no se busca la abstinencia del uso de internet y sus funciones, pues estas son esenciales en la sociedad de la información actual (Griffiths et al., 2014). El objetivo, en última instancia, es lograr un uso controlado y saludable de internet, que no interfiera negativamente en las esferas psicológica, social y profesional, y prevenir recaídas. Por ello, una evaluación adecuada del UPI debe ir más allá de simplemente medir el tiempo conectado a internet.

Además, aunque los comportamientos problemáticos en línea compartan elementos comunes entre ellos y con otras adicciones (Griffiths, 2005), presentan características propias que requieren una evaluación

específica tanto en la investigación como en la práctica clínica. En este sentido, se recomienda personalizar la evaluación utilizando instrumentos específicos que se ajusten a los comportamientos individuales de cada persona.

7. CONCLUSIONES

En el presente capítulo se ha abordado la conceptualización del uso problemático de internet (UPI), sus factores de riesgo, la evolución histórica de sus criterios diagnósticos y su evaluación psicológica. Se concluye que nos encontramos en un panorama extenso y en constante evolución. Es crucial avanzar en la investigación de este campo para actualizar el conocimiento y las prácticas a los tiempos actuales. Esto permitirá alcanzar un consenso en los criterios diagnósticos y desarrollar nuevas herramientas de evaluación. Tales avances facilitarán la identificación precisa de individuos con UPI y posibilitarán intervenciones más efectivas.

8. REFERENCIAS

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* American Psychiatric Association: Washington, D.C, USA.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5).* American Psychiatric Association: Washington, D.C, USA.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5-TR.).* American Psychiatric Association: Washington, D.C, USA.

Andreassen, C. S., Billieux, J., Griffiths, M. D., Kuss, D. J., Demetrovics, Z., Mazzoni, E., & Pallesen, S. (2016). The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. *Psychology of Addictive Behaviors,* 30(2), 252–262. *https://doi.org/10.1037/adb0000160*

Andreassen, C. S., Torsheim, T., Brunborg, G. S., & Pallesen, S. (2012). Development of a Facebook addiction scale. *Psychological reports*, *110*(2), 501-517. *https://doi.org/10.2466/02.09.18.PR0.110.2.501-517*

Beard, K. W. & Wolf, E. M. (2001). Modification in the proposed diagnostic criteria for Internet addiction. *CyberPsychology & Behavior, 4*(3), 377–383. *https://doi.org/10.1089/109493101300210286*

Beranuy Fargues, M., Graner, C., Chamarro Lusar, A., & Carbonell, X. (2009). Validación de dos escalas breves para evaluar la adicción a Internet. *Psicothema, 21*(3), 480-485. Retrieved October 18, 2024, from *http://hdl.handle.net/20.500.14342/1834*

Beranuy, M., Machimbarrena, J. M., Vega-Osés, M. A., Carbonell, X., Griffiths, M. D., Pontes, H. M., & González-Cabrera, J. (2020). Spanish validation of the Internet Gaming Disorder - Short Form (IGDS9-SF): Prevalence and relationship with online gambling and quality of life. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(5), 1562. *https://doi.org/10.3390/ijerph17051562*

Brand, M., Wegmann, E., Stark, R., Müller, A., Wölfling, K., Robbins, T. W., & Potenza, M. N. (2019). The Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution (I-PACE) model for addictive behaviors: Update, generalization to addictive behaviors beyond internet-use disorders, and specification of the process character of addictive behaviors. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *104*, 1-10. *https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.06.032*

Caplan, S. E. (2010). Theory and measurement of generalised problematic Internet use: A two-step approach. *Computers in Human Behavior, 26*(5), 1089-1097. *https://doi.org/10.1016/j.chb.2010.03.012*

Carli, V., Durkee, T., Wasserman, D., Hadlaczky, G., Despalins, R., Kramarz, E., ... & Kaess, M. (2012). The association between pathological internet use and comorbid psychopathology: a systematic review. *Psychopathology*, *46*(1), 1-13. *https://doi.org/10.1159/000337971*

D'Hondt, F., Billieux, J., & Maurage, P. (2015). Electrophysiological correlates of problematic Internet use: Critical review and perspectives for future research. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 59*, 64–82. *https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2015.10.005*

Davis, R. A. (2001). A cognitive-behavioral model of pathological INTERNET use. *Computers in Human Behavior, 17*(2), 187-195. *https://doi.org/10.1016/S0747-5632(00)00041-8*

Dowling, N. A., & Quirk, K. L. (2009). Screening for Internet dependence: do the proposed diagnostic criteria differentiate normal from dependent Internet use?. *Cyberpsychology & Behavior, 12*(1), 21-27. *https://doi.org/10.1089/cpb.2008.0162*

Duradoni, M., Innocenti, F., & Guazzini, A. (2020). Well-being and social media: A systematic review of Bergen addiction scales. *Future Internet*, *12*(2), 24. *https://doi.org/10.3390/fi12020024*

Fineberg, N., Demetrovics, Z., Stein, D. J., Ioannidis, K., Potenza, M. N., Grünblatt, E., Brand, M., Billieux, J., Carmi, L., King, D. L., Grant, J. E., Yücel, M., Dell'Osso, B., Rumpf, H. J., Hall, N., Hollander, E., Goudriaan, A., Menchon, J., Zohar, J., ... Chamberlain, S. (2018). Manifesto for a European research network into problematic usage of the Internet. *European Neuropsychopharmacology, 28*(11), 1232–1246. *https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2018.08.004*

Floros, G., & Siomos, K. (2014). Excessive Internet use and personality traits. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, *1*, 19-26. *https://doi.org/10.1007/s40473-014-0006-1*

Gámez-Guadix, M., Orue, I., & Calvete, E. (2013). Evaluation of the cognitive-behavioral model of generalized and problematic Internet use in Spanish adolescents. *Psicothema, 25*(3), 299-305. *https://repositorio.minedu.gob.pe/handle/20.500.12799/3066*

Greenfield, D. N. (1999). Psychological characteristics of compulsive Internet use: A preliminary analysis. *Cyberpsychology & Behavior, 2*(5), 403-412. *https://doi.org/10.1089/cpb.1999.2.403*

Griffiths, M. (1995). Technological addictions. In *Clinical Psychology Forum* (pp. 14-14). Division of Clinical Psychology of the British Psychol Soc.

Griffiths, M. D. (1996). Internet addiction: an issue for clinical psychology?. *Clinical Psychology Forum, 97,* 32-36. *https://irep.ntu.ac.uk/id/eprint/25089*

Griffiths, M. D. (2005). A "Components" Model of Addiction within a Biopsychosocial Framework. *Journal of Substance Use*, *10*(4), 191–197. *https://doi.org/10.10801465989050011435 9*

Griffiths, M.D., Kuss, D.J., & Demetrovics, Z. (2014). Social networking addiction: An overview of preliminary findings. In K. Rosenberg & L. Feder (Eds.), *Behavioral addictions: Criteria, evidence and treatment* (pp. 119-141). New York, NY: Elsevier. *https://doi.org/10.1016/B978-0-12-407724-9.00006-9*

Ibáñez Aguirre, C. (2016). *Técnicas de autoinforme en evaluación psicológica: La entrevista clínica.* Bizkaia: Universidad del País Vasco.

Jenaro, C., Flores, N., Gómez-Vela, M., González-Gil, F., & Caballo, C. (2007). Problematic internet and cell-phone use: Psychological, behavioral, and health correlates. *Addiction research & theory*, *15*(3), 309-320. *https://doi.org/10.1080/16066350701350247*

Király, O., & Demetrovics, Z. (2021). Problematic internet use. In el-Guebaly, N., Carrà, G., Galanter, M., & Baldacchino, A. M. (Eds.), *Textbook of addiction treatment: International Perspectives* (pp. 955–965). Springer, Cham.

Ko, C. H., Yen, J. Y., Chen, C. C., Chen, S. H. y Yen, C. F. (2005). Proposed diagnostic criteria of Internet addiction for adolescents. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 193*(11), 728–733. *https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000185891.13719.54*

Ko, C. H., Yen, J. Y., Chen, S. H., Yang, M. J., Lin, H. C. y Yen, C. F. (2009). Proposed diagnostic criteria and the screening and diagnosing tool of Internet addiction in college students. *Comprehensive Psychiatry, 50*(4), 378–384. *https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2007.05.019*

Kuss, D., Griffiths, M., Karila, L., & Billieux, J. (2014). Internet addiction: A systematic review of epidemiological research for the last decade. *Current Pharmaceutical Design*, *20*(25), 4026-4052. *https://doi.org/10.2174/1381612811319990617*

Kuss, D. J., Kristensen, A. M., & Lopez-Fernandez, O. (2021). Internet addictions outside of Europe: A systematic literature review. *Computers in Human Behavior*, 115, 106621. *https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106621*

Lopez-Fernandez, O., Freixa-Blanxart, M., & Honrubia-Serrano, M. L. (2013). The problematic internet entertainment use scale for adolescents: prevalence of problem internet use in Spanish high school students. *CyberPsychology, Behavior, and social networking*, *16*(2), 108-118. *https://doi.org/10.1089/cyber.2012.0250*

Lopez-Fernandez, O., Griffiths, M. D., Kuss, D. J., Dawes, C., Pontes, H. M., Justice, L., ... Billieux, J. (2019). Cross-cultural validation of the compulsive internet use scale in four forms and eight languages. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 22(7), 451-458. *https://doi.org/10.1089/cyber.2018.0731*.

Maldonado-Murciano, L., Pontes, H. M., Griffiths, M. D., Barrios, M., Gómez-Benito, J., & Guilera, G. (2020). The Spanish version of the Internet Gaming Disorder - Short Form (IGDS9-SF): Further examination using item response theory. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(19), 7111. *https://doi.org/10.3390/ijerph17197111*

Meerkerk, G. J., Van Den Eijnden, R. J., Vermulst, A. A., & Garretsen, H. F. (2009). The compulsive internet use scale (CIUS): Some psychometric properties. *Cyberpsychology & Behavior, 12*(1), 1–6. *https://doi.org/10.1089/cpb.2008.0181*

Meerkerk, G.-J. (2007). *Pwned by the Internet: Explorative research into the causes and consequences of compulsive internet use*. Retrieved October 18, 2024, from *http://hdl.handle.net/1765/10511*

Moon, S. J., Hwang, J. S., Kim, J. Y., Shin, A. L., Bae, S. M., & Kim, J. W. (2018). Psychometric properties of the Internet Addiction Test: A systematic review and meta-analysis. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, *21*(8), 473-484. *https://doi.org/10.1089/cyber.2018.0154*

Pérez-Sáenz, J., Ortuño-Sierra, J., Pérez-Albéniz, A., Mason, O., & Fonseca-Pedrero, E. (2023). Problematic Internet Use in adolescents: New psychometric evidence for the Spanish short form of the Compulsive Internet Use Scale. *Brain and behavior*, *13*(9), e3133. *https://doi.org/10.1002/brb3.3133*

Pino, M. J., Herruzo, J., Raya, A., Ruiz-Olivares, R., & Herruzo, C. (2022). Development of IAT-12, a reduced Spanish version of the internet addiction test. *Current Psychology*, *41*(12), 8471-8480. *https://doi.org/10.1007/s12144-020-01167-4*

Pontes, H. M., & Griffiths, M. D. (2014). Internet addiction disorder and internet gaming disorder are not the same. *Journal of Addiction Research & Therapy*, *5*(4). *http://dx.doi.org/10.4172/2155-6105.1000e124*

Pontes, H. M., & Griffiths, M. D. (2015). Measuring DSM-5 internet gaming disorder: Development and validation of a short psychometric scale. *Computers in Human Behavior, 45*, 137–143. *https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.12.006*

Pontes, H. M., Szabo, A., & Griffiths, M. D. (2015). The impact of internet-based specific activities on the perceptions of internet addiction, quality of life, and excessive usage: a cross-sectional study. *Addictive Behaviors Reports*, 1, 19-25. *https://doi.org/10.1016/j.abrep.2015.03.002*

Puerta-Cortés, D. X., & Carbonell, X. (2013). Uso problemático de Internet en una muestra de estudiantes universitarios colombianos. *Avances en psicología latinoamericana, 31*(3), 620-631. Retrieved October 18, 2024, from *http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-47242013000300012&script=sci_arttext*

Puerta-Cortés, D. X., Carbonell, X., & Chamarro, A. (2012). Análisis de las propiedades psicométricas de la versión en español del Internet Addiction Test. *Trastornos adictivos*, *14*(4), 99-104. *https://doi.org/10.1016/S1575-0973(12)70052-1*

Rial Boubeta, A., Gómez Salgado, P., Isorna Folgar, M., Araujo Gallego, M., & Varela Mallou, J. (2015). EUPI-a: Escala de Uso Problemático de Internet en adolescentes. Desarrollo y validación psicométrica. *Adicciones*, *27*(1), 47-63. *https://doi.org/10.20882/adicciones.193*

Romero-Rodríguez, J. M., Marín-Marín, J. A., Hinojo-Lucena, F. J., & Gómez-García, G. (2021). An explanatory model of problematic Internet use of

Southern Spanish university students. *Social Science Computer Review*, *40*(5), 1171-1185. *https://doi.org/10.1177/0894439321998650*

Ryding, F. C., & Kuss, D. J. (2020). Passive objective measures in the assessment of problematic smartphone use: A systematic review. *Addictive Behaviors Reports*, *11*, 100257. *https://doi.org/10.1016/j.abrep.2020.100257*

Sánchez-Fernández, M., & Borda-Mas, M. (2023). Problematic smartphone use and specific problematic Internet uses among university students and associated predictive factors: a systematic review. *Education and Information Technologies*, *28*, 7111–72041. *https://doi.org/10.1007/s10639-022-11437-2*

Sánchez-Fernández, M., & Borda-Mas, M. (2024). Motor impulsivity and problematic online behaviours among university students: the potential mediating role of coping style. *Current Psychology*. *https://doi.org/10.1007/s12144-024-05766-3*

Sánchez-Fernández, M., Borda-Mas, M., & Mora-Merchán, J. (2023). Problematic internet use by university students and associated predictive factors: A systematic review. *Computers in Human Behavior*, *139*, 107532. *https://doi.org/10.1016/j.chb.2022.107532*

Sánchez-Iglesias, I., Bernaldo-de-Quirós, M., Labrador, F. J., Puig, F. J. E., Labrador, M., & Fernández-Arias, I. (2020). Spanish validation and scoring of the internet gaming disorder scale-short-form (IGDS9-SF). *Spanish Journal of Psychology, 23*, e22. *https://doi.org/10.1017/SJP.2020.26*

Shapira, N. A., Lessig, M. C., Goldsmith, T. D., Szabo, S. T., Lazoritz, M., Gold, M. S., & Stein, D. J. (2003). Problematic internet use: proposed classification and diagnostic criteria. *Depression and Anxiety*, *17*(4), 207-216. *https://doi.org/10.1002/da.10094*

Starcevic, V., & Aboujaoude, E. (2017). Internet addiction: reappraisal of an increasingly inadequate concept. *CNS Spectrums*, *22*(1), 7-13. *https://doi.org/10.1017/S1092852915000863*

Stavropoulos, V., Kuss, D., Griffiths, M., & Motti-Stefanidi, F. (2016). A longitudinal study of adolescent internet addiction: The role of conscientiousness and classroom hostility. *Journal of Adolescent Research*, *31*(4), 442-473. *https://doi.org/10.1177/0743558415580163*

Tao, R., Huang, X., Wang, J., Zhang, H., Zhang, Y., & Li, M. (2010). Proposed diagnostic criteria for internet addiction. *Addiction*, *105*(3), 556-564. *https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02828.x*

Vallejos-Flores, M. Á., Copez-Lonzoy, A., & Capa-Luque, W. (2018). Is there anyone online?: Validity and reliability of the Spanish version of the Bergen Facebook addiction scale (BFAS) in university students. *Health and Addictions*, *18*(2), 175-184. *https://doi.org/10.21134/haaj.v18i2.394*

Venuleo, C., Salvatore, G., Andrisano-Ruggieri, R., Marinaci, T., Cozzolino, M., & Salvatore, S. (2020). Steps towards a unified theory of psychopathology: The Phase Space of Meaning model. *Clinical Neuropsychiatry, 17*(4), 236-252. *https://doi.org/10.36131/cnfioritieditore20200405*

World Health Organization. (2018). *ICD-11: International classification of diseases (11th revision).* Retrieved October 25, 2021, from *https://icd.who.int/*

Young, K. S. (1996). Psychology of computer use: XL. Addictive use of the Internet: a case that breaks the stereotype. *Psychological reports*, *79*(3), 899-902. *https://doi.org/10.2466/pr0.1996.79.3.899*

Young, K. S. (1998a). Internet Addiction: The emergence of a new clinical disorder. *CyberPsychology and Behavior, 1*(3), 237-244. *https://doi.org/10.1089/cpb.1998.1.237*

Young, K. S. (1998b). *Caught in the net: How to recognize the signs of internet addiction--and a winning strategy for recovery*. John Wiley & Sons.

Capítulo 12. Evaluación del trastorno límite de la personalidad

NEREA ALMEDA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Universidad de Sevilla.

MAGDALENA SÁNCHEZ FERNÁNDEZ

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Universidad de Sevilla.

ESPERANZA GARCÍA VERGARA

Departamento de Métodos Cuantitativos, Universidad Loyola

En este capítulo se define el trastorno límite de la personalidad, se detallan los principales factores de riesgo relacionados con su aparición y mantenimiento, los trastornos mentales comórbidos más prevalentes, así como los criterios clínicos necesarios para su diagnóstico. Por último, se describe el proceso de evaluación psicológica, destacando las técnicas e instrumentos, tanto generales como específicos, más empleados en el ámbito científico y clínico.

1. DEFINICIÓN Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

El trastorno límite de la personalidad, en adelante TLP, se caracteriza por la presencia de un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, autoimagen y emociones, acompañado de una elevada impulsividad. Este patrón comienza al final de la adolescencia o comienzo de la edad adulta. Esta sintomatología se manifiesta en contextos diferentes y genera un malestar significativo en la persona (American Psychiatric Association, 2013).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5º Edición, y su revisión (DSM-5 TR), el TLP es un es un trastorno de la personalidad que se categoriza dentro del grupo B. Este grupo incluye los trastornos de personalidad antisocial, límite, histriónico y narcisista. La sintomatología que se categoriza en este grupo se distingue por mostrar comportamientos extremadamente dramáticos, emocionales o impredecibles (American Psychiatric Association, 2022).

2. PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO

2.1. Factores biológicos

Estudios con hermanos gemelos demuestran que entre el 40% y el 60% de la variabilidad en el riesgo de desarrollar TLP es atribuible a factores genéticos (Distel et al., 2008; Skoglund et al., 2021). Desde el punto de vista neurobiológico, varios estudios han señalado que las personas que padecen TLP pueden presentar alteraciones en la estructura y función de varias áreas cerebrales específicamente en la corteza prefrontal y en la amígdala. En estos casos, la corteza prefrontal suele estar hipo activada, lo que podría explicar las dificultades en el control de impulsos y la regulación emocional (Fitzgerald et al., 2008; Gurvits et al., 2000). Por otro lado, la amígdala, fundamental en el procesamiento de emociones, suele presentar un menor volumen y estar hiper activada, lo que puede contribuir a la inestabilidad emocional que caracterizan al trastorno

(Donegan et al., 2003; Mitolo et al., 2024). En cuanto a los neurotransmisores, la evidencia científica muestra que las personas con TLP suelen presentar niveles alterados de serotonina, dopamina y noradrenalina. La serotonina, en particular, está relacionada con la regulación del estado de ánimo y el comportamiento impulsivo, entre otros. Las anomalías en este neurotransmisor se asociarían con la inestabilidad emocional y los problemas de control de impulsos (Hansenne et al., 2002). Asimismo, los niveles de dopamina y la noradrenalina, que influyen en el procesamiento de recompensas y la respuesta al estrés, respectivamente, también suelen estar desequilibrados (Joyce et al., 2014; Wagner et al., 2018).

2.2. Factores psicológicos

De acuerdo con García-Palacios y Navarro-Haro (2024), las personas que padecen TLP muestran una elevada intensidad e inestabilidad emocional, acompañada de afectividad negativa (tristeza, ansiedad, disforia e irritabilidad) que, en muchas ocasiones, puede llegar a constituir un trastorno del estado del ánimo. Asimismo, estas personas presentan niveles de impulsividad muy altos que se traducen en conductas autodestructivas que se manifiestan de forma transituacional como, por ejemplo, presencia de atracones de comida, conducta sexual impulsiva y de riesgo, consumo de sustancias y compras impulsivas, entre otras. Este patrón conductual puede llegar a constituir un trastorno del control de impulsos. Asimismo, el miedo al abandono y el temor al rechazo son síntomas centrales en este trastorno.

Por otro lado, diferentes autores han establecido una relación entre el tipo de apego establecido en la infancia y el desarrollo y mantenimiento del TLP. Concretamente, se ha encontrado una asociación entre los tipos de apego inseguro y desorganizado y las manifestaciones sintomáticas del TLP en casos de negligencia durante la infancia (Levy et al., 2005; Mosquera et al., 2014).

2.3. Factores socioculturales

Las personas que han crecido en un ambiente familiar inestable donde hay conflictos frecuentemente, desorganización y falta de apoyo emocional contribuye al desarrollo del TLP. Asimismo, estilos de crianza caracterizados por escasa afectividad y excesiva autoridad parental se asocian con un riesgo mayor de desarrollar el TLP (Bandelow et al., 2005; Johnson et al., 2006).

Además, la invalidez emocional por familiares cercanos también se ha identificado como un factor asociado. Esta invalidez se relaciona con dificultades en reconocer y entender las propias emociones, provocando que quienes lo sufren se sientan desconectados de sus emociones o confundidos acerca de lo que sienten (Derks et al., 2017). Estos problemas de identificación emocional pueden considerarse un factor de riesgo significativo para el desarrollo del TLP (Cole et al., 2009).

2.4. Sucesos vitales estresantes

Numerosos estudios han encontrado una relación significativa entre el TLP y las experiencias traumáticas sufridas en la infancia, como el abuso y la negligencia. Estos sucesos vitales estresantes pueden alterar el desarrollo de las estrategias de afrontamiento y la percepción del yo y de los demás, relacionándose con mayores dificultades en la regulación afectiva. Especialmente, el abuso sexual es el tipo de abuso que más se asocia con este trastorno (De Aquino Ferreira et al., 2018; Zanarini et al., 2002).

3. TRASTORNOS MENTALES COMÓRBIDOS MÁS FRECUENTES

Los principales trastornos mentales que se manifiestan de forma comórbida con el TLP son los trastornos depresivos y bipolares, trastornos por consumo de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de ansiedad, entre otros (American Psychiatric Association, 2022).

Atendiendo a los trastornos del estado del ánimo, el TLP puede presentarse de forma comórbida con el trastorno de depresión mayor y el trastorno bipolar (Köhne y Isvoranu, 2021). La manifestación del trastorno bipolar, caracterizado por cambios bruscos y extremos en el estado de ánimo (episodios de manía, hipomanía y depresión), junto con el TLP hace que la personas padezcan fluctuaciones especialmente rápidas y severas en su estado de ánimo, empeorando el pronóstico y el tratamiento (Frías et al., 2016; Mneimne et al., 2018). Los trastornos por consumo de sustancias, específicamente de alcohol y/o drogas, causan un deterioro significativo o malestar y suelen ser muy prevalentes en personas que padecen TLP (Carpenter et al., 2016). Los trastornos de la conducta alimentaria también son comórbidos con el TLP. Estos trastornos se caracterizan por la alteración de patrones de comportamiento alimentario y una preocupación excesiva por el peso y la apariencia corporal. En concreto, la bulimia nerviosa es el trastorno que se suele manifestar de forma comórbida con el TLP, debido principalmente al deterioro del control de impulsos, síntoma común en ambos trastornos. Este constructo es central ya que la bulimia nerviosa se caracteriza por la presencia de episodios recurrentes de atracones y conductas compensatorias inapropiadas incluyendo el vómito (Borges y Machado, 2022; Martinussen et al., 2017).

Con relación a los trastornos de ansiedad, el trastorno de estrés postraumático es uno de los trastornos comórbidos más frecuentes con el TLP. Este trastorno se caracteriza por la presencia de diversos síntomas relacionados con un suceso traumático vivido, incluyendo la reexperimentación del trauma, hipervigilancia y respuestas exageradas de sobresalto, entre otros (Scheiderer et al., 2015).

Por último, el TLP puede darse de forma comórbida con el trastorno por déficit de atención e impulsividad, caracterizado por presentar un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento diario de la persona que lo sufre (Asherson et al., 2014; Matthies y Philipsen, 2016).

4. CRITERIOS CLÍNICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Según el DSM-5 TR las características principales del TLP son un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, acompañado de una impulsividad significativa que comienza antes de la adultez y se manifiesta en diversos contextos, interfiriendo negativamente en la vida de la persona (American Psychiatric Association, 2022). Las personas con este trastorno suelen realizar esfuerzos desesperados para evitar un abandono, sea real o imaginado. La percepción de una separación o rechazo, o la pérdida de apoyo externo, puede afectar muy negativamente en su autoimagen, emociones, pensamientos y comportamientos. Estas personas se muestran especialmente sensibles a las circunstancias externas, reaccionando con miedo intenso al abandono y una ira desproporcionada incluso ante separaciones breves o cambios inevitables en los planes. Los intentos por evitar el abandono pueden incluir comportamientos impulsivos como autolesiones o amenazas suicidas.

Asimismo, tienden a mantener relaciones intensas e inestables, idealizando a la otra persona al principio, pero pueden desvalorizarlos rápidamente. En cuanto a la identidad, muestran una gran inestabilidad en su autoimagen, con cambios repentinos en sus metas y valores. Aunque generalmente tienen una imagen negativa de sí mismos, a veces pueden llegar a experimentar la sensación de no existir.

La impulsividad es otra característica a destacar. Esta se manifiesta en al menos dos áreas de forma autodestructiva, como el juego, gastos económicos elevados y descontrolados, presencia de atracones de comida, abuso de sustancias, relaciones sexuales de riesgo o conducción temeraria. Además, las amenazas o comportamientos suicidas recurrentes, así como las autolesiones, son frecuentes. A menudo, la búsqueda de ayuda profesional suele estar relacionada con estos comportamientos autodestructivos.

Asimismo, manifiestan una marcada inestabilidad emocional, con reactividad del estado de ánimo. Frecuentemente, durante el estado

de ánimo disfórico aparecen episodios de ira, pánico o desesperación, mostrando la sensibilidad extrema a los problemas interpersonales.

Además, suelen manifestar sensación de vacío crónico, ira desmesurada y descontrolada, así como explosiones verbales. La manifestación de la ira ocurre cuando perciben que la persona cuidadora es negligente, se distancia o perciben intención de abandonarle. Posteriormente, sienten vergüenza y culpabilidad por las manifestaciones de la ira, reforzando la creencia de que son malas personas. Bajo situaciones de estrés extremo, pueden experimentar ideación paranoide transitoria o síntomas disociativos, como la despersonalización, aunque estos no son lo suficientemente graves como para realizar un diagnóstico adicional. Estos síntomas suelen surgir en respuesta al miedo al abandono y son transitorios, durando minutos u horas. La reaparición real o percibida de apoyo emocional puede aliviar estos síntomas.

5. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

5.1. Definición de principales quejas y motivos de consulta

Las personas que padecen TLP sienten emociones muy intensas y volátiles, lo cual se manifiesta de una forma exagerada ante situaciones cotidianas, como sentirse profundamente afectadas por una crítica o extremadamente feliz por un cumplido (Lawrence et al., 2010). La impulsividad también es un rasgo característico, manifestándose a nivel conductual mediante comportamientos de riesgo, como conducir de forma temeraria, mantener relaciones sexuales de riesgo o ingerir grandes cantidades de alimentos en forma de atracón, entre otros. En este sentido cabe destacar el componente autodestructivo mediante las autolesiones, por ejemplo, en forma de cortes en el cuerpo (Barker et al., 2015). La impulsividad también genera dificultad para planificar la conducta a medio/ largo plazo y considerar las consecuencias de sus acciones (Lawrence et al., 2010). La inestabilidad emocional junto a la impulsividad puede manifestarse en explosiones de ira desproporcionadas.

Por otro lado, estas personas muestran un miedo muy intenso al abandono. Por ello, suelen interpretar de manera errónea las señales sociales, percibiendo como amenaza de abandono o rechazo ciertos comentarios o comportamientos que, para la mayoría de población, podrían considerarse neutros (Palihawadana et al., 2019). Para evitar el abandono, la persona puede realizar esfuerzos excesivos por complacer a los demás y buscar constantemente la reafirmación de que no están molestos, distanciándose o abandonándoles (Willis y Nelson-Gray, 2017).

En cuanto a las relaciones interpersonales, estas suelen ser muy inestables, pasando de la idealización a devaluación de los demás. Al comienzo de la relación, suelen ver a la otra persona como perfecta, mostrando gran admiración y afecto. Sin embargo, ante cualquier señal de rechazo o abandono, su percepción sobre la otra persona puede cambiar bruscamente, pasando a tener una imagen negativa de la misma. Este patrón de idealización y devaluación genera discusiones y conflictos frecuentes, contribuyendo a su vez a la inestabilidad en las relaciones interpersonales (Navarro-Gómez et al., 2017).

5.2. Objetivos de la evaluación psicológica

Los objetivos generales que se plantean en el proceso de evaluación psicológica en los casos de TLP son:

- Conocer la historia y evolución de la sintomatología propia del TLP.
- Evaluar la desregulación emocional.
- Conocer el patrón de relaciones interpersonales.
- Evaluar la presencia y nivel de gravedad de las conductas autodestructivas, incluyendo autolesiones, patrón alimentario, consumo de sustancias, conducta sexual y adicciones comportamentales.
- Explorar si existe ideación suicida y/o conducta suicida.
- Evaluar la psicopatología general asociada, prestando especial atención a los trastornos mentales comórbidos (otros trastornos de personalidad, bulimia nerviosa, trastornos del estado del ánimo y adicciones).

5.3. Áreas de evaluación

La evaluación psicológica requiere la exploración de la sintomatología específica del TLP, incluyendo el patrón de personalidad y nivel de gravedad, la desregulación emocional, desregulación conductual (conductas autodestructivas e ideación suicida), hipersensibilidad interpersonal (explorando los diferentes contextos como, por ejemplo, la familia, pareja, amigos, trabajo, etc.) y las alteraciones de la identidad. De forma complementaria, se recomienda evaluar la psicopatología general, específicamente prestando atención a la comorbilidad con los trastornos mentales más frecuentes: trastornos del estado del ánimo (incluyendo depresivos y bipolares), trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria (bulimia nerviosa) y adicciones (comportamentales y a sustancias).

5.4. Principales técnicas e instrumentos de evaluación psicológica

Previo al tratamiento psicológico, es fundamental realizar el proceso de evaluación psicológica de forma rigurosa, utilizando técnicas e instrumentos de evaluación psicológica que permitan detectar, evaluar y clasificar la psicopatología del paciente, de forma normativa e idiográfica.

Atendiendo a la técnica de la entrevista, pueden utilizarse instrumentos diseñados para el diagnóstico de los trastornos de personalidad en general, como, por ejemplo, la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II; First et al. 1997), basada en los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4ºEdición Revisada (DSM-IV TR) (American Psychiatric Association, 2000). Los resultados arrojados por Furnham et al. (2014) muestran que las propiedades psicométricas del instrumento para el diagnóstico de los trastornos de personalidad son apropiadas (fiabilidad test-re-test entre 0.71 y 0.84).

Por otro lado, se encuentra la Entrevista Diagnóstica para Pacientes Límite Revisada, en su versión original Diagnostic Interview for Borderline Patients-Revised (DIB-R; Zanarini et al. 1989). Este instrumento ha sido adaptado a la población española por Barrachina et al. (2004), mostrando

unas propiedades psicométricas muy buenas (alfa de Cronbach; 0.89 y alta fiabilidad entre evaluadores: correlación intra clase: 0.94), por lo que se considera apropiado para la evaluación de la psicopatología y severidad del TLP.

A continuación, se detallan diferentes escalas utilizadas para evaluar los casos de TLP:

A) Detección del TLP

La escala McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD; Zanarini et al. 2003) versión española de Soler et al. (2016). Este instrumento es de utilidad para detectar la sintomatología del TLP y se recomienda utilizarlo como complemento a la entrevista clínica. Este autoinforme está formado por 10 ítems: 1) *¿Alguna de tus relaciones personales más cercanas se ha visto en problemas debido a múltiples discusiones o rupturas frecuentes?,* 2) *¿Has tratado intencionadamente de hacerte daño físico (quemarte, cortarte, pegarte)? ¿Has realizado algún intento de suicidio?,* 3) *¿Has tenido al menos otros dos de los siguientes problemas de impulsividad: atracones frecuentes, gastos desproporcionados, abuso de alcohol, episodios de agresividad verbal?*, 4) *¿Te has sentido extremadamente malhumorado?*, 5) *¿Te has sentido o te sientes enfadado la mayor parte del tiempo? ¿Has actuado frecuentemente de manera furiosa o sarcástica?*, 6) *¿A menudo has sentido desconfianza de la gente?*, 7) *¿Te has sentido frecuentemente tú mismo como irreal o como si las cosas que te rodean no fuesen reales?*, 8) *¿Te has sentido o te sientes vacío de forma crónica?*, 9) *¿Te has sentido a menudo con la sensación de no saber quién eres o que no tienes identidad propia?*, y 10) *¿Has hecho esfuerzos desesperados para evitar sentirte abandonado o ser abandonado, como, por ejemplo: llamar repetidamente a una persona para que te confirme que está preocupada por ti, suplicarle que no te deje, agarrarle físicamente?*

Las propiedades psicométricas son buenas, mostrando una elevada consistencia interna (KR-20=0,873), óptima fiabilidad test-retest (CCI=0,87), punto de corte óptimo de 7, adecuada sensibilidad (0,71) y especificidad (0,68), y capacidad clasificatoria de la escala (72,8%).

B) Instrumentos específicos para la evaluación del TLP

El Inventario Clínico Multiaxial de Millon IV (Dpto. I+D Pearson Clinical et al., 2018), versión original Millon Clinical Multiaxial Inventory-IV (MCMI-IV; Millon et al., 2015), es un autoinforme que evalúa la personalidad y la psicopatología en población adulta. El desarrollo de este instrumento se basa en la teoría evolutiva de la personalidad desarrollada por Theodore Millon (Grossman, 2015; Millon, 2011) y en la clasificación de los trastornos de la personalidad del DSM-5. Respecto a las versiones anteriores, el MCMI-IV incluye una escala nueva escala de patrón de la personalidad *Tempestuoso* (espectro Entusiasta-Eufórico-Tempestuoso) y escalas de las facetas de Grossman, adaptadas por primera vez a la población española, que ofrecen información más detallada y precisa sobre patrones clínicos y patología grave de la personalidad. Está conformado por 195 ítems que se distribuyen entre las escalas del MCMI-IV y las escalas de las facetas de Grossman. En cuanto a los patrones clínicos de la personalidad se distinguen: 1 Esquizoide (1.1 Interpersonalmente desvinculado, 1.2 Contenido escaso y 1.3 Temperamentalmente apático), 2A Evitativo (2A.1 Interpersonalmente aversivo, 2A.2 Autoimagen alienada y 2A.3 Contenido vejatorio), 2B Melancólico (2B.1 Cognitivamente fatalista, 2B.2 Autoimagen inútil y 2B.3 Temperamentalmente afligido), 3 Dependiente (3.1 Expresivamente pueril, 3.2 Interpersonalmente sumiso y 3.3 Autoimagen inepta), 4A Histriónico (4A.1 Expresivamente dramático, 4A.2 Interpersonalmente buscador de atención y 4A.3 Temperamentalmente inconstante), 4B Tempestuoso (4B.1 Expresivamente impetuoso, 4B.2 Interpersonalmente eufórico y 4B.3 Autoimagen sobreestimada), 5 Narcisista (5.1 Interpersonalmente explotador, 5.2 Cognitivamente expansivo y 5.3 Autoimagen admirable), 6A Antisocial (6A.1 Interpersonalmente irresponsable, 6A.2 Autoimagen autónoma y 6A.3 Dinámicas de irreflexión (paso al acto)), 6B Sádico (6B.1 Expresivamente precipitado, 6B.2 Interpersonalmente desagradable y 6B.3 Arquitectura eruptiva), 7 Compulsivo (7.1 Expresivamente disciplinado, 7.2 Cognitivamente constreñido y 7.3 Autoimagen responsable), 8A Negativista (8A.1 Expresivamente resentido, 8A.2 Autoimagen descontenta y 8A.3 Temperamentalmente irritable) y 8B Masoquista (8B.1 Autoimagen desmerecedora, 8B.2 Arquitectura invertida y 8B.3 Temperamentalmente disfórico). Atendiendo a la pato-

logía grave de la personalidad, se distinguen las siguientes escalas: S Esquizotípico (S.1 Cognitivamente circunstancial, S.2 Autoimagen disociada y S.3 Contenido caótico), C Límite (C.1 Autoimagen inestable, C.2 Arquitectura disgregada y C.3 Temperamentalmente lábil), P Paranoide (P.1 Expresivamente defensivo, P.2 Cognitivamente desconfiado y P.3 Dinámicas de proyección). Siguiendo con los síndromes clínicos, las escalas incluidas son: A Ansiedad generalizada, H Síntomas somáticos, N Espectro bipolar, D Depresión persistente, B Consumo de alcohol, T Consumo de drogas y R Estrés postraumático. Finalmente, en cuanto a los síndromes clínicos graves, se distinguen: SS Espectro esquizofrénico, CC Depresión mayor y PP Delirante. La distribución de los ítems, la corrección e interpretación de los resultados de la versión española se recogen en el manual de la Editorial Pearson (Dpto. I+D Pearson Clinical et al., 2018). Este instrumento es aplicable en población clínica a partir de los 18 años.

El instrumento Borderline Personality Disorder Checklist (BPD Checklist; Bloo et al., 2017), versión española (Calvo et al., 2018), evalúa los síntomas clínicos del TLP manifestados durante el último mes. Asimismo, es sensible al cambio durante o después de la intervención psicológica. Este cuestionario autoadministrado está formado por 47 ítems distribuidos en 9 escalas de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV: 1) *miedo al abandono*, 2) *inestabilidad en las relaciones interpersonales*, 3) *impulsividad*, 4) *dificultades en la identidad*, 5) *sentimientos de vacío*, 6) *comportamientos suicidas/autolesiones*, 7) *afecto inestable*, 8) *ira* y 9) *síntomas paranoides/disociativos*. Cada escala está formada por entre 3 a 9 ítems, excepto la escala que evalúa la sensación de vacío que está conformada por 1 ítem. El punto de corte que indica el diagnóstico de TLP es 67. En cuanto a las propiedades psicométricas, se obtuvo una alta consistencia interna (a=0.95), validez discriminante (d de Cohen = 0.98) y validez concurrente (la mayoría de los instrumentos mostraron una correlación fuerte. Los instrumentos DIB-R y BPD en las subescalas de impulsividad alcanzaron una alta correlación $r \geq .36$; $p < .01$). Cabe destacar que los resultados de la validación española son similares a los alcanzados en las versiones de la validación original, estableciendo puntos de corte similares.

La Escala de Búsqueda de Sensaciones (Sensation Seeking Scale; Zuckerman et al., 1978), traducida al español por Tous (1984), evalúa la necesidad de experimentar sensaciones variadas y complejas, así como el deseo de correr riesgos físicos y sociales por el simple hecho de disfrutar de las experiencias. Está compuesta de 40 ítems, dividida en cuatro subescalas de 10 ítems cada una: 1) *búsqueda de emociones y aventuras* (ítems 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 33 y 37): hace referencia al deseo de participar en actividades físicas que implican rapidez o peligro, 2) *búsqueda de experiencias* (ítems 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34 y 38): búsqueda de nuevas sensaciones y experiencias a través de la mente y los sentidos, 3) *desinhibición* (ítems 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35 y 39): búsqueda de sensaciones que refleja un deseo de liberación social a través de actividades como el consumo excesivo de alcohol, las fiestas y las experiencias sexuales y 4) *susceptibilidad al aburrimiento* (ítems:4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36 y 40) de aversión a la repetición, a la rutina y a la gente que no es emocionante o interesante, incluso si son confiables. Valora la presencia/ ausencia con opciones de respuesta (Sí = 1 / No = 0). Cada subescala da lugar a una puntuación, siendo la puntuación total la suma de las puntuaciones obtenidas en las cuatro subescalas. La consistencia interna de la SSS en la versión española de Chico (2000) es de 0.78 para los varones y 0.80 para las mujeres.

El Test de los 90 Síntomas, en su versión original Symptoms Check List - SCL-90-R (Derogatis y Cleary, 1977), está formado por 90 ítems, organizados en 9 dimensiones sintomáticas: *somatización*, *obsesiones y compulsiones*, *sensibilidad interpersonal*, *depresión*, *ansiedad*, *hostilidad*, *ansiedad fóbica*, *ideación paranoide* y *psicoticismo*. La opción de respuesta de cada ítem está conformada por una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta (0 = Nada en absoluto; 4 = De forma extrema). Este instrumento ofrece tres niveles diferentes de información: 1) Nivel global, formado por tres índices globales de distrés: Índice Global de Gravedad, Índice de Distrés de Síntomas Positivos y Total de Síntomas Positivos. 2) Nivel dimensional: las 9 dimensiones de síntomas primarios. 3) Síntomas discretos: esta dimensión está formada por 7 ítems que no están incluidos en ninguna de las nueve dimensiones anteriores. El paciente se definirá como caso positivo (trastorno psiquiátrico) si obtiene una puntuación típica en el Índice Global de Gravedad

igual o superior a 63 o si alcanza una puntuación mayor o igual a 63 en dos dimensiones sintomatológicas.

Además, se recomienda evaluar la sintomatología ansioso depresiva (Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés; Lovibond y Lovibond, 1995), impulsividad (Escala de Impulsividad de Barrat; Patton et al., 1995) y procesos cognitivos ante la experiencia de acontecimientos negativos y/o desagradables (Cuestionario de regulación Emocional Cognitiva; Garnefski et al., 2001). Estos instrumentos se han detallado en el Capítulo 6, que versa sobre la evaluación de la bulimia nerviosa, de este libro.

6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

En primer lugar, se considera relevante diferenciar el TLP de los trastornos depresivos y bipolares. Frecuentemente ambos trastornos se manifiestan de forma comórbida por lo que, si se cumplen los criterios diagnósticos para ambos trastornos, pueden diagnosticarse los dos. Aunque los síntomas propios del TLP pueden parecerse a un trastorno depresivo o trastorno bipolar, es importante que el diagnóstico de TLP no se realice basándose únicamente en los síntomas actuales si no que se explore el comienzo y evolución de la sintomatología, ya que el TLP suele comenzar al final de adolescencia o principios de la edad adulta, manifestándose los síntomas en todos los contextos y de forma estable.

Atendiendo a los otros trastornos de la personalidad, estos podrían confundirse con el TLP debido a las características compartidas, si bien, habría que diferenciarlos en función de los rasgos específicos, por ejemplo, en el TLP es característico el miedo al abandono, la inestabilidad emocional y el componente de impulsividad autodestructiva. Asimismo, si una persona cumple los criterios diagnósticos de varios trastornos de la personalidad, pueden diagnosticarse de forma comórbida. En cuanto al diagnóstico diferencial de los trastornos de personalidad del grupo B, tanto en el trastorno histriónico como en el TLP hay una llamada de atención hacia la otra persona, sin embargo, el TLP muestra el componente de impulsividad, agresividad y autodestrucción. Por otro lado, en

el trastorno antisocial de la personalidad, la manipulación (característica compartida con el TLP) se hace con fines de obtener beneficios materiales mientras que en el TLP está más orientada a captar la atención de las figuras del cuidador (familia, amigos, pareja, etc.). En cuanto a los trastornos de personalidad del grupo C, tanto el TLP como el trastorno dependiente presentan miedo al abandono, si bien, las personas con TLP reaccionan al abandono con ira, autodestrucción y sentimiento de vacío, mostrando relaciones intensas y ambivalentes.

Por último, es necesario evaluar que las manifestaciones sintomatológicas del TLP se han mostrado a lo largo del tiempo de forma estable en diferentes contextos y no son consecuencia del abuso de sustancias o del efecto de una afección médica.

7. CONCLUSIONES

El TLP es un trastorno de la personalidad grave caracterizado por desregulación e inestabilidad emocional, afectividad negativa, miedo al abandono, desregulación conductual en términos de conductas autodestructivas (autolesiones, atracones de comida, consumo de sustancias, entre otras), hipersensibilidad interpersonal en todos los contextos (familia, amigos, pareja y trabajo), ideación suicida y alteraciones de la identidad. Durante el proceso de evaluación psicológica es fundamental evaluar tanto las características propias de este trastorno de la personalidad como la posible comorbilidad con otros trastornos de la personalidad, trastornos de la conducta alimentaria o trastornos del estado del ánimo, entre otros. Atendiendo a las características de esta población clínica, se recomienda utilizar los siguientes instrumentos en el proceso de evaluación psicológica: Entrevista Diagnóstica para Pacientes Límite Revisada (entrevista psicológica), la escala McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder, el Inventario Clínico Multiaxial de Millon IV, la escala Borderline Personality Disorder Checklist (para la evaluación de la sintomatología propia del TLP), el Test de los 90 Síntomas (para la evaluación de la psicopatología general), la escala DASS-21 (para la evaluación de la sintomatología ansioso-de-

presiva y estrés), la Escala de Impulsividad de Barrat (para la evaluación de la impulsividad) y el Cuestionario de Regulación de las Emociones Cognitivas CERQ-36 (para la evaluación de los procesos cognitivos ante la experiencia de acontecimientos negativos y/o desagradables).

8. REFERENCIAS

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR Fourth Edition (Text Revision)*. American Psychiatric Press Inc.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (2022). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)* (5th ed.). Amer Psychiatric Pub Inc.

Asherson, P., Young, A. H., Eich-Höchli, D., Moran, P., Porsdal, V., & Deberdt, W. (2014). Differential diagnosis, comorbidity, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in relation to bipolar disorder or borderline personality disorder in adults. *Current Medical Research and Opinion*, *30*(8), 1657–1672. https://doi.org/10.1185/03007995.2014.915800

Bandelow, B., Krause, J., Wedekind, D., Broocks, A., Hajak, G., & Rüther, E. (2005). Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Research*, *134*(2), 169–179. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2003.07.008

Barker, V., Romaniuk, L., Cardinal, R. N., Pope, M., Nicol, K., & Hall, J. (2015). Impulsivity in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, *45*(9), 1955–1964. https://doi.org/10.1017/S0033291714003079

Barrachina, J., Soler, J., Campins, M., Tejero, A., Pascual, J., Alvarez, E., Zanarini, M., & Pérez Sola, V. (2004). Validation of a Spanish version of the Diagnostic Interview for Bordelines-Revised (DIB-R). *Actas Españolas de Psiquiatría*, *32*(5), 293–298.

Bloo, J., Arntz, A., & Schouten, E. (2017). The Borderline Personality Disorder Checklist: Psychometric evaluation and factorial structure in clinical and nonclinical samples. *Roczniki Psychologiczne*, *20*(2), 311–336. https://doi.org/10.18290/rpsych.2017.20.2-3en

Borges, A., & Machado, D. (2022). Bulimia nervosa and borderline personality disorder - case report and literature review. *European Psychiatry*, *65*(S1), S151–S152. https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.407

Calvo, N., Valero, S., Arntz, A., Andión, Ó., Matalí, J. L., Navascues, V., Ramos-Quiroga, J. A., Casas, M., & Ferrer, M. (2018). Validation of the Spanish version of the Borderline Personality Disorder Checklist (BPD Checklist) in a sample of BPD patients: Study of psychometric properties. *The European Journal of Psychiatry*, *32*(1), 26–35. https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2017.08.003

Carpenter, R. W., Wood, P. K., & Trull, T. J. (2016). Comorbidity of Borderline Personality Disorder and Lifetime Substance Use Disorders in a Nationally Representative Sample. *Journal of Personality Disorders*, *30*(3), 336–350. *https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_197*

Chico, E. (2000). Búsqueda de sensaciones. *Psicothema, 2*, 229-235.

Cole, P. M., Llera, S. J., & Pemberton, C. K. (2009). Emotional instability, poor emotional awareness, and the development of borderline personality. *Development and Psychopathology*, *21*(4), 1293–1310. https://doi.org/10.1017/S0954579409990162

De Aquino Ferreira, L. F., Queiroz Pereira, F. H., Neri Benevides, A. M. L., & Aguiar Melo, M. C. (2018). Borderline personality disorder and sexual abuse: A systematic review. *Psychiatry Research*, *262*, 70–77. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.043

Derks, Y. P. M. J., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2017). A Meta-analysis on the Association Between Emotional Awareness and Borderline Personality Pathology. *Journal of Personality Disorders*, *31*(3), 362–384. https://doi.org/10.1521/pedi_2016_30_257

Derogatis, L. R., & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, *33*(4), 981–989. https://doi.org/10.1002/1097-4679(197710)33:4<981::AID-JCLP2270330412>3.0.CO;2-0

Distel, M. A., Trull, T. J., Derom, C. A., Thiery, E. W., Grimmer, M. A., Martin, N. G., Willemsen, G., & Boomsma, D. I. (2008). Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries. *Psychological Medicine*, *38*(9), 1219–1229. https://doi.org/10.1017/S0033291707002024

Donegan, N. H., Sanislow, C. A., Blumberg, H. P., Fulbright, R. K., Lacadie, C., Skudlarski, P., Gore, J. C., Olson, I. R., McGlashan, T. H., & Wexler, B. E. (2003). Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. *Biological Psychiatry*, *54*(11), 1284–1293. https://doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00636-X

Dpto. I+D Pearson Clinical, Sánchez-López, P., & Cardenal-Hernáez, V. (2018). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-IV)*. Pearson.

First, M., Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, & Benjamin LS. (1997). *Strcutured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II).* American Psychiatric Press, Inc.

Fitzgerald, P. B., Srithiran, A., Benitez, J., Daskalakis, Z. Z., Oxley, T. J., Kulkarni, J., & Egan, G. F. (2008). An fMRI study of prefrontal brain activation during multiple tasks in patients with major depressive disorder. *Human Brain Mapping*, *29*(4), 490–501. https://doi.org/10.1002/hbm.20414

Frías, Á., Baltasar, I., & Birmaher, B. (2016). Comorbidity between bipolar disorder and borderline personality disorder: Prevalence, explanatory theories, and clinical impact. *Journal of Affective Disorders*, *202*, 210–219. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.05.048

Furnham, A., Milner, R., Akhtar, R., & Fruyt, F. De. (2014). A Review of the Measures Designed to Assess DSM-5 Personality Disorders. *Psychology*, *05*(14), 1646–1686. https://doi.org/10.4236/psych.2014.514175

García-Palacios, A., & Navarro-Haro, V. (2024). Capítulo 14. Trastorno de la Personalidad Límite. In A. Belloch, B. Sandín, & F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología: Vol. II* (4ª). McGraw Hill.

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, *30*(8), 1311–1327. https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6

Grossman, S. D. (2015). Millon's Evolutionary Model of Personality Assessment: A Case for Categorical/Dimensional Prototypes. *Journal of Personality Assessment*, *97*(5), 436–445. https://doi.org/10.1080/00223891.2015.1055751

Gurvits, I. G., Koenigsberg, H. W., & Siever, L. J. (2000). Neurotransmitter dysfunction in patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, *23*(1), 27–40. https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70141-6

Hansenne, M., Pitchot, W., & Ansseau, M. (2002). Serotonin, personality and borderline personality disorder. *Acta Neuropsychiatrica*, *14*(2), 66–70. https://doi.org/10.1034/j.1601-5215.2002.140203.x

Johnson, J. G., Cohen, P., Chen, H., Kasen, S., & Brook, J. S. (2006). Parenting Behaviors Associated With Risk for Offspring Personality Disorder During Adulthood. *Archives of General Psychiatry*, *63*(5), 579. https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.5.579

Joyce, P. R., Stephenson, J., Kennedy, M., Mulder, R. T., & McHugh, P. C. (2014). The presence of both serotonin 1A receptor (HTR1A) and dopamine

transporter (DAT1) gene variants increase the risk of borderline personality disorder. *Frontiers in Genetics*, *4*. https://doi.org/10.3389/fgene.2013.00313

Köhne, A. C. J., & Isvoranu, A.-M. (2021). A Network Perspective on the Comorbidity of Personality Disorders and Mental Disorders: An Illustration of Depression and Borderline Personality Disorder. *Frontiers in Psychology*, *12*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.680805

Lawrence, K. A., Allen, J. S., & Chanen, A. M. (2010). Impulsivity in Borderline Personality Disorder: Reward-Based Decision-Making and its Relationship to Emotional Distress. *Journal of Personality Disorders*, *24*(6), 785–799. https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.6.785

Levy, K. N., Meehan, K. B., Weber, M., Reynoso, J., & Clarkin, J. F. (2005). Attachment and Borderline Personality Disorder: Implications for Psychotherapy. *Psychopathology*, *38*(2), 64–74. https://doi.org/10.1159/000084813

Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, *33*(3), 335–343. https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U

Martinussen, M., Friborg, O., Schmierer, P., Kaiser, S., Øvergård, K. T., Neunhoeffer, A.-L., Martinsen, E. W., & Rosenvinge, J. H. (2017). The comorbidity of personality disorders in eating disorders: a meta-analysis. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *22*(2), 201–209. https://doi.org/10.1007/s40519-016-0345-x

Matthies, S., & Philipsen, A. (2016). Comorbidity of Personality Disorders and Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)—Review of Recent Findings. *Current Psychiatry Reports*, *18*(4), 33. https://doi.org/10.1007/s11920-016-0675-4

Millon, T. (2011). Classifying Personality Disorders: An Evolution-Based Alternative to an Evidence-Based Approach. *Journal of Personality Disorders*, *25*(3), 279–304. https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.3.279

Millon, T., Grossman, S., & Millon, C. (2015). *MCMI-IV: Millon clinical multiaxial inventory manual* . Pearson.

Mitolo, M., D'Adda, F., Evangelisti, S., Pellegrini, L., Gramegna, L. L., Bianchini, C., Talozzi, L., Manners, D. N., Testa, C., Berardi, D., Lodi, R., Menchetti, M., & Tonon, C. (2024). Emotion dysregulation, impulsivity and anger rumination in borderline personality disorder: the role of amygdala and insula. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *274*(1), 109–116. https://doi.org/10.1007/s00406-023-01597-8

Mneimne, M., Fleeson, W., Arnold, E. M., & Furr, R. M. (2018). Differentiating the everyday emotion dynamics of borderline personality disorder from major depressive disorder and bipolar disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *9*(2), 192–196. https://doi.org/10.1037/per0000255

Mosquera, D., Gonzalez, A., & Leeds, A. M. (2014). Early experience, structural dissociation, and emotional dysregulation in borderline personality disorder: the role of insecure and disorganized attachment. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *1*(1), 15. https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-15

Navarro-Gómez, S., Frías, Á., & Palma, C. (2017). Romantic Relationships of People with Borderline Personality: A Narrative Review. *Psychopathology*, *50*(3), 175–187. https://doi.org/10.1159/000474950

Palihawadana, V., Broadbear, J. H., & Rao, S. (2019). Reviewing the clinical significance of 'fear of abandonment' in borderline personality disorder. *Australasian Psychiatry*, *27*(1), 60–63. https://doi.org/10.1177/1039856218810154

Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, *51*(6), 768–774. https://doi.org/10.1002/1097-4679(199511)51:6<768::AID-JCLP2270510607>3.0.CO;2-1

Scheiderer, E. M., Wood, P. K., & Trull, T. J. (2015). The comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder: revisiting the prevalence and associations in a general population sample. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *2*(1), 11. https://doi.org/10.1186/s40479-015-0032-y

Skoglund, C., Tiger, A., Rück, C., Petrovic, P., Asherson, P., Hellner, C., Mataix-Cols, D., & Kuja-Halkola, R. (2021). Familial risk and heritability of diagnosed borderline personality disorder: a register study of the Swedish population. *Molecular Psychiatry*, *26*(3), 999–1008. https://doi.org/10.1038/s41380-019-0442-0

Soler, J., Domínguez-Clavé, E., García-Rizo, C., Vega, D., Elices, M., Martín-Blanco, A., Feliu-Soler, A., Carmona, C., & Pascual, J. C. (2016). Validación de la versión española del McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, *9*(4), 195–202. *https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.03.002*

Tous, J.M. (1984). Traducción de la escala de Búsqueda de Sensaciones de Zuckerman. Trabajo de laboratorio. Universidad de Barcelona.

Wagner, G., Krause-Utz, A., de la Cruz, F., Schumann, A., Schmahl, C., & Bär, K.-J. (2018). Resting-state functional connectivity of neurotransmitter

producing sites in female patients with borderline personality disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, *83*, 118–126. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2018.01.009

Willis, M., & Nelson-Gray, R. O. (2017). Borderline personality disorder traits and sexual compliance: A fear of abandonment manipulation. *Personality and Individual Differences*, *117*, 216–220. https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.06.012

Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (1989). The Revised Diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating BPD from other Axis II Disorders. *Journal of Personality Disorders*, *3*(1), 10–18. https://doi.org/10.1521/pedi.1989.3.1.10

Zanarini, M. C., Vujanovic, A. A., Parachini, E. A., Boulanger, J. L., Frankenburg, F. R., & Hennen, J. (2003). A Screening Measure for BPD: The McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). *Journal of Personality Disorders*, *17*(6), 568–573. https://doi.org/10.1521/pedi.17.6.568.25355

Zanarini, MC., Yong, L., Frankenburg, F., Hennen, J., Reich, D., Marino, M., & Vujanovic, A. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *190*(6), 381–387. *https://doi.org/10.1097/00005053-200206000-00006*

Zuckerman, M., Eysenck, S. B., & Eysenck, H. J. (1978). Sensation seeking in England and America: Cross-cultural, age, and sex comparisons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*(1), 139–149. *https://doi.org/10.1037/0022-006X.46.1.139*

Capítulo 13. Evaluación neuropsicológica de los trastornos del espectro autista

JOAQUÍN A. IBÁÑEZ ALFONSO

Departamento de Psicología, Universidad Loyola Andalucía
Clínica Universitaria de Psicología, Universidad Loyola Andalucía

MARÍA ELISA FERNÁNDEZ RICO

Departamento de Psicología, Universidad Loyola Andalucía

CARMEN M. PONCE LUQUE

Clínica Universitaria de Psicología, Universidad Loyola Andalucía

PABLO RODRÍGUEZ PRIETO

Departamento de Psicología, Universidad Loyola Andalucía
Clínica Universitaria de Psicología, Universidad Loyola Andalucía

Este capítulo aborda en detalle el trastorno del espectro autista (TEA) desde su definición y manifestaciones clínicas, como los déficits en la interacción social y comunicación, y comportamientos restrictivos y repetitivos; hasta los signos clínicos más comunes y principales factores de riesgo. Se revisan los trastornos comórbidos más frecuentes en estos casos, como el TDAH y la ansiedad. Finalmente, se describen en profundidad el protocolo de evaluación psicológica y neuropsicológica, incluyendo la historia clínica, entrevistas estructuradas, observaciones clínicas y baterías de pruebas estandarizadas.

1. DEFINICIÓN Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

El TEA comprende un amplio conjunto de alteraciones de origen neurobiológico que afectan al neurodesarrollo humano. Este trastorno se caracteriza por deficiencias persistentes en la comunicación y en la interacción social en distintos contextos, así como por la presencia de patrones de comportamiento, intereses o actividades repetitivos y restrictivos. Se trata de un trastorno definido como "crónico" por lo que su manifestación suele darse durante la primera infancia y perdurar a lo largo de toda la vida (Bonilla y Chaskel, 2013; Hodges et al., 2020). Al tratarse de un "espectro" existe una gran variabilidad en las manifestaciones y síntomas clínicos que varían según el nivel de funcionalidad de la persona.

En ocasiones, estos síntomas pueden venir acompañados de sintomatología ansiosa o depresiva, así como de preocupación excesiva ante situaciones novedosas, conducta hiperactiva, hábitos de alimentación inusuales, alteraciones en el sueño, irritabilidad, frustración y/o problemas de control emocional. Los déficits presentes en los TEA no se explican por una discapacidad intelectual o por un retraso global del desarrollo y son en la mayoría de los casos suficientemente graves como para causar un deterioro significativo en la calidad de vida a nivel personal, familiar, educativa y social (OMS, 2023).

Algunos estudios indican que las manifestaciones clínicas de los TEA se deben a anomalías estructurales en la organización neuronal. Estas irregularidades causan un deterioro específico en el sistema límbico y el córtex parietal, donde está ubicada la mayor cantidad de neuronas espejo, fundamentales en las relaciones interpersonales y el comportamiento imitativo (García et al., 2009). Se observan también alteraciones estructurales en el córtex prefrontal junto con sus conexiones, siendo estas las principales regiones involucradas en la regulación de la conducta social, concretamente, el área orbitofrontal se propone como potencial marcador de riesgo de desarrollo de la patología (Casanova, 2007; Guerra et al, 2021; Moliner, 2019). No obstante, no existe un biomarcador que explique claramente la neuropatología y patogénesis del trastorno.

Existen gran variedad de signos y síntomas característicos del autismo, pero podríamos decir que estos se dividen en dos grandes categorías: los relacionados con la comunicación y los de la conducta (ver Tabla 1).

Tabla 1.
Signos clínicos de los trastornos del espectro autista.

Signos relacionados con la comunicación y el lenguaje (NIDCD, 2020)	**Signos relacionados con la conducta (CDC, 2022)**
Lenguaje repetitivo o rígido, acompañado de ecolalias, repetición involuntaria de palabras.	No imita ni repite acciones o gestos de los demás
Falta de comprensión verbal y reciprocidad comunicativa.	Presencia de estereotipias; movimientos repetitivos, coordinados y rítmicos que pueden aparecer en forma de tics, muecas, aleteo o chasquido de los dedos. Forma más común de regulación emocional.
Retraso en la adquisición y el desarrollo expresivo y comunicativo del lenguaje.	Dificultad para desarrollar y mantener relaciones interpersonales en múltiples contextos.
Tono de voz más alto de lo normal o uso de voz musical al comunicarse.	Ausencia de juego simbólico.
Desarrollo desigual del lenguaje, los niños con TEA en ocasiones pueden tener un desarrollo del vocabulario más rápido de lo esperado para su edad.	Falta de interés en otros niños o hermanos.
Dificultad para comprender y atender a señales sociales o emocionales de otros.	Marcha de puntillas.
Poca destreza para la comunicación preverbal. Suelen tener dificultades para comunicarse sin la utilización del lenguaje, no suelen señalar o hacer gestos con las manos.	Interés fijo en una determinada temática.
Suelen dar la impresión de estar distraídos o ensimismados.	Presencia de rutinas o rituales específicos al comer, dormir, salir de casa, etc.
	Conducta rígida y poco flexible ante los cambios.
	Poner juguetes u objetos en fila de manera reiterada o enfocarse en partes específicas de los objetos, por ejemplo, la goma del lápiz.
	Hipersensibilidad sensorial y poca tolerancia a texturas novedosas o inusuales.

2. PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO

El autismo es quizá uno de los trastornos del neurodesarrollo del que menos conocimiento existe sobre su etiología y mecanismos patogénicos, por lo que siguen siendo un enigma para la ciencia actual, dificultando su diagnóstico. Actualmente no existe un solo factor que explique la nosogénesis u origen del TEA, siendo por lo tanto de índole multifactorial (Bertrand et al, 2001). Se sabe que aproximadamente el 90% de los casos de TEA son el resultado de la interacción de múltiples factores biológicos y ambientales específicos. El 10% restante se debe a mutaciones genéticas conocidas (Zafeiriou et al., 2013).

2.1. Factores biológicos

Por lo que respecta a los factores biológicos, estudios recientes indican que la causa de autismo puede explicarse por alteraciones genéticas *de novo* en un 64%. La concordancia genética en gemelos monocigóticos y dicigóticos es de 98% y 40-60%, respectivamente (Gaona et al., 2024; Hallmayer et al., 2011; Tick et al., 2015). Dentro las posibles causas del TEA, los factores biológicos perinatales como la edad avanzada de los progenitores en el momento de la fecundación (madre > 35 años) juegan un papel importante en su aparición (Lord et al., 2018).

Por otro lado, diversos estudios indican que la adquisición de infecciones bacterianas, virus, o enfermedades de tipo autoinmune durante el periodo de gestación están asociadas al desarrollo de TEA (Styles et al., 2020). La exposición prenatal a sustancias psicoactivas como el alcohol, tabaco o cocaína, así como el uso de ácido valproico, psicofármacos o fármacos anticonvulsivos, y la exposición continua a contaminación ambiental de neurotóxicos (ej.: aluminio y mercurio) están relacionados con la aparición del TEA (González Muñoz y González de Dios, 2013; Ornoy et al., 2015; Strunecka et., 2016).

2.2. Factores socioculturales

Históricamente, el TEA ha sido asociado al género masculino, existiendo una mayor incidencia masculina a nivel poblacional, con una pro-

porción respectiva de 4:1, por lo que el sexo femenino es considerado por muchos autores como un "factor protector". Sin embargo, recientemente se ha visto que las mujeres tienden a manifestar los síntomas propios del trastorno de manera atípica, resultando en el fenómeno de "camuflaje". Este fenómeno describe la capacidad que tienen las mujeres con autismo de disimular o enmascarar la confusión social y las dificultades sensoriales propias del espectro para atender a las demandas sociales y culturales de la sociedad. Se ha visto que el fenotipo de las mujeres es propenso a manifestar los síntomas del autismo a través de sintomatología de carácter ansioso-depresiva. Al estar la mayoría de las herramientas de evaluación neuropsicológica basadas en investigaciones hechas en población masculina, los instrumentos no son lo suficientemente sensibles como para detectar el "camuflaje" de los síntomas en población femenina, lo que ha resultado en diagnósticos inconclusos, tardíos o erróneos (Rynkiewicz et al., 2019).

3. TRASTORNOS MENTALES COMÓRBIDOS MÁS FRECUENTES

La variabilidad de las manifestaciones clínicas del TEA hace que la sintomatología autista coincida frecuentemente con síntomas asociados a condiciones psiquiátricas, médicas u otros trastornos del neurodesarrollo. Estudios clínicos estiman que alrededor del 70% de los casos de TEA presentan comorbilidad con al menos 1 trastorno mental grave (Hawks y Constantino, 2020). Entre las manifestaciones que expresan las personas con TEA, la sintomatología ansiosa parece ser una de las más comunes. Se estima que hasta el 84% de los casos de TEA sin discapacidad intelectual exhiben trastornos ansiosos. Dentro de los trastornos de ansiedad, las fobias específicas (29,8%), trastorno obsesivo compulsivo (TOC) (17,4%), ansiedad social y agorafobia (16,6%) son respectivamente los más comunes en TEA (Kerns et al., 2015; Postorino et al., 2017). En este sentido, cabe destacar la comorbilidad existente entre el TEA y el TOC, ya que ambos trastornos comparten síntomas que coexisten y se manifiestan de manera similar (Cadman et al., 2015; Postorino et al., 2017). Los síntomas del TEA pueden, en ocasiones, coincidir con los síntomas presentes en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), llegando algunos autores incluso a indicar

la presencia de comorbilidad de TDAH en el 50-70% de casos de TEA (Rong et al., 2021). En cuanto a los patrones de sueño, se estima que aproximadamente el 53% de los niños con autismo (con o sin discapacidad intelectual) sufren de algún trastorno del sueño. Investigaciones recientes sugieren que los niños con TEA podrían presentar anormalidades en los niveles de melatonina, lo que causa disrupciones nocturnas (Devnani y Hedge, 2015; Krakowiak et al., 2018).

Socialmente, existe la creencia arraigada de que las personas que se encuentran dentro del espectro autista poseen capacidades intelectuales superiores o exhiben un talento especial en áreas específicas como la memoria, matemáticas, arte, o música. Esta condición se denomina síndrome *savant* (síndrome del sabio en español) y está presente en aproximadamente el 10% de los casos de TEA (Treffert, 2014). Por otro lado, la discapacidad intelectual también suele estar altamente asociada al TEA. Estudios epidemiológicos recientes estiman que el 30% de las personas con TEA presentan un CI < 70, mientras que el 25% se encuentran dentro de la discapacidad intelectual límite o *borderline* (CI entre 71-85) y el 45% posee un CI igual o superior al promedio (CI ≥ 85). La presencia de discapacidad intelectual en sujetos con TEA puede ser considerado un indicador de mal pronóstico (Baio et al., 2018; Wolff et al., 2022).

4. CRITERIOS CLÍNICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA

Tal y como se recoge en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su 5ª edición, DSM-5-TR (Asociación Americana de Psiquiatría, 2022), actualmente, se reconocen tres niveles de gravedad para el trastorno del espectro autista en relación con dificultades persistentes en la comunicación e interacción social en diversos contextos. Se dividen en:

— El criterio A: deficiencias en la reciprocidad socioemocional, deficiencias en las conductas comunicativas no verbales utilizadas en la interacción social o deficiencias en el desarrollo, mantenimiento y comprensión de las relaciones sociales.

- Los individuos diagnosticados de TEA deben, además, cumplir al menos dos de los apartados del criterio B: (1) Movimientos, habla, uso de objetos estereotipados, (2) Monotonía o excesiva inflexibilidad en rutinas o patrones verbales o no verbales, (3) Intereses restringidos y fijos anormales en cuanto a su intensidad, (4) Hiper- o hipoactividad ante estímulos sensoriales.
- Se deben de cumplir también los criterios C, D y E del TEA según la clasificación nosológica del DSM-V-TR (APA, 2022).

A continuación, se muestra en la Tabla 2 los niveles de gravedad basados en los deterioros de la comunicación social y en patrones de comportamiento restringidos y repetitivos:

Tabla 2.
Niveles de gravedad dentro de los trastornos del espectro autista.

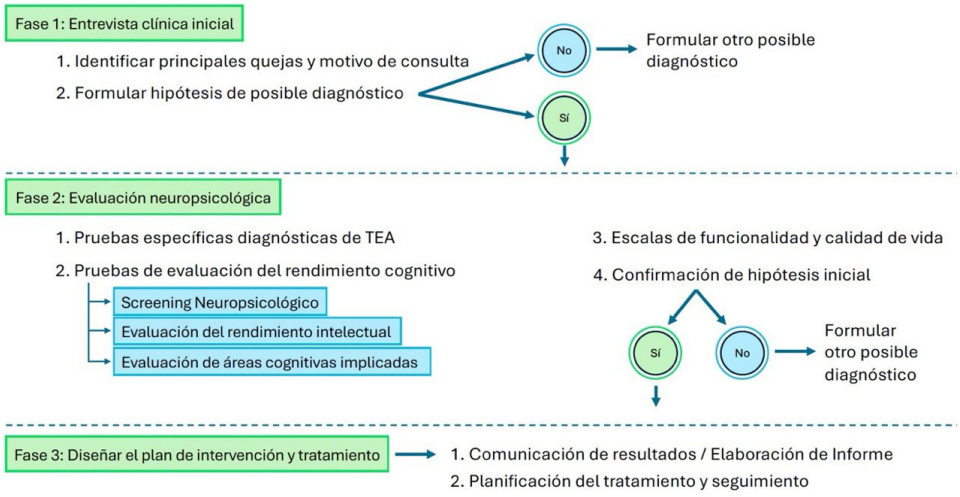
Nivel de gravedad	Comunicación social	Comportamientos restringidos y repetitivos
Grado 1: Necesita ayuda	Sin ayuda, las deficiencias en la comunicación social causan problemas importantes. Dificultad para iniciar interacciones sociales y respuestas atípicas o insatisfactorias a la apertura social de otras personas. Puede parecer que tienen poco interés en las interacciones sociales.	La inflexibilidad de comportamiento causa una interferencia significativa con el funcionamiento en uno o más contextos. Dificultad para alternar actividad. Los problemas de organización y de planificación dificultan la autonomía.
Grado 2: Necesita ayuda notable	Deficiencias notables de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal; problemas sociales aparentes incluso con ayuda; inicio limitado de interacciones sociales y reducción de respuestas o respuestas anormales a la apertura social de otras personas	La inflexibilidad de comportamiento, la dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/repetitivos aparecen con frecuencia claramente al observador casual e interfieren con el funcionamiento en diversos contextos. Ansiedad y/o dificultad para cambiar el foco de acción
Grado 3: Necesita ayuda muy notable	Las deficiencias graves de las aptitudes de comunicación social verbal y no verbal causan alteraciones graves del funcionamiento, inicio muy limitado de las interacciones sociales y respuesta mínima a la apertura social de otras personas.	La inflexibilidad de comportamiento, la extrema dificultad de hacer frente a los cambios u otros comportamientos restringidos/ repetitivos interfieren notablemente con el funcionamiento en todos los ámbitos. Ansiedad intensa/dificultad para cambiar el foco de acción.

Fuente: Asociación Americana de Psiquiatría (2022).

La Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud define el TEA caracterizado por déficits persistentes en la capacidad de iniciar y sostener la interacción social recíproca y la comunicación social, y por un rango de patrones comportamentales e intereses restringidos, repetitivos e inflexibles. Su inicio es típicamente durante la primera infancia, pero puede no manifestarse plenamente hasta que las demandas sociales exceden las capacidades limitadas. Los déficits son lo suficientemente graves como para causar deterioro a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento del individuo, y generalmente constituyen una característica persistente del individuo que es observable en todos los ámbitos, aunque pueden variar (OMS, 2019).

5. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

En la Figura 1 se muestran los pasos recomendados en la realización de una evaluación neuropsicológica de un posible trastorno del espectro autista:



5.1. Definición de las principales quejas y motivos de consulta

El diagnóstico de los TEA suele realizarse a partir de los 3 años. En la mayoría de los casos, los padres acuden a los servicios de pediatría con gran preocupación ya sea por recomendación del colegio o porque ellos mismos o familiares detectan señales alarmantes relacionadas con el desarrollo psicomotor o un retraso en la adquisición de hitos del desarrollo (Autismo Sevilla, 2024). Es esencial que los profesionales de atención primaria estén familiarizados con los signos de alarma asociados al TEA (ver tabla 3) que indican la necesidad de derivar a centro de atención temprana, neurología pediátrica, o neuropsicología, para iniciar la valoración correspondiente (Mulas et al., 2010).

Tabla 3.
Signos de alarma para iniciar estudio de un posible trastorno del espectro autista.

No se observan sonrisas u otras expresiones placenteras a partir de los 6 meses
No responde a sonidos compartidos, sonrisas u otras expresiones a partir de los 9 meses
No balbucea a los 12 meses
No dice palabras sencillas a partir de los 16 meses
No hace frases espontáneas de dos palabras con sentido (no ecolalia) a partir de los 24 meses
Cualquier pérdida de lenguaje o habilidad social a cualquier edad
Dificultades para seguir la mirada del adulto
Ausencia de imitación espontánea después de los 12 meses

Modificado de Mulas et al. (2010).

Previa a una exhaustiva evaluación psicológica y neuropsicológica con entrevistas estructuradas y una batería estandarizada, es importan-

te recoger las necesidades específicas percibidas por las personas que acudan a nuestra consulta. Iniciamos la entrevista recogiendo el motivo de consulta, solicitamos posibles informes previos y abordamos la evolución de las dificultades que presenta. Esta información, habitualmente, la recogemos de los padres, cuidadores o personas que conviven con el paciente, pero en función de la edad de este, también se puede preguntar directamente siempre que los menores tengan adquirido suficiente lenguaje funcional, y adaptando las preguntas para facilitar su entendimiento. También podemos valorar las herramientas y las estrategias de afrontamiento, así como el impacto emocional que suponen estas dificultades en su rutina diaria. Por último, recogemos información sobre el sueño, alimentación y consumo de sustancias, además de valorar el tratamiento farmacológico que pueda estar tomando.

5.2. Principales técnicas e instrumentos de evaluación neuropsicológica

El desafío más grande dentro de los TEA recae en una detección temprana, siendo una variable determinante de un mejor pronóstico (Sampedro-Tobón et al., 2013). En este sentido, resulta fundamental contar con una batería neuropsicológica integral que sea eficaz a la hora de evaluar los recursos cognitivos del paciente y sus dificultades a nivel social, conductual y del lenguaje.

A partir de esta necesidad, se propone una batería de pruebas específicas para la evaluación y detección de los TEA. Esta batería está compuesta por diversos instrumentos de evaluación altamente efectivos y adaptados a la población española, que podrán variar en función de la edad de la persona evaluada y la disponibilidad de los materiales, por lo que no debe considerarse un listado exhaustivo ni excluyente, sino una de las posibles propuestas. Estos han sido agrupados en 3 grandes bloques:

- Pruebas específicas diagnósticas (ver Tabla 4)
- Pruebas de evaluación del rendimiento cognitivo (ver Tabla 5)
- Escalas de funcionalidad y calidad de vida (ver Tabla 6)

Tabla 4.
Pruebas específicas diagnósticas.

Prueba	Descripción
Cuestionario de comunicación social, versión adaptada al español del original The Social Comunication Questionnaire (SCQ; Rutter et al., 2003/2005).	— Prueba de screening breve cumplimentada por padres de familia o cuidadores del menor — Evalúa los principales síntomas y conductas asociados al TEA con respecto a la vida pasada del paciente (Forma A) y en función de los últimos 3 meses (Forma B)
Cociente del Espectro Autista, versión original Autism-Spectrum Quotient (AQ; Baron-Cohen et al., 2001), adaptado al español por López (2020)	— Cuestionario autoadministrable ampliamente utilizado para evaluar los síntomas asociados al TEA en adultos sin discapacidad intelectual. — Evalúa 5 áreas relacionadas con la interacción social, comunicación, atención a los detalles, cambios en la atención e imaginación.
Cociente del Espectro Autista (versión para niños y adolescentes)	— Versiones adaptadas para niños entre 4 y 11 años del original Autism-Spectrum Quotient: Children's Version (AQ-C; Auyeung et al., 2008); y versión para adolescentes hasta los 15 años (Baron-Cohen et al., 2006), adaptados al español por López (2020).
Entrevista para el diagnóstico del autismo revisada, adaptación española del Autism Diagnostic Interview (ADI-R; Rutter et al., 2003/2024)	— Entrevista clínica para la evaluación profunda de las sospechas de TEA. — Enfocada en la detección de conductas características de los TEA y en las dificultades en la comunicación y el lenguaje. — La recogida de información se hace a través de los padres o cuidadores.
Escala de Observación para el diagnóstico del Autismo, adaptación española del Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS-2; Lord et al., 2012/2015)	— Instrumento de referencia para la evaluación y diagnóstico del TEA. — Sistema de observación de la conducta que dispone de diversas actividades planificadas que asemejan situaciones sociales concretas llamadas "presiones". — A lo largo de la prueba, el profesional capacitado podrá observar como la persona se enfrenta a dichas situaciones y podrá identificar conductas características de las personas con TEA. — Está compuesto por 5 módulos dirigidos a diferentes poblaciones y grupos de edad desde el primer año hasta adultos.

Tabla 5.
Pruebas de evaluación del rendimiento cognitivo.

ÁREAS DE EVALUACIÓN	NIÑOS Y ADOLESCENTES	ADULTOS
Screening cognitivo general. Idea unificada del rendimiento cognitivo global de la persona.	NEURO-KID (entre 3 y 7 años) (Portellano et al., 2019) Cuestionario de Madurez Neuropsicológica para Escolares (CUMANES) (entre 7 y 11 años) (Portellano et al., 2012)	Montreal Cognitiva Assessment (MoCa) (Nasreddine et al., 2018; Ojeda et al., 2016)
Atención. Enfoque durante periodos prolongados de tiempo y supresión de interferencia que se produzca en el contexto.	Test de Percepción de Diferencias - Revisado (CARAS-R) (Thurstone y Yela, 2012).	D2-R (Brickenkamp et al., 2010/2022).
Funciones ejecutivas: Memoria de Trabajo. Capacidad para retener y manipular temporalmente la información.	Subprueba Dígitos del WISC-V (Weschler, 2014/2015)	Subprueba Dígitos del WAIS-IV (Weschler, 2008/2012)
Funciones ejecutivas: Velocidad de procesamiento. Rapidez a la que el individuo procesa la información. Inhibición. Capacidad de controlar impulsos y evadir distracciones del entorno. Flexibilidad cognitiva. Patrón de cambio a las diferentes demandas del entorno de manera fluida.	Test de los 5 dígitos (Sedó, 2007)	Test de los 5 dígitos (Sedó, 2007)
Rendimiento intelectual. Se evalúa con el propósito de descartar un posible retraso madurativo que podría subyacer a las dificultades percibidas.	Test Breve de inteligencia de Kaufman (K-BIT) (Kaufman y Kaufman, 2000/2011) Matrices progresivas de Raven 2 (RPM) (Raven et al., 2018/2019) Escalas de inteligencia de Wechsler para Preescolares (WPPSI-IV; Wechsler, 2012/2014) o para niños (WISC-V; Wechsler, 2014/2015)	Test Breve de inteligencia de Kaufman (K-BIT) (Kaufman y Kaufman, 2000/2011) Matrices progresivas de Raven 2 (RPM) (Raven et al., 2018/2019) Escala de inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS-IV) (Wechsler, 2008/2012)

Tabla 6.
Escalas de funcionalidad y de calidad de vida

Prueba	Descripción
Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa (ABAS – II) (Montero y Fernández-Pinto, 2013).	— Evaluación de la conducta adaptativa desde 0 a 89 años — Identifica las habilidades funcionales de la vida diaria del sujeto y su grado de autonomía e independencia.
Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud para población infantil y adolescente (KIDSCREEN) (Grupo Kidscreen, 2006)	— Cuestionario utilizado para evaluar la calidad de vida asociada al estado de salud en población infantil y juvenil. Versión española desarrollada por Aymerich et al. (2024).
Cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) (OMS, 1998)	— Escala de calidad de vida y grado de satisfacción con el estado de salud. — Herramienta transcultural validada en España.

Una vez finalizada la evaluación neuropsicológica será posible realizar una síntesis de todos los hallazgos cuantitativos y cualitativos de las pruebas administradas y las observaciones realizadas, y ponerlos en relación con la anamnesis y los juicios clínicos preliminares. Organizar todos estos datos en un informe clínico ayudará a la generación de los posibles diagnósticos y a la comunicación de los resultados, sirviendo de base para la planificación de posibles tratamientos, así como para el seguimiento del caso.

CONCLUSIONES

El TEA es una condición compleja y heterogénea que requiere un enfoque amplio para su evaluación y comprensión. A lo largo del capítulo hemos explorado las diversas manifestaciones clínicas del TEA, los signos y factores de riesgo asociados, así como los trastornos comórbidos más frecuentes. Además, hemos abordado en profundidad el protocolo de evaluación necesaria que corresponde administrar en estos casos. Este protocolo no sólo facilita un diagnóstico preciso y una buena com-

prensión de las dificultades de las personas que lo padecen, sino que también permite diseñar intervenciones personalizadas que aborden las necesidades percibidas de manera ajustada e individualizada.

REFERENCIAS

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). *https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787*

Autismo Sevilla. (2024). *Evaluación y orientación. https://www.autismosevilla.org/evaluacion-y-orientacion.php*

Auyeung, B., Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., y Allison, C. (2008). The Autism Spectrum Quotient: Children's Version (AQ-Child). Journal of autism and developmental disorders, 38(7), 1230–1240. https://doi.org/10.1007/s10803-007-0504-z

Aymerich, M., Berra, S., Guillamón, I., Herdman, M., Alonso, J., Ravens-Sieberer, U., y Rajmil, L. (2024). Desarrollo de la versión en español del KIDSCREEN: un cuestionario de calidad de vida para la población infantil y adolescente. *Gaceta Sanitaria*, *19*(2), 93–102.

Baio, J., Wiggins, L., Christensen, D. L., Maenner, M. J., Daniels, J., Warren, Z., Kurzius-Spencer, M., Zahorodny, W., Robinson, C., Rosenberg, N., White, T., Durkin, M. S., Imm, P., Nikolaou, L., Yeargin-Allsopp, M., Lee, L., Harrington, R., Lopez, M., Fitzgerald, R. T., . . . Dowling, N. F. (2018). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report. Surveillance Summaries*, *67*(6), 1–23. *https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6706a1*

Baron-Cohen, S., Hoekstra, R. A., Knickmeyer, R., y Wheelwright, S. (2006). The Autism-Spectrum Quotient (AQ)--adolescent version. Journal of autism and developmental disorders, 36(3), 343–350. https://doi.org/10.1007/s10803-006-0073-6

Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., Martin, J., y Clubley, E. (2001). The autism-spectrum quotient (AQ): evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *Journal of autism and developmental disorders*, *31*(1), 5–17. *https://doi.org/10.1023/a:1005653411471*

Bertrand, J., Mars, A., Boyle, C., Bove, F., Marshalyn Yeargin-Allsopp, y Decoufle, P. (2001). Prevalence of Autism in a United States Population: The Brick

Township, New Jersey, Investigation. *Pediatrics*, *108*(5), 1155–1161. *https://doi.org/10.1542/peds.108.5.1155*

Bonilla, M. y Chaskel, R. (2016). Trastorno del espectro autista. *Programa de educación continua en pediatría. Sociedad Colombiana de pediatría,* 15 (1), 19-29.

Brickenkamp, R., Schmidt-Atzert, L., y Liepmann, D. (2022). *d2-R. Test de Atención - Revisado* (B. Ruiz-Fernández, Adapt.). Hogrefe TEA Ediciones. (Versión original publicada en 2010).

Caballero, R. (2019). Síndrome de Asperger. *Los trastornos generales del desarrollo una aproximación desde la práctica.* Consejería de educación. volumen II, 6- 13.

Cadman, T., Spain, D., Johnston, P., Russell, A., Mataix-Cols, D., Craig, M., Deeley, Q., Robertson, D., Murphy, C., Gillan, N., C Ellie Wilson, Mendez, M., Ecker, C., Daly, E., Findon, J., Glaser, K., Happé, F., y Murphy, D. (2015). Obsessive-Compulsive Disorder in Adults with High-Functioning Autism Spectrum Disorder: What Does Self-Report with the OCI-R Tell Us? *Autism Research*, *8*(5), 477–485. *https://doi.org/10.1002/aur.1461*

Casanova, M. F. (2007). The Neuropathology of Autism. *Brain Pathology*, *17*(4), 422–433. *https://doi.org/10.1111/j.1750-3639.2007.00100.x*

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2022, enero 6). *Signos y síntomas de los trastornos del espectro autista.* Centers for Disease Control and Prevention. Recuperado el 15 de mayo de 2024 de *https://www.cdc.gov/autism/es/signs-symptoms/signos-y-sintomas-de-los-trastornos-del-espectro-autista.html*

Devnani, P. A., y Hegde, A. U. (2015). Autism and sleep disorders. *Journal of Pediatric Neurosciences*, *10*(4), 304–304. *https://doi.org/10.4103/1817-1745.174438*

Gaona, V. (2024). Etiología del autismo. *Medicina (Buenos Aires)*, *84* (Supl I), 31-36.

García J. (2009). Autismo, epilepsia y patología del lóbulo temporal. *Revista de Neurología,* 48(2), 35-45.

González Muñoz, M., y González De Dios, J. (2013). El uso de ácido valproico en embarazadas incrementa la incidencia de hijos con trastorno del espectro autista. *Evidencias en Pediatría,* 9, 47.

Guerra, M., y Duarte, L. (2021). La neuroanatomía y neurofisiología en la comprensión de los trastornos del espectro autista. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, *40*(1), 1-8.

Hawks, Z. W., y Constantino, J. N. (2020). Neuropsychiatric "Comorbidity" as Causal Influence in Autism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *59*(2), 229–235. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.07.008

Hallmayer, J., Cleveland, S., Torres, A., Phillips, J., Cohen, B., Torigoe, T., Miller, J., Fedele, A., Collins, J., Smith, K., Lotspeich, L., Croen, L. A., Ozonoff, S. J., Lajonchere, C., Grether, J. K., y Risch, N. (2011). Genetic Heritability and Shared Environmental Factors Among Twin Pairs with Autism. *Archives of General Psychiatry*, *68*(11), 1095–1095. *https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.76*

Hodges, H., Fealko, C., y Soares, N. (2020). Autism spectrum disorder: definition, epidemiology, causes, and clinical evaluation. *Translational Pediatrics*, *9*(S1), S55–S65. *https://doi.org/10.21037/tp.2019.09.09*

Kaufman, A. S. y Kaufman, N. L. (2011). *K-BIT, Test Breve de Inteligencia de Kaufman* (versión española). Pearson Clinical & Talent Assessment. (Versión original publicada en 2000).

Kerns, C. M., Kendall, P. C., Zickgraf, H., Franklin, M. E., Miller, J., y Herrington, J. (2015). Not to Be Overshadowed or Overlooked: Functional Impairments Associated with Comorbid Anxiety Disorders in Youth With ASD. *Behavior Therapy*, *46*(1), 29–39. *https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.03.005*

Grupo KIDSCREEN (2006). *KIDSCREEN-52: Cuestionario de calidad de vida para niños y adolescentes*. The KIDSCREEN Group Europe. https://www.kidscreen.org/contacts/spanish-spain/

Korkman, M., Kirk, U., y Kemp, S. (2014). *NEPSY—Second Edition (NEPSY-II)*. Pearson Educación. (Versión original publicada en 2007).

Krakowiak, P., Goodlin-Jones, B. L., Irva Hertz-Picciotto, Croen, L. A., y Hansen, R. L. (2008). Sleep problems in children with autism spectrum disorders, developmental delays, and typical development: a population-based study. *J Sleep Res* 17(2): 197–206. DOI: 10.1111/j.1365-2869.2008.00650.x

López, M. B. (2020). Tamizaje de Trastornos del Espectro Autista en adultos: una versión en español del AQ-10. *Neuropsicologia Latinoamericana*, *12*(2). *https://doi.org/10.5579/rnl.2020.0515*

Lord, C., Brugha, T. S., Charman, T., Cusack, J., Dumas, G., Frazier, T., Jones, E. J. H., Jones, R. M., Pickles, A., State, M. W., Julie Lounds Taylor, y Veenstra-VanderWeele, J. (2020). Autism spectrum disorder. *Nature Reviews. Disease Primers*, *6*(1). *https://doi.org/10.1038/s41572-019-0138-4*

Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P.C., Risi, S., Gotham, K., Bishop, S.L., Luyster, R.J., y Guthrie, W. (2015). *ADOS-2. Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo -2* (T. Luque, Adapt.). TEA Ediciones. (Versión original publicada en 2012).

Lord, C., Mayada Elsabbagh, Baird, G., y Veenstra-Vanderweele, J. (2018). Autism spectrum disorder. *Lancet*, *392*(10146), 508–520. *https://doi.org/10.1016/s0140-6736(18)31129-2*

Moliner, B. (2018). *Alteraciones estructurales cerebrales en niños con Trastorno de Asperger y su relación con el perfil cognitivo.* [Trabajo Final de Máster, Universitat Jaume].

Montero, D., y Fernández-Pinto, I. (2013). *ABAS-II. Sistema de Evaluación de la Conducta Adaptativa*. TEA Ediciones.

Mulas, F., Ros-Cervera, G., Millá, M. G., Etchepareborda, M. C., Abad, L., y Téllez de Meneses, M. (2010). Modelos de intervención en niños con autismo. *Revista de Neurología*, *50*(3), 77-84.

Nasreddine, Z. S., y Charbonneau, S. (2018). *Montreal Cognitive Assessment (MoCA), versión española*. Adaptación: Instituto de Neurociencias de Buenos Aires (INEBA). Recuperado de *https://www.mocatest.org*

National Institute on Deafness and Other Communication disorders. (2020). *Trastornos del espectro autista: Problemas de comunicación en los niños. https://www.nidcd.nih.gov/es/espanol/problemas-de-comunicacion-en-los-ninos-con-trastornos-del-espectro-autista*

Ojeda, N., del Pino, R., Ibarretxe-Bilbao, N., Schretlen, D. J., y Peña, J. (2016). Test de evaluación cognitiva de Montreal: Normalización y estandarización de la prueba en población española. *Revista de Neurologia*, *63*(11), 488–496.

Organización Mundial de la Salud (2019). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados (CIE-11). https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/es#334423054*

Organización Mundial de la Salud (2023). *Autism: Epidemiology. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders#:~:text=It%20is%20estimated%20that%20worldwide,figures%20that%20are%20substantially%20higher*

Organización Mundial de la Salud. (1998). *WHOQOL: Measuring quality of life. https://www.who.int/tools/whoqol/whoqol-bref/docs/default-source/publishing-policies/whoqol-bref/spanish-spain-whoqol-bref*

Ornoy, A., Weinstein-Fudim, L., y Ergaz, Z. (2015). Prenatal factors associated with autism spectrum disorder (ASD). *Reproductive Toxicology*, *56*, 155–169. *https://doi.org/10.1016/j.reprotox.2015.05.007https://doi.org/10.1016/j.reprotox.2015.05.007*

Portellano, J. A., Mateos, R., y Martínez Arias, R. (2019). *NEURO-KID. Screening Neuropsicológico Infantil*. TEA Ediciones.

Portellano, J.A.; Mateos, R.; Martínez Arias, R. (2012). Cuestionario de Madurez Neuropsicológica Escolar. (CUMANES). Madrid: TEA Ediciones.

Postorino, V., Kerns, C. M., Giacomo Vivanti, Bradshaw, J., Siracusano, M., y Mazzone, L. (2017). Anxiety Disorders and Obsessive-Compulsive

Disorder in Individuals with Autism Spectrum Disorder. *Current Psychiatry Reports*, *19*(12). *https://doi.org/10.1007/s11920-017-0846-yhttps://doi.org/10.1007/s11920-017-0846-y*

Raven, J. C. (2019). *Raven's 2, Matrices progresivas de Raven-2* (versión española). Pearson Clinical & Talent Assessment. (Versión original publicada en 2018).

Rong, Y., Yang, C.-J., Jin, Y., y Wang, Y. (2021). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in individuals with autism spectrum disorder: A meta-analysis. *Research in Autism Spectrum Disorders*, *83*, 101759–101759. *https://doi.org/10.1016/j.rasd.2021.101759https://doi.org/10.1016/j.rasd.2021.101759*

Rutter, M., Bailey, A., Lord, C. (2005). *SCQ Cuestionario de comunicación social* (J. Pereña y P. Santamaría, Adapt.). TEA Ediciones. (Versión original publicada en 2003).

Rutter, M., Le Couteur, A., y Lord, C. (2024). *ADI-R. Entrevista para el Diagnóstico del Autismo – Revisada* (V. Nanclares-Nogués, A. Cordero y P. Santamaría, Adapt.). TEA Ediciones. (Versión original publicada en 2003).

Rynkiewicz, A., Janas-Kozik, M., y Słopień, A. (2019). Girls and women with autism. *Psychiatria Polska*, *53*(4), 737–752. *https://doi.org/10.12740/pp/onlinefirst/95098https://doi.org/10.12740/pp/onlinefirst/95098*

Sampedro-Tobón, M.E., González-González, M., Vélez-Vieira, S., y Lemos-Hoyos, M. (2013). Detección temprana en trastornos del espectro autista: una decisión responsable para un mejor pronóstico. *Boletín Médico Del Hospital Infantil de México*, *70*(6), 456–466.

Sedó, M. A. (2007). *Test de los cinco dígitos (FDT)*. TEA Ediciones, Madrid.

Strunecka, A., Blaylock, R. L., y Strunecky, O. (2016). Fluoride, aluminum, and aluminofluoride complexes in pathogenesis of the autism spectrum disorders: A possible role of immunoexcitotoxicity. *Journal of Applied Biomedicine*, *14*(3), 171–176. *https://doi.org/10.1016/j.jab.2016.04.001*

Styles, M., Alsharshani, D., Samara, M., Alsharshani, M., Khattab, A., Qoronfleh, M., Al-Dewik, N. (2020). Risk factors diagnosis prognosis and treatment of autism. *Frontiers in Bioscience*, *25*(9), 1682–1717. *https://doi.org/10.2741/4873*

Tick, B., Bolton, P., Happé, F., Rutter, M., y Rijsdijk, F. V. (2015). Heritability of autism spectrum disorders: a meta analysis of twin studies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *57*(5), 585–595. *https://doi.org/10.1111/jcpp.12499*

Treffert, D. A. (2013). Savant Syndrome: Realities, Myths and Misconceptions. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *44*(3), 564–571. *https://doi.org/10.1007/s10803-013-1906-8*

Thurstone, L. L., y Yela, M. (2012). *Test de Percepción de Diferencias - Revisado (CARAS-R)*. TEA Ediciones.

Wechsler, D. (2012). *WAIS-IV. Escala de inteligencia de Wechsler para adultos-IV. Manual de aplicación y corrección.* Madrid: NCS Pearson, Inc. (Versión original publicada en 2008).

Wechsler, D. (2014). *WWPSI-IV. Escala de Inteligencia de Weschler para preescolar y primaria*. Madrid: NCS Pearson, Inc. (Versión original publicada en 2012).

Wechsler, D. (2015). *WISC-V, Escala de inteligencia de Wechsler para niños-V.* Madrid: NCS Pearson, Inc. (Versión original publicada en 2014).

Wolff, N., Stroth, S., Kamp-Becker, I., Roepke, S., y Roessner, V. (2022). Autism Spectrum Disorder and IQ – A Complex Interplay. *Frontiers in Psychiatry*, *13*. *https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.856084*

Zafeiriou, D. I., Ververi, A., Dafoulis, V., Kalyva, E., y Vargiami, E. (2013). Autism spectrum disorders: the quest for genetic syndromes. *American journal of medical genetics. Part B, Neuropsychiatric genetics: the official publication of the International Society of Psychiatric Genetics*, *162B*(4), 327–366. *https://doi.org/10.1002/ajmg.b.32152*

Zeidan, J., Fombonne, E., Scorah, J., Ibrahim, A., Durkin, M. S., Saxena, S., Yusuf, A., Shih, A., y Mayada Elsabbagh. (2022). Global prevalence of autism: A systematic review update. *Autism Research*, *15*(5), 778–790. *https://doi.org/10.1002/aur.2696*

Capítulo 14. Evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en infancia, adolescencia y edad adulta

JAVIER FENOLLAR CORTÉS Y CARLOS LÓPEZ PINAR
Departamento de Psicología, Universidad Europea de Valencia

En el presente capítulo vamos a exponer aquellos aspectos clave para la evaluación del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) a lo largo de la vida. Comenzaremos presentando las características fundamentales del trastorno y su presentación clínica, seguiremos presentando los criterios diagnósticos más utilizados, para posteriormente hablar de los instrumentos de evaluación del trastorno y cerrarlo con cuestiones a tener en cuenta para el diagnóstico diferencial.

1. DEFINICIÓN Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo cuyos síntomas primarios incluyen un patrón persistente de dificultades asociadas al rendimiento atencional deficitario y/o conductas hiperactivas/impulsivas,

cuya expresión clínica se evidencia como mínimo antes de los doce años de edad, que tiene un impacto negativo en el funcionamiento de la persona y su entorno. Suele extenderse hasta la edad adulta, y su manifestación clínica puede variar a lo largo del tiempo (American Psychiatric Association, [APA], 2022). Se estima que puede afectar a un 7,6% de la población infanto-juvenil (Salari et al., 2023) y un 2,6% en la edad adulta (Song et al., 2021).

La validez del TDAH como un trastorno con estas dos dimensiones de síintomas está ampliamente apoyada por la literatura científica, a pesar de las dudas (Willcutt et al., 2012). Así, las manifestaciones clínicas se relacionarán con problemas atencionales —por ejemplo, no prestar suficiente atención a detalles, perder objetos con frecuencia, tener dificultad para mantener la concentración, problemas de organización, entre otros— y/o hiperactivos/impulsivos —por ejemplo, inquietud motora, dificultad para permanecer sentado o quieto, interrumpir con frecuencia en la conversación, hablar excesivamente, entre otros—. Dependiendo de si predomina una u otra, o ambas con similar intensidad, catalogaremos la presentación del trastorno.

Sin embargo, las manifestaciones clínicas del trastorno trascienden este grupo de síntomas. De hecho, es frecuente que la demanda de atención profesional se deba a las consecuencias de estas dificultades y la presencia de otras que, generalmente, se presenta de manera concurrente. Entre ellas, cabe destacar aquellas dificultades asociadas en las funciones ejecutivas, la regulación emocional y motivacional, los problemas para rendir académica o laboralmente, o las dificultades en las relaciones sociales.

A nivel neuropsicológico, se ha hallado que el rendimiento en diferentes tareas de esta naturaleza tiende a ser deficitario respecto a sus iguales en aversión a la demora, variabilidad en los tiempos de reacción, respuesta inhibitoria y memoria de trabajo (Jackson y MacKillop, 2016; Patros et al., 2016; Pievsky y McGrath, 2018). No obstante, la literatura científica no apoya el diagnóstico realizado exclusivamente con estas pruebas, limitándose la recomendación a emplearlas como una medida accesoria (Barkley, 2019).

2. PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO

2.1. Factores biológicos

La hipótesis de que el componente genético, en interacción con el entorno, jugaría un rol crucial en la etiología está ampliamente apoyado (Faraone et al., 2021). Este componente sería poligénico, con diferentes variantes genéticas interactuando (Demontis et al., 2023). No obstante, actualmente no se dispone del conocimiento suficiente que avale medidas genéticas en el proceso diagnóstico del TDAH (Lagnley, 2018).

De manera similar, y a pesar de la abundante literatura sobre diferencias en pruebas de neuroimagen entre personas con TDAH y sin el trastorno, los resultados no han sido concluyentes, por lo que por sí solas, no están recomendadas como herramienta diagnóstica (Thome et al., 2012).

2.2. Factores contextuales

Son numerosos los factores contextuales que se han estudiado, entre los que destacan: exposición a tóxicos, deficiencias nutricionales, eventos adversos durante la gestación y el parto, exposición al estrés, infecciones, eventos traumáticos, pobreza y otras privaciones. No obstante, ninguno de ellos han podido explicar por sí solos un número satisfactorio de casos, actuando más bien como variables moduladoras (Faraone et al., 2021).

2.3. Factores psicológicos

La asociación entre el TDAH y las dificultades en la regulación emocional están bien establecidas en la literatura científica (Hirsch et al., 2018). Las personas con TDAH tienen mayot tendencia a mostrar estados emocionales más intensos, dificultades para modular su reactividad emocional ante estímulos novedosos o estresantes, y muestran mayores tasas de desregulación emocional (Beheshti et al., 2020; Graziano y Garcia, 2016).

2.4. Sucesos vitales estresantes

Como es habitual, los eventos vitales estresantes incrementan el riesgo de que el cuadro clínico se agrave, por lo que es crucial tenerlos en consideración en la evaluación, especialmente si la sintomatología se ha detectado a partir de dicho evento (por ejemplo, ante un divorcio o sufrir acoso escolar).

3. TRASTORNOS MENTALES COMÓRBIDOS MÁS FRECUENTES

Auque la literatura apoya la elevada comorbilidad del trastorno, debe considerarse que las consecuencias de su expresión clínica pueden ser interpretadas como otros trastornos cuando, en cambio, serían mejor explicados como sintomatología reactiva. Así, por ejemplo, la deficitaria regulación de las emociones, dificultades de relación con los iguales y una elevada impulsividad pueden conducir a conductas antisociales que pueden ser interpretadas, erróneamente, como manifestaciones de un trastorno negativista desafiante. Más adelante, se indicará qué elementos deben ser valorados para evitar este solapamiento o mimetización de cuadros clínicos. En todo caso, esta comorbilidad es una variable clínica relevante, pues está asociado a mayores dificultades multidimensionales y peor pronóstico.

Entre los trastornos que con mayor frecuencia concurren con el TDAH destacan los siguientes:

- Trastorno de conducta (TC) y trastorno negativista desafiante (TND): La comorbilidad con el TDAH está entre un 44% y un 59% (Connor et al., 2010; Rowland et al., 2015). Es más frecuente con la presentación combinada y cuando está presente, está asociada a un peor pronóstico a nivel funcional y psiquiátrico, lo que deberá ser considerado en el abordaje clínico.
- Trastornos específicos del aprendizaje con dificultades en lectura: Es uno de los más frecuentes, con una estimación en torno al 28% (Willcutt et al., 2012). Existe un amplio consenso de la necesidad de evaluar las habilidades lectoras, así como

otros dominios del rendimiento académico, en la evaluación del TDAH. Cuando esta dificultad es comórbida al TDAH, se incrementa el riesgo de dificultades funcionales y hay peor pronóstico del cuadro clínico y la eficacia de la intervención.

- Trastornos de ansiedad y depresivos: Esta asociación está ampliamente observada en la literatura. La comorbilidad con la depresión se estima en un 6%, y para los de ansiedad está en torno a un 26% (Busch et al., 2002; Rowland et al., 2015). Mientras los cuadros depresivos se han asociado a la presentación combinada y a la inatenta, los trastornos de ansiedad se han asociado, particularmente, con la primera. En caso de sospecha, se explorarán factores de riesgo como entornos ansiógenos o depresores que puedan ser objeto preferente de intervención terapéutica.
- Autismo: Esta asociación es compleja, particularmente, por el solapamiento de muchos de los síntomas. Así, por ejemplo, se ha estimado que entre un 20% y un 50% de las personas con TDAH presentan síntomas de autismo (Leyfer et al., 2006; Ames y White, 2011). Es recomendable un cribado de sintomatología prosocial en la evaluación del TDAH.
- Trastorno de abuso de sustancias y trastornos adictivos: la literatura sugiere que habría una asociación clínicamente relevante con estos trastornos desde la adolescencia (Katzman et al., 2017), particularmente con abuso de alcohol, nicotina, cannabis y cocaína (Klassen et al., 2012; Wilens et al., 2011).

La literatura no es concluyente respecto a la asociación con otros como el trastorno bipolar, trastornos de personalidad, discapacidad intelectual, trastornos de la comunicación o trastornos de la coordinación motora, pero sí son objeto de estudio , dada la elevada comorbilidad.

4. CRITERIOS CLÍNICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD

El manual DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), cuyo texto revisado (DSM-5-TR; APA, 2022) no ha realizado modificación, in-

cluye el TDAH en la categoría «trastornos del neurodesarrollo» y establece cinco criterios para el diagnóstico. El criterio A precisa que exista un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiera con el funcionamiento o el desarrollo. Aquí aparecen nueve síntomas típicos de inatención (como, por ejemplo, cometer errores por descuido, tener dificultades para mantener la atención en las tareas, problemas para ignorar estímulos irrelevantes) y otros nueve de hiperactividad/impulsividad (como, por ejemplo, contestar de manera impulsiva, tener dificultades para permanecer tranquilo durante periodos largos de tiempo, habla excesiva). Es necesario que aparezcan muy frecuententemenre seis o más síntomas (cinco, en adultos) de una de las dos listas o de las dos a la vez. El criterio B especifica que estos síntomas estuvieran presentes antes de los 12 años. El criterio C determina que han de estar presentes en dos o más contextos (por ejemplo, en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes). El criterio D exige que estén asociados a limitaciones significativas en el funcionamiento social, académico o laboral, o que reduzcan la calidad de los mismos. El criterio E establece que se descarte que estos síntomas aparezcan durante el curso de algún trastorno psicótico, o que no se explique mejor por trastornos emocionales o de la personalidad.

Del mismo modo, el manual indica la necesidad de especificar si existe una presentación combinada, predominante con falta de atención o predominante hiperactiva-impulsiva. También indica que se especifique si se presenta en remisión parcial y el nivel de gravedad (leve, moderado y grave).

El manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11; Organización Mundial de la Salud, 2022) describe el trastorno por hiperactividad con déficit de atención (código 6A05) como un patrón persistente (al menos 6 meses) de falta de atención y / o hiperactividad-impulsividad, que tiene un impacto negativo directo en el funcionamiento académico, ocupacional o social. También se exige la presencia de los síntomas antes de los 12 años, que se presenten en más de dos contextos y que no se expliquen mejor por otro trastorno. Especifica también que el grado de síntomas esté fuera de los límites de variación normal esperada para la edad y el nivel de funcionamiento intelectual.

El manual describe los síntomas de inatención como una dificultad significativa para mantener la atención en tareas que no proporcionan un alto nivel de estimulación o recompensas frecuentes, distracción y problemas de organización. La hiperactividad la define como una actividad motora excesiva y dificultades para permanecer quieto. En cuanto a la impulsividad, dice que es una tendencia a actuar en respuesta a estímulos inmediatos, sin deliberación ni consideración de los riesgos y consecuencias. La CIE añade que las manifestaciones específicas varían de un individuo a otro y pueden cambiar a lo largo del desarrollo. Las tres presentaciones son similares a las del DSM-5, a lo que se añaden dos categorías con sintomatología subclínica o indeterminada.

5. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

5.1. Definición de las principales quejas y motivos de consulta

El TDAH es un trastorno complejo cuya expresión clínica es variada y alcanza a diferentes niveles del desarrollo o el funcionamiento general de la persona. Con frecuencia, los motivos de consulta se centran en las consecuencias de sintomatología primaria y con las dificultades asociadas.

Cabe destacar que la evidencia indica que en el TDAH no hay un problema específico en su capacidad atencional en general, sino que esta se manifestaría principalmente ante tareas hipoestimulantes y mantenidas en el tiempo. Por esta razón, no es infrecuente que las familias o el entorno laboral/académico muestren resistencia a aceptar la caracterización del déficit atencional en una persona.

En la infancia, los motivos principales de consulta están relacionados con un rendimiento académico deficitario —que se agrava, particularmente, con el aumento de exigencia académica—, dificultad en la gestión educativa parental o del centro escolar de la hiperactividad/impulsividad del menor, problemas para establecer o mantener vínculos con sus iguales y problemas de manejo emocional. Cabe destacar que la calidad de vida familiar también suele presentar un deterioro significativo.

En la edad adulta, los motivos de consulta, aunque similares, se adaptan a las exigencias propias del momento vital. Esto podría incluir una gran dificultad para mantener los puestos de trabajo, elevada labilidad emocional, manejo pobre del tiempo, dificultades para finalizar tareas, problemas de autoestima, o presencia de conductas de riesgo multifacéticas.

5.2. Objetivos de la evaluación psicológica

Los objetivos de evaluación estarán determinados por los objetivos terapéuticos. Dado que los síntomas centrales parecen mostrar una mejoría terapéutica limitada con psicoterapia, los objetivos de la evaluación se deberán orientar más al impacto que estas dificultades tienen para el funcionamiento de la persona (y su entorno) en las diferentes áreas. Además, la evaluación deberá incluir una evaluación emocional, de las habilidades sociales o relacionales, la gestión de la motivación, la tolerancia a la frustración y el funcionamiento ejecutivo. Todas ellas se pueden abordar con el tratamiento y generalmente mejoran, y esta mejoría suele tener un impacto significativo positivo en la calidad de vida de la persona y su entorno.

Adicionalmente, deberá ser objeto de evaluación —aunque sea a través de pruebas de cribado— sintomatología propia de otras condiciones clínicas (por ejemplo, problemas externalizantes y/o externalizantes, problemas del aprendizaje); por otra parte, se deberá valorar la calidad del sueño, alimentación, prácticas de riesgo o mal uso de sustancias.

5.3. Áreas de evaluación

Con relación a lo indicado anteriormente, las áreas de evaluación deberán trascender los síntomas centrales del trastorno, evaluando también la regulación emocional, la autoestima, las habilidades sociales y problemas de relación, las funciones ejecutivas —particularmente, la organización, planificación y memoria de trabajo—. A nivel somático, se evaluará el historial médico, y problemas relacionados con la calidad

del sueño, obesidad, alergias, diabetes o asma. La evaluación del abuso de sustancias en adolescentes y adultos también es relevante.

Se debe tener en consideración que la sintomatología inatenta se ha asociado de manera más consistente con las dificultades académicas, baja autoestima, menor desempeño o éxitos laborales, y un funcionamiento general por debajo de lo esperable; mientras, que la hiperactividad/impulsividad se ha asociado con rechazo de iguales, agresividad, mayor tasa de conductas de riesgo y heridas accidentales (Willcutt et al., 2012).

5.4. Principales técnicas e instrumentos de evaluación psicológica

La evaluación del TDAH debe asumir, necesariamente, una aproximación multidimensional. Esta debe abordar tanto la sintomatología nuclear del trastorno como las dificultades y condiciones clínicas asociadas al trastorno. Para proceder a un diagnóstico de TDAH será imprescindible que aparezca una sintomatología nuclear clínicamente significativa en el momento de la evaluación; sin embargo, aunque frecuentes, las dificultades asociadas al trastorno pueden no estar presentes —o estarlo de manera subclínica—.

Dado que el TDAH solo puede ser diagnosticado a partir de su expresión conductual, las herramientas de medición abarcarán, principalmente, la entrevista clínica y escalas de observación. Las medidas más objetivas, entre las que destacan pruebas como el CPT (*Continuous Performance Test*) y otras de rendimiento de función ejecutiva, electroencefalograma, pruebas de neuroimagen, pruebas genéticas o de laboratorio, no han mostrado una validez suficiente por sí solas para el diagnóstico del TDAH, a pesar de algunos resultados prometedores (Danckaerts y Coghill, 2018).

La entrevista clínica es la herramienta imprescindible para el diagnóstico de TDAH, pues este trastorno no puede ser diagnosticado únicamente por otros medios (Faraone et al., 2021, 2024).

Deberá incluir tanto los síntomas nucleares del trastorno como las dificultades asociadas a este. No obstante, ya que los síntomas cen-

trales a menudoeluden una medición directa y objetiva; resultará más útil situar el foco en el impacto de las dificultades en las actividades de la vida diaria. Por ejemplo, al evaluar déficits en la memoria de trabajo, será más adecuado preguntar sobre su rendimiento en matemáticas o el cálculo de operaciones matemáticas cotidianas, que administrar una prueba neuropsicológica. De igual manera, si evaluamos la función ejecutiva, preguntaremos sobre la gestión de la agenda, y el orden de los efectos personales. Esto se debe a que la capacidad atencional en periodos breves puede verse conservada en personas con TDAH, mientras que evaluar la vida cotidiana permite deducir patrones persistentes de una determinada conducta a lo largo del tiempo. Incluso, investigación reciente ha encontrado que muchos adolescentes y adultos con TDAH experimentan con mayor frecuencia un estado de "hiperfoco" en el que es difícil apartar la atención de una tarea nueva y estimulante y pierden la noción del tiempo (Ginapp et al., 2023).

Dado que la expresión clínica difiere según el nivel de maduración, la evaluación deberá adecuarse al momento vital de la persona. Así, por ejemplo, en la infancia podremos detectar que el/la menor pierde la motivación fácilmente respecto a una actividad novedosa, y en la edad adulta se podrá observar por cambios frecuentes de puesto de trabajo o actividades de ocio.

De entre las diversas entrevistas semiestructuradas específicas para el TDAH, se podría destacar esta:

- Entrevista Diagnóstica del TDAH en adultos/ Diagnostic Interview for ADHD in adults (3rd ed.; DIVA-5; Kooij et al., 2019). Es la nueva versión de esta semi-estructurada para adultos con TDAH. Basada en el DSM-5, incluye varios ejemplos cotidianos de cada uno de los síntomas centrales (de la infancia, como por ejemplo recibir notas de los profesores por estar distraído en clase y de la adultez, como perder el hilo de una conversación en la que se está participando) y del deterioro asociado que facilitan la evaluación diagnóstica del trastorno. Ha demostrado excelentes cualidades psicométricas.

Escalas y cuestionarios

La administración de estas escalas deberá incluir un mínimo de dos fuentes de información independientes (por ejemplo, la familia y el centro educativo en la infancia y un familiar, su pareja amigos/as y/o compañeros de trabajo en la edad adulta). Particularmente, no se puede alcanzar un diagnóstico de TDAH partiendo únicamente de la información proporcionada por la familia, ya que frecuentemente la sintomatología se mimetiza o camufla con lo que, en realidad, quedaría mejor explicado por dificultades en la regulación de las emociones o eventos estresantes —por ejemplo, dificultades en el centro escolar, problemas en el entorno familiar, etc.—. Además, ciertas condiciones clínicas como, por ejemplo, el síndrome alcohólico fetal, el autismo de elevado funcionamiento o trastornos específicos del aprendizaje, pueden presentarse como cuadros clínicos que se camuflen con los síntomas de TDAH.

En la siguiente Tabla 1, se indican las principales escalas diseñadas específicamente para la evaluación del TDAH y que disponen de una versión validada en la población española (a excepción de las dos últimas).

Tabla 1.
Escalas para la evaluación del TDAH

Nombre y autor	Edades	Qué mide	Versiones
e-TDAH5 (Fenollar-Cortés, 2018)	6-12 años	• Síntomas nucleares del TDAH • Dificultades asociadas: Manejo emocional; coordinación motora fina; funciones ejecutivas y manejo del tiempo; rendimiento académico; y calidad de vida.	Familia y escuela
ADHD Rating Scale-IV (DuPaul et al., 1998), validada por (Molina et al., 2021) y Richarte et al., (2017)	2-17 años Adultos (+18)	• Síntomas nucleares del TDAH	Familia, escuela y autoreporte (adultos)
Conners Adult ADHD Rating Scale (CAARS) (Conners, 1999), validada por Amador-Campos et al. (2014) y Ramos-Quiroga, et al. (2012)	Adultos (+18)	• Síntomas nucleares del TDAH • Grado de deterioro funcional asociado	• Autoreporte y reportado por el entorno • Larga (66 ítems) y corta (26 ítems)
Escala de Wender-Utah (Ward et al., 1993), validada por Rodríguez-Jiménez et al. (2001)	Adultos (+18)	• Síntomas nucleares del TDAH en la infancia	• Autoreporte y reportado por el entorno • Larga y corta (25 ítems)
Escala de evaluación TDAH-5 para niños y adolescentes (DuPaul et al., 2016)	5-17 años	• Síntomas nucleares del TDAH • Dificultades asociadas	• Versiones para familia, escuela y autorreporte
Escala Conners 4ª Edición (Conners, 1999)	6-18 años	• Síntomas nucleares del TDAH • Dificultades asociadas • Trastornos comórbidos	• Versiones para familia, escuela y autorreporte (8-18 años

Nota: Las dos últimas escalas están validadas en español, pero no en población española

Pruebas objetivas

No disponemos de pruebas objetivas cuya validez clínica, por sí solas, justifique su implementación dentro del protocolo diagnóstico. No obstante, la medida que se ha usado tradicionalmente para evaluar la calidad atencional es el *Continuous Performance Test* (CPT). Sin embargo, no se ha hallado evidencia de la utilidad clínica de esta prueba para evaluar el TDAH en personas adultas (Baggio et al., 2020), mientras que en población infantil se han obtenido mejores resultados, y es una herramienta de apoyo cuando es aplicado conjuntamente a otras medidas (Hall et al., 2016; Park et al., 2019). En España disponemos de la medida CSAT-R Tarea de Atención Sostenida en la Infancia-revisada (Servera y Llabrés, 2015), aunque su aplicación sólo es válida desde los seis hasta los diez años de edad.

6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El TDAH puede mostrar un cuadro clínico con síntomas que se pueden solapar con otros trastornos, lo que puede conducir a una atribución errónea de síntomas a una determinada categoría diagnóstica. Sin intención de ser exhaustivos, comentaremos aquellos más frecuentes:

- Autismo: Particularmente el de alto funcionamiento, puede mimetizarse con la sintomatología del TDAH inatento. Sin embargo, las dificultades en la vida diaria asociadas al primero son más persistentes y más severas a lo largo de la vida. El reconocimiento de expresiones emocionales y sentimientos complejos está conservado en el TDAH, en el que los problemas sociales se deben frecuentemente más a la falta de oportunidad.
- Trastorno específico del aprendizaje: Es frecuente que las personas con esta patologbia muestren conductas asociadas a la inatención, pero ello suele ser causado por la frustración, la falta de interés o la capacidad limitada para resolver ciertas tareas. Dicha inatención se reduce significativamente ante tareas que no requieran procesos cognitivos en los que presentan dificultades.

- Trastorno negativista desafiante y trastorno de conducta: La impulsividad y la baja tolerancia a la frustración son condiciones que pueden subyacer a ciertos comportamientos de personas tanto con un trastorno de la conducta como un TDAH. Sin embargo, cabe señalar que la intencionalidad de hacer daño es un aspecto esencial en el diagnóstico diferencial; en el TDAH no predomina la intencionalidad, y las consecuencias de causar daño suelen ser vividas de manera muy aversiva por las personas con TDAH, mientras que en las personas con un trastorno de conducta puede aparecer incluso cierta frialdad emocional.
- Trastorno de abuso de sustancias: El trastorno por abuso de sustancias puede generar consecuencias que se mimeticen con las del cuadro clínico que caracteriza ciertos perfiles de TDAH. Detectar que la sintomatología clínica del TDAH estuviera presente antes del problema asociado al consumo, será esencial para valorar un posible diagnóstico de TDAH, aunque en muchas ocasiones aparecen de manera comórbida
- Trastorno bipolar: Las personas con trastorno bipolar pueden presentar fases maníacas o hipomaníacas que se caractericen por una elevada actividad o pobre concentración, pero son episódicas. En el caso de las personas con TDAH se puede observar una labilidad emocional muy intensa, incluso en un mismo día, mientras que para ser considerado un síntomas clínico en el trastorno bipolar se requiere que se mantengan, al menos, cuatro días las fases polares.

7. CONCLUSIONES

Por tanto, como se ha visto en el presente capítulo, el TDAH es un trastorno que tiene una manifestación compleja y poliédrica, cambiante a lo largo de la vida, que además está caracterizado por una elevada comorbilidad. Por lo tanto, para una adecuada evaluación, es necesario emplear una evaluación rigurosa que incluya diferentes instrumentos y fuentes de información, que puedan guiar posteriormente una adecuada intervención.

8. REFERENCIAS

Amador-Campos, J. A., Gómez-Benito, J., y Ramos-Quiroga, J. A. (2014). The Conners' Adult ADHD Rating Scales—Short Self-Report and Observer Forms. *Journal of Attention Disorders*, *18*(8), 671–679. https://doi.org/10.1177/1087054712446831

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association Publishing. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

Ames, C. S., y White, S. J. (2011). Brief Report: Are ADHD Traits Dissociable from the Autistic Profile? Links Between Cognition and Behaviour. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *41*(3), 357–363. https://doi.org/10.1007/s10803-010-1049-0

Baggio, S., Hasler, R., Giacomini, V., El-Masri, H., Weibel, S., Perroud, N., y Deiber, M.-P. (2020). Does the Continuous Performance Test Predict ADHD Symptoms Severity and ADHD Presentation in Adults? *Journal of Attention Disorders*, *24*(6), 840–848. https://doi.org/10.1177/1087054718822060

Barkley, R. A. (2019). Neuropsychological Testing is Not Useful in the Diagnosis of ADHD: Stop It (or Prove It)! *The ADHD Report*, *27*(2), 1–8. https://doi.org/10.1521/adhd.2019.27.2.1

Beheshti, A., Chavanon, M.-L., y Christiansen, H. (2020). Emotion dysregulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, *20*(1), 120. https://doi.org/10.1186/s12888-020-2442-7

Busch, B., Biederman, J., Cohen, L. G., Sayer, J. M., Monuteaux, M. C., Mick, E., Zallen, B., y Faraone, S. V. (2002). Correlates of ADHD Among Children in Pediatric and Psychiatric Clinics. *Psychiatric Services*, *53*(9), 1103–1111. https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.9.1103

Conners, C. K. (1999). *Conners' Adult ADHD Rating Scales (CAARS)*. Multihealth Systems.

Connor, D. F., Steeber, J., y McBurnett, K. (2010). A Review of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Complicated by Symptoms of Oppositional Defiant Disorder or Conduct Disorder. *Journal of Developmental y Behavioral Pediatrics*, *31*(5), 427–440. https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e3181e121bd

Danckaerts, M., y Coghill, D. (2018). Children and adolescents. Assessment in everyday clinical practice. In T. Banaschewski, D. Coghill, y A. Zuddas (Eds.), *Oxford Textbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (pp. 298–306). Oxford Universitay Press.

Demontis, D., Walters, G. B., Athanasiadis, G., Walters, R., Therrien, K., Nielsen, T. T., Farajzadeh, L., Voloudakis, G., Bendl, J., Zeng, B., Zhang, W., Grove, J., Als, T. D., Duan, J., Satterstrom, F. K., Bybjerg-Grauholm, J., Bækved-Hansen, M., Gudmundsson, O. O., Magnusson, S. H., … Børglum, A. D. (2023). Genome-wide analyses of ADHD identify 27 risk loci, refine the genetic architecture and implicate several cognitive domains. *Nature Genetics*, *55*(2), 198–208. https://doi.org/10.1038/s41588-022-01285-8

Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., Newcorn, J. H., Gignac, M., Al Saud, N. M., Manor, I., Rohde, L. A., Yang, L., Cortese, S., Almagor, D., Stein, M. A., Albatti, T. H., Aljoudi, H. F., Alqahtani, M. M. J., Asherson, P., … Wang, Y. (2021). The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 Evidence-based conclusions about the disorder. In *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* (Vol. 128, pp. 789–818). Elsevier Ltd. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022

Faraone, S. V., Bellgrove, M. A., Brikell, I., Cortese, S., Hartman, C. A., Hollis, C., Newcorn, J. H., Philipsen, A., Polanczyk, G. V., Rubia, K., Sibley, M. H., y Buitelaar, J. K. (2024). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, *10*(1), 11. *https://doi.org/10.1038/s41572-024-00495-0*

Fenollar-Cortés, J. (2018). e-TDAH5: Evaluación del trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) en niños de 5 a 7 años. TEA Ediciones

Ginapp, C. M., Greenberg, N. R., MacDonald-Gagnon, G., Angarita, G. A., Bold, K. W., y Potenza, M. N. (2023). "Dysregulated not deficit": A qualitative study on symptomatology of ADHD in young adults. *PLOS ONE*, *18*(10), e0292721. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0292721

Graziano, P. A., y Garcia, A. (2016). Attention-deficit hyperactivity disorder and children's emotion dysregulation: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *46*, 106–123. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.011

Hall, C. L., Valentine, A. Z., Groom, M. J., Walker, G. M., Sayal, K., Daley, D., y Hollis, C. (2016). The clinical utility of the continuous performance test and objective measures of activity for diagnosing and monitoring ADHD in children: a systematic review. *European Child y Adolescent Psychiatry*, *25*(7), 677–699. https://doi.org/10.1007/s00787-015-0798-x

Hirsch, O., Chavanon, M., Riechmann, E., y Christiansen, H. (2018). Emotional dysregulation is a primary symptom in adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of Affective Disorders*, *232*, 41–47. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.007

Jackson, J. N. S., y MacKillop, J. (2016). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Monetary Delay Discounting: A Meta-Analysis of Case-Control Studies. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, *1*(4), 316–325. https://doi.org/10.1016/j.bpsc.2016.01.007

Katzman, M. A., Bilkey, T. S., Chokka, P. R., Fallu, A., y Klassen, L. J. (2017). Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry*, *17*(1), 302. https://doi.org/10.1186/s12888-017-1463-3

Klassen, L., S. Bilkey, T., A. Katzman, M., y Chokka, P. (2012). Comorbid Attention Deficit/Hyperactivity Disorder and Substance Use Disorder: Treatment Considerations. *Current Drug Abuse Reviewse*, *5*(3), 190–198. https://doi.org/10.2174/1874473711205030190

Kooij J. J. S., Francken M. H., Bron T. I. (2019). *Diagnostic Interview for ADHD in adults* (3rd ed.; DIVA-5). DIVA Foundation.

Lagnley, K. (2018). ADHD genetics. In T. Banaschewski, D. Coghill, y A. Zuddas (Eds.), *Oxford Textbook of Attention Deficit Hyperactivity Disorder* (pp. 19–24). Oxford University Press.

Leyfer, O. T., Folstein, S. E., Bacalman, S., Davis, N. O., Dinh, E., Morgan, J., Tager-Flusberg, H., y Lainhart, J. E. (2006). Comorbid Psychiatric Disorders in Children with Autism: Interview Development and Rates of Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *36*(7), 849–861. https://doi.org/10.1007/s10803-006-0123-0

Park, J., Kim, C., Ahn, J.-H., Joo, Y., Shin, M.-S., Lee, H.-J., y Kim, H.-W. (2019). Clinical Use of Continuous Performance Tests to Diagnose Children With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, *23*(6), 531–540. https://doi.org/10.1177/1087054716658125

Patros, C. H. G., Alderson, R. M., Kasper, L. J., Tarle, S. J., Lea, S. E., y Hudec, K. L. (2016). Choice-impulsivity in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *43*, 162–174. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.001

Pievsky, M. A., y McGrath, R. E. (2018). The Neurocognitive Profile of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Review of Meta-Analyses. *Archives of Clinical Neuropsychology*, *33*(2), 143–157. https://doi.org/10.1093/arclin/acx055

Rodríguez-Jiménez, R., Ponce, G., Monasor, R., Jiménez-Giménez, M., Pérez-Rojo, J. A., Rubio, G., Jiménez-Arriero, M. A., y Palomo, T. (2001). Validación en población española adulta de la Wender Utah Rating Scale para la evaluación retrospectiva de trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la infancia. *Revista de Neurología*, *33*(2), 138–144.

Rowland, A. S., Skipper, B. J., Umbach, D. M., Rabiner, D. L., Campbell, R. A., Naftel, A. J., y Sandler, D. P. (2015). The Prevalence of ADHD in a Population-Based Sample. *Journal of Attention Disorders*, *19*(9), 741–754. https://doi.org/10.1176/appi.ps.53.9.1103

Salari, N., Ghasemi, H., Abdoli, N., Rahmani, A., Shiri, M. H., Hashemian, A. H., Akbari, H., y Mohammadi, M. (2023). The global prevalence of ADHD in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Italian Journal of Pediatrics*, *49*(1), 48. https://doi.org/10.1186/s13052-023-01456-1

Servera, M., y Llabrés, J. (2015). *CSAT-R- Tarea de Atención Sostenida en la Infancia-Revisada*. Hogrefe TEA Ediciones.

Song, P., Zha, M., Yang, Q., Zhang, Y., Li, X., y Rudan, I. (2021). The prevalence of adult attention-deficit hyperactivity disorder: A global systematic review and meta-analysis. *Journal of Global Health*, *11*, 04009. https://doi.org/10.7189/jogh.11.04009

Thome, J., Ehlis, A.-C., Fallgatter, A. J., Krauel, K., Lange, K. W., Riederer, P., Romanos, M., Taurines, R., Tucha, O., Uzbekov, M., y Gerlach, M. (2012). Biomarkers for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). A consensus report of the WFSBP task force on biological markers and the World Federation of ADHD. *The World Journal of Biological Psychiatry*, *13*(5), 379–400. https://doi.org/10.3109/15622975.2012.690535

Ward, M. F., Wender, P. H., y Reimherr, F. W. (1993). The Wender Utah Rating Scale: an aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder [published erratum appears in Am J Psychiatry 1993 Aug;150(8):1280]. *American Journal of Psychiatry*, *150*(6), 885–890. https://doi.org/10.1176/ajp.150.6.885

Wilens, T. E., Martelon, M., Joshi, G., Bateman, C., Fried, R., Petty, C., y Biederman, J. (2011). Does ADHD Predict Substance-Use Disorders? A 10-Year Follow-up Study of Young Adults With ADHD. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, *50*(6), 543–553. https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.01.021

Willcutt, E. G., Nigg, J. T., Pennington, B. F., Solanto, M. V., Rohde, L. A., Tannock, R., Loo, S. K., Carlson, C. L., McBurnett, K., y Lahey, B. B. (2012). Validity of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder symptom dimensions and subtypes. *Journal of Abnormal Psychology*, *121*(4), 991–1010. https://doi.org/10.1037/a0027347

Capítulo 15. Evaluación neuropsicológica de los trastornos específicos del aprendizaje: Dislexia

CARMEN MARÍA PONCE LUQUE

Clínica Universitaria de Psicología, Universidad Loyola Andalucía.

PABLO RODRÍGUEZ PRIETO

Clínica Universitaria de Psicología, Universidad Loyola Andalucía.
Departamento de Psicología, Universidad Loyola Andalucía.

JOAQUÍN A. IBÁÑEZ ALFONSO

Clínica Universitaria de Psicología, Universidad Loyola Andalucía.
Departamento de Psicología, Universidad Loyola Andalucía.

El aprendizaje, según la Real Academia Española (s.f., definición 1), se define como la "acción y efecto de aprender algún arte, oficio u otra cosa". En psicología, cuando hablamos de la acción de aprender, nos referimos a los comportamientos (cogniciones, emociones, y conductas) implicados en la adquisición de conocimientos y habilidades; y cuando hablamos del efecto de aprender, nos referimos al resultado de esos comportamientos, que se reflejan en la fijación, consolidación y recuperación futura de los conocimientos y habilidades aprendidos. En trastornos específicos del aprendizaje (TEA) como la dislexia, partimos de una

dificultad evidenciada en el efecto (lo aprendido; o, mejor dicho, lo no aprendido suficientemente bien, en este caso, la habilidad para la lectura, a pesar de haber tenido las oportunidades y recursos necesarios para ello), lo que inevitablemente nos lleva a poner el foco en la acción, esto es, en los procesos cognitivos, emocionales, y conductuales necesarios para llevar a cabo dicho acto de aprendizaje. Por ello, la evaluación neuropsicológica se centrará en explorar posibles alteraciones o déficits en los mecanismos subyacentes al proceso de aprendizaje sobre los cuales se construirán los objetivos de la intervención. Comprender y abordar las dificultades específicas de aprendizaje implica no sólo identificar los déficits encontrados en el aprendizaje (el efecto, la lectura) sino, también, entender y trabajar los procesos psicológicos que los sustentan (la acción de aprender) (Swanson y Hoskyn, 1998).

En este capítulo exploraremos en profundidad la dislexia como un TEA. Introduciremos el concepto general de estos trastornos y presentaremos las descripciones según el DSM-5 y la CIE-11. A continuación, analizaremos las manifestaciones clínicas de la dislexia e identificaremos los principales factores de riesgo, detallando algunos de los trastornos de la salud mental comórbidos que más frecuentemente acompañan a la dislexia. En la segunda parte del capítulo, nos centraremos en la evaluación neuropsicológica de la dislexia. Abordaremos las principales quejas y motivos de consulta, estableceremos los objetivos de la evaluación y describiremos las áreas clave a valorar, enmarcadas en el protocolo de evaluación neuropsicológica. Finalmente, discutiremos la relevancia del diagnóstico diferencial, asegurando así una intervención adecuada y personalizada.

1. DEFINICIÓN Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA DISLEXIA COMO TRASTORNO ESPECÍFICO DEL APRENDIZAJE

Los Trastornos Específicos del Aprendizaje hacen referencia a la dificultad que presenta el individuo para adquirir diferentes procesos específicos relacionados con la lectura, la escritura, y el cálculo, entre otros (Galaburda, 2003), descartando un rendimiento intelectual bajo, y con-

siderando que se estén teniendo las oportunidades necesarias socialmente para ello. Es importante distinguir las dos etiologías principales que subyacen a estas alteraciones, ya que determinan el tipo de dificultades que pueden surgir. Por un lado, las dificultades de origen lingüístico, que se traducen en problemas de lectoescritura o secuenciación, como el deletreo. Y, por otro, las dificultades de tipo perceptivo que afectan a la resolución de problemas o habilidades visoespaciales, teniendo un carácter más procedimental (Lagae, 2008). Adicionalmente, el déficit de atención puede ser una etiología subyacente en algunos casos de dificultades de aprendizaje. Esto se debe a que este déficit puede afectar a la capacidad de concentración, procesamiento de la información y organización, obstaculizando así el proceso de aprendizaje (Kolb y Whishaw, 2017).

En este trastorno suele ser frecuente la aparición de una variedad de signos observables que comprometen el rendimiento académico de estas personas suponiendo un impacto significativo en su día a día. Durante la evaluación, es fundamental estar atento a ciertas manifestaciones que podemos recoger mediante entrevistas que indaguen sobre la percepción de la persona acerca de sus dificultades y cuándo empezaron a expresarse. Según Portellano (2007), es común que las personas afectadas por este trastorno suelan presentar las manifestaciones clínicas que se muestran en la Tabla 1.

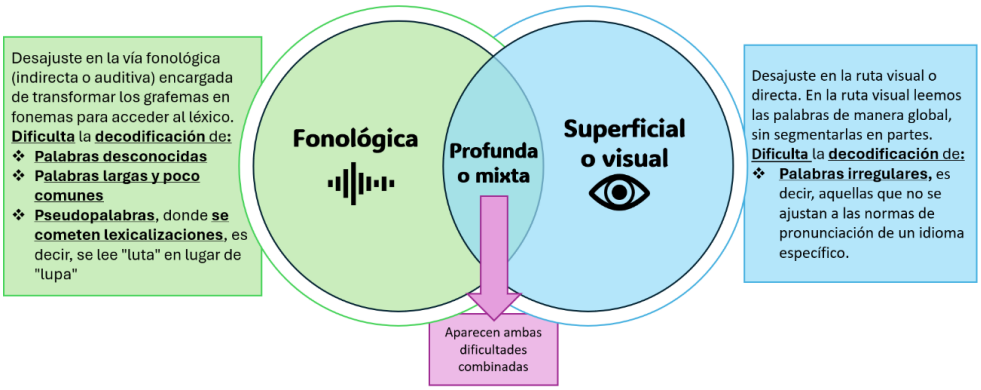
Tabla 1.
Manifestaciones clínicas comunes en la dislexia.

MANIFESTACIÓN CLÍNICA	DESCRIPCIÓN
Desarrollo lento del habla	Conciencia fonológica disminuida: problemas de pronunciación persistentes, dificultades para adquirir el alfabeto, denominación de letras y creación de rimas, entre otros.
Rendimiento Intelectual verbal bajo	Dificultades en el desempeño lingüístico.
Errores de precisión en la lectura	En palabras y números: omisión de letras, fragmentación o unión indebida de palabras, sustitución de fonemas homólogos, inversión de fonemas o números/signos, sustituciones fonológicas, pérdidas de renglón, entre otros.
Dificultad en la lectura léxica de palabras	Lectura grafema-holística: Dificultad para decodificar o no leer bien la palabra como un todo (lectura de la "imagen" de la palabra asociada al significado).
Dificultad de lectura sub-léxica de palabras	Lectura grafema-fonema: Dificultad para asociar los símbolos visuales (grafemas) con los sonidos correspondientes (fonemas), dificultades en lectura de pseudopalabras.
Dificultades en la velocidad de acceso al léxico, o amplitud restringida del mismo	Dificultad en la rapidez al recuperar las palabras almacenadas en la memoria o limitación en el número de palabras que la persona puede reconocer y comprender con facilidad.
Baja velocidad lectora	Prestar atención excesiva al proceso lector, puede experimentar dificultades para avanzar de manera fluida.
Dificultades en la comprensión lectora	Dificultades para entender y recordar el significado de lo que se ha leído.

Fuente: Portellano, 2007

Existen diversas clasificaciones de los tipos de dislexia dependiendo de los límites que se establezcan entre categorías o según el modelo explicativo que se utilice. Nosotros usaremos el modelo de la Doble Vía propuesto por Humphreys y Evett (1985), el cuál sigue siendo ampliamente utilizado (Ferreres y López, 2009) y separa el proceso lector en dos vías: la ruta léxica visual o directa y la ruta fonológica o indirecta. La clasificación que proponen es la siguiente (ver Figura 1):

Figura 1.
Modelo de la Doble Vía (Humphreys y Evett, 1985)



2. PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO

2.1. Factores biológicos

La dislexia está relacionada con problemas en la etapa de migración celular durante el desarrollo embrionario (Kolb y Wishaw, 2017), provocando alteraciones histológicas en las capas celulares de la corteza cerebral, el cuerpo calloso y el cerebelo. Se han observado asimetrías en la distribución cortical del lóbulo temporal, mostrándose que en los individuos con dislexia existe un mayor desarrollo anatómico en el lóbulo temporal derecho, frente al mayor desarrollo en el hemisferio izquierdo que muestran normalmente las personas sin este diagnóstico. Existen también alteraciones en las áreas asociativas del lóbulo parietal entre

los centros visuales y del lenguaje, y en áreas relacionadas con el lenguaje del lóbulo frontal (Portellano, 2007). En cuanto a factores genéticos, la dislexia es un trastorno con una importante carga hereditaria presentando alteraciones genéticas en los cromosomas 1, 2, 6 y 15, sin embargo, también se desconocen las reglas exactas para su trasmisión.

2.2. Factores socioculturales

La aparición de la dislexia como tal no está directamente relacionada con factores socioculturales de ninguna clase, sin embargo, existen determinados factores que sí afectan a la presentación de su sintomatología. El primero de todos tiene que ver con el idioma que se hable en una región determinada. Existen dos tipos de sistemas de escritura alfabéticos, los "transparentes" y los "opacos" (Ferreres y López, 2009). Los sistemas "opacos", como el francés o el inglés, contienen gran cantidad de palabras irregulares cuya pronunciación no se corresponde directamente con su grafía, debido a que no se puede derivar por reglas de conversión grafema-fonema. En los sistemas de escritura "transparentes" como el italiano y el español no hay palabras irregulares para la lectura (tan sólo para la escritura) y la pronunciación puede derivarse por aplicación de reglas de conversión. Las lenguas "opacas" muestran mayor incidencia de sintomatología de dislexia que las "transparentes", esto también ocurre en lenguas con escritura simbólica como el japonés o el chino (Ferreres y López, 2009).

Otro posible factor sociocultural que puede afectar a la presentación de la sintomatología dislexia de forma indirecta es la falta de acceso a recursos educativos, económicos, de seguridad alimentaria y la exposición a la violencia. Vivir en contextos con estas características adversas puede empeorar la presentación de sintomatología o incluso fomentar la aparición de trastornos del neurodesarrollo como la dislexia u otros (Ibáñez-Alfonso et al., 2021; Ron Benavides, 2021).

3. TRASTORNOS MENTALES COMÓRBIDOS MÁS FRECUENTES

Según Willcutt et al. (2010), aunque no siempre ocurre, la dislexia suele presentarse en un cuadro conjunto con disgrafía y/o discalculia, debi-

do a lo estrechamente relacionados que están estos tres trastornos del aprendizaje. En ocasiones puede venir asociada con un diagnóstico de déficit de atención que acentúa los síntomas, haciendo difícil la identificación de la dislexia por separado. Siguiendo a este autor, en determinados casos que presentan alteración en el estado de ánimo, pueden manifestarse síntomas que se asemejan a la dislexia, aunque no cumplan los criterios diagnósticos de esta última. Esto se debe a que los problemas en la regulación emocional pueden desencadenar dificultades en el rendimiento cognitivo pudiendo ser expresadas como dificultades de lectura, entre otras.

Estudios anteriores han mostrado evidencias que respaldan la influencia que tiene la sintomatología de dislexia en el cuadro emocional del paciente. La dislexia incide en la regulación emocional de la persona en términos principalmente de autopercepción ligada al fracaso académico (Zuppardo et al, 2020). Esto se traduce en sentimientos de frustración, inseguridad e inadecuación al entorno escolar, afectando a su autoestima y motivación para el aprendizaje en la mayoría de los casos. La persistencia y gravedad de estas dificultades, incentivadas a su vez por un sentimiento de culpa frente al fracaso escolar, pueden llevar al sujeto a experimentar sintomatología emocional más grave como retraimiento, problemas de conducta, ansiedad o depresión por un posible rechazo social (Nelson y Harwood, 2011). Es importante aclarar que este posible cuadro emocional no sólo puede ser consecuencia de la conciencia de déficit del sujeto, sino que además pueden agravar y perpetuar la sintomatología de dislexia del paciente. Asimismo, la baja autoestima escolar puede trascender a otras áreas de la vida de la persona, por ejemplo, familiar o social (Ryan, 2006).

4. CRITERIOS CLÍNICOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE LA DISLEXIA

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª Edición) (DSM-5), el TEA con dificultades en la lectura (o dislexia), se entiende como un patrón de dificultades del aprendizaje que se caracteriza por problemas con el reconocimiento de palabras de forma precisa o fluida, dificultades de comprensión lectora, deletrear mal y poca ca-

pacidad ortográfica. Para realizar un diagnóstico de dislexia se deben cumplir los subapartados 1 (lectura de palabras imprecisa o lenta y con esfuerzo) y/o 2 (dificultades para comprender el significado de lo que lee) del criterio A; y los criterios B, C y D de los trastornos específicos del aprendizaje según la clasificación nosológica del DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013).

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades (11ª Edición) (CIE-11), el TEA (Cód. 6A03) con dificultades en la lectura (Cód. 6A03.0) se caracteriza por dificultades significativas y persistentes en el aprendizaje de habilidades académicas relacionadas con la lectura, como precisión en la lectura de la palabra, fluidez en la lectura y comprensión de la lectura. El desempeño del individuo en la lectura está muy por debajo de lo que cabría esperar para la edad cronológica y el nivel de funcionamiento intelectual, y da lugar a un deterioro significativo en el funcionamiento académico o laboral del individuo. Estas dificultades no deben de ser mejor explicadas por otros trastornos psicológicos, neurológicos, discapacidades intelectuales o sensoriales (Organización Mundial de la Salud, 2019).

5. EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

5.1. Definición de las principales quejas y motivos de consulta

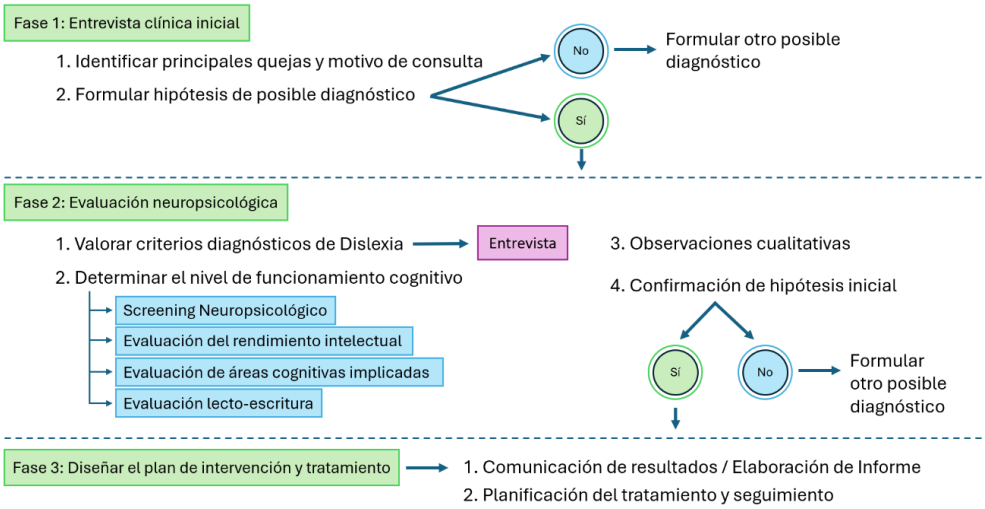
Las personas con dislexia a menudo experimentan dificultades para leer de manera fluida. Pueden manifestar problemas para decodificar palabras, lo que se traduce en un ritmo enlentecido en la lectura. Además, pueden tener dificultades para reconocer y recuperar palabras, lo que se refleja en la interposición de letras y palabras a la hora de leer. Otro de los motivos con los que acuden a consulta es la dificultad para comprender el significado de lo que leen. Suelen informar que tienen que volver hacia atrás y leer nuevamente el párrafo para poder entenderlo mejor. Este aspecto puede afectar su capacidad para absorber y retener información de manera efectiva. Una queja frecuente es que a menudo experimentan problemas para retener la información que han leído, lo

que suele ser un desencadenante importante de sintomatología ansiosa, especialmente, en el caso de los estudiantes durante la época de los exámenes. Estas quejas pueden concurrir con problemas de carácter emocional, como ansiedad o depresión. Es bastante recurrente encontrar problemas de autoestima, relacionados con la percepción de inferioridad que tienen de sí mismos, lo que los lleva a sentirse frustrados en su entorno académico (Alloway et al., 2009).

5.2. Objetivos y principales técnicas e instrumentos de evaluación neuropsicológica

Los objetivos expuestos a continuación tienen el propósito de precisar el rendimiento cognitivo del sujeto y, por tanto, las dianas de intervención y tratamiento ajustadas al caso. En la Figura 2 se muestran los pasos a seguir a la hora de realizar la evaluación de un posible caso de dislexia:

Figura 2.
Proceso de evaluación de la dislexia



Antes de valorar cuantitativamente el rendimiento cognitivo y emocional, es importante realizar una entrevista detallada y semiestructurada para recoger de forma sistemática información sobre el historial

médico, educativo y familiar del individuo. Seguidamente, se exploran las dificultades percibidas por la persona con relación a la lectura y escritura, así como también, se analizan el resto de las esferas cognitivas en términos de atención y concentración, planificación y organización de ideas, memoria y percepción. Además, se valoran las estrategias de afrontamiento utilizadas y el impacto emocional de las dificultades en su día a día. Es importante analizar el sueño, la alimentación y el consumo de sustancias, ya que son parámetros que pueden influir en el trastorno. Por último, hay que considerar si la persona está actualmente bajo tratamiento farmacológico, ya que puede influir en la evaluación e intervención.

Protocolo de evaluación neuropsicológica

Existen una serie de áreas o dominios cognitivos específicos que son clave para evaluar la presencia de un TEA con dificultades en la lectura. La evaluación neuropsicológica de la dislexia está compuesta por un conjunto de pruebas y subtests que miden de manera específica estos dominios cognitivos (ver Tabla 2).

Tabla 2. Protocolo de evaluación neuropsicológica

ÁREAS DE EVALUACIÓN	NIÑOS Y ADOLESCENTES	ADULTOS
Screening cognitivo general. Idea unificada del rendimiento cognitivo global de la persona, pudiendo descartar otras posibles explicaciones de los déficits de lectura.	NEURO-KID (entre 3 y 7 años) (Portellano et al., 2019) Mini-Mental State Examination for Children (MMC) (entre 4 y 16 años) (Jain y Passi, 2005)	Montreal Cognitive Assessment (MoCa) (Nasreddine et al., 2005; Ojeda et al., 2016).
Atención. Enfoque durante periodos prolongados de tiempo (textos muy extensos) y supresión de interferencia que se produzca en el contexto.	Test de Percepción de Diferencias - Revisado (CARAS-R) (Thurstone y Yela, 2012).	D2-R (Brickenkamp et al., 2010/2022).
Funciones ejecutivas: Memoria de Trabajo. Capacidad para retener y manipular temporalmente la información. Dificultad de lectura asociada con la decodificación de palabras y la comprensión del texto.	Subprueba Dígitos del WISC-V (Weschler, 2014/2015)	Subprueba Dígitos del WAIS-IV (Weschler, 2008/2012)
Funciones ejecutivas: Velocidad de procesamiento. Rapidez a la que el individuo procesa la información. Dificultad de lectura asociada al ritmo enlentecido percibido en el proceso lector. Inhibición. Capacidad de controlar impulsos y evadir distracciones del entorno durante tareas de lectura y escritura. Flexibilidad cognitiva. Patrón de cambio a las diferentes demandas del entorno de manera fluida. Relacionada con interpretar significados alternativos de palabras en función del contexto en el que se presentan.	Test de los 5 dígitos (Sedó, 2007)	Test de los 5 dígitos (Sedó, 2007)
Lenguaje. Conciencia fonológica para reconocer y manipular los sonidos de las palabras, leídas y escritas. Valorar la comprensión oral y escrita, necesarias para el proceso lector.	Subprueba de Procesamiento fonológico de la batería neuropsicológica NEPSY-II, (Korkman y Kemp, 2007/2014).	Subprueba de Procesamiento fonológico de la batería neuropsicológica NEPSY-II* (Korkman y Kemp, 2007/2014).

ÁREAS DE EVALUACIÓN	NIÑOS Y ADOLESCENTES	ADULTOS
Percepción. Capacidad para distinguir y reconocer letras y palabras. Implica discriminación visual, percepción de formas e identificación de letras y palabras en diferentes contextos y configuraciones.	Subprueba de Flechas de la batería neuropsicológica NEPSY-II (Korkman y Kemp, 2007/2014).	Test de Juicio de Orientación de líneas de Benton (Benton et al., 1994; Calvo et al., 2013)
Praxias. Evaluar las habilidades motoras finas, como la coordinación mano-ojo y la fluidez a la hora de escribir para identificar posibles dificultades motoras que puedan afectar el rendimiento en tareas de lectura y escritura.	Coordinación visomotora de la batería neuropsicológica NEPSY-II (Korkman y Kemp, 2007/2014).	Coordinación visomotora de la batería neuropsicológica NEPSY-II* (Korkman y Kemp, 2007/2014).
Rendimiento intelectual. Se evalúa con el propósito de descartar un posible retraso madurativo que podría subyacer a las dificultades percibidas en la lectura y escritura.	Test Breve de inteligencia de Kaufman (Kaufman y Kaufman, 2000/2011).	Test Breve de inteligencia de Kaufman (K-BIT) (Kaufman y Kaufman, 2000/2011).
Lectura. Se valora la precisión, la velocidad y la comprensión oral y escrita.	PROLEC-R (niños entre 6-12 años) (Cuetos et al., 2007) PROLEC-SE-R (niños entre 12 y 18 años) (Cuetos et al., 2016)	PROLEC-SE-R* (niños entre 12 y 18 años) (Cuetos et al., 2016)
Escritura. Habilidad de la persona para escribir de manera legible y ortográficamente correcta, así como su capacidad de expresar ideas de forma escrita	PROESC (Cuetos et al., 2012)	PROESC* (Cuetos et al., 2012)

* Estos tests están estandarizados y baremados hasta los 16 y 18 años. A pesar de ello, también pueden ser aplicados en adultos, dado que miden capacidades desarrolladas durante la infancia y si detectamos un rendimiento deficitario en adultos con ellas, puede indicar que no alcanzaron los estándares típicos esperables durante su desarrollo.

Observaciones cualitativas

Durante la administración de las pruebas mencionadas, es importante prestar atención a cómo rinde la persona durante la administración. En cualquier exploración de un déficit cognitivo, nos va a dar tanta o más información el cómo una persona responda a los ítems de una prueba, más que las puntuaciones numéricas. En dislexia tenemos que fijarnos en los tipos de errores que comete durante la lectura. ¿Invierte las letras dentro de la misma sílaba?, ¿se inventa palabras?, ¿lee muy despacio y no comprende lo que acabe de leer a pesar de haber cometido pocos errores?, ¿está fallando porque no está realmente atento a la prueba? Estas son algunas de las cosas en las que debemos fijarnos para establecer un buen diagnóstico, en conjunto con las puntuaciones que saquemos de los diferentes dominios cognitivos.

6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es importante mencionar que cuando se va a establecer un diagnóstico, se han de tener evidencias claras de la presencia del mismo y se deben descartar otras posibles explicaciones antes de concretarlo. En las dificultades específicas del aprendizaje, existe un continuo que va desde la normalidad al rendimiento patológico, estando muchas personas en un lugar intermedio entre ambos sin llegar a un nivel que entre dentro del diagnóstico. En el desarrollo madurativo hay períodos o ventanas temporales en las cuales se desarrollan las habilidades necesarias para adquirir la lectoescritura, habiendo niños que lo adquieren antes y otros que tardan más en desarrollarlas dentro de estos rangos naturales. Además, el nivel que pueda alcanzar un niño puede variar también dependiendo de la práctica que le dedique y a las condiciones de su entorno. Por lo cual, un individuo que se encuentre todavía dentro del periodo establecido para la adquisición de la lectura y que muestra un aprendizaje más lento y dificultosos que sus compañeros no puede ser diagnosticado de dislexia hasta que o bien transcurra más tiempo, o las dificultades pasen a ser importantes en comparación con las del resto. En muchos casos, los niños acaban simplemente desarrollando

sus habilidades más despacio o un poco más tarde, pero llegando a las mismas metas del desarrollo.

Pueden existir confusiones en el diagnóstico con otras patologías como (Trastornos del Espectro Autista, Trastornos Específicos del Lenguaje, Trastornos del Espectro Analcohólico Fetal, etc.), los cuales implican déficit en diversas esferas cognitivas como pueden ser las funciones ejecutivas, capacidad atencional o la cognición social, entre otras. Sin embargo, estos diagnósticos tienen manifestaciones que suelen afectar a los individuos fuera del entorno escolar y, como mencionamos en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), se pueden dar en varios ámbitos de su vida a parte del académico/laboral.

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

La dislexia puede llegar a tener componentes atencionales como causa subyacente, de modo que en ocasiones puede ser motivo de confusión para el profesional a la hora de establecer el diagnóstico. A la hora de diferenciar entre uno u otro hay que tener en cuenta que, en el déficit, las dificultades atencionales se dan en varios ámbitos de la vida de la persona (prestar atención en clase, concentrarse en el estudio/actividades académicas, ver una serie o película de larga duración, fijar información en la memoria, etc.), mientras que cuando hablamos de dislexia por dificultades atencionales, los problemas aparecen únicamente durante la lectura. Estos problemas pueden ser por dificultades de monitorización a la hora de cometer errores, por no ser capaz de mantener la atención en textos largos o por no poder centrar la atención en la lectura y en la comprensión del texto al mismo tiempo.

Disgrafía o Disortografía

La disgrafía y la dislexia son dos trastornos diferenciados, aunque están estrechamente relacionados entre sí, de hecho, existe una alta prevalencia de comorbilidad entre los dos. A la hora de evaluar las dificultades específicas del aprendizaje se deben de aplicar pruebas tanto de lectura como de escritura, ya que con estas pruebas se puede observar si existen diferencias en el rendimiento de la persona a la hora de realizar dichas tareas. Si al observar a una persona no se detectan dificul-

tades particularmente llamativas en la fluidez, precisión y comprensión lectora, pero sí se encuentran en la precisión del trazo al escribir o grafomotoras, una gran cantidad de faltas de ortografía y/o un discurso desestructurado al escribir estaremos hablando de que esa persona presenta un cuadro de disgrafía/disortografía. En el caso de que muestre dificultades en ambas esferas (decodificación de la escritura mediante la lectura y producción de esta) estaremos ante un cuadro mixto.

Discalculia

Similarmente a lo que ocurre con la dislexia y la disgrafía, la discalculia está también relacionada con las otras dos y puede presentarse de forma combinada con ambas. A la hora de diferenciar entre ambas, hay que tener en cuenta que la discalculia presenta sobre todo dificultades matemáticas (sentido numérico, comprensión de magnitudes, comprensión del funcionamiento de las operaciones matemáticas, etc.), mientras que, en la dislexia, los errores aparecen durante la lectura. Puede ser que la persona muestre dificultades a la hora de leer cifras grandes, o que al escribir altere el orden de los dígitos, esto no son errores de la conciencia matemática sino de decodificación de la grafía de los números o de alteración del orden de presentación al escribir números u operadores matemático (“+”, “-”, “x”, etc.).

7. CONCLUSIONES

En conclusión, este capítulo nos ha permitido explorar la dislexia como un TEA, identificando sus manifestaciones clínicas, factores de riesgo y trastornos comórbidos, así como los aspectos clave de su evaluación neuropsicológica. Es fundamental comprender la complejidad de la dislexia para ofrecer intervenciones efectivas y personalizadas que ayuden a quienes la padecen a superar sus dificultades de aprendizaje y mejorar su funcionalidad diaria. Este tema nos permite no solo identificar y diagnosticar la dislexia, sino también diseñar estrategias de intervención centradas en fortalecer las habilidades cognitivas y emocionales necesarias para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

8. REFERENCIAS

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). *https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596*

Alloway, T. P., Gathercole, S. E., Kirkwood, H., y Elliott, J. (2009). The cognitive and behavioral characteristics of children with low working memory. *Child development*, *80*(2), 606-621.

Benton, A. L., Varney, N. R., y Hamsher, K. S. (1994). *Benton Judgment of Line Orientation*. Oxford University Press.

Brickenkamp, R., Schmidt-Atzert, L., y Liepmann, D. (2022). *d2-R. Test de Atención - Revisado (b)* (Adaptado por B. Ruiz-Fernández). TEA Ediciones. (Versión original publicada en 2010).

Calvo, L., Casals-Coll, M., Sánchez-Benavides, G., Quintana, M., Manero, R.M., Rognoni, T., Palomo, R., Aranciva, F., Tamayo, F., y Pena-Casanova, J. (2013). Estudios normativos españoles en población adulta joven (proyecto NEURONORMA jóvenes): normas para las pruebas Visual Object and Space Perception Battery y Judgment of Line Orientation. *Neurología*. *28*(3), 153-159. *https://doi.org/10.1016/j.nrl.2012.03.007*

Cuetos, F., Rodríguez, B., Ruano, E., y Arribas, D. (2012). *PROESC: Batería de Evaluación de los Procesos de Escritura (b).* TEA Ediciones.

Cuetos, F., Rodríguez, B., Ruano, E., y Arribas, D. (2007). *PROLEC-R: Batería de evaluación de los procesos lectores - revisada (b).* TEA Ediciones.

Cuetos, F., Rodríguez, B., Ruano, E., y Arribas, D. (2016). *PROLEC-SE-R: Batería para la Evaluación de los Procesos Lectores en Secundaria y Bachillerato - Revisada (b).* TEA Ediciones.

Ferreres, A. y López, C. V. (2009). Las alexias fonológicas, de superficie y profunda en hispanohablantes y los modelos de doble ruta. *Ciencias Psicológicas*, *3*(2), 161-176.

Galaburda, A. M., y Cestnick, L. (2003). Dislexia del desarrollo. *Revista de neurología*, *36*(1), 3.

Guardia, J., Peña Casanova, J., Bertrán-Serra, I., Manero, R. M., Meza, M., y Böhm, P. (1997). Versión abreviada del test Barcelona (II): subtests y perfiles normales. *Neurología* (Barc., Ed. impr.), 12(0), 112-116.

Humphreys, G. W. y Evett, L. J. (1985). Are there independent lexical and nonlexical routes in reading? An evaluation of the dual route theory of reading. *The Behavioral and Brain Sciences*, 8, 689-740.

Ibáñez-Alfonso, J. A., Company-Córdoba, R., De La Cadena, C. G., Sianes, A., Simpson, I. C. (2021). How Living in Vulnerable Conditions Undermines

Cognitive Development: Evidence from the Pediatric Population of Guatemala. *Children*, *8*, 90.

Jain, M., y Passi, G. R. (2005). Assessment of a modified Mini-Mental Scale for cognitive functions in children. Indian Pediatrics, 42(9), 907-912.

Kaufman, A. S., y Kaufman, N. L. (2011). *K-BIT*, *Test breve de inteligencia de Kaufman* (versión española). Pearson Clinical & Talent Assessment. (Versión original publicada en 2000).

Kolb, B. y Wishaw, I. Q. (2017). *Neuropsicología Humana.* (7ª Edición). Editorial Medica Panamericana. Madrid.

Korkman, M., Kirk, U., y Kemp, S. (2014). *NEPSY-II: Batería Neuropsicológica Infantil.* (Adaptado por Universidad de Sevilla, Centro de Rehabilitación Neurológica - FIVAN y Dpto. I+D Pearson Clinical & Talent Assessment). Pearson Clinical & Talent Assessment. (Versión original publicada en 2007).

Lagae, L. (2008). Learning disabilities: definitions, epidemiology, diagnosis, and intervention strategies. *Pediatric Clinics of North America*, *55*(6), 1259-1268.

Málaga Diéguez, I. (2014). Los trastornos del aprendizaje. Definición de los distintos tipos y sus bases neurobiológicas.

Mendoza, A. N. M. (2018). Algunas consideraciones acerca del trastorno del aprendizaje. *Dominio de las Ciencias*, *4*(1), 280-288.

Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., ... y Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, *53*(4), 695-699.

Nelson, J. M. y Harwood, H. (2011). Learning disabilities and anxiety: A meta-analysis [Dificultades de aprendizaje y ansiedad: un metaanálisis]. *Journal of Learning Disabilities,* 44(1), 3-17.

Ojeda, N., del Pino, R., Ibarretxe-Bilbao, N., Schretlen, D. J., y Peña, J. (2016). Test de evaluación cognitiva de Montreal: Normalización y estandarización de la prueba en población española. *Revista de Neurologia*, *63*(11), 488–496.

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2019/21). *Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11). https://icd.who.int/browse11* Licencia de Creative Commons Attribution-NoDerivatives 3.0 IGO (CC BY-ND 3.0 IGO).

Portellano, J. A. (2007). *Neuropsicología infantil*. Editorial Síntesis. Madrid.

Portellano, J. A., Mateos, R., y Martínez Arias, R. (2019). *NEURO-KID. Screening Neuropsicológico Infantil (b).* TEA Ediciones.

Real Academia Española. (s.f.). Aprendizaje. En Diccionario de la lengua española. Recuperado el 28 de abril de 2024, de *https://dle.rae.es/aprendizaje*

Ron Benavides, J. P. (2021). Prevalencia de alteraciones de neurodesarrollo en el Hospital del Día Eloy Alfaro. Universidad Andina Simón Bolívar. https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/8509/1/T3708-MTDI-Ron-Prevalencia.pdf

Ryan, M. (2006). Problemi sociali ed emotivi collegati alla dislessia [Problemas sociales y emocionales asociados a la dislexia]. *Dislessia*, *3*(1), 29-35.

Sedó, M. A. (2007). *FDT: test de los cinco dígitos.* TEA Ediciones

Swanson, H. L., y Hoskyn, M. (1998). Experimental intervention research on students with learning disabilities: A meta-analysis of treatment outcomes. *Review of Educational Research,* 68(3), 277-321.

Thurstone, L. L., y Yela, M. (2012). *Test de Percepción de Diferencias - Revisado (CARAS-R)*. TEA Ediciones.

Wechsler, D. (2012). *WAIS-IV. Escala de inteligencia de Wechsler para adultos-IV. Manual de aplicación y corrección.* Madrid: NCS Pearson, Inc. (Versión original publicada en 2008).

Wechsler, D. (2015). *WISC-V, Escala de inteligencia de Wechsler para niños-V.* Madrid: NCS Pearson, Inc. (Versión original publicada en 2014).

Willcutt, E. G., Betjemann, R. S., McGrath, L. M., Chhabildas, N. A., Olson, R. K., DeFries, J. C., y Pennington, B. F. (2010). Etiology and neuropsychology of comorbidity between RD and ADHD: The case for multiple-deficit models. *Cortex*, 46(10), 1345-1361.

Zuppardo, L., Rodríguez Fuentes, A. V., Pirrone, C., y Serrano, F. (2020). Las repercusiones de la Dislexia en la Autoestima, en el Comportamiento Socioemocional y en la Ansiedad en Escolares.

Capítulo 16. Evaluación psicológica en la enfermedad crónica: un ejemplo de abordaje biopsicosocial en el contexto hospitalario

JESÚS FUNUYET-SALAS
Departamento de Psicología, Universidad Loyola

Este capítulo plantea un abordaje de la enfermedad crónica desde una perspectiva biopsicosocial, situando el foco de atención en la enfermedad hepática metabólica (EHmet), considerada como una de las nuevas pandemias del siglo XXI. Para ello, se comienza con un breve contexto y definición de la enfermedad, describiendo los criterios clínicos que llevan a su diagnóstico y aquellos factores de riesgo que contribuyen a su inicio y mantenimiento. Entre estos se encuentran una serie de variables psicológicas, cuya relevancia para la evolución clínica e intervención en estos pacientes justifica el abordaje multidisciplinar de esta enfermedad. Finalmente se describe el proceso de evaluación psicológica, que incluye los objetivos y los instrumentos de evaluación recomendados para identificar el perfil biopsicosocial de riesgo asociado a la EHmet. Este capítulo se centra, por lo tanto, en el abordaje biopsicosocial de una enfermedad crónica como la EHmet. No obstante, el empleo de las técnicas de evaluación descritas en este documento puede ser generaliza-

do a la intervención en otras patologías de carácter crónico, por lo que la información contenida en este capítulo puede ser de utilidad para un amplio número de profesionales e investigadores en el campo de la psicología de la salud en un contexto hospitalario.

1. DEFINICIÓN Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA ENFERMEDAD HEPÁTICA METABÓLICA

La EHmet ha pasado de ser una enfermedad prácticamente desconocida, tanto a nivel de investigación como entre la población general, a convertirse en los últimos años en uno de los problemas más alarmantes y acuciantes en el ámbito de la salud pública. De hecho, ha sido identificada recientemente como una de las principales causas de daño hepático en el mundo, con expectativas de que en un futuro a corto plazo se convierta en la principal causa de trasplante hepático a nivel global (Villeret et al., 2022). Por lo tanto, no parece exagerada su consideración como una de las nuevas pandemias del siglo XXI.

La EHmet comprende un amplio espectro de patologías hepáticas metabólicas, sin que exista un consumo excesivo de alcohol en proporciones perjudiciales. Se pueden establecer tres niveles en función de la gravedad del daño hepático. Se corresponden con un nivel de gravedad leve aquellos pacientes con esteatosis hepática simple, que es la acumulación de depósitos de grasa en el hígado. Posteriormente la enfermedad puede evolucionar a esteatohepatitis, que ocurre cuando aparece inflamación y fibrosis progresiva, lo cual se correspondería con un nivel de gravedad moderado. La fibrosis hepática, que es la formación de una cantidad excesivamente grande de tejido cicatricial en el hígado, es un importante predictor del perfil clínico y psicosocial del paciente (Dulai et al., 2017; Younossi y Henry, 2021), y puede progresar hasta derivar en un estado de cirrosis hepática, que se entendería como un nivel de gravedad severo. Este cuadro clínico puede culminar en insuficiencia hepatocelular grave y/o hepatocarcinoma (Makri et al., 2021). De hecho, en el momento en el que el paciente cirrótico se descompensa, sería necesario el trasplante hepático.

El trasplante hepático es una opción terapéutica efectiva en términos de supervivencia para pacientes con cirrosis desencadenada por EHmet, siendo ésta comparable a la de pacientes trasplantados por otras etiologías (Haldar et al., 2019). Sin embargo, es importante considerar la recurrencia de la enfermedad hepática en pacientes trasplantados, lo que conlleva una significativa amenaza al éxito del trasplante a largo plazo (Choudhury et al., 2024). Según los resultados obtenidos por Watt (2014), la recurrencia de esteatosis hepática simple en pacientes trasplantados por EHmet es del 18% durante el primer año tras la cirugía, mientras que las cifras suben hasta el 45% a los cinco años. En cuanto a la fibrosis, ésta progresa hasta cirrosis hepática en el 5% de los pacientes trasplantados a los cinco años, números que se duplican considerando un período de diez años posterior al trasplante. Estos datos ponen de manifiesto la importancia de realizar un seguimiento adecuado de los pacientes tras la cirugía, previniendo el efecto y desarrollo de los factores de riesgo en el cuadro clínico.

2. PRINCIPALES FACTORES DE RIESGO

Las tasas de prevalencia de la EHmet se sitúan actualmente entre el 20 y el 30% en Europa, Estados Unidos o Latinoamérica. Estos territorios se caracterizan por ser occidentalizados, es decir, presentan un estilo de vida urbano, basado en hábitos alimentarios poco saludables y sedentarismo (Younossi, 2019). En los últimos años la prevalencia de la EHmet está en continuo y rápido aumento, creciendo exponencialmente al mismo ritmo que la diabetes tipo 2 y la obesidad. De hecho, la EHmet es considerada como la manifestación hepática del síndrome metabólico, que engloba una serie de condiciones o patologías como la obesidad, la dislipemia, la hipertensión arterial o la hiperglucemia, las cuales actúan como predisponentes ante la aparición de enfermedades cardiovasculares y diabetes tipo 2 (Agrawal y Daruwala, 2011).

De entre todas las patologías metabólicas mencionadas, la EHmet mantiene una estrecha relación bidireccional con la diabetes tipo 2 y la obesidad. Por una parte, es especialmente frecuente el diagnóstico de

EHmet en personas diabéticas y obesas: entre las primeras se sitúa en torno al 60%, mientras que entre las segundas las cifras pueden alcanzar incluso el 90% en personas con obesidad mórbida sometidos a cirugía bariátrica, agravando en ambos casos las complicaciones asociadas a la enfermedad metabólica (Dai et al., 2017; Younossi et al., 2019). Por otra parte, la presencia de diabetes tipo 2 u obesidad en pacientes con EHmet favorece la progresión del daño hepático (Polyzos et al., 2017; Radaelli et al., 2018). Todo ello convierte a estas dos patologías metabólicas, junto a un estilo de vida sedentario y una dieta basada en una alta ingesta de hidratos de carbono de absorción rápida y grasas saturadas, en los principales factores de riesgo asociados a la EHmet (Gallego-Durán et al., 2013).

3. EL ABORDAJE BIOPSICOSOCIAL DE LA ENFERMEDAD HEPÁTICA METABÓLICA: UNA RESPUESTA AL PROBLEMA DE LA ADHERENCIA TERAPÉUTICA

Aún no se dispone de una terapia farmacológica definitiva para el tratamiento de la EHmet. En su lugar, la intervención más eficaz implica la pérdida de peso a través de modificaciones en el estilo de vida (Geier y Rau, 2017). En los últimos años, se han desarrollado planes de intervención conjuntos por parte de la Asociación Europea para el Estudio del Hígado, la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes y la Asociación Europea para el Estudio de la Obesidad. Estos planes recomiendan una pauta de entre 150 y 200 minutos semanales de actividad física aeróbica de intensidad moderada o de entrenamiento de resistencia, a realizar entre tres y cinco días por semana. Además, sugieren seguir un plan de alimentación basado en la dieta mediterránea, que restringe el consumo de alimentos con alto contenido en grasas saturadas o azúcares, promoviendo en su lugar aquellos ricos en ácidos grasos monoinsaturados y omega-3 (EASL et al., 2016).

El cumplimiento de estos planes terapéuticos es esencial para alcanzar una reducción del 10% del peso corporal, objetivo clave para estabilizar la enfermedad y lograr mejoras significativas en su evolu-

ción, como la reducción de la esteatosis hepática, la mejora de la inflamación y la regresión de la fibrosis (Vilar-Gómez et al., 2015). Sin embargo, el cumplimiento de estas pautas es insuficiente en más de la mitad de los pacientes con EHmet, quienes no consiguen perder el peso necesario o, en su defecto, lo recuperan en un corto periodo de tiempo (Serfaty, 2018). Esto podría explicarse en parte por la falta de motivación que suelen tener estos pacientes para cambiar su estilo de vida (Centis et al., 2013), y por los efectos que ciertas variables psicológicas pueden ejercer sobre la evolución clínica y adherencia terapéutica en esta enfermedad. Por lo tanto, el abordaje biopsicosocial de la EHmet viene a ofrecer una respuesta al problema de la adherencia terapéutica en estos pacientes, al considerar por primera vez el papel de determinados factores de origen psicosocial que hasta estos últimos años no habían sido considerados en la investigación, evaluación y tratamiento de esta enfermedad.

4. EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Haciendo una revisión de la literatura, se puede observar cómo la fisiopatología, los marcadores bioquímicos o los mecanismos moleculares relacionados con la EHmet han sido ampliamente investigados hasta la fecha (Negi et al., 2022; Steinman et al., 2021). Sin embargo, no existen tantas evidencias sobre la influencia de variables psicológicas en el curso de la EHmet. Esto es comprensible si se considera que, hasta los años ochenta, tras el planteamiento del modelo biopsicosocial propuesto por Engel (Engel, 1977), no se comenzaron a tomar en cuenta las contribuciones de factores psicológicos, conductuales y sociales, tanto en la génesis como en el tratamiento de las enfermedades. A partir de ese momento, la salud dejó de estar determinada únicamente por factores biológicos y empezó a verse influida también por las interpretaciones, emociones y reacciones del individuo ante las demandas de su entorno. Esta nueva perspectiva confirió a la persona un papel activo y responsable en la gestión y afrontamiento de los factores que afectan su salud y, por lo tanto, su enfermedad.

4.1. Áreas y objetivos de la evaluación psicológica

Adoptando el enfoque propuesto por el modelo biopsicosocial, y con el objetivo de lograr una intervención multidisciplinar que proporcione una respuesta al mencionado problema de la adherencia terapéutica, surge en los últimos años el estudio del perfil biopsicosocial asociado a la EHmet. En este contexto, surge el interés en explorar las siguientes áreas o variables: calidad de vida, salud mental, estrategias de afrontamiento, autoeficacia y apoyo social.

De entre todas estas, existe una mayor evidencia sobre la calidad de vida, la cual es notablemente inferior en personas con EHmet en comparación con pacientes con otras patologías hepáticas crónicas o con la población general (Assimakopoulos et al., 2018; Sayiner et al., 2016). Este impacto suele producirse principalmente sobre la salud física del paciente y su capacidad para realizar sus actividades diarias (Assimakopoulos et al., 2018). En este sentido, es fundamental evaluar la fatiga, que ha sido reconocida como un síntoma persistente y disfuncional en la EHmet, siendo reportada en hasta un 75% de los pacientes, ya que es el principal síntoma detrás del deterioro en la calidad de vida (Cook et al., 2019).

Otros problemas que también pueden contribuir a este declive en la calidad de vida, y que también deberían ser valorados en el proceso de evaluación psicológica, son la inactividad, el malestar o dolor abdominal, la somnolencia diurna y los problemas para dormir por la noche, alteraciones en el estado de ánimo, o la preocupación sobre la evolución de la enfermedad hepática (Cook et al., 2019; Newton et al., 2008). La evaluación de la calidad de vida es también importante por su efecto significativo para la adherencia terapéutica de estos pacientes. Por un lado, la salud física y mental percibida ha sido identificada recientemente como un importante predictor de la realización de actividad física en estos pacientes (Funuyet-Salas et al., 2021a). Por otro lado, la pérdida de peso mediante la modificación del estilo de vida se asocia con mejoras significativas en la calidad de vida de estos pacientes, especialmente en aquellos sin un grado avanzado de fibrosis (Tapper y Lai, 2016).

Con respecto a la salud mental, es muy importante evaluar la sintomatología ansiosa y depresiva del paciente con EHmet. Las evidencias apuntan a una mayor presencia de sintomatología depresiva en estos pacientes, en comparación con otras patologías hepáticas crónicas y con la población general (Huang et al., 2017; Kim et al., 2019). En cuanto a cifras, se ha observado una prevalencia de depresión subclínica y clínica del 53% y 14%, respectivamente, así como un 45% y un 25% de ansiedad subclínica y clínica en estos pacientes (Youssef et al., 2013). Estos datos son muy relevantes, especialmente por los efectos perjudiciales que tales trastornos emocionales ejercen en el curso y desarrollo de una enfermedad: incrementan la intensidad y frecuencia de los síntomas físicos, producen alteraciones a nivel funcional, y reducen la adherencia terapéutica y la calidad de vida (Popovic et al., 2015). Además, la evolución de un trastorno depresivo concomitante a la EHmet incrementa considerablemente el riesgo de aparición de complicaciones varias, entre las que se encuentran, además del descenso en la calidad de vida, una mayor probabilidad de progresar hacia fases más avanzadas de la enfermedad hepática (Funuyet-Salas et al., 2020).

Las evidencias sobre el papel de las estrategias de afrontamiento, la autoeficacia y el apoyo social en el perfil biopsicosocial asociado a la EHmet son escasas, aunque estudios recientes señalan la importancia de su incorporación al proceso de evaluación psicológica en esta enfermedad.

Para empezar, las estrategias de afrontamiento, entendiendo estas como aquellas acciones que realiza un individuo para gestionar una demanda interna o externa que excede sus propios recursos, pueden ser calificadas como adaptativas o desadaptativas, en función de los resultados obtenidos tras su puesta en práctica (Lazarus y Folkman, 1986). Tras el diagnóstico de una enfermedad hepática crónica, es común la puesta en marcha de algunas de las siguientes estrategias de afrontamiento: enojarse o disgustarse; negar la existencia de la enfermedad; abandonar, resignarse y no realizar ninguna acción para restablecer su estado de salud; o el consumo de sustancias, ya sea mediante el abuso de alcohol, tabaco o medicación no prescrita. El efecto negativo del empleo de este tipo de estrategias de afrontamiento desadaptativas ha

sido asociado a una peor calidad de vida y a una inferior percepción de salud en pacientes hepáticos crónicos (Gutteling et al., 2010). En pacientes con EHmet, la presencia de obesidad y de un grado significativo de fibrosis hepática ha sido vinculado con un estilo de afrontamiento más desadaptativo (Funuyet-Salas et al., 2020; Funuyet-Salas et al., 2021b). Esto es importante, ya que el uso de estrategias como la negación o la desconexión conductual predice una peor calidad de vida, una menor vitalidad y una mayor presencia de sintomatología depresiva en estos pacientes (Funuyet-Salas et al., 2021a; Funuyet-Salas et al., 2022).

En cuanto a la autoeficacia, se trata de una variable fundamental en el proceso de evaluación psicológica por su relevancia para la adherencia terapéutica de estos pacientes. La autoeficacia, que hace referencia a las creencias que una persona tiene sobre su capacidad para regularse y para realizar las acciones necesarias con las que gestionar con garantías una determinada situación, debe ser tenida en cuenta a la hora de confeccionar planes de intervención exitosos, incluyendo modificaciones en el estilo de vida. La autoeficacia permite confirmar la percepción de la persona sobre su capacidad para llevar a cabo cambios conductuales relacionados con su salud (Bellentani et al., 2008). Una alta autoeficacia fomenta el proceso de toma de decisiones, un sentido elevado de optimismo, la capacidad de recuperación tras sufrir problemas de salud, el afrontamiento de enfermedades crónicas y un alto compromiso con las metas establecidas, por ejemplo, con la realización de ejercicio físico o la reducción del peso corporal (Klein-Hessling et al., 2005). En pacientes con EHmet, se ha demostrado que un alto nivel de autoeficacia ejerce un efecto protector sobre la capacidad para seguir las pautas terapéuticas de dieta y actividad física. En estos pacientes, el deterioro en la calidad de vida y la falta de apoyo social predicen una peor adherencia terapéutica. La relevancia de la autoeficacia radica en que, cuanto mayor es la percepción de autoeficacia del paciente, menor es el efecto negativo que una pobre calidad de vida y un apoyo social insatisfactorio ejercen sobre la realización de dieta y actividad física (Funuyet-Salas et al., 2021a).

Finalmente, el apoyo social puede ser definido como la percepción del individuo sobre la ayuda instrumental, emocional e informacional

que le proporciona su contexto social más inmediato, que suele estar constituido por cónyuge, familia o amigos. Un apoyo social satisfactorio conlleva consecuencias positivas para la salud. Por ejemplo, se asocia con mejoras significativas en el grado de morbilidad psiquiátrica o en el proceso de recuperación de patologías crónicas. También se asocia con una mayor probabilidad de mantener cambios en el estilo de vida a largo plazo, y con un mejor y más eficaz afrontamiento ante situaciones diarias estresantes (Larsson et al., 2017). Por el contrario, una percepción negativa sobre el apoyo social se vincula con consecuencias negativas para la salud, como un incremento de la presión arterial o una mayor actividad de marcadores inflamatorios, como la proteína C reactiva (Ruppar et al., 2017; Tomfohr et al., 2015). Todo ello confiere al apoyo social un lugar destacado en el proceso de evaluación psicológica de pacientes con EHmet. Más si cabe, considerando que en estudios recientes se ha encontrado una asociación significativa entre un bajo apoyo social y un mayor deterioro de la calidad de vida y de la salud mental, y una peor adherencia terapéutica en estos pacientes (Funuyet-Salas et al., 2020; Funuyet-Salas et al., 2021).

En consecuencia, a la vista de lo expuesto, los objetivos que se plantean en la evaluación psicológica de la EHmet son:

- Evaluar la calidad de vida, especialmente aquella relativa al funcionamiento físico del individuo, explorando síntomas habituales como la fatiga, la inactividad, el malestar o dolor abdominal, la somnolencia diurna o las dificultades para dormir por la noche.
- Explorar la salud mental, particularmente la sintomatología ansiosa y depresiva.
- Explorar el estilo de afrontamiento, prestando especial atención al empleo de estrategias de afrontamiento típicamente desadaptativas como la negación, la evitación o la desconexión conductual.
- Evaluar la percepción de autoeficacia y apoyo social, especialmente en relación con el seguimiento de las pautas terapéuticas de dieta y actividad física.

4.2. Principales técnicas e instrumentos de evaluación psicológica

A continuación, se van a detallar los instrumentos de evaluación psicológica recomendados para explorar la calidad de vida, salud mental, estrategias de afrontamiento, autoeficacia y apoyo social en pacientes con EHmet. La aplicación y desarrollo de este proceso de evaluación psicológica de manera sólida y rigurosa permite la identificación del perfil biopsicosocial del paciente con EHmet (Figura 1), lo cual es imprescindible para diseñar planes de intervención multidisciplinares e individualizados que traten de superar el problema para lograr una adecuada adherencia terapéutica en estos pacientes. Se irán describiendo los instrumentos de evaluación recomendados para dar respuesta a los distintos objetivos del proceso de evaluación psicológica:

A) Calidad de vida y síntomas asociados a la EHmet

Para la evaluación de la calidad de vida se recomienda la aplicación de dos instrumentos. Por una parte, uno que mida la calidad de vida relacionada con la salud, a nivel general, como el Cuestionario de Salud (SF-12). Por otra parte, otro que mida la calidad de vida, a nivel específico, es decir, explorando la experiencia del paciente respecto a los principales síntomas asociados a la EHmet, como el Cuestionario de Enfermedad Hepática Crónica (CLDQ-NAFLD).

— Cuestionario de Salud, en su versión original 12-item Short Form Survey (SF-12; Ware et al., 2002). Este instrumento ha sido adaptado a la población española por Vilagut et al. (2008). Proporciona un perfil del estado de salud física y mental mediante 12 ítems con tres o cinco opciones de respuesta, y ocho dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud: *salud general* (ítem 1), *función física* (ítems 2 y 3), *rol físico* (ítems 4 y 5), rol emocional (ítems 6 y 7), dolor corporal (ítem 8), salud mental (ítems 9 y 11), *vitalidad* (ítem 10) y *función social* (ítem 12). Para cada dimensión se recodifican los ítems y se suman, transformándose posteriormente esta puntuación directa en una escala que va de 0 (el peor estado de salud) a 100 (el mejor estado de salud), proporcionando un perfil del estado de salud

basado en la puntuación alcanzada en cada una de las ocho dimensiones analizadas. Por lo tanto, puntuaciones más altas indican una mejor calidad de vida relacionada con la salud. También se pueden calcular dos componentes sumarios a partir de las ocho dimensiones del instrumento, utilizando Quality Metric Health OutcomesTM Scoring Software 5.0: un sumario de la calidad de vida física, y otro de la calidad de vida mental. La consistencia interna de la versión española varía entre .78 y .85 para el sumario físico y el sumario mental.

— Cuestionario de Enfermedad Hepática Crónica, en su versión original Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ-NAFLD; Younossi et al., 2017). Mide el impacto de la EHmet en la calidad de vida del paciente, explorando síntomas asociados a la enfermedad como la fatiga, el malestar o dolor abdominal, la inactividad o los problemas para dormir, entre otros. Lo hace mediante 36 ítems con siete opciones de respuesta, y seis dimensiones de la calidad de vida: *síntomas abdominales* (ítems 1, 5 y 17), *cansancio* (ítems 2, 4, 8, 11, 13 y 35), *síntomas sistémicos* (ítems 3, 6, 21, 23, 27 y 36), *actividad* (ítems 7, 9, 14, 30 y 31), *función emocional* (ítems 10, 12, 15, 16, 19, 20, 24, 26 y 34) y *preocupación* (ítems 18, 22, 25, 28, 29, 32 y 33). La puntuación de cada dimensión se obtiene estableciendo la media, es decir, sumando las puntuaciones para cada ítem de la dimensión y dividiendo por el número de ítems de esa dimensión. Así, se obtiene una puntuación para cada dimensión que va de 1 a 7. Cuanto más baja es la puntuación, peor es la calidad de vida. La puntuación global para el cuestionario se obtiene mediante la media de las puntuaciones para cada dimensión. La consistencia interna varía entre .74 y .90 para las diferentes dimensiones o subescalas del instrumento.

B) Salud mental

Para la evaluación de la salud mental se recomienda la aplicación de dos instrumentos. Por una parte, uno que sea capaz de discriminar la presencia de ansiedad y depresión clínica, como la Escala Hospitalaria

de Ansiedad y Depresión (HADS). Por otra parte, otro que mida la gravedad e intensidad de la sintomatología depresiva, como el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).

- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, en su versión original Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond y Snaith, 1983). Este instrumento ha sido adaptado a la población española por Caro e Ibáñez (1992). Evalúa sintomatología ansiosa y depresiva, considerando dimensiones cognitivas y afectivas, y omitiendo aquellos síntomas de etiología médica o somática. Lo hace mediante 14 ítems con cuatro opciones de respuesta, y dos dimensiones*: sintomatología ansiosa* (ítems 1, 3, 5, 7, 9, 11 y 13) y *depresiva* (ítems 2, 4, 6, 8, 10, 12 y 14). El instrumento proporciona dos puntuaciones totales, una para sintomatología ansiosa y otra para sintomatología depresiva. El valor total de cada dimensión o subescala se obtiene sumando las puntuaciones para cada ítem de la dimensión. La puntuación total para cada subescala puede oscilar entre 0 y 21. Puntuaciones más altas indican una mayor sintomatología ansiosa o depresiva. Además, se establece un punto de corte igual o superior a 8 para establecer ansiedad clínica, y un punto de corte igual a superior a 5 para establecer depresión clínica. La consistencia interna de la versión española varía entre .84 y .86 para las dos dimensiones del instrumento.
- Inventario de Depresión de Beck, en su versión original Beck Depression Inventory (BDI-II; Beck et al., 1996). Este instrumento ha sido adaptado a la población española por Beck et al. (2011). Evalúa la gravedad e intensidad de la sintomatología depresiva mediante la identificación de síntomas como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, o pesimismo. Lo hace mediante 21 ítems con cuatro opciones de respuesta, excepto los ítems 16 y 18, que tienen siete opciones de respuesta. La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones para cada ítem del instrumento. A pesar de que los ítems 16 y 18 tengan siete opciones de respuesta, se puntúan de 0 a 3 igual que el res-

to de los ítems. Por lo tanto, la puntuación total del instrumento puede oscilar entre 0 y 63. Puntuaciones más altas indican una mayor gravedad de la sintomatología depresiva. Además, se han establecido los siguientes puntos de corte: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. La consistencia interna de la versión española es de .89.

C) Estrategias de afrontamiento, autoeficacia y apoyo social percibido

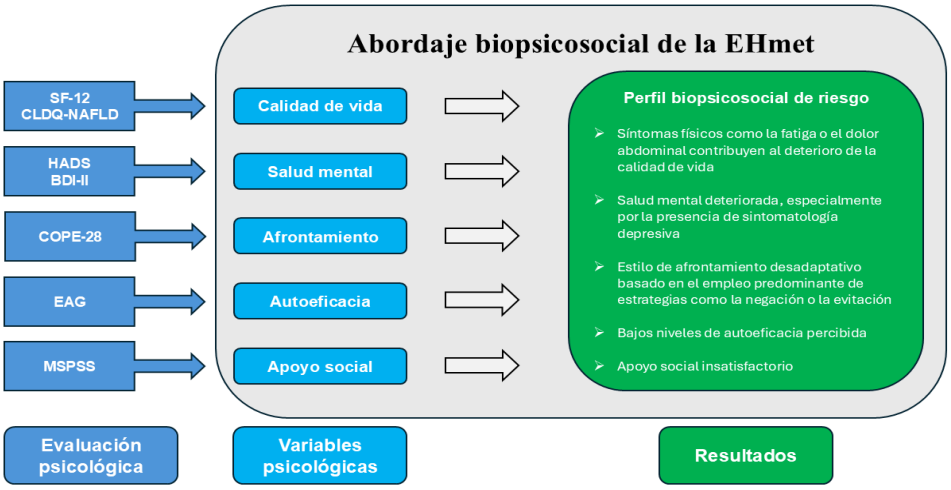
Para la evaluación de las estrategias de afrontamiento, autoeficacia y apoyo social percibido se recomienda la aplicación los siguientes instrumentos. Por una parte, uno que permita discriminar el empleo de estrategias de afrontamiento típicamente adaptativas y desadaptativas, como el Cuestionario de Afrontamiento (COPE-28). Por otra parte, otro que mida la capacidad percibida por la persona para hacer frente a una serie de situaciones problemáticas, como la Escala de Autoeficacia General (EAG). Por último, un instrumento que permita conocer la satisfacción de la persona con el apoyo recibido por parte de familia, amigos y pareja u otra persona significativa, como la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS).

— Cuestionario de Afrontamiento, en su versión original Brief COPE (COPE-28; Carver, 1997). Este instrumento ha sido adaptado a la población española por Morán et al. (2010). Evalúa distintos modos de afrontar el estrés mediante 28 ítems con cuatro opciones de respuesta, y 14 dimensiones: *planificación* (ítems 6 y 26), *búsqueda de apoyo emocional* (ítems 9 y 17), *afrontamiento activo* (ítems 2 y 10), *aceptación* (ítems 3 y 21), *negación* (ítems 5 y 13), *humor* (ítems 7 y 19), *autoinculpación* (ítems 8 y 27), *desconexión conductual* (ítems 11 y 25), *desahogo* (ítems 12 y 23), *uso de sustancias* (ítems 15 y 24), *autodistracción* (ítems 4 y 22), *religión* (ítems 16 y 20), *reinterpretación positiva* (ítems 14 y 18) y *búsqueda de apoyo instrumental* (ítems 1 y 28). La puntuación de cada dimensión se obtiene estableciendo la me-

dia, es decir, sumando las puntuaciones para cada ítem de la dimensión y dividiendo por el número de ítems de esa dimensión. Así, se obtiene una puntuación para cada dimensión que va de 0 a 3. Cuanto más alta es la puntuación, mayor es el empleo de la estrategia de afrontamiento. La consistencia interna varía entre .50 y .90 para las diferentes dimensiones o subescalas del instrumento.

- Escala de Autoeficacia General, en su versión original General Self-Efficacy Scale (EAG; Baessler y Schwarcer, 1996). Este instrumento ha sido adaptado a la población española por Sanjuán-Suárez et al. (2000). Evalúa la creencia estable sobre la capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de estresores de la vida cotidiana mediante 10 ítems con diez opciones de respuesta. La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones para cada ítem del instrumento. Por lo tanto, la puntuación total del instrumento puede oscilar entre 10 y 100. Puntuaciones más altas indican una mayor autoeficacia. La consistencia interna de la versión española es de .87.
- Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, en su versión original Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS; Zimet et al., 1988). Este instrumento ha sido adaptado a la población española por Landeta y Calvete (2002). Evalúa el apoyo percibido por parte de familia, amigos y pareja u otras personas significativas. Lo hace mediante 12 ítems con siete opciones de respuesta, y tres dimensiones: *familia* (ítems 3, 4, 8 y 11), *amigos* (ítems 6, 7, 9 y 12) y *pareja u otros significativos* (ítems 1, 2, 5 y 10). La puntuación de cada dimensión se obtiene estableciendo la media, es decir, sumando las puntuaciones para cada ítem de la dimensión y dividiendo por el número de ítems de esa dimensión. Así, se obtiene una puntuación para cada dimensión que va de 1 a 7. Cuanto más alta es la puntuación, mayor es la percepción de apoyo social. La consistencia interna varía entre .89 y .92 para las diferentes dimensiones o subescalas del instrumento.

Figura 1.
Abordaje biopsicosocial de la enfermedad hepática metabólica



4. CONCLUSIONES

En el presente capítulo se han expuesto una serie de motivos por los que resulta necesaria la identificación del perfil biopsicosocial asociado a la EHmet. En líneas generales, la investigación sobre perfiles biopsicosociales asociados a una patología permite el diseño y desarrollo de programas de intervención específicos para una determinada población clínica. El hecho de pasar de intervenciones clínicas estandarizadas y genéricas, a programas terapéuticos diferenciales, que tienen en cuenta las particularidades, fortalezas y debilidades de su población diana, supone un impulso para la efectividad de la intervención. Esto es especialmente importante en el caso de la EHmet. Los problemas que se dan en la actualidad para lograr una adecuada adherencia terapéutica entre los pacientes están suponiendo importantes costes económicos y un considerable uso de recursos sanitarios en todo el mundo, que se prevé incluso que vayan en aumento en los próximos años debido a la creciente incidencia del síndrome metabólico y de la EHmet en población infantil (Younossi y Henry, 2021).

Para ayudar a superar este problema, se recomienda incorporar aspectos emocionales y cognitivos en la intervención de la EHmet. Para ello, sería necesario implementar un abordaje multidisciplinar, centrado en el paciente, que integre la evaluación psicológica en los protocolos de actuación y seguimiento de esta enfermedad, empleando para ello instrumentos como SF-12 y CLDQ-NAFLD (calidad de vida), HADS y BDI-II (salud mental), COPE-28 (estrategias de afrontamiento), EAG (autoeficacia) y MSPSS (apoyo social). Esto permitiría considerar el impacto que el deterioro en la salud física y mental, un estilo de afrontamiento desadaptativo, una baja autoeficacia percibida o un apoyo social insatisfactorio ejercen sobre la evolución clínica y la adherencia terapéutica de estos pacientes. De este modo, los profesionales sanitarios podrán comprender mejor aquellos factores biopsicosociales que predicen el funcionamiento físico, mental y social del paciente con EHmet, con el objetivo de mejorar la efectividad de futuros estudios multinacionales de intervención y eficacia del tratamiento de la EHmet.

5. REFERENCIAS

Agrawal, S., & Daruwala, C. (2011). Metabolic syndrome and hepatic resection: improving outcome. *HPB, 13*, 846–859. https://doi.org/10.1111/j.1477-2574.2011.00380.x

Assimakopoulos, K., Karaivazoglou, K., Tsermpini, E. E., Diamantopoulou, G., & Triantos, C. (2018). Quality of life in patients with nonalcoholic fatty liver disease: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research, 112*, 73–80. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2018.07.004

Baessler, J., & Schwarcer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de autoeficacia general. *Ansiedad y Estrés, 2*(1), 1–8.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI–II. Beck Depression Inventory Manual*. The Psychological Corporation.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2011). *Manual BDI-II. Inventario de Depresión de Beck-II (Adaptación española: J. Sanz and C. Vázquez)*. Pearson.

Bellentani, S., Dalle-Grave, R., Suppini, A., Marchesini, G., & Fatty Liver Italian Network. (2008). Behavior therapy for nonalcoholic fatty liver disease:

The need for a multidisciplinary approach. *Hepatology, 47*(2), 746–754. https://doi.org/10.1002/hep.22009

Caro, I., & Ibáñez, E. (1992). La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión. Su utilidad práctica en Psicología de la Salud. *Boletín de Psicología*, *36*, 43–69.

Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, *4*(1), 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6

Centis, E., Marzocchi, R., Di Domizio, S., Ciaravella, M. F., & Marchesini, G. (2010). The effect of lifestyle changes in non-alcoholic fatty liver disease. *Digestive Diseases, 28*(1), 267–273. https://doi.org/10.1159/000282101

Choudhury, A., Singh, S. P., Desmukh, A., Sahoo, B., & Eslam, M. (2024). Post-liver transplant metabolic syndrome. *Journal of Clinical and Experimental Hepatology*, *14*(4), 101368. https://doi.org/10.1016/j.jceh.2024.101368

Cook, N., Geier, A., Schmid, A., Hirschfield, G., Kautz, A., Schattenberg, J. M., & Balp, M. M. (2019). The patient perspectives on future therapeutic options in NASH and patient needs. *Frontiers in Medicine, 6*, 61. https://doi.org/10.3389/fmed.2019.00061

Dai, W., Ye, L., Liu, A., Wen, S. W., Deng, J., Wu, X., & Lai, Z. (2017). Prevalence of nonalcoholic fatty liver disease in patients with type 2 diabetes mellitus: A meta-analysis. *Medicine, 96*(39), e8179. https://doi.org/10.1097/MD.0000000000008179

Dulai, P. S., Singh, S., Patel, J., Soni, M., Prokop, L. J., Younossi, Z., Sebastiani, G., Ekstedt, M., Hagstrom, H., Nasr, P., Stal, P., Wong, V. W, Kechagias, S., Hultcrantz, R., & Loomba, R. (2017). Increased risk of mortality by fibrosis stage in nonalcoholic fatty liver disease: Systematic review and meta-analysis. *Hepatology, 65*(5), 1557–1565. https://doi.org/10.1002/hep.29085

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science, 196*(4286), 129–136. https://doi.org/10.1126/science.847460

European Association for the Study of the Liver (EASL), European Association for the Study of Diabetes (EASD), & European Association for the Study of Obesity (EASO). (2016). EASL–EASD–EASO Clinical Practice Guidelines for the management of non-alcoholic fatty liver disease. *Journal of Hepatology, 64*(6), 1388–1402. https://doi.org/10.1016/j.jhep.2015.11.004

Funuyet-Salas, J., Martín-Rodríguez, A., Pérez-San-Gregorio, M. Á., & Romero-Gómez, M. (2021b). Influence of psychological biomarkers on therapeutic adherence by patients with non-alcoholic fatty liver disease: A modera-

ted mediation model. *Journal of Clinical Medicine, 10*(10), 2208. https://doi.org/10.3390/jcm10102208

Funuyet-Salas, J., Pérez-San-Gregorio, M. Á., Martín-Rodríguez, A., & Romero-Gómez, M. (2020). Psychological biomarkers and fibrosis: An innovative approach to nonalcoholic fatty liver disease. *Frontiers in Medicine, 7*, 585425. https://doi.org/10.3389/fmed.2020.58542

Funuyet-Salas, J., Pérez-San-Gregorio, M. Á., Martín-Rodríguez, A., & Romero-Gómez, M. (2021a). Quality of life and coping in nonalcoholic fatty liver disease: Influence of diabetes and obesity. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(7), 3503. https://doi.org/10.3390/ijerph18073503

Funuyet-Salas, J., Pérez-San-Gregorio, M. Á., Martín-Rodríguez, A., & Romero-Gómez, M. (2022). Vitality, mental health and role-physical mediate the influence of coping on depressive symptoms and self-efficacy in patients with non-alcoholic fatty liver disease: A cross-sectional study. *Journal of Psychosomatic Research, 162*, 111045. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2022.111045

Gallego-Durán, R., Ampuero, J., Funuyet, J. y Romero-Gómez, M. (2013). Esteatohepatitis alcohólica y no alcohólica: ¿quiénes son los pacientes y qué podemos hacer por ellos? *Gastroenterología y Hepatología, 36*, 587–596. https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2013.06.005

Geier, A., & Rau, M. (2017). Emerging therapies for NASH - The future is now. *Expert Review of Clinical Pharmacology, 10*(5), 467–469. https://doi.org/10.1080/17512433.2017.1305269

Gutteling, J. J., Duivenvoorden, H. J., Busschbach, J. J. V., de Man, R. A., & Darlington, A. S. E. (2010). Psychological determinants of health-related quality of life in patients with chronic liver disease. *Psychosomatics, 51*(2), 157–165. https://doi.org/10.1176/appi.psy.51.2.157

Haldar, D., Kern, B., Hodson, J., Armstrong, M. J., Adam, R., Berlakovich, G., Fritz, J., Feurstein, B., Popp, W., Karam, V., Muiesan, P., O'Grady, J., Jamieson, N., Wigmore, S. J., Pirenne, J., Malek-Hosseini, S. A., Hidalgo, E., Tokat, Y., Paul, A., … Schneeberger, S. (2019). Outcomes of liver transplantation for non-alcoholic steatohepatitis: A European Liver Transplant Registry study. *Journal of Hepatology, 71*(2), 313–322. https://doi.org/10.1016/j.jhep.2019.04.011

Huang, X., Liu, X., & Yu, Y. (2017). Depression and chronic liver diseases: Are there shared underlying mechanisms? *Frontiers in Molecular Neuroscience, 10*, 134. https://doi.org/10.3389/fnmol.2017.00134

Kim, D., Yoo, E. R., Li, A. A., Tighe, S. P., Cholankeril, G., Harrison, S. A., & Ahmed, A. (2019). Depression is associated with non-alcoholic fatty liver di-

sease among adults in the United States. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, *50*(5), 590–598. https://doi.org/10.1111/apt.15395

Klein-Hessling, J., Lohaus, A., & Ball, J. (2005). Psychological predictors of health-related behaviour in children. *Psychology, Health & Medicine, 10*(1), 31–43. https://doi.org/10.1080/13548500512331315343

Landeta, O., & Calvete, E. (2002). Adaptación y validación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. *Ansiedad y Estrés*, *8*(2), 173–182.

Larsson, K., Lööf, L., & Nordin, K. (2017). Stress, coping and support needs of patients with ulcerative colitis or Crohn's disease: A qualitative descriptive study. *Journal of Clinical Nursing, 26*(5), 648–657. https://doi.org/10.1111/jocn.13581

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.

Makri, E., Goulas, A., & Polyzos, S. A. (2021). Epidemiology, pathogenesis, diagnosis and emerging treatment of nonalcoholic fatty liver disease. *Archives of Medical Research, 52*(1), 25–37. https://doi.org/10.1016/j.arcmed.2020.11.010

Morán, C., Landero, R., & González, M. T. (2010). A psychometric analysis of the Spanish version of the brief COPE. *Universitas Psychologica, 9*(2), 543–552.

Negi, C. K., Babica, P., Bajard, L., Bienertova-Vasku, J., & Tarantino, G. (2022). Insights into the molecular targets and emerging pharmacotherapeutic interventions for nonalcoholic fatty liver disease. *Metabolism: Clinical and Experimental, 126*, 154925. https://doi.org/10.1016/j.metabol.2021.154925

Newton, J. L., Jones, D. E., Henderson, E., Kane, L., Wilton, K., Burt, A. D., & Day, C. P. (2008). Fatigue in non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD) is significant and associates with inactivity and excessive daytime sleepiness but not with liver disease severity or insulin resistance. *Gut, 57*(6), 807–813. https://doi.org/10.1136/gut.2007.139303

Polyzos, S. A., Kountouras, J., & Mantzoros, C. S. (2019). Obesity and nonalcoholic fatty liver disease: From pathophysiology to therapeutics. *Metabolism: Clinical and Experimental, 92*, 82–97. https://doi.org/10.1016/j.metabol.2018.11.014

Popović, D. D., Ćulafić, D. M., Tepavčević, D. B., Kovačević, N. V., Špuran, M. M., Djuranović, S. P., … Pekmezović, T. D. (2015). Assessment of depression and anxiety in patients with chronic liver disease. *Vojnosanitetski Pregled, 72*, 414–420.

Radaelli, M. G., Martucci, F., Perra, S., Accornero, S., Castoldi, G., Lattuada, G., Manzoni, G., & Perseghin, G. (2018). NAFLD/NASH in patients with type 2 diabetes and related treatment options. *Journal of Endocrinological Investigation, 41*(5), 509–521. https://doi.org/10.1007/s40618-017-0799-3

Ruppar, T. M., Dunbar-Jacob, J. M., Mehr, D. R., Lewis, L., & Conn, V. S. (2017). Medication adherence interventions among hypertensive black adults: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Hypertension, 35*(6), 1145–1154. https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000001260

Sanjuán-Suárez, P., Pérez-García, A. M., & Bermúdez-Moreno, J. (2000). Escala de autoeficacia general: Datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema, 12*(Suppl 1), 509–513.

Sayiner, M., Stepanova, M., Pham, H., Noor, B., Walters, M., & Younossi, Z. M. (2016). Assessment of health utilities and quality of life in patients with non-alcoholic fatty liver disease. *BMJ Open Gastroenterology, 3*(1), e000106. https://doi.org/10.1136/bmjgast-2016-000106

Serfaty, L. (2018). Management of patients with non-alcoholic steatohepatitis (NASH) in real life. *Liver International*, *38*(Suppl 1), 52–55. https://doi.org/10.1111/liv.13637

Steinman, J. B., Salomao, M. A., & Pajvani, U. B. (2021). Zonation in NASH - A key paradigm for understanding pathophysiology and clinical outcomes. *Liver International, 41*(11), 2534–2546. https://doi.org/10.1111/liv.15025

Tapper, E. B., & Lai, M. (2016). Weight loss results in significant improvements in quality of life for patients with nonalcoholic fatty liver disease: A prospective cohort study. *Hepatology, 63*(4), 1184–1189. https://doi.org/10.1002/hep.28416

Tomfohr, L. M., Edwards, K. M., Madsen, J. W., & Mills, P. J. (2015). Social support moderates the relationship between sleep and inflammation in a population at high risk for developing cardiovascular disease. *Psychophysiology, 52*(12), 1689–1697. https://doi.org/10.1111/psyp.12549

Vilagut, G., Valderas, J. M., Ferrer, M., Garin, O., López-García, E., & Alonso, J. (2008). Interpretation of SF-36 and SF-12 questionnaires in Spain: Physical and mental components. *Medicina Clínica, 130*, 726–735. https://doi.org/10.1157/13121076

Vilar-Gómez, E., Martínez-Pérez, Y., Calzadilla-Bertot, L., Torres-González, A., Gra-Oramas, B., González-Fabián, L., Friedman, S. L., Diago, M., & Romero-Gómez, M. (2015). Weight loss through lifestyle modification significantly reduces features of nonalcoholic steatohepatitis. *Gastroenterology, 149*(2), 367–378.e5. https://doi.org/10.1053/j.gastro.2015.04.005

Villeret, F., Dumortier, J., & Erard-Poinsot, D. (2022). How will NAFLD change the liver transplant landscape in the 2020s? *Clinics and Research in Hepatology and Gastroenterology, 46*(1), 101759. https://doi.org/10.1016/j.clinre.2021.101759

Ware, J. E., Kosinski, M., Turner-Bowker, D. M., & Gandek, B. (2002). *How to score Version 2 of the SF-12 Health Survey (with a supplement documenting Version 1)*. QualityMetric Incorporated.

Watt, K. D. (2014). Trasplante hepático y enfermedad hepática por hígado graso no alcohólico. *Clinical Liver Disease, 2*, 106–108. https://doi.org/10.1002/cld.286

Younossi, Z. M. (2019). Non-alcoholic fatty liver disease - A global public health perspective. *Journal of Hepatology, 70*(3), 531–544. https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.10.033

Younossi, Z. M., & Henry, L. (2021). Epidemiology of non-alcoholic fatty liver disease and hepatocellular carcinoma. *JHEP Reports: Innovation in Hepatology, 3*(4), 100305. https://doi.org/10.1016/j.jhepr.2021.100305

Younossi, Z. M., Stepanova, M., Henry, L., Racila, A., Lam, B., Pham, H. T., & Hunt, S. (2017). A disease-specific quality of life instrument for non-alcoholic fatty liver disease and non-alcoholic steatohepatitis: CLDQ-NAFLD. *Liver International, 37*(8), 1209–1218. https://doi.org/10.1111/liv.13391

Younossi, Z. M., Tacke, F., Arrese, M., Sharma, B. C., Mostafa, I., Bugianesi, E., Wong, V. W. S., Yilmaz, Y., George, J., Fan, J., & Vos, M. B. (2019). Global perspectives on non-alcoholic fatty liver disease and non-alcoholic steatohepatitis. *Hepatology, 69*(6), 2672–2682. https://doi.org/10.1002/hep.30251

Youssef, N. A., Abdelmalek, M. F., Binks, M., Guy, C. D., Omenetti, A., Smith, A. D., Diehl, A. M., & Suzuki, A. (2013). Associations of depression, anxiety and antidepressants with histological severity of nonalcoholic fatty liver disease. *Liver International, 33*(7), 1062–1070. https://doi.org/10.1111/liv.12165

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*(6), 361–370. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment, 52*, 30–41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

Capítulo 17. Evaluación neuropsicológica de la esclerosis múltiple

ALEJANDRO GALVAO CARMONA
Departamento de Psicología, Universidad Loyola Andalucía, Sevilla

BÁRBARA POSTIGO ALONSO
Departamento de Psicología, Universidad Loyola Andalucía, Sevilla

CRISTINA CONDE GAVILÁN
Departamento de Psicología, Universidad Loyola Andalucía, Sevilla
Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Córdoba

Este capítulo se basa, principalmente, en los hallazgos y recomendaciones establecidos por el protocolo de consenso titulado "Evaluación Cognitiva en Personas con Esclerosis Múltiple: Un Consenso Español", publicado el 20 de diciembre de 2022 en la sección de Intervenciones para la Rehabilitación de la revista Frontiers in Rehabilitation Sciences (Higueras et al., 2022).

Este protocolo de consenso proporciona una guía integral para la evaluación neuropsicológica en personas con Esclerosis Múltiple (EM), estableciendo recomendaciones específicas para la práctica clínica en el contexto español. El protocolo ofrece una visión global del abordaje

del deterioro cognitivo en esta población clínica con el objetivo de mejorar la atención y el manejo de la enfermedad.

Además de la información referida en dicho consenso, en este capítulo se añade información complementaria referente a la evaluación de la fatiga, el estado de ánimo y el rendimiento dual en tareas cognitivo-motoras durante la marcha en EM, que no aparecen en el protocolo mencionado. Por último, también se añade un apartado sobre evaluaciones complementarias mediante técnicas de electroencefalografía en esta población clínica.

El objetivo de este capítulo es contribuir a la comprensión y aplicación de las recomendaciones del protocolo de consenso mencionado, además de a la mejora de la evaluación neuropsicológica en esta población clínica en los aspectos complementarios mencionados, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por EM.

1. DEFINICIÓN Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE

La EM es una afección inflamatoria y degenerativa del sistema nervioso central, caracterizada por una respuesta autoinmune que conduce a la pérdida de mielina, degeneración axonal y atrofia cerebral (Lublin et al., 2022). Aunque suele diagnosticarse durante la segunda o tercera década de la vida, puede manifestarse a lo largo de cualquier etapa vital. Los síntomas de la EM son diversos y abarcan una amplia gama de manifestaciones neurológicas y neuropsicológicas, entre las que pueden incluirse síntomas sensoriales, síntomas motores, afectación de la marcha, síntomas relacionados con el estado de ánimo, fatiga y Deterioro Cognitivo (DC). En concreto, el DC está presente en hasta el 70% de las personas con EM (Chiaravalloti y DeLuca, 2008). Se ha observado que el DC puede desarrollarse en las primeras etapas de la enfermedad, incluso en ausencia de otros síntomas neurológicos evidentes (Labiano-Fontcuberta et al., 2016; Lebrun et al., 2010).

Dentro de los dominios cognitivos más afectados en la EM se encuentran la velocidad de procesamiento de la información, la atención,

el aprendizaje verbal y visual, y las funciones ejecutivas (Chiaravalloti y DeLuca, 2008). Se ha demostrado que el DC puede afectar a todos los fenotipos y fases de la EM, si bien su prevalencia tiende a ser más alta en las formas y fases progresivas de la enfermedad en comparación con las formas y fases recurrentes (Planche et al., 2016; Ruano et al., 2017). Diversos estudios han demostrado que el DC tiene un impacto significativo en la calidad de vida, el desempeño laboral y la integración social de las personas (Deloire et al., 2006; Rao et al., 1991). La detección precoz del DC ha adquirido una relevancia fundamental para garantizar un seguimiento adecuado de la enfermedad, optimizar la adaptación social y aplicar estrategias específicas de rehabilitación cognitiva (Meca-Lallana et al., 2021). En este sentido, es crucial en la práctica clínica habitual la valoración tanto del funcionamiento cognitivo y emocional, como de la calidad de vida de las personas con EM.

Por otro lado, en los últimos años, la valoración de la atención dividida en EM ha adquirido un gran protagonismo, siendo la interferencia cognitivo-motora (ICM) un buen indicador de deterioro de la calidad de vida de las personas afectadas. La realización simultánea de una tarea cognitiva y una tarea motora, conocida como Tarea Dual (TD), ha demostrado ser sensible y específica para detectar la ICM en esta población. Además, la investigación indica que las personas con EM pueden tener dificultades para priorizar la tarea cognitiva durante la ejecución dual, lo que puede ser un marcador temprano de progresión de la enfermedad (Postigo-Alonso et al., 2018; 2019). Por último, la utilización de herramientas como el Cuestionario del Impacto de las Tareas Duales en las Actividades de la Vida Diaria (DIDA-Q), en su versión original The Dual-task Impact on Daily-living Activities Questionnaire (DIDA-Q) (Pedullà et al., 2020), se ha propuesto como una forma válida y fiable de evaluar las dificultades en la vida diaria durante TD en personas con EM.

Además, la fatiga se presenta como una sensación persistente de cansancio, agotamiento y falta de energía que puede afectar tanto a nivel motor como sensitivo, emocional y cognitivo, incluso en situaciones de reposo, en esta población clínica. Este síntoma, se considera altamente incapacitante y contribuye significativamente a la disminución de la calidad de vida en esta población. Diversos estudios señalan que la

fatiga afecta entre el 50% y el 90% de las personas con EM y puede interferir en tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido durante la evaluación neuropsicológica (Forn-Frias, 2020).

Conjuntamente, la depresión es una de las alteraciones emocionales frecuentes en personas con EM, con una prevalencia estimada del 50% (Silveira et al., 2019). Varias investigaciones han demostrado una relación bidireccional entre la depresión y el deterioro cognitivo en la EM. Por un lado, los síntomas depresivos pueden agravar el deterioro cognitivo, mientras que este último puede ser un indicador de empeoramiento de la sintomatología depresiva. Sin embargo, algunos estudios sugieren que los síntomas depresivos pueden no influir significativamente en el rendimiento en pruebas neuropsicológicas, señalando la necesidad de que alcancen un nivel de gravedad suficiente para afectar el desempeño cognitivo (Schiffer et al., 2005).

En conclusión, la detección temprana y la evaluación integral de estos síntomas son cruciales para un manejo efectivo de la enfermedad.

La EM presenta una variedad de síntomas cognitivos, emocionales y conductuales que tienen importantes implicaciones en la calidad de vida. Uno de los aspectos más destacados es el enlentecimiento de la velocidad de procesamiento de la información, que se considera el primer sello cognitivo distintivo en alterarse en personas con EM. Estas deficiencias en la velocidad de procesamiento se detectan incluso en la fase asintomática de la enfermedad y se consideran un marcador diagnóstico temprano y un indicador útil de la progresión de la enfermedad y el deterioro funcional (Chiaravalloti y DeLuca, 2008; Higueras et al., 2022). Además, las deficiencias en el aprendizaje y la memoria son comunes en personas con EM, aunque la investigación sobre la naturaleza de los problemas de memoria relacionados con la EM es mixta. Algunos autores sugieren que la alteración de los procesos de recuperación son el déficit central de la memoria, mientras que otros identifican una codificación inicial deteriorada como el déficit principal, lo que explicaría los déficits en el recuerdo de la información (Chiaravalloti y DeLuca, 2008; Higueras et al., 2022; Planche et al., 2016; Ruano et al., 2017).

Por otra parte, entre el 20% y el 80% de las personas con EM presentan déficits en memoria de trabajo, flexibilidad cognitiva, inhibición y

abstracción (Chiaravalloti y DeLuca, 2008). Sin embargo, los déficits en estas funciones han sido solo parcialmente estudiados, ya que la mayoría de las baterías de evaluación utilizadas no incluyen pruebas que las evalúen de forma pormenorizada. Las funciones visoespaciales y visoperceptivas también han sido estudiadas clásicamente como afectación en EM, independientemente de otros déficits visuales, aunque en las evaluaciones estándar no suelen ser evaluadas (Higueras et al., 2022; Planche et al., 2016; Ruano et al., 2017).

Además, entre el 50 y el 80% de las personas con EM experimentan problemas del equilibrio y la marcha, lo que puede comenzar en una fase temprana de la enfermedad. Se ha sugerido incluir una evaluación de tarea dual (TD) que involucre tanto tareas motoras como cognitivas, ya que en la vida cotidiana estos procesos a menudo coexisten. Durante la TD, es común que el rendimiento en ambas tareas disminuya, lo que se conoce como interferencia cognitivo-motora (ICM), debido a la competencia por recursos cognitivos y neurales limitados. Esta ICM podría ser un marcador temprano de deterioro cognitivo en EM. Aunque la magnitud de la ICM no difiere significativamente entre personas con EM y controles sanos, su impacto en la vida diaria podría ser mayor para aquellos con diagnóstico de EM. Por otra parte, se ha propuesto que la fluidez verbal mientras se camina podría ser una tarea sensible para evaluar la ICM en EM (Postigo-Alonso et al., 2018; 2019).

Por otra parte, la reserva cognitiva se considera un aspecto clave a tener en cuenta durante las evaluaciones neuropsicológicas destinadas a detectar el deterioro cognitivo y debe tenerse en cuenta también al evaluar la progresión de dicho deterioro. Este conocimiento subraya la importancia de abordar no solo los síntomas clínicos, sino también las implicaciones neuropsicológicas asociadas con la EM para una atención integral y eficaz de las personas con EM (Sumowski et al., 2013).

Por último, las comorbilidades de salud mental en personas con EM, como la depresión y la ansiedad, se han relacionado con un mayor riesgo de suicidio, una peor calidad de vida, déficits cognitivos, problemas laborales y una adherencia deficiente al tratamiento farmacológico modificador de la enfermedad. La ansiedad y la depresión son trastornos prevalentes en EM, y su tratamiento adecuado es crucial para abordar

integralmente la enfermedad. Además, es importante tener en cuenta los factores de riesgo y psicosociales que pueden influir en la progresión de la enfermedad, así como el impacto percibido de la fatiga en la calidad de vida de las personas con EM (Rao et al., 1991; Silveira et al., 2019; Higueras et al., 2022). Además, la fatiga es uno de los síntomas más comunes de la EM, presente en entre el 75% y el 95% de las personas con EM y en todas las etapas de la enfermedad. Las personas con EM la reportan como uno de los síntomas más incapacitantes, interfiriendo con el funcionamiento laboral, y estando fuertemente relacionada con el estado emocional (Bertoli y Tecchio, 2020; Chiaravalloti y DeLuca, 2008; Forn-Frias, 2020).

2. PROCESO DE EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN PERSONAS CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE

El protocolo propuesto para la evaluación neuropsicológica en personas con EM se fundamenta en la experiencia de expertos a nivel internacional y en la mejor evidencia disponible sobre la evaluación cognitiva en esta población, lo que quedó recogido en el protocolo de consenso publicado en el año 2022 anteriormente mencionado (Higueras et al., 2022). Su objetivo fue superar las limitaciones de los protocolos de evaluación previamente establecidos, proporcionando una gama más amplia de indicadores del estado de las funciones ejecutivas y medidas relacionadas con la calidad de vida, el impacto de la fatiga y el estado emocional (ver Tabla 1 para una presentación esquemática).

Tabla 1.
Guía de Evaluación Neuropsicológica para Personas con EM basado en el Protocolo de Consenso de Higueras et al., (2022).

Sección	Descripción
Pruebas Básicas Propuestas	Recuerdo Selectivo (SRT)
	Recuerdo Espacial (SPART)
	Símbolos y Dígitos (SDMT)
	Adición Serial Auditiva Cronometrada (PASAT)
	Fluidez Verbal (Categórica y Fonética)
	Trazado de Senderos (TMT)
Pruebas Complementarias sugeridas por el Protocolo de Consenso	Inventario de Síntomas Prefrontales (PSI)
	Escala de Estado Ambiental (EES)
	Orientación de Líneas de Benton (JOLB)
	Otras Pruebas: Habilidades visoespaciales y destreza manual.
Prueba de Detección Rápida recomendada	Test de Símbolos y Dígitos (SDMT).
Evaluación del Estado Emocional	BDI-II: Sintomatología depresiva.
	BVAQ: Alexitimia.
	STAI: Ansiedad Estado-Rasgo.
Evaluación de la Fatiga	MSFSS: Evaluación de consenso.
	Fatigue Impact Scale (FIS) y variantes (D-FIS, M-FIS).

Las pruebas propuestas incluyen la prueba de recuerdo selectivo (SRT), la prueba de recuerdo espacial (SPART), la prueba de símbolos y

dígitos (SDMT), la tarea de adición serial auditiva cronometrada (PASAT), la prueba de fluidez verbal categórica y fonética, y la prueba de trazado de senderos (TMT). Además de estas pruebas básicas, se sugiere complementar el protocolo con evaluaciones adicionales, como el inventario de síntomas prefrontales (PSI), la escala de estado ambiental (EES), la prueba de orientación de líneas de Benton (JOLB) y otras pruebas que evalúen habilidades visoespaciales y destreza manual.

Se recomienda que un neuropsicólogo capacitado administre el protocolo de evaluación básico e interprete los resultados. Aunque el objetivo principal del consenso sea unificar protocolos de evaluación sobre todo dirigidos a la investigación, los resultados cuantitativos por sí solos no aportan información sobre el estado cognitivo del paciente y es necesario tomar en consideración los datos cualitativos para una correcta interpretación. Además, este protocolo debe administrarse al inicio (primera visita) para permitir comparaciones futuras del perfil cognitivo de la persona con EM durante el seguimiento. Cuando no esté disponible un neuropsicólogo capacitado, como una prueba de detección rápida del rendimiento cognitivo se sugiere la administración el Test de Símbolos y Dígitos en su versión original Symbol Digit Modalities Test (SDMT; Smith, 1968) adaptado a la población española por Arribas (2002).

En cuanto al estado emocional, además de lo recomendado en el consenso publicado mencionado para la evaluación de la sintomatología depresiva, como es el Inventario para la Depresión de Beck II en su versión original Beck Depression Inventory – II (BDI-II; Beck, Steer and Brown, 1996) y adaptado a la población española por Sanz, Perdigón y Vázquez (2003), se recomienda considerar el uso de herramientas validadas como la Escala de Alexitimia de Bernond- Vorst, en su versión original Bermond-Vorst Alexithimya Scale (BVAQ; Vorst y Bermond, 2001), y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo, en su versión original State – Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), adaptado a la población española por Seisdedos (Buela-Casal, Guillén -Riquelme y Seisdedos Cubero, 2011). Estas escalas han demostrado ser útiles para evaluar tanto la ansiedad como la depresión, trastornos emocionales comunes en personas con EM que pueden tener un impacto significativo en su calidad de vida. Evaluar el estado emocional de

manera sistemática y periódica puede proporcionar información valiosa para el manejo clínico de la EM y mejorar la atención integral de las personas con EM.

Por otra parte, además de lo comentado en el protocolo de consenso mencionado para la evaluación de la fatiga, como es la Escala de Severidad de la Fatiga para Esclerosis Múltiple, en su versión original Fatigue Severity Scale (MSFSS; Krupp et al., 1989) y adaptada a la población española por Bulbena, Berrios y Fernández de Larrinoa (2000). Se sugiere considerar la utilización de la Escala de Impacto de la Fatiga, en su versión original Fatigue Impact Scale (FIS; Fisk et al., 1994), y sus variantes, como la versión corta denominada Escala de Impacto de la Fatiga Versión corta, en su versión original Daily Fatigue Impact Scale (D-FIS; Fisk y Doble, 2002) y la versión modificada denominada Escala de Impacto de la Fatiga Versión Modificada en su versión original Modified Fatigue Impact Scale (M-FIS), que es uno de los componentes del Inventario de Calidad de Vida de Esclerosis Múltiple (Multiple Sclerosis Quality of Life Inventory, MSQLI; Fischer et al., 1999; Marrie et al., 2003). Aunque la versión original de la escala FIS no está validada al español, se han realizado traducciones que podrían ser útiles. Por ejemplo, el D-FIS ha demostrado ser un instrumento consistente y válido para medir la fatiga en personas con Parkinson, así como en personas con EM, lo que sugiere su potencial utilidad en esta población. Sin embargo, es importante tener en cuenta que las puntuaciones simples de gravedad o intensidad de la fatiga pueden ser limitadas para capturar la complejidad de este síntoma, como se ha destacado en estudios previos (Benito-León et al., 2007; Bertoli y Tecchio, 2020; Higueras et al., 2022).

Además, tal y como se menciona en el protocolo de consenso mencionado, es importante destacar que la interpretación de los resultados debe realizarse teniendo en cuenta las características clínicas específicas de cada persona y comparando las puntuaciones obtenidas con datos normativos apropiados. Se recomienda realizar evaluaciones de seguimiento anuales para detectar cualquier cambio en el deterioro cognitivo y ajustar el plan de tratamiento en consecuencia. Durante la administración de los protocolos de evaluación mencionados, los profesionales deben tener en cuenta recomendaciones como evitar efectos

de aprendizaje de test-retest, establecer la periodicidad adecuada para el seguimiento según las características clínicas del paciente, interpretar adecuadamente los resultados de las evaluaciones considerando información clínica inicial y datos cualitativos, y comparar los resultados con datos normativos apropiados para maximizar la precisión diagnóstica y descriptiva.

Finalmente, la evaluación exhaustiva y precisa de las funciones cognitivas y emocionales en personas con EM permitirá una atención más efectiva y personalizada para esta población. En ese sentido, se subraya la importancia de generar un informe neuropsicológico detallado que resuma claramente los resultados obtenidos y proporcione recomendaciones específicas de tratamiento. Dicho informe neuropsicológico debe ser útil para comunicar los hallazgos de la evaluación, debe incluir secciones como motivo de consulta, entrevista y observaciones, resultados de las pruebas neuropsicológicas, conclusiones y recomendaciones de tratamiento. Por tanto, los informes neuropsicológicos deben resumir claramente los resultados de manera útil tanto para el paciente como para su contexto social y familiar (paciente y su familia, neurólogo, trabajadores sociales, abogados).

2.1. Objetivos de la evaluación neuropsicológica

Este apartado pretende identificar los principales objetivos de la evaluación neuropsicológica en personas con EM. Como objetivo principal de dicha evaluación, encontramos el hecho de identificar y caracterizar los posibles déficits cognitivos asociados con la enfermedad, así como evaluar el impacto de estos déficits en la calidad de vida y el funcionamiento diario de la persona con EM. Los objetivos específicos de esta evaluación son los siguientes:

1. Detectar déficits cognitivos: Mediante la administración de pruebas neuropsicológicas validadas, se busca identificar posibles alteraciones primarias y secundarias en áreas cognitivas como la memoria, la atención, la velocidad de procesamiento, y las funciones ejecutivas. Estos déficits pueden ser sutiles, pero tienen un impacto significativo en la vida diaria del paciente.

2. Monitorizar el progreso de la enfermedad: Realizar evaluaciones neuropsicológicas periódicas permite seguir la evolución de los déficits cognitivos a lo largo del tiempo, lo que proporciona información crucial sobre la progresión de la enfermedad y la eficacia de los tratamientos.
3. Individualizar el plan de tratamiento: Los resultados de la evaluación neuropsicológica ayudan a diseñar un plan de tratamiento individualizado que se adapte a las necesidades específicas de cada paciente. Esto puede incluir estrategias de intervención neuropsicológica, modificaciones en el entorno o ajustes en la medicación.
4. Evaluar la eficacia de las intervenciones: Al realizar evaluaciones neuropsicológicas de seguimiento, se puede evaluar la eficacia de las intervenciones realizadas, ya sea farmacológicas, psicológicas o de otro tipo. Esto permite ajustar el tratamiento según sea necesario para optimizar los resultados.
5. Informar a las personas y sus familias: Los resultados de la evaluación neuropsicológica proporcionan información importante tanto para las personas como para sus familias. Ayudan a comprender mejor los desafíos cognitivos asociados con la EM y pueden orientar las expectativas sobre el curso de la enfermedad y las estrategias de afrontamiento.

En resumen, la evaluación neuropsicológica en personas con EM tiene como objetivo identificar, monitorizar y abordar los déficits cognitivos, emocionales y conductuales para mejorar la calidad de vida y el bienestar general de esta población clínica.

2.2. Áreas de evaluación

La evaluación neuropsicológica abarca diversas áreas cognitivas y funcionales para proporcionar una comprensión integral de las habilidades cognitivas y el funcionamiento del individuo. Siempre teniendo en cuenta que las pruebas ponen en funcionamiento varios dominios cognitivos y que deben ser interpretadas en función de esta

premisa. A continuación, se describen las principales áreas de evaluación neuropsicológica:

1. Cognición General: Esta área evalúa la capacidad del individuo para procesar y comprender la información de manera general. Se pueden utilizar pruebas de inteligencia como la Escala de Inteligencia de Weschler para Adultos-IV en su versión original Wechsler Adult Intelligence Scale y adaptada a la población española (WAIS-IV; Weschler, 2012). Permite evaluar habilidades cognitivas básicas como la comprensión verbal, el razonamiento abstracto y la resolución de problemas en su versión original.
2. Función Ejecutiva: La función ejecutiva engloba un conjunto de habilidades cognitivas que permiten planificar, organizar, tomar decisiones y resolver problemas de manera eficaz. Se evalúa mediante pruebas como el Test de Clasificación de Tarjetas de Wisconsin, en su versión original Wisconsin Card Sorting Test (WCST; Grant y Berg, 1948) y datos normativos disponibles para población española en algunos estudios (Artiola i Fortuny et al., 1999; Del Pino et al., 2016; Periañez y Barceló, 2001) y el Test de Trazo, en su versión original Trail Making Test (TMT; Reitan y Wolfson, 1993) y adaptado a la población española por Tamayo et al. (2012). Ambas son pruebas que ponen en carga funciones como la flexibilidad cognitiva, la capacidad de inhibición y la atención alternante.
3. Memoria: La evaluación de la memoria incluye la valoración de la capacidad para codificar, almacenar y recuperar información. Se pueden utilizar pruebas como:
    - Test de Aprendizaje Verbal de California, en su versión original California Verbal Learning Test (CVLT; Delis et al. 1987, 2000) y adaptado a la población española por Campos-Magdaleno et al. (2024),
    - Test de Aprendizaje Verbal Auditivo de Rey, en su versión original Rey Auditory Verbal Learning Test (RAVLT; Rey, 1964) y adaptado a la población española por Miranda y Valencia (1997), para evaluar la memoria verbal, y

— Test de la Figura Compleja de Rey y Prueba de Discriminación, en su versión original Rey Complex Figure Test and Recognition Trial (RCFT; Meyers y Meyers, 2024), para evaluar la memoria visual.

4. Atención: La evaluación de la atención debe abordar la capacidad del individuo para mantenerse en una tarea durante períodos de tiempo prolongados. Se pueden realizar análisis cualitativos y cuantitativos de pruebas como el Test de Símbolos y Dígitos mencionado (Smith, 1968; Arribas, 2002) anteriormente, o la tarea de adición serial auditiva cronometrada en su versión original Paced Auditory Serial Attention Test (PASAT; Gronwall, 1977; Rao, 1989). Asimismo, pruebas diseñadas para valorar inhibición, como el Test Stroop de Colores y Palabras (Golden, 2020), en su versión original Stroop Color and Word Test (Stroop, 1935), nos pueden dar información sobre la capacidad de mantenimiento. Por otro lado, la capacidad del paciente para realizar tareas de forma simultánea también debe ser valorada, para lo que se recomienda el uso de Tareas Duales.
5. Velocidad de Procesamiento: La velocidad de procesamiento se refiere a la rapidez con la que el individuo puede procesar la información y llevar a cabo tareas cognitivas. Se evalúa mediante pruebas como el SDMT (Smith, 1968; Arribas, 2002).

   Tras la valoración de estas áreas cognitivas, consideradas básicas según el perfil de deterioro cognitivo en personas con EM, se plantea completar la exploración con el abordaje de otras áreas que clásicamente han sido evaluadas en esta enfermedad, si así se considera según el caso concreto.
6. Lenguaje: La evaluación del lenguaje incluye la comprensión y expresión del habla, así como la capacidad de leer y escribir. Se pueden utilizar las siguientes pruebas para evaluar la fluidez verbal como el Test de Denominación de Boston, en su versión original Boston Naming Test (BNT; Kaplan; Goodglass y Weintraub, 1978; 1983) y adaptado a la población española por Aranciva et al. (2012), y el Test de Fluidez Verbal en su versión original Multilingual Aphasia Examination (COWA; Venton y

Hamsher, 1976), adaptado a la población española por Buriel et al. (2004),

7. Función Visuoespacial: Esta área evalúa la capacidad del individuo para percibir, analizar y manipular información visual en el espacio. Se pueden utilizar pruebas como el Test de la Figura Compleja de Rey y Prueba de Reconocimiento (Rey, 1941; Meyers y Meyers, 2024) y el test de spam visuoespacial (Cubos de Corsi; Corsi, 1972; Tamayo et al. 2012) para evaluar la percepción visual, la organización espacial y la habilidad constructiva.

La evaluación neuropsicológica proporciona una imagen completa de las alteraciones cognitivas primarias y secundarias, así como de las fortalezas cognitivas de un individuo, lo que permite diseñar intervenciones personalizadas y mejorar la calidad de vida del paciente.

2.3. Principales técnicas e instrumentos de evaluación neuropsicológica

La evaluación neuropsicológica utiliza una variedad de técnicas para obtener información detallada sobre el funcionamiento cognitivo y emocional de un individuo. A continuación, se presentan las principales técnicas utilizadas en este proceso:

1. Entrevista neuropsicológica (anamnesis): Esta técnica implica una entrevista estructurada con el paciente, y con familiares o cuidadores, para recopilar información relevante sobre la historia médica, los síntomas actuales, el funcionamiento cognitivo y emocional, y el impacto de la enfermedad en la vida diaria. La anamnesis en neuropsicología, en general, aborda los mismos aspectos que cualquier anamnesis clínica con la excepción de que la sintomatología en la que se profundiza es la cognitiva. De este modo, las preguntas se orientan a los problemas que presenta el paciente en su día a día relacionados con estas posibles alteraciones. Ejemplos de preguntas incluyen: "¿Ha notado que se encuentra cada vez más lento en el pensamiento?", "¿Pierde el hilo de las conversaciones?", "¿Ha notado cambios

en su capacidad para recordar información reciente?", "¿Se bloquea cuando tiene que resolver problemas inesperados?"

2. Pruebas Neuropsicológicas: Estas pruebas consisten en una serie de tareas estandarizadas diseñadas para evaluar diferentes funciones cognitivas, como la memoria, la atención, la función ejecutiva, el lenguaje y la función visuoespacial. Ejemplos de pruebas neuropsicológicas incluyen el Test de Aprendizaje Verbal de California (CVLT) (Delis et al.; 1987, 2000; Campos-Magdaleno et al., 2024), para evaluar la memoria verbal, el Test de Trazo (TMT) (Reitan y Wolfson, 1993; Tamayo et al.; 2012) para evaluar la función ejecutiva y la velocidad de procesamiento, y el Test de Denominación de Boston (BNT) (Aranciva et al. 2012; Kaplan; Goodglass y Weintraub, 1978; 1983) para evaluar el lenguaje. Para la interpretación de los resultados en estas pruebas, además de tener en cuenta la información cuantitativa que aportan, también hay que hacer una interpretación cualitativa, tener en cuenta los signos que se ponen de manifiesto durante la ejecución, valorar los dominios cognitivos que pone en carga cada tarea, y analizar cómo es el desempeño del paciente.
3. Autoinformes: Estas escalas son cuestionarios diseñados para que el paciente informe sobre sus propios síntomas emocionales y cognitivos. Las escalas de autoinforme son útiles para obtener información adicional sobre el estado emocional del paciente y su percepción de su funcionamiento cognitivo. Ejemplos de escalas de autoinforme incluyen el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) (Beck, Steer and Brown, 1996; Sanz, Perdigón y Vázquez; 2003) para evaluar la depresión, el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970; Buela-Casal, Guillén -Riquelme y Seisdedos Cubero, 2011) para evaluar la ansiedad, y la Escala de Impacto de la Fatiga en la Esclerosis Múltiple (Fischer et al., 1999; Marrie et al., 2003) para evaluar la fatiga.

Estas técnicas e instrumentos se utilizan de manera complementaria para obtener una evaluación integral del funcionamiento neuropsicoló-

gico del paciente y proporcionar recomendaciones de tratamiento y manejo adecuadas.

3. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial en el contexto de la EM implica la distinción entre los síntomas neuropsicológicos y emocionales atribuibles a la enfermedad y aquellos que pueden ser causados por otros trastornos neurológicos o psiquiátricos. El diagnóstico etiológico no es responsabilidad del neuropsicólogo, sino del médico de referencia, en este caso el neurólogo. No obstante, será función del neuropsicólogo conocer cuál sería el perfil neuropsicológico típico o esperable para la enfermedad en cuestión, así como la evolución de la sintomatología cognitiva.

Por un lado, cuando encontramos sintomatología cognitiva no esperable en personas con EM, es fácil realizar la atribución a otros aspectos. En esta línea es necesario hacer hincapié a que no sólo realizaremos un diagnóstico diferencial neuropsicológico para distinguir perfiles de otras enfermedades; el perfil cognitivo nos puede ayudar en la identificación de efectos secundarios de algunos medicamentos o incluso para la identificación de brotes cognitivos de la propia enfermedad.

Por otro lado, a veces el diagnóstico neuropsicológico, ya sea sindrómico o clínico-topográfico, puede coincidir en diferentes enfermedades. En estos casos, otros aspectos clínicos serán los que nos den la clave para el diagnóstico diferencial. A modo de ejemplo, podemos destacar que es muy frecuente encontrar pacientes con sintomatología ansiosa y depresiva en el contexto de la enfermedad. Estos síntomas pueden ser de tipo endógeno o exógeno derivados de las consecuencias que genera la propia enfermedad en el desempeño de las actividades de la vida diaria, o de la incertidumbre que produce el desconocimiento del modo en el que evolucionará la misma. El deterioro cognitivo secundario a esta sintomatología ansioso-depresiva puede afectar a funciones típicamente afectadas en personas con EM. En estos casos, debemos atender a otras características clínicas como el inicio de la sintomatología, la evolución de esta, o la respuesta a los tratamientos. Asimismo, aspec-

tos más cualitativos de la exploración, podrán aportar información para el diagnóstico neuropsicológico diferencial.

La identificación precisa de los síntomas y su atribución al curso clínico de la EM o a otros trastornos es crucial para guiar el tratamiento y mejorar la calidad de vida de las personas con EM.

4. EVALUACIONES COMPLEMENTARIAS MEDIANTE TÉCNICAS DE ELECTROENCEFALOGRAFÍA.

Junto a la evaluación comportamental y neuropsicológica, se hace necesaria la aplicación de técnicas de evaluación complementarias que aporten más información sobre el funcionamiento cerebral. La combinación de las pruebas de evaluación neuropsicológica, junto con la experiencia clínica y las tecnologías de estudio de la actividad cerebral, puede aportar una visión mucho más completa y amplia del cerebro y de las patologías que lo afectan.

Aquí, nos centraremos en las técnicas de registro electroencefalográfico (EEG), en el análisis de los potenciales evocados que se extrae de la señal del EEG, así como en su utilidad a la hora de la evaluación del funcionamiento cerebral en esta población clínica.

En ese sentido, en primer lugar, podemos realizar un registro electroencefalográfico de la actividad cerebral espontanea, también denominada EEG de fondo. Consiste en registrar la actividad eléctrica cerebral cuando el cerebro no está siendo estimulado sensorialmente de forma específica. Para llevarlo a cabo, se coloca al sujeto delante de una pantalla negra y se le pide que mire al centro de dicha pantalla sin hacer nada. Al cabo de unos 30 segundos, se le pide que cierre los ojos y que permanezca con los ojos cerrados durante otros 30 segundos aproximadamente, grabando también aquí esta actividad eléctrica cerebral con los ojos cerrados. En el EEG de fondo podemos analizar la frecuencia del electroencefalograma medida en Hercios (Hz) y las bandas predominantes en el EEG (Delta, Theta, Alpha, Beta, Gamma) (Ver tabla 2).

Tabla 2.
Frecuencias medidas en Hercios según la banda espectral del electroencefalograma.

Frecuencia	Rango
Delta (δ)	< 3.5 Hz
Theta (θ)	4–7.5 Hz
Alpha (α)	8–13 Hz
Beta (β)	13-25 Hz
Gamma	> 30 Hz

Si en lugar de analizar cómo es la actividad cerebral de la persona evaluada cuando no está siendo estimulado, lo que queremos es estimular a la persona evaluada y comprobar cómo responde su cerebro ante distintos estímulos que ponen en marcha ciertos procesos psicológicos superiores, como, por ejemplo, la atención, en ese caso hará falta un programa de estimulación, el cual presente tipos de tareas que pongan en marcha aquellos procesos psicológicos que nos interesa evaluar. Estos programas de estimulación deben estar instalados en un ordenador (el de estimulación). Este ordenador de estimulación presenta los estímulos en una pantalla colocada frente a la persona evaluada y suele recoger la actividad conductual (por ejemplo, el tiempo de reacción para pulsar un botón determinado ante un estímulo objetivo y/o el porcentaje de aciertos en una tarea determinada). La actividad conductual (tiempos de reacción y porcentaje de aciertos) puede correlacionarse con el análisis de la actividad eléctrica cerebral de la persona a la que le estamos aplicando el EEG, dando una información muy amplia e interesante sobre el caso ante el que nos encontremos.

Esta técnica que combina el registro electroencefalográfico y la estimulación visual o auditiva es conocida como Potenciales Evocados (generalmente llamado así cuando la estimulación es solo sensorial). Si el paradigma de estimulación persigue la manipulación de variables cognitivas en el sujeto entonces podemos denominarlo potenciales evocados cognitivos.

Por otra parte, la investigación en EM ha destacado la importancia de los potenciales evocados derivados de la EEG en la evaluación del deterioro cognitivo. Estudios previos han establecido vínculos entre la afectación de las conexiones corticales y subcorticales con el deterioro cognitivo en EM, resaltando la relevancia del análisis de la actividad cerebral durante tareas cognitivas específicas.

Los potenciales evocados, especialmente el componente P3, han sido objeto de atención debido a su capacidad para reflejar el procesamiento cognitivo. Investigaciones previas han señalado alteraciones tanto en la latencia como en la amplitud del P3 en pacientes con EM, sugiriendo una relación con la progresión de la enfermedad y el deterioro cognitivo (Vázquez-Marrufo et al., 2014; 2019).

Aunque la mayoría de los estudios se han centrado en el análisis de los potenciales de latencia larga, algunos autores proponen la exploración de paradigmas experimentales más complejos para comprender mejor los procesos cognitivos afectados en la EM. La utilización de pruebas más específicas junto con el registro EEG podría ofrecer una visión más completa del deterioro cognitivo en esta enfermedad.

Además, la investigación ha demostrado asociaciones entre los potenciales evocados y la carga de lesión cerebral, el grado de afectación cognitiva y el curso de la enfermedad en pacientes con EM. Estos hallazgos subrayan la sensibilidad y especificidad de las técnicas derivadas de la EEG en la evaluación del deterioro cognitivo en esta población.

En resumen, las evidencias demuestran la alta sensibilidad y especificidad de las técnicas derivadas de EEG para evaluar el deterioro cognitivo en personas con EM. Además, los estudios sobre los potenciales evocados en EM ofrecen perspectivas valiosas sobre la fisiopatología y la progresión del deterioro cognitivo en esta enfermedad, respaldando su utilidad como herramienta paraclínica para la evaluación y seguimiento de esta población clínica.

5. CONCLUSIONES

La evaluación neuropsicológica en el contexto de la EM aporta información relevante e imprescindible para comprender el impacto de la enfermedad en las funciones cognitivas y emocionales de los pacientes. A través de diversas áreas de evaluación, como la cognición general, la función ejecutiva, la memoria, la atención, la velocidad de procesamiento, el lenguaje y la función visuoespacial, se puede obtener una imagen completa de las fortalezas y debilidades cognitivas de cada persona.

Por otra parte, la combinación de técnicas de evaluación, que incluyen entrevistas neuropsicológicas, pruebas neuropsicológicas estandarizadas y escalas de autoinforme, permite obtener una evaluación integral y precisa del funcionamiento neuropsicológico. Además, el diagnóstico diferencial con otros trastornos neurológicos y neuropsiquiátricos comórbidos es esencial para garantizar un tratamiento adecuado y específico.

Por último, las técnicas complementarias, como el registro EEG y el análisis de potenciales evocados, ofrecen una visión más detallada del funcionamiento cerebral y del deterioro cognitivo en la EM. Los estudios publicados hasta la fecha han demostrado la sensibilidad y especificidad de estas técnicas para evaluar el deterioro cognitivo, así como su utilidad en la comprensión de la fisiopatología y progresión de la enfermedad.

En conjunto, la evaluación neuropsicológica y las técnicas complementarias de EEG brindan información valiosa para el diagnóstico, seguimiento y diseño de intervenciones personalizadas destinadas a mejorar la calidad de vida de las personas con EM. Sin embargo, es crucial seguir investigando y desarrollando nuevas herramientas y enfoques para una evaluación más precisa y efectiva en esta población clínica.

6. REFERENCIAS

Aranciva, F., Casals-Coll, M., Sánchez-Benavides, G., Quintana, M., Manero, R. M., Rognoni, T., Calvo, L., Palomo, R., Tamayo, F., & Peña-Casanova, J. (2012). Estudios normativos españoles en población adulta joven (Proyecto NEURONORMA jóvenes): Normas para las pruebas span verbal, span visuoespacial, Letter-Number Sequencing, Trail Making Test y Symbol Digit Modalities Test. *Neurología, 27*(6), 319-329. *https://doi.org/10.1016/j.nrl.2011.12.020*

Arribas, D. (2002). *SDMT: Test de símbolos y dígitos: Manual*. Madrid, Spain: TEA Ediciones.

Artiola i Fortuny, L., Hermosillo, D. H., Heaton, R. K., et al. (1999). *Manual de normas y procedimientos para la batería neuropsicológica en español*. Tucson, AZ: mPress.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Beck Depression Inventory – Second Edition Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Benito-León, J., Martínez-Martín, P., Frades, B., Martínez-Ginés, M. L., de Andrés, C., Meca-Lallana, J. E., Antigüedad, A. R., Huete-Antón, B., Rodríguez-García, E., y Ruiz-Martínez, J. (2007). Impact of fatigue in multiple sclerosis: the Fatigue Impact Scale for Daily Use (D-FIS). *Multiple Sclerosis (Houndmills, Basingstoke, England)*, 13(5), 645–651. *https://doi.org/10.1177/1352458506073528*

Benton, A. L., & Hamsher, K. (1976). *Multilingual Aphasia Examination Manual*. University of Iowa.

Bertoli, M., y Tecchio, F. (2020). Fatigue in multiple sclerosis: Does the functional or structural damage prevail? *Multiple Sclerosis Journal*, 1–7. *https://doi.org/10.1177/1352458520912175*

Buela-Casal, G., Guillén-Riquelme, A., & Seisdedos Cubero, N. (2011). *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo* (8th ed.). Madrid, Spain: TEA Ediciones.

Bulbena, A., Berrios, G. E., & Fernández de Larrinoa, P. (2000). *Medición clínica en psiquiatría y psicología* (1st ed.). Madrid, Spain: Masson.

Buriel, Y., Gramunt Fombuena, N., Böhm, P., Rodés, E., & Peña-Casanova, J. (2004). Fluencia verbal. Estudio normativo piloto en una muestra española de adultos jóvenes (20 a 49 años). *Neurología, 19*(4), 153-159.

Campos-Magdaleno, M., Nieto-Vieites, A., Frades-Payo, B., Montenegro-Peña, M., Facal, D., Lojo-Seoane, C., & Delgado-Losada, M. L. (2024). Normative data for the Spanish versions of the CVLT, WMS-Logical Memory, and RBMT from a sample of middle-aged and old participants. *Psychological Assessment, 36*(2), 114–123. *https://doi.org/10.1037/pas0001292*

Chiaravalloti, N. D., y DeLuca, J. (2008). Cognitive impairment in multiple sclerosis. *Lancet Neurology*, 7, 1139–1151. *https://doi.org/10.1016/S1474-4422(08)70259-X*

Corsi, P. M. (1972). *Memory and the medial temporal region of the brain* (Doctoral dissertation). McGill University, Montreal, Canada.

Del Pino, R., Peña, J., Ibarretxe-Bilbao, N., Schretlen, D. J., & Ojeda, N. (2016). Test modificado de clasificación de tarjetas de Wisconsin: Normalización y estandarización de la prueba en población española. *Revista de Neurología, 62*, 193–202.

Delis, D. C., Kramer, J. H., Kaplan, E., & Ober, B. A. (1987). *California Verbal Learning Test*. New York, NY: Psychological Corporation.

Delis, D. C., Kramer, J. H., Kaplan, E., & Ober, B. A. (2000). *California Verbal Learning Test* (2nd ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Deloire, M. S. A., Bonnet, M. C., Salort, E., Arimone, Y., Boudineau, M., Petry, K. G., et al. (2006). How to detect cognitive dysfunction at early stages of multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis*, 12, 445–452. *https://doi.org/10.1191/1352458506ms1289oa*

Fischer, J. S., LaRocca, N. G., Miller, D. M., Ritvo, P. G., Andrews, H., & Paty, D. (1999). Recent developments in the assessment of quality of life in multiple sclerosis (MS). *Multiple Sclerosis, 5*(4), 251–259. [PubMed abstract]

Fisk, J. D., & Doble, S. E. (2002). Construction and validation of a fatigue impact scale for daily administration (D-FIS). *Quality of Life Research, 11*(3), 263–272.

Fisk, J. D., Ritvo, P. G., Ross, L., Haase, D. A., Marrie, T. J., & Schlech, W. F. (1994). Measuring the functional impact of fatigue: Initial validation of the fatigue impact scale. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America, 18*(1), S79–S83.

Forn Frias, C. (2020). *Manual de neuropsicología*. Ediciones Piramide.

Golden, C. J. (2020). *STROOP. Test de Colores y Palabras – Edición Revisada* (B. Ruiz-Fernández, T. Luque, & F. Sánchez-Sánchez, Adaptadores). TEA Ediciones.

Grant, D. A., & Berg, E. A. (1948). A behavioral analysis of degree of reinforcement and ease of shifting to new responses in a Weigl-type card-sorting problem. *Journal of Experimental Psychology, 38*, 404–411.

Gronwall, D. (1977). Paced auditory serial-addition task: A measure of recovery from concussion. *Perceptual and Motor Skills, 44*(2), 367-373.

Heaton, R. K., Chelune, G. J., Talley, J. L., Kay, G. G., & Curtiss, G. (1993). *Wisconsin Card Sorting Test Manual: Revised and Expanded*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Higueras, Y., Borges, M., Jiménez-Martín, I., Conde, C., Aparicio-Mingueza, A., Sierra-Martínez, E., Gich-Fulla, J., Balaguer-Marmaña, M., Gil-Sánchez, A., Anglada, E., Jover, A., Pérez-Martín, M. Y., Arévalo, M. J., Arrabal-Gómez, C., Jiménez-Veiga, J., Lubrini, G., Molano, A., y García-Vaz, F. (2022). Cognitive assessment in patients with multiple sclerosis: A Spanish consensus. *Frontiers in Rehabilitation Sciences*, 3, 1006699. *https://doi.org/10.3389/fresc.2022.1006699*

Kaplan, E., Goodglass, H., & Weintraub, S. (1978). *Boston Naming Test: Experimental Edition*. Kaplan & Goodglass.

Kaplan, E., Goodglass, H., & Weintraub, S. (1983). *Boston Naming Test*. Lea & Febiger.

Krupp, L. B., LaRocca, N. G., Muir-Nash, J., & Steinberg, A. D. (1989). The fatigue severity scale: Application to patients with multiple sclerosis and systemic lupus erythematosus. *Archives of Neurology, 46*, 1121–1123.

Labiano-Fontcuberta, A., Martinez Ginés, M. L., Aladro, Y., Ayuso, L., Mitchell, A. J., Puertas-Martin, V., et al. (2016). A comparison study of cognitive deficits in radiologically and clinically isolated syndromes. *Multiple Sclerosis*, 22, 250–253. *https://doi.org/10.1177/1352458515591072*

Lebrun, C., Blanc, F., Brassat, D., Zephir, H., y de Seze, J. (2010). Cognitive function in radiologically isolated syndrome. *Multiple Sclerosis*, 16, 919–925. *https://doi.org/10.1177/1352458510375707*

Lublin, F. D., Reingold, S. C., Cohen, J. A., Cutter, G. R., Sørensen, P. S., Thompson, A. J., Wolinsky, J. S., Balcer, L. J., Banwell, B., Barkhof, F., Bebo, B., Calabresi, P. A., Clanet, M., Comi, G., Fox, R. J., Freedman, M. S., Goodman, A. D., Inglese, M., Kappos, L., … Polman, C. H. (2014). Defining the clinical course of multiple sclerosis. *Neurology*, 83(3), 278. *https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000000560*

Marrie, R. A., Miller, D. M., Chelune, G. J., & Cohen, J. A. (2003). Validity and reliability of the MSQLI in cognitively impaired patients with multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis, 9*(6), 621–626. [PubMed abstract]

Meca-Lallana, V., Gascón-Giménez, F., Ginestal-López, R. C., Higueras, Y., Téllez-Lara, N., Carreres-Polo, J., et al. (2021). Cognitive impairment in multiple sclerosis: diagnosis and monitoring. *Neurological Sciences*, 42(12), 5183–5193. *https://doi.org/10.1007/s10072-021-05165-7*

Miranda, J. P., & Valencia, R. R. (1997). English and Spanish versions of a memory test: Word-length effects versus spoken-duration effects. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences, 19*(2), 171–181. *https://doi.org/10.1177/07399863970192005*

Pedullà, L., Tacchino, A., Podda, J., Bragadin, M. M., Bonzano, L., Battaglia, M. A., Bove, M., Brichetto, G., y Ponzio, M. (2020). The patients' perspective on

the perceived difficulties of dual-tasking: development and validation of the Dual-task Impact on Daily-living Activities Questionnaire (DIDA-Q). *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, 46. *https://doi.org/10.1016/j.msard.2020.102601*

Periáñez, J. A., & Barceló, F. (2001). Adaptación Madrid del test de clasificación de cartas de Wisconsin: Un estudio comparativo de consistencia. *Revista de Neurología, 33*, 611–618.

Planche, V., Gibelin, M., Cregut, D., Pereira, B., y Clavelou, P. (2016). Cognitive impairment in a population-based study of patients with multiple sclerosis: differences between late relapsing–remitting, secondary progressive, and primary progressive multiple sclerosis. *European Journal of Neurology*, 23, 282–289. *https://doi.org/10.1111/ene.12715*

Postigo-Alonso, B., Galvao-Carmona, A., Benítez, I., Conde-Gavilán, C., Jover, A., Molina, S., Peña-Toledo, M. A., y Agüera, E. (2018). Cognitive-motor interference during gait in patients with multiple sclerosis: a mixed methods systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 94, 126–148. *https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.08.016*

Postigo-Alonso, B., Galvao-Carmona, A., Conde-Gavilán, C., Jover, A., Molina, S., Peña-Toledo, M. A., Valverde-Moyano, R., y Agüera, E. (2019). The effect of prioritization over cognitive-motor interference in people with relapsing-remitting multiple sclerosis and healthy controls. *PLOS ONE*, 14(12), e0226775. *https://doi.org/10.1371/journal.pone.0226775*

Rao, S. M., Leo, G. J., & St Aubin-Faubert, P. (1989). On the nature of memory disturbance in multiple sclerosis. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 11*(5), 699–712. *https://doi.org/10.1080/01688638908400926*

Rao, S. M., Leo, G. J., Ellington, L., Nauertz, T., Bernardin, L., y Unverzagt, F. (1991). Cognitive dysfunction in multiple sclerosis. II. Impact on employment and social functioning. *Neurology*, 41, 692–696. *https://doi.org/10.1212/wnl.41.5.692*

Reitan, R. M., & Wolfson, D. (1993). *The Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery: Theory and Clinical Interpretation*. Arizona: Neuropsychology Press.

Rey, A. (1964). *L'examen clinique en psychologie* [The clinical psychological examination]. Paris, France: Presses Universitaires de France.

Ruano, L., Portaccio, E., Goretti, B., Niccolai, C., Severo, M., Patti, F., et al. (2017). Age and disability drive cognitive impairment in multiple sclerosis across disease subtypes. *Multiple Sclerosis*, 23, 1258–1267. *https://doi.org/10.1177/1352458516674367*

Sanz, J., Perdigón, L. A., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud, 14*, 249–280.

Schiffer, R. B., Arnett, P., Ben-Zacharia, A., Benedict, R., Bobholz, J., Caruso, L., Chelune, G., Epsein, J., Feinstein, A., Ferrado, S. J., Fisher, J., Foley, F., Granger, C., Halper, J., Holland, N., Kocsi, J., Kalb, R., LaRocca, N., Lublin, F., … Patten, S. B. (2005). The Goldman Consensus statement on depression in multiple sclerosis. *Multiple Sclerosis Journal*, 11(3). *https://doi.org/10.1191/1352458505ms1162oa*

Silveira, C., Guedes, R., Maia, D., Curral, R., y Coelho, R. (2019). Neuropsychiatric symptoms of multiple sclerosis: State of the art. *Psychiatry Investigation*, 16(12). *https://doi.org/10.30773/pi.2019.0106*

Smith, A. (1968). The symbol-digit modalities test: A neuropsychologic test of learning and other cerebral disorders. In J. Helmuth (Ed.), *Learning disorders* (pp. 83–91). Seattle, WA: Special Child Publications.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R., & Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.

Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reaction. *Journal of Experimental Psychology, 18*(6), 643–662.

Sumowski, J. F., Rocca, M. A., Leavitt, V. M., Riccitelli, G., Comi, G., DeLuca, J., y Filippi, M. (2013). Brain reserve and cognitive reserve in multiple sclerosis: what you've got and how you use it. *Neurology*, 80(24), 2186–2193. *https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e318296e98b*

Tamayo, F., Casals-Coll, M., Sánchez-Benavides, G., Quintana, M., Manero, R. M., & Rognoni, T., et al. (2012). Spanish normative studies in a young adult population (NEURONORMA young adults project): Norms for the verbal span, visuospatial span, Letter-Number Sequencing, Trail Making Test, and Symbol Digit Modalities Test. *Neurología, 27*(6), 319–329.

Vázquez-Marrufo, M., Galvao-Carmona, A., Caballero-Díaz, R., Borges, M., Paramo, M. D., Benítez-Lugo, M. L., Ruiz-Peña, J. L., y Izquierdo, G. (2019). Altered individual behavioral and EEG parameters are related to the EDSS score in relapsing-remitting multiple sclerosis patients. *PLOS ONE*, 14(7), e021959

Vorst, H. C. M., & Bermond, B. (2001). Validity and reliability of the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire. *Personality and Individual Differences, 30*(3), 413–434.

Wechsler, D. (2012). *WAIS-IV: Escala de inteligencia de Wechsler para adultos-IV: Manual técnico y de interpretación*. Madrid, Spain: NCS Pearson, Inc. (Original work published 2008)

RESUMEN

Esta guía de evaluación psicológica es una referencia clave para estudiantes y profesionales de la psicología clínica, brindando protocolos basados en la evidencia científica más reciente y en estándares internacionales de buenas prácticas. Aborda un amplio espectro de trastornos, desde trastornos del estado de ánimo y ansiedad hasta dificultades en la sexualidad, adicciones y trastornos del desarrollo, ofreciendo una base sólida para realizar evaluaciones rigurosas y fundamentadas.

Fruto de la colaboración entre universidades, instituciones de investigación y expertos en salud, esta obra no solo facilita la enseñanza en grados y másteres de psicología, sino que también sirve como una herramienta práctica para los profesionales que buscan aplicar metodologías avaladas en su labor clínica diaria.