
L'avaluació en psicologia clínica

PID_00247471

Cristina Giménez García
Antoni Baena García
Pedro Salmerón Sánchez
Rubén Nieto Luna

Temps mínim de dedicació recomanat: 7 hores



**Cristina Giménez García**

Doctora en Psicologia per la Universitat Jaume I i especialista en Psicologia Clínica de la Salut, professora del Departament de Psicologia Bàsica, Clínica i Psicobiologia, i membre de l'equip de recerca Psicologia de la Salut: Prevenció i Tractament.

**Antoni Baena García**

Doctor en Investigació Psicològica per la Universitat Ramon Llull i especialista en el tractament i control del tabaquisme amb més de vint anys d'experiència. Investigador i gestor de projectes de la Unitat de Control del Tabac de l'Institut Català d'Oncologia, principalment en projectes d'assessorament i formació de professionals i d'ús de les TIC en el control i la millora de la salut.

**Pedro Salmerón Sánchez**

Doctor en Psicologia per la Universitat Jaume I i membre de l'equip de recerca Psicologia de la Salut: Prevenció i Tractament de la mateixa universitat. Actualment, compagina la seua activitat docent universitària amb la pràctica clínica en Lambda València, en els àmbits de la promoció de la salut sexual i la prevenció primària i secundària de la infecció per VIH, hepatitis C i altres ITS, i de la intervenció psicològica amb persones que viuen amb VIH.

Rubén Nieto Luna

Índex

Introducció	7
1. Trastorns depressius	9
1.1. Característiques clíniques	9
1.2. Epidemiologia	9
1.3. Models explicatius	11
1.3.1. Models biològics	11
1.3.2. Models conductuals	11
1.3.3. Models cognitius	12
1.4. Depressió major	13
1.4.1. Característiques	13
1.5. Trastorn per depressió persistent (distímia)	15
1.5.1. Característiques	15
1.6. Avaluació de la depressió	17
1.6.1. Premisses per a l'avaluació	17
1.6.2. Eines d'avaluació	18
2. Trastorn bipolar i desordres relacionats	23
2.1. Característiques clíniques	23
2.2. Epidemiologia	23
2.3. Models explicatius	23
2.3.1. Models biològics	24
2.3.2. Models sociocognitius	24
2.4. Trastorn bipolar I	25
2.4.1. Característiques	25
2.5. Trastorn bipolar II	25
2.5.1. Característiques	25
2.6. Trastorn ciclotímic	26
2.6.1. Característiques	26
2.7. Avaluació	27
2.7.1. Premisses per a l'avaluació	27
2.7.2. Eines	27
3. Trastorns d'ansietat	31
3.1. Característiques clíniques	31
3.2. Epidemiologia	32
3.3. Models explicatius	33
3.4. Fòbia específica	33
3.4.1. Característiques	33
3.4.2. Models explicatius	34
3.5. Desordre d'ansietat social (fòbia social)	34

3.5.1.	Característiques	34
3.5.2.	Models explicatius	35
3.6.	Desordre de pànic	36
3.6.1.	Característiques	36
3.6.2.	Models explicatius	37
3.7.	Atac de pànic	37
3.7.1.	Característiques	37
3.8.	Agorafòbia	38
3.8.1.	Característiques	38
3.8.2.	Models explicatius	39
3.9.	Desordre d'ansietat general	39
3.9.1.	Característiques	39
3.9.2.	Models explicatius	40
3.10.	Avaluació	40
3.10.1.	Premisses per a l'avaluació	40
3.10.2.	Eines d'avaluació	41
4.	El trastorn obsessivocompulsiu.....	47
4.1.	Característiques clíniques	47
4.2.	Epidemiologia	48
4.3.	Models explicatius	49
4.4.	Avaluació	50
4.4.1.	Premisses d'avaluació	50
4.4.2.	Eines d'avaluació	51
5.	Trastorns relacionats amb traumes i factors d'estrès.....	55
5.1.	Característiques clíniques	55
5.2.	Epidemiologia	55
5.3.	Models explicatius	56
5.4.	Característiques específiques dels trastorns	57
5.4.1.	Trastorn d'estrès posttraumàtic	57
5.4.2.	Trastorn d'estrès agut	58
5.4.3.	Trastorn d'adaptació	59
5.5.	Avaluació dels trastorns relacionats amb traumes i estrès	60
5.5.1.	Premisses d'avaluació	60
5.5.2.	Eines d'avaluació	61
6.	Trastorns de personalitat.....	65
6.1.	Característiques clíniques	65
6.2.	Epidemiologia	66
6.3.	Models explicatius	67
6.4.	Característiques específiques dels trastorns de personalitat	69
6.4.1.	Trastorn paranoic de la personalitat	69
6.4.2.	Trastorn esquizoide de la personalitat	69
6.4.3.	Trastorn esquizotípic de la personalitat	70
6.4.4.	Trastorn antisocial de la personalitat	71
6.4.5.	Trastorn límit de la personalitat	71

6.4.6.	Trastorn histriònic de la personalitat	72
6.4.7.	Trastorn narcisista de la personalitat	72
6.4.8.	Trastorn de la personalitat per evitació	73
6.4.9.	Trastorn de personalitat per dependència	73
6.4.10.	Trastorn obsessivcompulsiu de la personalitat	74
6.5.	Avaluació de la personalitat	75
6.5.1.	Premisses d'avaluació	75
6.5.2.	Eines d'avaluació	75
Bibliografia		81

Introducció

El procés d'avaluació té una rellevància especial en la intervenció psicològica. La seva pràctica ens permet conèixer la situació del pacient, així com la simptomatologia que presenta i la interferència que aquesta causa en la seva vida. De la mateixa manera, possibilita que s'estableixin les bases de l'aliança terapèutica i del marc de confidencialitat i confiança necessaris per a poder dur a terme una intervenció terapèutica eficaç. Amb l'objectiu de cobrir tots dos objectius, cal que l'eix central de la nostra avaluació se situï en les necessitats i demandes del pacient.

Qualsevol procés d'avaluació té una certa complexitat, però les característiques que defineixen alguns quadres clínics transformaran el procés d'avaluació en psicologia clínica en un repte per al terapeuta. Amb la finalitat d'abordar-lo de manera eficaç, resulta ineludible conèixer les principals característiques dels quadres clínics, així com d'aquells factors que podrien estar relacionats amb la seva aparició i manteniment. Per aquest motiu, i en línia amb els criteris proposats a l'última versió del DSM (DSM-5), al llarg d'aquest mòdul es descriu la simptomatologia dels trastorns psicològics que demanden atenció clínica amb més freqüència, com són: els problemes de l'estat d'ànim, els problemes d'ansietat, el trastorn obsessiu compulsiu, alguns trastorns relacionats amb l'estrès i els problemes de personalitat. També es fa un resum de l'epidemiologia i es descriuen els principals models amb els quals s'ha aconseguit incrementar la comprensió de problemes tan greus com la depressió.

D'altra banda, resulta fonamental combinar diferents eines que ens permetin conèixer de manera comprensiva la realitat dels pacients. Per aquest motiu, a més d'incloure algunes premisses necessàries per a l'avaluació en la psicologia clínica, s'han introduït instruments d'avaluació de diferent naturalesa com ara les entrevistes, els autoinformes i els autoregistres. Tots aquests instruments han demostrat la seva validesa en l'avaluació dels diferents trastorns; val a dir que la majoria estan basats en la simptomatologia inclosa al DSM-IV-TR, ja que actualment no disposem d'instruments adaptats als canvis del DSM-5.

Hem de tenir en compte que cada procés d'avaluació serà diferencial segons la situació de cada pacient, més enllà que es pugui presentar el mateix quadre psicològic. Així, les pautes que a continuació es presenten, fruit de l'experiència clínica i validada empíricament, són una guia que busca facilitar la comprensió i l'actuació en el procés d'avaluació que, en cada situació, haurà d'adequar-se al context d'actuació.

Amb aquest mòdul es busca introduir els alumnes en els principis d'avaluació de la psicologia clínica a partir d'alguns dels trastorns més rellevants. En concret, es vol millorar el coneixement sobre la caracterització clínica dels diferents problemes, així com analitzar les hipòtesis etiològiques i reflexionar sobre les principals eines d'avaluació disponibles.

1. Trastorns depressius

1.1. Característiques clíniques

Els trastorns depressius, segons el DSM-5, inclouen els episodis de desregulació disruptiva de l'humor (per a persones entre sis i divuit anys), depressió major, depressió persistent o distímia, desordre disfòric premenstrual i altres trastorns depressius produïts per substàncies o situacions mèdiques. Ens centrarem en la depressió major (DM) i en la distímia, ja que són els que probablement es trobin més freqüentment en la pràctica professional. Els símptomes dels trastorns depressius més comuns són els de l'esfera afectiva, però també són habituals els cognitius, volitius i somàtics. Vegem alguns dels símptomes que s'inclouen en cada categoria:

- Símptomes afectius: tristesa, desesperança, infelicitat, abatiment o irritabilitat.
- Símptomes cognitius: valoració negativa d'un mateix, del món i del futur (tríada cognitiva) (Beck, Rush, Shaw i Emeri, 1983), pensaments recurrents de mort, dèficit de memòria o falta de concentració.
- Símptomes volitius: abúlia, apatia o falta d'iniciativa.
- Símptomes somàtics: alteracions del son, de la gana o del desig sexual, fatiga, cansament o agitació.

En aquest grup de trastorns, és molt important diferenciar entre la tristesa normal i la patològica. Per això se sol tenir en compte l'afectació sociolaboral o la desproporció entre l'estímul desencadenant i la seva intensitat i durada. A més, com en qualsevol altre trastorn, hem de tenir molt clar que l'expressió de la simptomatologia depressiva pot ser molt variada en funció de la persona concreta. Per exemple, mentre que algunes persones expressen la desesperança i la frustració per mitjà de la ira i la comunicació agressiva, altres l'exterioritzen amb la tristesa i es tornen més passives.

1.2. Epidemiologia

Els trastorns depressius són, sens dubte, un problema de fort impacte a escala mundial, ja que arriba a afectar tres-cents milions de persones. La seva prevalença varia segons el país de referència, i a Espanya és inferior a la d'altres països europeus. En línia amb l'oficina europea de l'OMS, podem dir que una

Enllaç recomanat

Recomanem consultar el web de la Biblioteca de Guies de Pràctica Clínica del Sistema Nacional de Salut (www.guiasalud.es), que conté guies per als diferents trastorns que treballem en l'assignatura. L'objectiu d'aquestes guies és proporcionar recursos basats en l'evidència científica per donar suport a la presa de decisions en el sistema nacional de salut.

Enllaç recomanat

Recomanem consultar el web de l'OMS-Europa: <http://www.euro.who.int>.

de cada quinze persones pateix cada any un episodi de DM a Europa. Segons el mateix organisme, tres de cada quatre persones amb depressió no reben un tractament adequat

Combatre la depressió

L'atenció dels trastorns depressius requereix una clara atenció per la seva elevada prevalença i el seu impacte. Com a professionals, des del punt de vista social hem d'incrementar la consciència sobre aquests problemes, així com contribuir a la reducció de l'estigma que moltes vegades generen aquests diagnòstics. Des del punt de vista polític, són necessàries estratègies i directrius encaminades al tractament adequat d'aquestes problemàtiques i la seva prevenció. Un exemple en aquest sentit són les polítiques europees de salut mental (disponibles a: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/194107/63wd11e_MentalHealth-3.pdf?ua=).

S'ha de destacar també que és complicat estimar la prevalença real dels trastorns depressius, cosa que també passa amb altres dels trastorns presentats en aquests materials, ja que moltes persones no busquen ajuda professional per motius diferents:

- Creença que l'ajuda professional no és útil o que és millor superar el problema per un mateix per evitar l'estigma de ser etiquetat amb una malaltia mental.
- Moltes persones manifesten la depressió amb múltiples símptomes somàtics, fet que els porta a atribuir la seva problemàtica a causes físiques i no psicològiques.
- Algunes persones poden pensar que el que els passa acabarà millorant només amb el pas del temps (fet que resulta perillós, ja que sol ser precisament el contrari).

Un coneixement fonamental per poder dissenyar estratègies de promoció de la salut mental i prevenció és el dels factors de risc. Les variables associades a una alta probabilitat d'aparició de trastorns depressius són:

- Variables sociodemogràfiques: sexe femení (proporció de 2:1); edat d'inici habitual entre els quinze i els quaranta-cinc anys; desocupació; nivell d'ingressos baix; viure en entorn urbà; estat civil: estar solter, divorciat o vidu.
- Antecedents familiars de depressió.
- Presència d'altres trastorns mentals.
- Presència de malalties cròniques.
- Història prèvia de trastorn depressiu.

- Estrès crònic.
- Esdeveniments adversos en les primeres etapes de la vida.
- Factors cognitius: esquemes negatius, tendència a la ruminació.

En relació amb el curs, la majoria d'episodis de depressió major en la població general són curts (el curs de la distímia és per definició extens en el temps). Tot i això, tenen un impacte elevat. Per exemple, el cost anual que la depressió provoca es va xifrar en la Unió Europea en uns 118 bilions d'euros el 2004, dels quals el 60% són costos indirectes associats amb la morbimortalitat de la depressió. A més, les persones amb depressió experimenten més freqüentment múltiples exclusions socials, especialment si són grans, amb baixos ingressos o viuen sols. No podem oblidar tampoc que els efectes de la depressió afecten també la família, els cuidadors i, en última instància, la comunitat (Haddad i Gunn, 2011).

1.3. Models explicatius

Hi ha múltiples models sobre l'etiologia dels trastorns depressius. A continuació els veurem de manera molt breu, a manera de recordatori, ja que ja els heu treballat en altres assignatures.

1.3.1. Models biològics

Una de les explicacions clàssiques, dins dels models biològics de la depressió, és la que troba una relació directa entre la depressió i els neurotransmissors. És l'anomenada teoria de la desregulació heterogènia de neurotransmissors, en què es considera que hi ha un dèficit de transmissió de serotonina, noradrenalina o dopamina, explicat gràcies a la millora que l'ús de determinats fàrmacs produeix sobre l'individu (Cardelle i Lorenzo, 2009).

1.3.2. Models conductuals

Un dels primers autors a abordar la depressió des dels models conductuals va ser Fester (1973) en relacionar la depressió amb el condicionament operant. La depressió es originària perquè la persona perd reforços positius (s'eliminen per complet o es redueix la seva freqüència) sobre conductes que anteriorment eren reforçades. Posteriorment, Lewinshon (1974), sobre la base del model de Fester, va introduir el context social (en el qual la persona estableix les seves relacions familiars, laborals, etc.) com a element fonamental. Segons aquest autor, el nombre total de reforços positius que rebria una persona dependria de:

- El nombre de reforçadors existents en l'entorn de la persona.
- El tipus de conductes i quantitat de conductes que la persona mostri.

- Si les conductes són potencialment receptores de reforços.

Exemple

Suposem el cas d'un adolescent a qui no li agraden les assignatures de l'institut, està aïllat socialment i rep burles dels seus companys perquè mostra la seva tartamudesa. Això li impediria tenir estímuls positius en el seu entorn que afavoreixin el seu benestar i suposaria, a més, un càstig social associat a una conducta que facilitaria el procés depressiu.

Altres models conductuals han inclòs la importància de les habilitats de la persona per gestionar els reforços. En el cas de no rebre reforços, una persona amb habilitats suficients trobaria altres maneres de fer-ho; per tant, les persones deprimides disposen de menys eficàcia a l'hora d'obtenir reforços positius (Vázquez, Muñoz i Becoña, 2000). Partint dels models conductuals, doncs, tant la recuperació de les interaccions socials com la potenciació de les activitats plaents per a la persona produiran una millora o una prevenció de la depressió.

1.3.3. Models cognitius

Dins dels models cognitius, un dels més rellevants és el de Beck (Beck i altres, 1983), que posa el punt de mira en les distorsions cognitives com a procés central per al desenvolupament dels trastorns depressius. Les distorsions cognitives passarien gairebé automàticament, i la persona acabaria guiant la seva vida en base a elles sense qüestionar-les (en part per aparèixer de manera automàtica i gairebé inadvertida per a la persona). Un dels elements més importants del model és el concepte de tríada cognitiva, mitjançant el qual Beck argumenta que les persones amb problemes de l'estat d'ànim fan una valoració negativa del seu context personal en base a un pensament negatiu en tres dimensions:

- Visió negativa d'un mateix, sobrevalorant les possibles mancances i infravalorant les potencialitats.
- Visió negativa del món, incrementant l'atenció sobre els obstacles i dificultats i obviant els suports i punts forts.
- Visió negativa del futur, centrant l'atenció en els possibles problemes que puguin arribar i negant la possibilitat que passin coses positives.

Exemple

L'Ingrid se sent molt trista, segons explica al seu psicòleg. Ella no sap a què es deu, però gràcies a les preguntes del seu psicòleg s'adona que la seva manera de veure les coses està molt influenciada per pensaments negatius distorsionats. Aquests apareixen gairebé sense que ella s'adoni i si són del tipus "No valc per a res", "No només ho faig tot malament, a més és molt complicat fer les coses bé", "No aconseguiré superar-ho".

Un altre model dins d'aquest grup seria el de Seligman (1975), reformulat posteriorment per Abramson. Seligman posa l'èmfasi en la indefensió apresada, que fa referència a la percepció de incontrolabilitat i incapacitat d'afrontament

de situacions negatives/difícils. En les persones amb depressió, aquesta manera de pensar es pot generalitzar fent pensar la persona que no té cap control sobre la seva vida i generant els símptomes propis de la depressió.

Abramson va incorporar el concepte d'atribució a la teoria de Seligman, amb la qual cosa va sorgir la teoria de la depressió per desesperança (Abramson, Alloy, Metalsky, Joiner i Sandín, 1997), que consisteix en un model cognitiu de vulnerabilitat-estrès. És a dir, aquelles persones que posseeixen estils cognitius negatius tindran més risc a desenvolupar depressió quan s'enfrontin a situacions estressants, perquè la seva valoració global sobre els successos serà més negativa. En concret, aquests estils cognitius es refereixen a tres tendències:

- Realitzar atribucions globals i estables de les experiències negatives.
- Extreure conclusions negatives de les experiències vitals negatives.
- Creure que el fet que esdevinguin aquestes experiències negatives, té a veure amb els seus propis dèficits negatius.

És a partir d'aquí que les persones realitzaran interpretacions negatives del perquè estan passant per situacions i experiències adverses, fet que produirà un desenvolupament de l'estat de desesperança.

A més de tot l'anterior, Ingram (1990) va emfatitzar la importància del focus autoatencional. Segons aquest autor, les persones amb problemes de depressió major tindrien una predisposició a focalitzar la seva atenció en els aspectes personals negatius. En particular, aquest focus atencional seria més rígid del que és habitual, fet que faria que l'atenció es dirigís únicament als aspectes negatius i obviés la informació que pogués ser positiva i equilibrar el caràcter dels estímuls percebuts. Així mateix, seria un focus durador que mantindria els estímuls negatius en primer pla i facilitaria la instal·lació de la persona en el malestar emocional i en l'estil rumiatiu del pensament. En conseqüència, la persona s'assimilaria aquest nou aprenentatge al mapa conceptual que ja disposa i incrementaria la intensitat i la fermesa de les seves creences desadaptatives. Aquest fet, al seu torn, enfortiria la predisposició del seu focus autoatencional.

1.4. Depressió major

1.4.1. Característiques

Exemple

La Lola té quaranta-cinc anys i, segons ens explica la seva filla, fa uns dies que no s'aixeca del llit. La situació ha empitjorat tant que han decidit demanar ajuda. Des de fa dos mesos ha notat molts canvis. Diu que ha perdut molt de pes perquè menja menys i que, a la nit, no pot dormir. Es desperta molt d'hora i es queda al llit, de vegades, tremolant. Ha deixat de practicar les seves aficions i de quedar amb les seves amigues i, fins i tot, ha deixat d'acudir a les reunions familiars. Abans gaudia de tot això i ara diu que no té cap

sentit per a ella i que, fins i tot, li falta energia. També li fa la sensació que camina i parla més a poc a poc.

Li costa concentrar-se, per la qual cosa ha deixat de veure pel·lícules i llegir llibres. Fa uns dies li va dir que la seva vida no tenia sentit i que la família estaria millor sense ella perquè només els causava problemes. També li va dir que se sentia enfonsada però que era incapaç de plorar.

Tal com s'observa a l'exemple, la principal característica d'un episodi de depressió major són els símptomes afectius. Seguint el DSM-5 (APA, 2013), aquests símptomes s'han de mostrar en un període d'almenys dues setmanes durant les quals es dona un humor deprimat o una pèrdua d'interès o plaer en gairebé totes les activitats. Els símptomes han de ser nous o haver empitjorat en comparació amb el període previ a l'episodi avaluat.

Pel que fa a la simptomatologia volutiva, pot aparèixer pèrdua d'interès o plaer. Aquesta ha de ser present gairebé tota l'estona, almenys en cert grau. La persona pot reportar sentir menys interès en aficions, o que ja no li importin o no senti cap plaer o satisfacció en les activitats que anteriorment eren considerades com plaents (en el seu cas, la Lola deixava de veure pel·lícules, per exemple). També es poden donar una sèrie de canvis que podríem classificar com a somàtics:

- Canvi en la gana: augment o reducció, com li passa a Lola (que perd pes).
- Alteracions en el son: hipersòmnia o dificultats per dormir. Quan es dona insomni, sol succeir més freqüentment que la persona es desperti durant la nit i després li costi tornar a agafar el son; en canvi, si hi ha hipersòmnia solen haver-hi episodis de son prolongats durant la nit o un augment de períodes de son durant el dia.
- Alteracions psicomotrius que inclouen agitació o retard en parlar, caminar (com li passava a Lola) o en moure's. Aquests símptomes poden ser prou severs com per poder observar-se a simple vista. La reducció d'energia, el cansament i la fatiga són comuns, fins i tot en les tasques més simples.

D'altra banda, des del punt de vista cognitiu pot aparèixer sensació d'inutilitat (tal com li passava a la Lola) i culpabilitat que, associada amb l'episodi de depressió major, pot incloure una excessiva valoració, preocupació o ruminació d'errors menors del passat. Moltes persones comenten tenir dificultats per pensar, concentrar-se o prendre decisions. Els pensaments de mort, ideació suïcida o intents de suïcidi són comuns, de manera que és un tema que ha de ser tractat molt seriosament i de manera preventiva.

Alguns aspectes com el grau de detall amb el qual s'ha planificat, tenir mitjans a l'abast, el consum de substàncies, l'existència d'intents anteriors o l'absència de grups socials de suport podrien incrementar el risc i, per tant, s'han de tenir en compte (Ayuso-Mateos i altres, 2012). En qualsevol cas, si es presenta certa ideació suïcida cal reflexionar amb la persona sobre els pros i els contres

del suïcidi (equilibrant la balança cap als contres) i intentar consensuar un ajornament de la decisió. De la mateixa manera, després d'informar el pacient, seria fonamental comptar amb algun suport del seu cercle proper que pugui fer-li seguiment. En alguns casos, fins i tot es recomana que el pacient mai estigui sol.

A més de tot això, per caracteritzar la depressió major cal distingir el quadre clínic d'altres trastorns que podrien compartir similituds. En línia amb el DSM-5 (2013) i tal com s'ha comentat, aquest trastorn no s'hauria de confondre amb episodis de tristesa o problemes adaptatius que cursin amb humor depressiu. Així mateix, atesa la varietat de manifestacions que engloba, cal diferenciar-lo dels episodis maníacs i del trastorn per dèficit d'atenció per hiperactivitat. I, com passa en altres problemes, caldrà indagar si el consum de substàncies o altres condicions mèdiques podrien afavorir el quadre clínic.

Finalment, és important destacar que la comorbiditat és més la regla que l'excepció. Principalment és rellevant la relació entre l'ansietat i la depressió. De fet, el diagnòstic del trastorn d'ansietat general (TAG) i el de la depressió major comparteixen àrees específiques com l'excés de fatiga, la dificultat de concentració i les alteracions del son. El DSM-5 (APA, 2013) inclou l'especificació "amb distrès ansiós" amb la idea de poder visualitzar aquest solapament entre la depressió i l'ansietat.

1.5. Trastorn per depressió persistent (distímia)

1.5.1. Característiques

Exemple

En Carlos explica que, des de fa almenys tres anys, se sent més trist que abans. Sembla que li hagi disminuït la il·lusió per moltes coses i que li costi concentrar-se més en els estudis. Se segueix esforçant i segueix anant a classe, perquè per ell és molt important arribar a ser un bon infermer. Sempre ha estat bon estudiant i va passant el curs però no amb les notes que li agradaria tenir. També reconeix que, a temporades, menja més del compte i li costa agafar el son. Té la sensació que la seva vida va passant i que no se sent completament feliç amb res del que li va passant. Els seus amics i familiars sempre li insisteixen que ha d'intentar esforçar-se per fer coses que el fan estar content; però ell no veu la manera i, segons comenta, "no li ve de gust", i a més se sent incapaç de decidir sobre quines coses fer.

La principal característica de la distímia (seguint el DSM-5) és un humor depressiu que està present durant la major part del dia, durant almenys dos anys en què aquest símptoma està més dies present que absent. Les persones que compleixin els criteris de depressió major durant dos anys poden ser diagnosticades també de distímia. Durant els períodes d'humor depressiu, han d'estar presents almenys dos dels símptomes següents:

- Poca gana o excés d'ingesta.
- Insomni o hipersòmnia.
- Baixa energia o fatiga.

- Baixa autoestima.
- Pobre concentració o dificultat a l'hora de prendre decisions.
- Sentiments de desesperació.

Aquests símptomes han de romandre durant dos anys i els intervals asimptomàtics no han de durar més de dos mesos.

Segons la nostra experiència clínica, donada la durada del quadre i el desgast que suposa, aquestes persones poden mostrar una major indefensió que les que estan afectades per altres quadres clínics. En aquest sentit, l'encadenament d'extincions i càstigs (reforçat per la lectura que la persona en fa) sol enfortir la història clínica de la distímia i dificultar el seu abordatge. Un altre dels problemes que solen enfrontar les persones amb distímia és l'allunyament de l'entorn. Els pacients solen rebre suport social en els problemes concrets o de curta durada, però aquest suport acostuma a desaparèixer quan els trastorns es cronifiquen. De nou, això complica més l'afrontament del quadre clínic.

A més de l'anterior, per delimitar bé el diagnòstic cal distingir la distímia d'altres quadres clínics com la depressió major, el trastorn psicòtic o problemes similars derivats del consum de substàncies o de condicions mèdiques. En aquest context, també s'hauria de diferenciar d'alguns trastorns de personalitat que podrien mostrar característiques similars. Quan una persona compleix els criteris diagnòstics de depressió i trastorn de personalitat, tots dos diagnòstics s'hi han d'incloure.

1.6. Avaluació de la depressió

1.6.1. Premisses per a l'avaluació

En el procés d'avaluació de les persones amb trastorns depressius cal emmarcar les experiències personals i socials que descriuen, ja que els seus patrons cognitius solen estar esbiaixats per una visió negativa i pessimista del context i d'ells mateixos. Per aquest motiu, per aconseguir una visió global dels successos resulta necessari contrastar la informació amb exemples i detalls que descriguin de manera específica el que els pacients relaten. El risc i la conducta suïcida mereixen un apunt, ja que els trastorns depressius, especialment la depressió major, s'associen amb nivells de mortalitat elevats. Per això, s'han creat múltiples guies d'avaluació del risc suïcida, desenvolupades per diferents institucions.

Una revisió exhaustiva s'allunyaria dels propòsits dels nostres materials, però sí que ens agradaria destacar breument alguns factors relacionats amb una major probabilitat de suïcidi que cal tenir en compte:

- Història familiar de trastorn mental.
- Història prèvia d'intent de suïcidi (inclou autolesions).
- Història familiar de suïcidi o autolesió.
- Depressió severa.
- Ansietat.
- Sentiments d'indefensió.
- Trastorn de la personalitat.
- Abús de substàncies.
- Sexe masculí.
- Presència de malaltia física.
- Exposició a conductes suïcides (directament o a través dels mitjans de comunicació).
- Alta recent d'un servei de psiquiatria.
- Accés a mitjans letals per cometre el suïcidi.
- Dol.
- Trauma recent.
- Planificació d'un pla específic per al suïcidi.
- Presència de canvis radicals en el comportament o estat d'ànim.

Bibliografia recomanada

A tall d'exemple oferim alguns recursos d'utilitat que poden ajudar a ampliar coneixements a que estiguin interessats en aquesta temàtica:

“Assessment of suicide risk in people with depression”. Guia clínica desenvolupada per l'Oxford's Centre for Suicide Research: <http://cebmh.warne.ox.ac.uk/csr/clinicalguide/docs/Assessment-of-suicide-risk--clinical-guide.pdf>.

“Protocolo para la detección y manejo inicial de la ideación suicida”. Guia desenvolupada pel Centre de Psicologia Aplicada de la Universitat Autònoma de Madrid: https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_ideacion_suicida.pdf.

Els factors relacionats amb una probabilitat alta de suïcidi poden valorar en l'entrevista, i això cal fer-ho, evidentment, quan ja hi hagi certa confiança amb la persona i aquesta es pugui sentir còmoda. Cal tenir en compte que en preguntar sobre aquest tema és molt probable que la persona, si ha valorat la possibilitat de suïcidar-se, s'ensorri pels sentiments i la duresa que la situació li pot generar. És important estar preparat i intentar normalitzar la situació en la mesura del possible, sabent que, des de la perspectiva de la persona amb depressió, la valoració del suïcidi pot resultar una opció raonable, tot i que dolorosa. Com a la resta de l'entrevista, es pot començar amb preguntes àmplies, per després anar a poc a poc delimitant el tema. També cal tenir en compte que poden aparèixer moments oportuns per parlar-ne, per exemple, quan la persona expliqui els seus sentiments o els símptomes que pateix. Encara que com a professionals pugui resultar complicat introduir aquest tema, no es pot eludir donades les seves potencials repercussions.

Encara que l'eina fonamental per a la valoració del risc de suïcidi és l'entrevista clínica, també hi ha diverses escales d'avaluació del risc de suïcidi. Com a exemple, podem comentar l'escala Suicide Status Form, que combina dades quantitatives i qualitatives, i que és la base d'un marc d'avaluació-intervenció clínic denominat "The collaborative Assessment and Management of Suddiality". Aquest marc estableix una estratègia específica d'avaluació-intervenció per implicar la persona des d'un principi (per a més detalls: <https://cams-care.com>).

1.6.2. Eines d'avaluació

1) Entrevista

Una entrevista dirigida a l'avaluació de l'estat depressiu d'una persona, a més de totes les àrees globals de la biografia, hauria d'incloure els aspectes que presentem a continuació. Els enumerem segons com es podrien anar presentant en el transcurs d'una entrevista (alternant-los amb els aspectes que habitualment s'avaluen). No obstant això, insistim que no és una fórmula tancada:

- Somni i ingesta d'aliments.
- Activitats i aficions. Valorar els canvis pel que fa a l'activitat i el reforç que obté de les que anteriorment li eren agradables.
- Motivació per desenvolupar les tasques quotidianes.
- Entorn social i familiar. Valorar reforçaments directes o indirectes que puguin estar modulant la situació. Per exemple, pot ser que la família hagi

deixat de reforçar-lo per fer activitats? Pot ser que facin les activitats per ell i limitin les seves possibilitats d'obtenir reforç involuntàriament?

- Irritabilitat, tristesa... Explorar com se sent. Podem ajudar-lo amb preguntes del tipus: "Ens pots explicar com et sents en un dia habitual des que et lleves fins que te'n vas a dormir?". A les persones no els resulta senzill explicar les seves emocions, de manera que haurem d'obtenir informació amb preguntes indirectes.
- Estil de pensament present i en relació amb el futur (per investigar al voltant de la presència de pensaments negatius). Hem parlat de la tríada cognitiva com a construcció fonamental; així doncs, hem d'investigar en relació amb l'existència de pensaments d'aquest tipus. Recordeu que les persones poden no ser conscients que tenen aquests pensaments.
- Dolors, dificultats físiques, activació del sistema nerviós autònom, etc.
- Ideació suïcida. Ja hem argumentat anteriorment la necessitat d'abordar aquesta àrea i com n'és d'important treballar-la de manera adequada.

2) Eines estandarditzades

Es poden trobar innumbrables eines per a la depressió, tantes que fins i tot es pot tenir una certa confusió a l'hora de seleccionar una o altra. Expliquem amb una mica de deteniment quatre eines estandarditzades molt àmpliament utilitzades: l'Inventari de depressió de Beck-II (BDI-II), l'HDRS, el CESD-R i el PHQ-9.

Inventari de depressió de Beck-II (BDI)

És un dels instruments d'avaluació de la depressió més utilitzats a escala mundial i és fàcilment adaptable als constructes que defineixen la depressió actualment (Sanz, 2013). De fet, el BDI-II és l'únic que cobreix tots els símptomes de l'episodi depressiu major i la distímia, segons el DSM-IV-TR. La seva facilitat d'ús, brevetat d'aplicació (5-10 minuts) i de correcció (1-2 minuts) i les seves bones propietats psicomètriques són avantatges indubtables.

Tot i que el BDI-II no és un instrument per al diagnòstic dels trastorns depressius, sí ajuda a identificar les persones que possiblement el presenten, de manera que posteriorment pugui confirmar el diagnòstic amb altres eines més adequades. A més, resulta de molta utilitat per valorar la gravetat de la depressió. Donada la seva brevetat, pot ser aplicat repetidament durant el procés terapèutic per monitorar els processos del pacient i els resultats de la intervenció.

Lectura recomanada

J. Sanz (2013). 50 años de los inventarios de depression de Beck: consejos para la utilización de la adaptación española del BDI-II en la práctica clínica. *Papeles del psicólogo*, 3(43), 161-168.

El BDI-II consta de vint-i-un ítems per als quals la persona ha d'assenyalar una de les quatre afirmacions disponibles que millor indiqui la seva situació en les dues últimes setmanes (dos dels vint-i-un ítems tenen set opcions de resposta, en lloc de quatre). Es pot administrar en adults i adolescents a partir de tretze anys. Els punts de tall per a la puntuació total són:

- 0-13: depressió mínima.
- 14-19: depressió lleu.
- 20-28: depressió moderada.
- 29-63: depressió greu.

Escala de depressió de Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale o HDRS)

Igual que l'BDI, pot ser utilitzada amb l'objectiu d'avaluar quantitativament la intensitat de la depressió, així com per avaluar la seva evolució. Tot i que n'hi ha diverses versions, la més recomanada potser és la de disset ítems. L'original estava formada per vint-i-un, i n'hi ha una més breu de sis ítems que aborda els símptomes més nuclears.

És una escala dissenyada inicialment per a ser valorada per part del professional, heteroadministrada, que requereix trenta minuts aproximadament per emplenar-la; tot i que això la situa en desavantatge en relació amb el BDI-II. Els punts de tall són:

- Puntuacions inferiors a 7: absència de depressió.
- Puntuacions entre 8 i 13: depressió lleu.
- Puntuacions entre 14-18: depressió moderada.
- Puntuacions superiors a 19-22: depressió severa.
- Puntuacions superiors a 23: depressió molt severa.

The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale Revised (CESD-R)

Escala molt utilitzada en investigació (sobretot en estudis epidemiològics) per a l'*screening* dels trastorns depressius. L'última versió ja s'ha adaptat als criteris del DSM-5 (APA, 2013). Consta de vint ítems que es refereixen a símptomes concrets, en els quals la persona ha d'indicar amb quina freqüència han estat presents en el seu cas.

Patient Health Questionnaire-9

Aquesta escala, igual que la CESD-R, va ser fonamentalment desenvolupada per a ser usada en atenció primària, on es requereix efectuar diagnòstics ràpids de *screening* sense perdre l'efectivitat. No obstant això, per la seva facilitat d'ús, fiabilitat i validesa, el seu ús s'ha estès més que el de la CESD-R. L'escala PHQ-9 consta de nou ítems sobre símptomes depressius i es demana a la persona (és autoadministrada) que indiqui amb quina freqüència els ha experimentat en

Lectura recomanada

Per tenir informació extensa sobre les versions espanyoles i disposar, a més, dels ítems i la valoració de cada un d'ells, es pot consultar:

J. Bobes, A. Bulbena, A. Luque, R. Dal-Ré, J. Ballesteros, N. Ibarra, i el Grup de validació en espanyol de les escales psicomètriques (GVE-EP) (2003). Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6,17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. *Medicina Clínica*, 120(18), 693-700.

Lectures recomanades

Es pot consultar l'escala completa, així com més informació, al web de l'instrument: <http://cesd-r.com/>.

També se'n poden trobar versions en castellà a la literatura; per exemple, vegeu:

J. Soler, V. Pérez-Sola, D. Puigdemont, J. Pérez-Blanco, M. Figueres i E. Álvarez (1997). Estudio de validación del Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) en una población española de pacientes con trastornos afectivos. *Actas luso-españolas de neurología, psiquiatría y ciencias afines*, 25(4), 243-249.

Enllaç recomanat

Es poden trobar més detalls de l'instrument, així com el manual complet en: <http://www.phqscreeners.com>.

les últimes dues setmanes (es pot indicar 0 = mai, 1 = alguns dies, 2 = més de la meitat dels dies o 3 = gairebé cada dia). Si la persona indica una presència de més de la meitat dels dies en l'ítem 2a (anhedonia) o 2b (sentiments de tristesa) i cinc o més dels ítems del 2a al 2i (es considera present encara que es puntuï amb menys freqüència), se suposa un diagnòstic de depressió major. Si la persona indica una presència de més de la meitat dels dies de l'ítem 2a (anhedonia) o 2b (sentiments de tristesa) i dos, tres o quatre dels ítems del 2a al 2i (es considera present encara que es posi una puntuació de menys freqüència), se suposa la presència d'un altre trastorn depressiu. Les puntuacions totals també permeten valorar gravetat.

3) Autorregistres

L'autorregistre ens permet obtenir una radiografia de l'experiència de la persona des del punt de vista cognitiu, afectiu, motor i somàtic. En omplir-lo, el terapeuta obté informació i, el més important, la persona amb depressió major pot ser més conscient del que li passa i de les connexions que s'estableixen entre les seves característiques personals i els antecedents i conseqüents contextuals. Un altre dels beneficis que aporten els autorregistres és la immediatesa, atès que sol·licitem a les persones que registrin la informació amb certa regularitat per evitar possibles biaixos de la memòria. En efecte, la parcialitat de la memòria s'incrementa en situacions d'intensitat emocional, com serien les de la depressió major.

Per a l'anàlisi de la informació derivada dels autorregistres resulta fonamental aclarir les paraules que la persona utilitza. No hem d'oblidar que, en el procés de comunicació, compartim símbols i no significats, i cal consensuar què significa cadascuna de les paraules. D'aquesta manera, evitarem malentesos. Així mateix, incloure gradacions d'intensitat (per exemple, de 0 a 10) per delimitar si el pensament és més o menys creïble o l'emoció més o menys intensa, també ajudarà a matisar el contingut. Disminuir en dos punts la intensitat de la tristesa d'una persona amb depressió major és un gran avanç, tot i que quantitativament sembli menor.

Caldrà incloure en els autorregistres aquella informació que faciliti una comprensió global de la casuística de la persona, com ara:

- Els antecedents de la situació, que ens permetran valorar l'existència de factors precipitants o mantenidors de la simptomatologia depressiva.
- Els pensaments suscitats, amb els quals podrem avaluar si hi ha un patró d'informació distorsionat, per exemple, en la línia de la triada cognitiva. En aquest punt, incloure la gradació de creença d'aquests pensaments resulta molt útil per conèixer la gravetat del quadre i l'evolució terapèutica.
- Les emocions experimentades, doncs, tal com hem dit, les manifestacions afectives de la depressió poden ser múltiples i cal conèixer si la persona

expressa el seu malestar mitjançant la ira o la tristesa per ajustar les intervencions i, fins i tot, l'ús d'altres instruments. Per descomptat, serà fonamental conèixer la intensitat per detallar l'evolució del trastorn.

- Les manifestacions físiques, que poden aportar informació de la intensitat del quadre clínic. Hem de recordar, a més, que algunes persones tenen dificultat per reconèixer les seves emocions i que el terapeuta haurà de fer un esforç per indagar el component afectiu per mitjà de les respostes físiques de les quals els pacients solen ser més conscients.
- Les conseqüències generades per la interacció entre els antecedents i l'experiència pròpia de la depressió major, mitjançant les quals s'obté informació sobre els efectes que a nivell personal i contextual s'han produït per reforçar o no al seu patró de resposta.

Si bé els registres són una eina terapèutica molt útil, cal ser conscient que suposen un repte important per a les persones, en particular per aquelles que tenen depressió major. Per aquest motiu, sobretot en les primeres sessions, cal consensuar un format que sigui viable i que no suposi un esforç tan elevat que la pròpia persona no arribi a fer-ho. En aquest cas, caldria recordar la importància que té per al progrés terapèutic i reforçar cada pas, sent empàtic amb l'esforç cognitiu i emocional que la persona està realitzant.

2. Trastorn bipolar i desordres relacionats

2.1. Característiques clíniques

Les persones amb un trastorn bipolar manifesten, durant un període variable de temps, un estat d'ànim expansiu o irritable que, normalment, ve acompanyat d'un augment d'energia no característic de la pròpia persona i d'un patró de pensament vehement. Aquest estat d'ànim pot fluctuar i aparèixer al costat d'episodis depressius. La velocitat en què es produeix la fluctuació pot variar. A vegades pot ser ràpida, mentre que en altres pot trigar setmanes o fins i tot mesos a produir-se. En qualsevol cas, tant l'estat d'eufòria com el de tristesa solen interferir de manera significativa. No obstant això, les persones afectades no sempre són conscients dels períodes més expansius que, la majoria de vegades, venen associats a un augment de l'autoconfiança i seguretat personal, fet que pot dificultar la recerca i l'acceptació de l'ajut. En el seu entorn, en canvi, pot succeir el contrari: les persones properes solen detectar fàcilment els períodes d'expansió i eufòria, i no sempre són capaces de reconèixer les etapes d'apatia i tristesa.

2.2. Epidemiologia

Pel que fa a la prevalença, tal com recullen Garcia-Blanco, Serra i Livianos (2014), es considera que entre un 0,4 i un 1,9% de la població pot ser diagnosticada de trastorn bipolar I, igual per a tots dos sexes, i entre un 0,5 i un 1,9% de trastorn bipolar II, més prevalent entre les dones. L'edat d'inici varia entre la infància i els cinquanta anys, amb una demora important en el diagnòstic que dificulta el seu abordatge (García, Ezquiaga, de Dios, Agud i Soler, 2010). L'abús de substàncies es dona en pràcticament la meitat dels pacients amb trastorn bipolar, fet que està associat a un pitjor pronòstic. A més, el trastorn bipolar està associat a un major risc de la ideació i/o de la conducta suïcida (Echeburúa, 2015).

2.3. Models explicatius

No es coneix de manera precisa la causa d'aquest trastorn, tot i que hi ha certa evidència sobre l'existència de diverses alteracions neurobiològiques i diferents factors genètics que, en un model biopsicosocial, interaccionen amb factors ambientals culturals, psicològics i familiars. De fet, hi ha molt pocs models psicològics explicatius per a aquest trastorn en combinació amb altres problemes com la depressió, a causa que els factors biològics juguen un paper important i, alhora, el trastorn bipolar representa únicament el 6% dels trastorns de l'estat d'ànim (Garcia-Blanco i altres, 2014).

2.3.1. Models biològics

Tal com recull Zamora (2013), l'herència sembla jugar un paper important en el trastorn bipolar. De fet, es dona una taxa significativament superior de trastorn bipolar en els familiars de primer grau de persones amb aquest trastorn; fins i tot en estudis amb bessons monozigòtics s'ha trobat una concordança del 70-90%, que baixa al 16-35% en els dizigòtics. S'han estudiat principalment els cromosomes 18q i 22q, i com a possible substrat neurobiològic s'ha proposat la desregulació en la modulació del circuit prefrontal i del sistema límbic (Uribe i Zorrilla, 2009). Recentment, s'ha prestat atenció a la disminució en el funcionament de l'eix hipotalàmic-pituitari-adrenal, que es troba en el trastorn bipolar en totes les seves períodes, fins i tot en els asimptomàtics (Garcia-Blanco i altres, 2014).

2.3.2. Models sociocognitius

En línia amb Beck (1976), les persones amb mania presenten un patró de pensament desadaptatiu que dificulta una anàlisi adequada de la informació sobre elles mateixes, l'entorn i el futur. En aquest context, es produeixen una sèrie d'esquemes disfuncionals que, a diferència de la depressió, es focalitzen de manera esbiaixada en aspectes positius, fet que eleva l'autoestima i l'autoconfiança (Sanz i Vazquez, 1995). D'aquesta manera, els errors cognitius propis de la seva teoria (per exemple, el pensament dicotòmic, la generalització o l'abstracció selectiva) dirigeixen la interpretació dels successos cap a una visió positiva que no es correspon amb la realitat. Per exemple, una persona amb quadre de mania podria pressuposar sempre que té la raó perquè, en un cas la hi han donada. En conseqüència, els pacients amb mania presten més atenció a les experiències positives i les recorden de forma selectiva, configurant la triada cognitiva positiva: percepció extremadament positiva d'un mateix, el món es veu absent d'obstacles i positiu, de manera que es preveu un futur molt optimista. Beck no va desenvolupar cap formulació que relacionés la seva teoria de la depressió i de la mania i que expliqués l'aparició d'un o altre episodi o la seva alternança. Per a les fases depressives, s'utilitzarien els models explicatius dels trastorns depressius ja presentats anteriorment.

Com passa amb altres problemes de salut mental, la gènesi i el manteniment del trastorn bipolar també sembla que es relaciona amb l'ambient i l'entorn social (O'Connell, Mayo, Eng i Gabel, 1985). D'aquesta manera, aquells esdeveniments vitals que puguin ser percebuts com a estressors podrien constituir factors facilitadors o mantenidors del trastorn bipolar. Els episodis característics del propi trastorn, al seu torn, podrien constituir fenòmens estressants en si mateixos que provocarien canvis duradors en la biologia cortical de la persona. D'aquesta manera, ja no seria necessària la participació d'un estressant extern per desencadenar un episodi posterior (Uribe i Zorrilla, 2009). Tal com

recullen García-Blanco i altres (2014), estudis més actuals han trobat com a factors predisposants del trastorn bipolar un suport social pobre, el maltractament en la infància, la baixa autoestima i les distorsions cognitives.

2.4. Trastorn bipolar I

2.4.1. Característiques

Exemple

En Jaume té quaranta anys i va a consulta motivat pels seus familiars. No obstant això, diu que se sent bé i pensa que els altres no estan preparats per sentir la veritat. Durant temps ha estat una persona pacient i ha aguantat moltes coses dels seus companys de feina, però ara se sent amb prou confiança per dir allò que no li sembla bé. Està totalment segur que té la raó i se sent amb la capacitat d'enfrontar-se a qui sigui. De fet, s'ha discutit amb el seu cap i amb el coordinador de la secció. També diu que se sent ple d'energia, fa molta més activitat física del que és habitual i sembla que necessita dormir menys. Reconeix que el seu cap va a mil per hora i, de vegades, li costa ordenar tots els seus pensaments. Potser per això li costa una mica més del que és habitual concentrar-se.

En línia amb el DSM-5 (APA, 2013), el trastorn bipolar I es caracteritza per la presència d'almenys un episodi maníac que pot anar acompanyat de simptomatologia depressiva o hipomaníaca, un trastorn depressiu major o un episodi hipomaníac. Els episodis de mania solen caracteritzar-se per un període d'estat d'ànim expansiu o irritable, acompanyat d'un augment d'energia i amb una menor necessitat de dormir. A més, les persones solen presentar un patró de pensament molt ràpid i facilitat per distreure. També sol apreciar-se un augment de l'autoestima i l'autoconfiança i, a vegades, la participació en activitats de risc. Totes aquestes manifestacions no s'expliquen millor per problemes d'ansietat i depressió, trastorns de personalitat, dèficit d'atenció/hiperactivitat o consum de substàncies. Si una persona pateix un episodi maníac durant l'ús d'antidepressius, s'ha d'esperar a l'abandonament del tractament farmacològic. Si un cop finalitzat es compleixen els criteris diagnòstics de trastorn bipolar I, es mantindrà aquest diagnòstic.

2.5. Trastorn bipolar II

2.5.1. Característiques

Exemple

La Maria fa temps que se sent diferent. Informa que li van diagnosticar una depressió major, però ara se sent molt bé amb ella mateixa i creu que els altres no estan preparats per aquest canvi. Explica que ara és molt més activa que abans i reconeix que té tantes coses al cap que fins i tot li costa veure la seva sèrie preferida. La Laura, la seva parella, li diu que ha canviat molt el seu caràcter i la seva manera d'actuar. Ella reconeix que ara s'enfronta més que abans a les injustícies que veu diàriament. Ens explica que la seva parella coarta la seva llibertat. La Maria se'n va anar de compres i, segons la Laura, es va gastar massa diners, així que es van discutir. Ens explica que no és l'única vegada que ho fa, tot i que ningú se n'hagi adonat.

Tal com s'observa a l'exemple, en el trastorn bipolar II conflueix l'existència d'almenys un episodi hipomaniac i un episodi de depressió major, sense cap episodi maniac previ, que marca una diferència en el patró de funcionament de la persona. En aquesta etapa sol observar-se un període d'humor persistentment elevat, acompanyat d'un increment d'energia. De fet, moltes persones manifesten que no tenen la mateixa necessitat de dormir. També sol observar-se un increment de l'autoestima, a més d'un ritme de pensaments accelerats. En els períodes de depressió es mostren les característiques habituals dels episodis de depressió com l'anhedonia, l'apatia o l'abúlia. Les persones amb trastorn bipolar II solen ciclar més ràpidament que les persones amb trastorn bipolar I: una ciclació ràpida consisteix a experimentar quatre o més episodis d'humor hipomaniac o depressiu durant un període de dotze mesos. En el diagnòstic d'aquest trastorn, es podria tenir en compte l'anàlisi diferencial amb els problemes de depressió, l'espectre de l'esquizofrènia, els problemes d'ansietat, el trastorn per dèficit d'atenció/hiperactivitat, els problemes de personalitat i el consum de substàncies.

2.6. Trastorn ciclotímic

2.6.1. Característiques

Exemple

En Lluís és un cicló, segons ell mateix. De vegades, té tanta energia i iniciativa que s'apunta a mil activitats i surt cada cap de setmana amb els amics, a més de fer un munt d'esport. En altres casos, se sent molt més apagat i prefereix quedar-se a casa. Sembla que, de sobte, les activitats ja no el motiven i està més insegur. La seva família li diu que hauria d'intentar estabilitzar-se, tot i que aquests canvis d'activitat mai han interferit en la seva vida de manera notable. Creu que van començar quan va començar la universitat, però tot i això va aconseguir acabar la carrera com la resta dels seus companys i actualment està buscant feina. Ve a la consulta perquè se sent una mica desanimat i creu que li podria anar bé un ajut.

Tal com passa en aquest cas, segons el DSM-5 (APA, 2013) la ciclotímia es caracteritza per la confluència de períodes amb símptomes d'hipomania i períodes amb símptomes depressius durant almenys dos anys. Així, les persones informen tant de manifestacions expansives, caracteritzades per l'energia i l'autoconfiança, com de manifestacions associades amb l'apatia, la manca d'energia o l'anhedonia. Els intervals lliures de símptomes no han de ser superiors als dos mesos i els símptomes han d'aparèixer durant la majoria de dies. Caldria estar segurs que el pacient no compleix els criteris diagnòstics del trastorn de depressió major, mania o episodi hipomaniac i trastorns bipolar I i II.

2.7. Avaluació

2.7.1. Premisses per a l'avaluació

Els instruments per a l'avaluació del trastorn bipolar i altres trastorns relacionats busquen analitzar la simptomatologia relacionada amb la depressió, la mania, la comorbiditat amb altres trastorns, principalment l'alimentació i la qualitat de vida. Com passa en els casos presentats, algunes persones amb simptomatologia de mania o hipomania poden tenir dificultats per percebre la interferència que el trastorn pugui tenir en la seva adaptació a l'entorn, fet que dificultaria un autoinforme adaptat de les repercussions sobre el seu entorn o sobre elles mateixes. Així mateix, pot dificultar que busquin ajuda i provocar, en conseqüència, que el problema estigui actiu diversos anys.

Conviure amb la simptomatologia també pot portar a normalitzar l'existència d'alguns símptomes i, en conseqüència, a infravalorar la seva importància. En aquest sentit, resulta fonamental comptar amb l'opinió de persones properes que puguin contrastar l'informe del trastorn. De la mateixa manera, resulta fonamental aguditzar l'observació clínica per veure si algunes manifestacions expansives, no percebudes per la persona, estan presents, com la irascibilitat, la fugida d'idees o la velocitat de la parla. En el cas que conflueixin símptomes expansius i d'abúlia, les persones solen acudir a buscar ajuda professional més freqüentment que quan la simptomatologia predominant és la depressiva, fet que pot donar lloc a interpretacions i diagnòstics erronis. En el cas dels símptomes de depressió, es poden utilitzar qualsevol de les eines per a l'avaluació de la depressió que hem comentat anteriorment. En el cas de la mania, en aquest apartat veurem alguns instruments estandarditzats.

2.7.2. Eines

1) Entrevista

L'entrevista clínica és fonamental en quadres diagnòstics tan complexos com el trastorn bipolar. A manera de guia, a més d'incloure una història clínica completa, caldria tenir en compte la barreja de símptomes i signes que en cada cas poden donar un perfil diferencial entre els pacients. Alguns dels àmbits més rellevants són:

- Estat d'ànim. Per valorar si hi ha un patró diferencial de funcionament caracteritzat per l'eufòria o la irritabilitat. En aquest apartat, caldria tenir en compte la percepció de l'estat anímic de la persona, així com la gestió que en fa, per exemple, com manifesta aquests símptomes i quines conseqüències se'n deriven.
- Aspectes cognitius. Caldria incorporar preguntes relacionades amb la velocitat del pensament, així com sobre els processos de presa de decisions,

ja que solen ser més ràpids i irreflexius del que solien ser característics en la persona. En aquesta línia, seria interessant valorar la capacitat que la persona té per raonar reflexivament. De la mateixa manera, s'ha d'avaluar la capacitat de concentració i la tendència a la distracció o la fixació en aspectes irrellevants, ja que tot això és característic del quadre bipolar. Quant als continguts, cal investigar fins a quin punt s'ha observat un increment de l'autoestima i l'autoconfiança, així com de l'optimisme.

- Aspectes motors. Serà important conèixer si hi ha un augment d'energia marcat, així com els patrons de vigília-son, ja que una de les característiques consubstancials és una menor necessitat de dormir. També seria necessari examinar l'estil de vida i l'àmbit conductual, en la mesura que el quadre bipolar sol incloure un augment de les relacions socials, més impulsivitat i més predisposició per fer activitats de risc. En aquest context, també s'avaluarien els estils de comunicació en general i fins a quin punt es caracteritzen per mantenir un patró agressiu, passiu o assertiu, ja que el primer podria ser més comú si no ha estat habitual en la persona.
- Dimensió social. Donada la interferència que la persona sol patir en l'entorn immediat, en l'àmbit laboral, familiar o social, cal valorar la situació per si és clínicament significativa.

El procés de l'entrevista, a més, hauria d'aprofitar-se per continuar amb l'observació clínica i detallar aspectes com la velocitat de la parla i altres aspectes de la comunicació no verbal que poden ratificar el període d'expansivitat de la persona.

2) Eines estandarditzades

Alguns instruments estandarditzats que es poden utilitzar per valorar la simptomatologia relacionada amb la mania són (Muñoz, Roa, Pérez, Santos-Olmo i de Vicente, 2002):

Escala per a la valoració de la mania per clínics (EVMAC, adaptació a Livianos i altres, 2000)

Consisteix en una escala heteroadministrada de quinze ítems (trenta minuts aproximadament) que avalua la gravetat de la simptomatologia maníaca i psicòtica en persones amb trastorn bipolar en l'última setmana. Els ítems s'agrupen en les subescales següents:

- Mania (deu ítems): explora humor elevat/eufòria, irritabilitat/agressivitat, hiperactivitat motora, pressió de la parla, fuga d'idees, distractibilitat, grandiositat, necessitat de dormir, excessiva energia i judici empobrit.
- Psicoticisme (cinc ítems): explora els símptomes de pensament desorganitzat, ideació delirant, al·lucinacions, orientació i consciència de malal-

tia. Proporciona dues puntuacions independents, una de mania i una altra de símptomes psicòtics i desorganització.

Els punts de tall recomanats són:

- 0-7: no existeix mania.
- 8-15: simptomatologia lleu.
- 16-25: simptomatologia moderada.
- Més de 26: simptomatologia greu.

Escala de Young per a l'avaluació de la mania (YMRS, adaptació a Colom i altres, 2002)

L'YMRS és una escala heteroaplicada d'onze ítems destinada al mesurament continu de la intensitat dels símptomes maníacs. En concret, a partir d'una escala Likert es valoren símptomes relacionats amb l'expansivitat, el grau d'activitat, els patrons de son, la producció del llenguatge i del pensament, així com la consciència de malaltia. En tots els casos, el valor mínim descriu l'absència del símptoma i el màxim indica la presència del símptoma en gravetat extrema. La puntuació total s'obté a partir del sumatori de tots els ítems, assumint que, en general, una puntuació de més de 20 seria compatible amb un episodi maníac. L'emplenament de l'instrument oscil·la entre uns quinze i trenta minuts.

Escala de mania de Bech-Rafaelsen (Bech, Rafaelsen i Kramp, 1978; adaptada per Vieta i altres, 2008)

Instrument que valora la simptomatologia maníaca a partir de variables com l'activitat verbal i motora, la producció de pensament, l'estat d'ànim, els patrons de son i l'activitat social. Consta d'onze ítems que, per mitjà d'una escala Likert, valoren la gravetat de la simptomatologia clínica. La puntuació total es calcula a partir del sumatori de totes les preguntes: 6 punts és el tall per a la hipomania lleu i 15 punts o més per la mania.

3) Autorregistre

La comprensió del quadre bipolar requereix l'anàlisi de la simptomatologia característica, així com dels factors que es relacionen amb la seva aparició i manteniment. A més de les entrevistes i els autoinformes, l'autorregistre permet demanar informació més detallada sobre les manifestacions clíniques, així com dels antecedents i els conseqüents associats. A les manifestacions clíniques s'inclouran tant la intensitat de les emocions i la resposta motora, com la credibilitat dels pensaments. Aquesta eina, en la primera fase d'avaluació diagnòstica, permetrà tenir al clínic una línia basal sobre la situació del pacient, fet que facilita la tasca de seguiment durant l'evolució del tractament. Per incorporar-la, en qualsevol d'aquestes fases, caldrà motivar la persona a fer-lo servir, així com a reflexionar sobre els seus beneficis i la seva utilitat. La

Reflexió

Tenint en compte les característiques del quadre bipolar i les premisses dels dos primers mòduls, quin tipus d'estratègies i tècniques podrien afavorir el compliment de l'autorregistre en els pacients?

labilitat emocional que caracteritza aquest quadre sol dificultar l'adherència en algunes tasques d'avaluació i intervenció, fet que requereix un esforç addicional per part del clínic.

3. Trastorns d'ansietat

3.1. Característiques clíniques

En essència, per a les persones l'ansietat és una resposta adaptativa que activa els mecanismes de defensa davant d'una possible situació de perill. Però es pot tornar problemàtica quan el grau d'activació es massa elevat, no es correspon amb la situació real i perdura en el temps. En aquests casos, l'ansietat és desadaptativa i genera una interferència que fa que la persona acabi demanant ajuda (Sandín i Chorot, 2009a). Tot i que la simptomatologia ansiosa pot acompanyar molts dels trastorns psicològics, només en els trastorns d'ansietat el quadre clínic està dominat per la presència de l'ansietat.

L'ansietat no és un fenomen unitari (Sandín i Chorot, 1986), així que conceptualitzar aquest constructe dins del triple sistema de resposta facilita la seva comprensió i avaluació (Sandín i Chorot, 2009b):

- Component cognitiu: la vessant subjectiva d'interpretació de la situació és la clau de les problemàtiques relacionades amb l'ansietat. Fem referència a totes aquelles variables relacionades amb la percepció subjectiva que la persona té dels estímuls. La por, el pànic o la preocupació provoquen malestar en la persona.
- Component fisiològic: a conseqüència d'aquests pensaments, l'organisme de la persona reacciona amb l'activació del sistema nerviós autònom, fet que provoca canvis externs (com sudoració, dilatació pupil·lar, tremolor, etc.) i també interns (com activació cardíaca o acceleració de la respiració).
- Component motor: les principals conductes associades són l'evitació o la fugida, que s'acompanyen d'altres com l'expressió facial o postures corporals.

El constructe d'ansietat, al mateix temps, caldria matisar-lo des d'una doble perspectiva (Cattell i Scheier, 1961). D'una banda, com una resposta modificable i de caràcter més transitori, relacionada amb variables internes i externes a la persona que evolucionen en el temps (ansietat estat). D'altra banda, com una tendència de resposta més estable en el temps, pròpia d'aquelles persones que tenen més predisposició a percebre els esdeveniments de manera ansiosa (ansietat tret). Tot i que tots dos constructes estan relacionats, no representen el mateix en l'experiència individual de les persones. Per això, resulta fonamental remarcar aquesta diferència des d'una perspectiva d'avaluació.

Els trastorns d'ansietat inclouen desordres amb una ansietat i una por excessives relacionades amb determinades situacions. La por és la resposta emocional natural davant d'una amenaça, mentre que l'ansietat és l'anticipació a possibles amenaces futures; tot i que se solen superposar, tenen aspectes diferents. La por s'associa més a l'activació de l'*arousal* necessària per a enfrontar-se a una lluita, a perills o a conductes de fugida. En canvi, l'ansietat s'associa més amb l'atenció per a preparar-se davant futurs perills o amb l'evitació de conductes. De vegades, la por i l'ansietat poden controlar-se i reduir-se mitjançant conductes d'evitació. Tot i que això pot alleujar la tensió a curt termini, també mantindrà el problema a llarg termini (APA, 2013).

3.2. Epidemiologia

La prevalença dels trastorns d'ansietat difereix considerablement entre ells. El trastorn per separació presenta una prevalença anual en els adults dels Estats Units d'Amèrica d'entre el 0,9% i el 1,9%, però és un problema més prevalent entre els nens petits (APA, 2013). En relació amb les fòbies específiques, s'estima que entre el 7% i el 9% de la població europea presenten una fòbia: un 5% dels nens petits i un 16% aproximadament dels nens d'entre tretze i setze anys, que es redueix entre els adults a entre un 3% i un 5%, però amb una relació 2:1 de dones amb fòbia respecte dels homes.

Pel que fa al curs dels trastorns d'ansietat, l'edat d'aparició de la problemàtica de l'ansietat és prou variable en funció del trastorn a què ens referim. En general, el trastorn d'ansietat general i l'agorafòbia apareixen en l'edat adulta, mentre que altres problemes com la fòbia social o el mutis selectiu ho poden fer des de la infància (Ruiz i Lago, 2005). En qualsevol cas, tots els trastorns d'ansietat poden presentar exacerbacions i remissions al llarg de tota la vida de la persona i fins i tot fer-se crònics, com és el cas de l'ansietat generalitzada. Factors com l'entorn social, la història familiar de trastorns d'ansietat o l'inici primerenc del problema poden agreujar el quadre clínic (Albor, Benjet, Méndez i Medina-Mora, 2017).

En relació amb els antecedents, moltes vegades l'aparició de l'ansietat va precedida d'una situació estressant o traumàtica que pot haver estat viscuda per la mateixa persona o per l'observació d'altres persones (Antony i Barlow, 1997). Entre les situacions més habituals que poden desencadenar un trastorn d'ansietat trobem la separació o pèrdua dels pares o altra figura d'afecció (ansietat per separació i mutisme selectiu) o la sobreprotecció paternal (fòbia específica) (Orgilés, Espada i Méndez, 2007). Pel que respecta al trastorn de pànic, va habitualment acompanyat d'una temporada d'estrès elevat previ a l'aparició del trastorn (Craske, Miller, Rotunda i Barlow, 1990).

3.3. Models explicatius

Els trastorns d'ansietat presenten una etiologia multicausal. Així, en la seva aparició i manteniment són rellevants tant factors genètics com psicològics i socials (Ruiz i Lago, 2005).

Diversos estudis han mostrat la importància de la vulnerabilitat genètica en l'aparició de problemes com l'ansietat generalitzada o les fòbies específiques (Gómez, 2012). Així mateix, des d'una perspectiva cognitivaconductual es fa èmfasi en la importància que té el condicionament de certs estímuls (interoceptius o exteroceptius) per l'aparició de l'activació fisiològica i el malestar emocional. Aquest malestar motiva que la persona eviti la situació o l'objecte temut, mantenint el quadre clínic d'ansietat (Bouton, Miverva i Barlow, 2001).

En aquest procés també són rellevants els mecanismes amb els quals les persones elaboren la informació. Les persones amb problemes d'ansietat solen mostrar biaixos cognitius (Antony i Barlow, 1997). En línies generals, es magnifica el potencial risc que comporta l'estímul temut i es minimitzen les capacitats de la persona per a gestionar la situació. En conseqüència, s'incrementa la triple resposta d'activació en els àmbits motor, cognitiu i fisiològic. En algunes situacions, també s'observa com l'atenció de l'entorn pot constituir un factor de reforç per al manteniment dels problemes (Fernández-Zúñiga i Cogolludo, 2012).

La realitat clínica de les diferents problemàtiques relacionades amb l'ansietat es prou diversa. Per això, a continuació presentarem els diferents trastorns d'ansietat que recull el DSM-5 (APA, 2013) de manera separada i categoritzada, així com els models explicatius més relacionats amb cadascun. No comentem, però, ni el mutisme ni el desordre d'ansietat per separació, ja que es presenten de manera gairebé exclusiva durant la infància.

3.4. Fòbia específica

3.4.1. Característiques

Exemple

La Laura no recorda ben bé el moment, però el que no oblida és que des que li va mossegar aquell gos quan era petita ja no pot estar tranquil·la davant d'aquests animals. Si veu que un gos se li acosta, ella canvia de vorera, ja que la por s'apodera d'ella durant més d'una hora, fins i tot quan el gos ja s'ha anat i no el té davant. Taquicàrdia, ofec i suors són el mínim que té.

Quan parlem de fòbia específica sempre hem d'identificar l'estímul o la situació a la qual la persona presenta aquesta por. En una mateixa persona pot aparèixer més d'un estímul fòbic, per la qual cosa el diagnòstic, el DSM-5 (APA, 2013), ens indica que hem d'assenyalar de quin es tracta. En el cas de la Laura,

la seva reacció de por, evitació i nervis està present des d'una situació que li va resultar traumàtica i que va desencadenar la seva resposta ansiosa. De fet, en molts casos l'aparició d'una fòbia específica està causada per la vivència d'una situació impactant relacionada amb l'estímul fòbic, tot i que també pot estar provocada per una observació d'altres persones, com, per exemple, en el cas de la por a volar. Un altre aspecte que podria presentar la Laura és l'evitació a fer determinades activitats per aquesta por als gossos com, per exemple, anar a dinar a casa d'uns amics perquè al jardí tenen dos gossos.

Seguint el DSM-5 (APA, 2013), és important diferenciar la fòbia específica de l'agorafòbia (està més relacionada amb la preocupació que passi alguna cosa i no es pugui rebre assistència), la fòbia social (la por es relaciona amb l'avaluació negativa per part d'altres persones), el trastorn de pànic o el trastorn d'ansietat generalitzada (TAG) (que amplien les situacions que provoquen angoixa).

3.4.2. Models explicatius

Igual que altres trastorns d'ansietat, les fòbies semblen estar relacionades amb processos multicausals en els quals la genètica, les variables psicològiques i l'ambient resulten fonamentals (Antony i Barlow, 1997). Des d'una visió conductual, com la del model bifactorial de Mowrer (1960), la fòbia es basaria en una associació establida entre un estímul neutre i un estímul aversiu incondicionat que, a causa del reforç negatiu que suposa l'evitació, no podria ser eliminada. D'aquesta manera, l'escassa experiència prèvia amb l'objectiu temut i la conducta d'evasió que la persona realitzaria, serien el punt fonamental per a mantenir i exacerbar la por irracional.

Aquesta experiència emocional condicionaria el processament de la informació que, des d'una perspectiva cognitiva, tindria rellevància per a l'aparició i el manteniment de les fòbies (Antony i Barlow, 1997). D'aquesta manera, s'observarien dèficits en l'atenció i la gestió de la informació que derivarien en la construcció de patrons de pensament catastrofistes i dicotòmics, impredecibles i incontrolables. Així, les valoracions que les persones amb fòbia farien sobre la realitat estarien distorsionades.

3.5. Desordre d'ansietat social (fòbia social)

3.5.1. Característiques

Exemple

El Manel no acostuma a compartir el seu temps amb gaire persones, però el pitjor de tot és que aquesta por a sentir-se malament i que els altres el jutgin ha fet que cada dia s'aïlli més. Ja fa dos anys que està així. És una mica tímid i introvertit i no se sent còmode quan es creu observat. El dia que ho va passar pitjor va ser fa uns deu anys, en la seva graduació de l'institut, quan li van demanar que parlés en el comiat dels companys, però no en va ser capaç. No li sortia la veu, es va ruboritzar tant que va sortir corrent al lavabo a plorar i

desfogar-se. Quan queda amb el seu grup d'amics està tranquil i se sent molt a gust, però quan apareix gent nova es queda tallat i, si pot, busca alguna excusa per marxar. Una cosa que no es pot treure del seu cap i que no para de repetir-se és: "Segur que la gent nota que estic molt nerviós i que em suen les mans i que tremolo".

Segons el DSM-5 (APA, 2013) el Manel presentaria un trastorn de fòbia social. Les principals característiques serien aquesta por a viure situacions socials en què la persona es pot sentir observada i valorada negativament. Com li passa al Manel, que aquesta por se li noti li genera més nerviosisme, i tot plegat fa que la persona eviti aquestes situacions socials en què no se sent segur. Les situacions socials gairebé sempre provoquen por o ansietat i solen ser evitades o suportades amb malestar intens. A més, la situació real no és una amenaça, almenys no tant com la persona pensa.

La fòbia social no s'ha de confondre amb la introversió o la timidesa com a trets de personalitat. Les persones introvertides o tímides són capaces de fer front a les situacions socials a pesar de la seva dificultat i vergonya, però persones com el Manel eviten viure aquelles situacions valorades com a conflictives. A banda d'aquesta característica de personalitat, en línia amb el DSM-5 (APA, 2013), hem de fer el diagnòstic diferencial amb l'agorafòbia, en la qual no apareix la por a l'avaluació social negativa, la fòbia específica que està més relacionada amb un estímul concret o la depressió major que té un component d'avaluació social negativa però està més fonamentada en la falta d'energia o de ganes i no tant en la por a ser jutjat.

3.5.2. Models explicatius

Segons les perspectives conductistes, la fòbia social estaria causada pel condicionament d'una mala experiència d'origen social (Öst i Hugadhl, 1981). En qualsevol cas, no faria falta que la persona n'hagués experimentat en primera persona les conseqüències, perquè, en línia amb Bandura (1988), l'aprenentatge vicari també podria generar aquest tipus de condicionaments. L'adquisició de la fòbia podria desenvolupar-se en dues fases, l'anticipació i l'evitació (Echeburúa, 1995). En la primera, la persona tindria expectatives molt negatives sobre el succés social, fet que es relacionaria amb l'activació de l'*arousal* i amb la percepció de no tenir prou habilitats per a afrontar la situació. En la segona, la persona engegaria la conducta d'evitació per a reduir el malestar, fet que, alhora, mantindria i, fins i tot, enfortiria el condicionament. Des de les teories de la personalitat, a més, s'entén que alguns trets com la introversió o la inestabilitat emocional podrien donar un patró de comportament que afavoriria el trastorn d'ansietat social (Salaberría i Echeburúa, 1988).

Des d'una visió cognitiva, autors com Clark i Wells (1995) mostren la rellevància del processament de la informació. En aquest context, la persona sobredimensionaria la importància d'agradar en el context social i infravaloraria les seves competències per a poder fer-ho. A més, les percepcions sobre l'avaluació que altres persones fan sobre ella mateixa també podrien estar distorsionades, fet que minimitzaria la seva pròpia autoimatge. D'aquesta manera, la persona generaria una sèrie de pensaments automàtics negatius que reforçarien la

seva visió distorsionada de l'entorn, generant, a més, una resposta fisiològica d'activació i d'emocions aversives que incrementaria el seu malestar. Lògicament, factors d'un altre ordre com la predisposició genètica o les normes culturals en les quals la persona se socialitza també podrien influir en l'aparició de la fòbia social (Botella, Baños i Perpiñá, 2003).

3.6. Desordre de pànic

3.6.1. Característiques

Exemple

L'Ariadna fa un temps que prepara els exàmens de selectivitat. Recorda que sempre que té períodes de màxima exigència té més ansietat del que és habitual, amb símptomes que la fan sentir incòmode (per exemple, malestar estomacal o dificultats per dormir). Pensa que aquestes manifestacions són conseqüències habituals de les situacions d'estrès que viu, però mai havia patit un episodi de pànic: estava al metro, segons ella tranquil·la, o almenys no més nerviosa que altres dies, i de sobte va començar a notar una por intensa, de cop, sense esperar-ho. Va començar a faltar-li l'aire, li van augmentar les pulsacions i es va posar a suar, però el que més por li va fer és que va tenir la sensació d'estar veient una pel·lícula, com si estigués veient el que li estava passant, però des de fora, com si fos una espectadora del succés.

L'Ariadna presenta un desordre de pànic que consisteix en l'aparició inesperada d'una por i un malestar intensos i que es mantenen durant uns minuts. Entre la simptomatologia que pot acompanyar un atac de pànic trobem palpitations, mareig i nàusees, tremolor, sensació d'ofec, por a morir durant l'atac i així fins a un total de tretze possibles símptomes que recull el DSM-5 (APA, 2013). A l'Ariadna això li ha passat per primera vegada en una situació personal de molta pressió, en el seu cas durant la preparació de la selectivitat. Per a fer un diagnòstic de desordre de pànic, la persona hauria de presentar aquest tipus d'atac una vegada al mes com a mínim, acompanyat de por a tornar a patir-lo; és a dir, han d'aparèixer de manera recurrent i no com un fet aïllat. Al diagnòstic hem d'assenyalar la freqüència i la gravetat dels atacs (segons presenti quatre o més dels símptomes).

El símptoma més evident d'aquest trastorn és l'atac de pànic, però aquest pot aparèixer també quan una persona presenta qualsevol altre trastorn d'ansietat. Per aquest motiu, segons el DSM-5 (APA, 2013), sempre hem de fer un diagnòstic diferencial amb tots els trastorns d'ansietat i descartar que aquest atac no es doni per anticipació o presència d'un gos si prenem com a exemple el cas que hem vist abans de la Laura. També hem de descartar que sigui una compulsió fruit de l'obsessió d'un trastorn obsessiu compulsiu. D'altra banda, hem de descartar que la presència dels atacs de pànics estigui provocada pel consum de substàncies o per la presència de qualsevol trastorn psicòtic.

3.6.2. Models explicatius

Com passa amb altres trastorns, sembla que existeix una base genètica dins del desordre de pànic que facilita la seva aparició en aquelles persones que tenen antecedents familiars (Hettema, Neale, i Kendler, 2001).

Des d'una perspectiva cognitivoconductual, l'experiència de por s'associa a una resposta intensa caracteritzada per claus internes i externes que, una vegada condicionades, podrien suscitar el succés de pànic (Bouton i altres, 2001). Així, tant els contextos quotidians en els quals va poder passar l'episodi de pànic com les sensacions interoceptives que es van produir (per exemple, la respiració ràpida, els bàtecs, etc.), engegarien un procés d'atenció selectiu i un processament de la informació que afavoriria tant l'experiència física pròpia del desordre com la vivència emocional. En aquest context, i en la línia del que diuen Clark i Salkovskis (1987), les persones interpretarien de manera catastrofista les sensacions físiques, fet que alhora facilitaria un context de por. Així, les interpretacions són crucials per a l'aparició i cronificació del quadre. A aquest tipus de interpretacions se sumen unes altres que, en relació amb el que diu Bandura (1988), se centrarien en la valoració que la persona fa sobre la seva pròpia competència per a gestionar els canvis que percep com a nocius.

D'aquesta manera, totes les persones podrien estar exposades a potencials atacs de pànic en experimentar canvis físics en l'organisme, però només aquelles amb predisposició estarien centrades en la possibilitat que tornés a repetir-se l'episodi. Aquestes expectatives modularien els mecanismes de percepció, atenció i processament de la informació, fet que facilitaria l'experiència subjectiva de nous episodis (Barlow, Chorpita i Turovsky, 1996).

3.7. Atac de pànic

3.7.1. Característiques

La peculiaritat de l'atac de pànic és que no és un trastorn *per se*, és a dir, que no podem diagnosticar una persona d'"atac de pànic". Sempre hem d'explorar si és un fet esporàdic o recurrent i a quin trastorn d'ansietat acompanya. Per exemple, si l'Ariadna no presenta més situacions amb atacs de pànic hauríem d'explorar per què li va ocórrer en aquell moment, ja que un atac de pànic pot estar present en qualsevol dels trastorns relacionats amb l'ansietat, tal com recull el DSM-5 (APA, 2013). Com s'ha comentat, l'Ariadna va presentar un atac de pànic inesperat però hi ha persones que els poden presentar de manera

previsible. Això es dona quan hi ha un motiu específic que és comú en totes les situacions en què apareix un atac. Determinar si són esperats o inesperats correspon al psicòleg, que ho farà amb una exploració mitjançant una entrevista.

S'ha de diferenciar l'atac de pànic d'un atac d'ira, en què, per exemple, no hi ha un pic màxim de por, sinó altres emocions que acompanyen la situació. D'altra banda, la presència dels atacs de pànic no és l'únic símptoma que hauria de considerar el diagnòstic de trastorn de pànic, ja que hi estan presents altres aspectes com la sensació de "tornar-se boig" o de morir.

3.8. Agorafòbia

3.8.1. Característiques

Exemple

Des que l'Ariadna va tenir un atac de pànic al metro, ja fa més d'un any, no pot ni pensar a tornar a viatjar en aquest transport. Fins aquell moment no era un problema per a ella viatjar en hora punta, estreta com en una llauna de sardines. Ara sí, de manera que ha canviat els seus hàbits i ha començat a anar en autobús, sempre que no estigui gaire ple. Aquest canvi li suposa invertir vint minuts més cada dia per anar a la feina. Ho ha intentat, segons ella, però quan està a la porta del metro comença a sentir-se tan malament, tan ansiosa, que prefereix evitar entrar-hi costi el que costi. Per sort, a l'autobús no ha tingut cap problema, però troba a faltar anar acompanyada, motiu pel qual viatja gairebé sempre amb algun conegut.

L'Ariadna presenta una ansietat intensa quan ha de fer ús d'un determinat transport públic, però aquest malestar pot generalitzar-se a altres tipus de transports o a altres situacions: espais oberts, espais tancats, estar enmig d'una multitud o estar sola al carrer.

Com veiem, l'Ariadna evita el transport públic, i quan ha d'agafar un bus intenta fer-ho amb companyia. A conseqüència de la seva por extrema al metro, ha canviat els seus hàbits, matina més i va més cansada, ja que el bus triga vint minuts més que el metro pel mateix trajecte. Això li genera malestar però no pot controlar la por a ser dins del metro. L'Ariadna té aquesta sensació des de fa un any, de manera que compleix el criteri temporal que marca el DSM-5 (APA, 2013) pel diagnòstic d'agorafòbia. Durant aquest temps, l'Ariadna té por, especialment, de tornar a patir un atac de pànic quan estigui tancada al metro i no poder rebre l'atenció mèdica que ella considera necessària.

El diagnòstic diferencial de l'agorafòbia amb altres problemes d'ansietat pot ser complicat. El DSM-5 (APA, 2013) assenyalava la importància de considerar la fòbia específica situacional o altres problemes com l'ansietat social o la por a una avaluació negativa per part d'altres persones. També caldrà tenir en compte el trastorn de pànic, en el qual, si l'ansietat no es relaciona amb un mínim de dues situacions, no s'hauria de diagnosticar l'agorafòbia, i el trastorn depressiu major, en el qual l'evitació de les situacions és conseqüència de la falta d'energia o de l'apatia.

3.8.2. Models explicatius

Igual que en altres trastorns, s'entén que en el quadre d'agorafòbia es produeix un condicionament desadaptatiu entre estímuls neutres amb conseqüències amenaçadores, fet que afavoriria un estat d'hiperactivació i alerta que facilitaria la conducta d'evitació, per a disminuir el malestar (Klein, Ross i Cohen, 1987). Des d'aquesta perspectiva, l'agorafòbia seria el nivell més greu de resposta generada per a evitar el malestar i que, mitjançant l'evitació de la situació, mantindria i complicaria el quadre clínic.

Des d'una visió més cognitiva, s'entén que les valoracions sobre un mateix i sobre la situació també serien molt rellevants (Salkovskis i Hackmann, 1997). En concret, la persona infravaloraria la seva capacitat per a afrontar l'estressor de manera adequada, sobreestimaria el risc i el nivell d'amenaça que podria comportar la situació i focalitzaria la seva atenció en tots aquells aspectes que suporten ambdues hipòtesis, fet que esbiaixaria el seu focus atencional. De la mateixa manera, sembla que aquests quadres són més prevalents entre aquelles persones que tenen una història familiar del trastorn, que hereten certa susceptibilitat del sistema neurovegetatiu (Gómez, 2012).

3.9. Desordre d'ansietat general

3.9.1. Característiques

Exemple

La Mercè té cinquanta-sis anys i va estar ingressada a l'hospital per un infart fa un mes. És una persona bastant exigent, que ha fet una carrera meteòrica; actualment és directiva d'una empresa important. Perfeccionista, autoexigent, amb un estrès molt elevat, propi del seu treball de gestora de projectes. Fins ara no havia visitat mai un psicòleg, tot i que des de fa anys pren ansiolítics per a poder dormir i reduir una mica l'ansietat del dia a dia. Segons ella, no recorda cap moment de la seva vida en el qual no hagi estat preocupada, però fins ara ha estat fàcil gestionar-ho. Però des de fa uns set mesos està irritada i preocupada per tot el que l'envolta. Ella mateixa diu: "Sóc tan perfeccionista que últimament no gaudeixo de res, fins i tot hi ha coses que acabo fent l'últim dia perquè les vaig corregint i corregint, de manera que acabo esgotada. Tinc moments de molta ràbia i agressivitat, tot i que no passo a l'acció, només algun crit al meu equip perquè espero algun treball que no rebut, almenys com jo el vull, tot i que segur que està prou bé. Com que em coneixen, em perdonen, però això no està bé". La Mercè explica que té problemes de son des de fa uns mesos i que la majoria de les nits es desperta molt d'hora i ja no pot tornar a dormir.

Com veiem, la Mercè presenta una preocupació o ansietat de manera continuada en relació amb una activitat o esdeveniment. En aquest cas, la preocupació constant és per qüestions laborals, però podria ser per qualsevol altre aspecte de la vida de la persona. Això sí, sigui pel que sigui, ha de provocar malestar i afectació. Per exemple, la Mercè presenta problemes a l'hora de dormir i descansar, està contínuament irritada (ho paga constantment amb els companys de feina) i mai pot desconnectar de la feina i de les coses pendents. Com a conseqüència d'aquesta activació mental i física perenne, la Mercè va patir fa un mes un atac cardíac. Com es veu al DSM-5 (APA, 2013), hem de

diferenciar aquest trastorn d'ansietat generalitzada que presenta, un nerviosisme i una preocupació constants i continuats, que no només apareixen davant un estímul o una situació concrets (fòbia específica) o en situacions socials concretes (trastorn d'ansietat social), del trastorn obsessivocompulsiu, que comporta obsessions i compulsions, i dels trastorns depressiu, bipolar i psicòtic. Si l'ansietat està lligada temporalment a la presència d'alguna d'aquestes problemàtiques, no hauríem de fer un diagnòstic diferenciat d'ansietat.

3.9.2. Models explicatius

El trastorn d'ansietat generalitzada es caracteritzaria, des de les propostes cognitives com la de Beck i Clark (1997), per una desadaptació en el processament de l'atenció, la percepció i la interpretació de la informació que facilitaria una visió més amenaçadora dels esdeveniments i de les competències de la persona. En aquest context, autors com Mathews i Mackintosh (1998) proposen un doble sistema de resposta. En el primer, més a curt termini, la persona avaluarà el nivell d'amenaça, mentre que en el segon, a mitjà termini, la persona valorarà quins recursos té per a gestionar-la. A més, s'entén que existeix un mecanisme d'adaptació pel qual les persones fan cas a als estímuls que poden suposar una amenaça, desplaçant-los quan no ho serien i produint interferència cognitiva. En les persones amb trastorn d'ansietat generalitzada, aquest llindar seria menor que en les persones que no presenten aquest quadre.

3.10. Avaluació

3.10.1. Premisses per a l'avaluació

Tal com hem assenyalat, l'ansietat es manifesta de múltiples maneres en les persones. Així, el quadre característic de cada cas clínic s'identifica a partir de la simptomatologia física, cognitiva, emocional i motora. Per això resulta fonamental explorar tots aquests àmbits a partir dels diferents instruments.

Cal ser conscients que el malestar que genera l'ansietat podria modular la percepció que les persones tenen sobre la situació. D'aquesta manera, els biaixos que es produeixen en l'atenció, la selecció de la informació i la seva interpretació han de ser tinguts en compte pel clínic a l'hora de valorar la informació facilitada per la persona.

Amb l'objectiu de poder comprendre de manera global l'experiència de la persona, serà de gran ajuda comptar amb la visió de persones properes que, amb el consentiment del pacient, puguin col·laborar en el procés d'avaluació. És clar que això és d'utilitat en qualsevol trastorn, però potser ho és més en els d'ansietat perquè en molts casos es dona una infraautovaloració de les competències que es tenen. En efecte, en els trastorns d'ansietat resulta vital valorar

les competències que té la persona i que, en molts dels casos, ella no percebrà com a tals. Les persones amb ansietat poden infravalorar les seves qualitats, i això pot dificultar la seva identificació en les primeres sessions. Per aquest motiu, és important sol·licitar-los exemples i fets concrets amb els quals poder contrastar la informació que ens donen. I també tenir accés a l'opinió externa. La infravaloració no es produeix perquè la persona intenti ocultar informació o dramatitzar la seva experiència, sinó que aquest processament distorsionat de la informació és una característica pròpia del quadre clínic.

3.10.2. Eines d'avaluació

1) Entrevista

Davant la complexitat i la diversitat de característiques i símptomes que acompanyen els trastorns d'ansietat, l'entrevista és l'eina essencial per a fer una avaluació eficaç de la problemàtica de la persona.

L'objectiu principal d'aquesta entrevista serà identificar la simptomatologia, els antecedents i les conseqüències, així com la interferència que generen. Així podrem diagnosticar si l'ansietat és o no patològica.

Per caracteritzar la simptomatologia de l'ansietat, tal com s'ha explicat al començament d'aquesta unitat, l'exploració de l'entrevista semiestructurada podria basar-se en el triple sistema de resposta. D'aquesta manera, les preguntes valorarien tant l'experiència fisiològica que pateix la persona com els pensaments i les emocions que experimenta, així com les conductes que es produeixen com a conseqüència del malestar percebut.

Exemple

En un desordre de pànic, un motiu principal de preocupació és la simptomatologia fisiològica, com pot ser la sensació d'ofegament o l'acceleració del cor, de manera que podríem introduir aquests aspectes en l'entrevista de la manera següent: "Molt bé, Carles, m'has comentat que de vegades notes que et falta l'aire. Podries parlar-me una mica d'aquesta sensació? Amb quina freqüència ho notes?".

A la taula següent es presenten exemples de preguntes i els principals aspectes que hauria d'incloure l'entrevista. Aquesta no és un guió inamovible ni s'ha de seguir necessàriament l'ordre presentat. Com ja s'ha comentat, l'entrevista semiestructurada anirà adaptant-se a la realitat de la problemàtica de la persona. A més, si la persona no menciona tota la simptomatologia habitual d'un trastorn d'ansietat, cal preguntar-li directament per tots aquells símptomes que considerem importants.

Resposta d'ansietat	Exemple de pregunta
Component cognitiu	- Quins pensaments tens abans de l'atac de pànic? - Què penses que li pot ocórrer al teu fill? - En quin moment del dia apareixen aquests pensaments? - Què penses que és el pitjor que pot passar?
Component fisiològic	- Què notes al teu cos quan estàs nerviós? - Com notes el teu cor? - En quines situacions notes que t'ofegues? - Quant de temps diries que dura aquesta sensació? - En quines situacions apareixen?
Component motor	- Què fas quan apareix la sensació de falta d'aire? - Quan has de fer un viatge en avió, com ho gestionas? - Què fas quan tens problemes per dormir? - Has intentat alguna cosa per a evitar aquest malestar?

A banda d'aquestes qüestions, a partir de la entrevista també cal aprofundir en la topografia de la resposta d'ansietat amb qüestions com ara:

- Freqüència d'aparició de la simptomatologia.
- Intensitat dels símptomes.
- Situacions de risc.
- Moduladors de la resposta.
- Antecedents i conseqüents.
- Presència d'estímul fòbics.

Aquest bloc de preguntes ens ajudarà, entre altres coses, a identificar si es tracta d'una fòbia específica.

A més de caracteritzar la problemàtica del pacient, també serà fonamental avaluar les estratègies i els recursos que la persona ha utilitzat fins aquest moment, independentment de si han tingut èxit o no. D'aquesta manera, podrem conèixer tant les vulnerabilitats i els obstacles que afronta la persona com les seves fortaleses i punts de suport social.

El cas de la Mercè sembla un cas de TAG; per tant, es pot administrar una entrevista estructurada, després d'haver fer l'entrevista *ad hoc* comentada, per a obtenir informació més completa sobre la simptomatologia i poder fer un diagnòstic amb una base més sòlida.

2) Entrevistes estructurades

Existeixen múltiples entrevistes estructurades per al diagnòstic basades en els sistemes de classificació. Aquí en mencionarem només una que és específica: l'**Entrevista per als trastorns d'ansietat segons el DSM-IV (ADIS-IV)** (Brown, DiNardo i Barlow, 1994). És un instrument que fa un recorregut pels trastorns d'ansietat inclosos en el DSM-IV-TR i que pot ser útil per a molts dels problemes actuals. L'entrevista explora la simptomatologia més característica de cada un dels trastorns i, a més, explora informació relacionada amb el tipus de preocupacions, les conseqüències generades o la intensitat experimentada per

Lectura recomanada

Per ampliar informació sobre l'avaluació i l'entrevista en els trastorns d'ansietat segons el DSM-5 podeu consultar:
J. Morrison (2014). *DSM-5. Guía para el diagnóstico clínico*. México-Bogotá: Manual Moderno.

la persona. Com a resultat, aporta informació sobre l'existència de molts dels trastorns i sobre la seva interferència en la vida de la persona. A més, facilita l'anàlisi d'alguns problemes que podrien interferir-hi, com ara l'estat d'ànim, el consum de substàncies o la influència de les condicions físiques i mèdiques.

3) Autoinformes

Dels instruments diagnòstics que no sempre es basen en sistemes de classificació podem trobar-ne de més genèrics que exploren la simptomatologia relacionada amb l'ansietat i altres més de específics per a trastorns concrets d'ansietat. A continuació comentarem les principals característiques d'alguns dels instruments més acceptats i utilitzats en la pràctica clínica habitual per a mesurar la simptomatologia relacionada amb l'ansietat.

És important recordar que els instruments d'autoinforme que avaluen el constructe d'ansietat poden ser utilitzats tant en els quadres clínics d'ansietat com en d'altres problemàtiques de salut mental i física.

Escala d'ansietat de Hamilton (1959)

Amb aquest instrument es pot determinar el grau d'ansietat global de la persona. Consta de catorze preguntes que fan referència als símptomes en l'àmbit emocional, cognitiu i fisiològic, i que avaluen la simptomatologia en una escala de 0 (absència de simptomatologia) a 4 (intensitat màxima). El símptomes explorats en aquesta escala es presenten a la taula següent.

Síntoma	Síntomatologia
Ansietat	Estat emocional d'incertesa respecte al futur: sentiments de preocupació, inseguretat, irritabilitat, aprensió o por.
Tensió	Incapacitat per a relaxar-se, nerviosisme, tensions corporals, tremolors, cansament i inquietud.
Temors	Percepció d'experimentar ansietat quan s'està en situacions especials com en habitacions tancades, etc. És important determinar si en el període temporal que s'analitza (entre tres i quatre dies) s'ha presentat més ansietat fòbica del que és habitual.
Insomni	Experiència subjectiva del son, hores de son, interrupcions del son, descans subjectiu en aixecar-se, etc.
Dificultats cognitives	Especialment en aquelles àrees que impliquen capacitat de concentració en una activitat, dificultats en la presa de decisions i problemes de memòria.
Humor depressiu	Presència de sentiments de tristesa, abatiment, desempament o pèrdua de l'interès per les coses.
Símptomes generals somàtics (musculars)	Dolors de tipus muscular, rigidesa, contraccions, canvis a la veu, etc.

Síntoma	Síntomatologia
Síntomes generals somàtics (sensorials)	Canvis de tipus sensorial, com ara visió borrosa, calfreds, picors, etc.
Síntomes cardiovasculars	Palpitacions, taquicàrdia, sensació d'esvaniment, batecs pulsatius, etc.
Síntomes respiratoris	Sensació d'ofec, respiració panteixant, contraccions al pit o al coll, etc.
Síntomes gastrointestinals	Dolor d'estómac, vòmits, ardor d'estómac, sorolls abdominals i diarrea.
Síntomes genitourinaris	Detecció de símptomes com augment o disminució de la micció, dificultats d'erecció, trastorns menstruals, anorgàsmia, etc.
Síntomes vegetatius	Sequedat de boca, sufocacions, pal·lidesa, sudoració i vertigen.
Comportament durant l'entrevista	Determinació de comportaments de tipus general com estar tens, jugar amb les mans, inquietud, tremolor de mans, etc. També de comportaments fisiològics, com empassar-se saliva, eructar, respiració accelerada, etc.

La suma de les puntuacions donarà una puntuació global de 0 (absència d'ansietat) a 56 (ansietat màxima). És un recurs molt útil durant l'avaluació inicial i el tractament, així com al final.

Inventari d'ansietat de Beck (Beck, Epstein, Brown i Steer, 1988)

Es tracta d'un autoinforme que es pot administrar com a entrevista si la situació ho requereix. Valora la presència i la gravetat de la simptomatologia ansiosa. Dels vint-i-un ítems que el componen, catorze es focalitzen en símptomes fisiològics i la resta exploren simptomatologia cognitiva i afectiva de la última setmana. És important assenyalar que dinou dels ítems indaguen aspectes relacionats amb els atacs de pànic. Per aquest motiu, es considera molt útil per a trastorns d'ansietat amb una important càrrega fisiològica, com ara el desordre de pànic. Només calen cinc minuts per omplir-lo. Cal indicar el grau d'afectació de cada símptoma durant l'última setmana en una escala Likert de 0 (gens afectat), 1 (lleument), 2 (moderadament) o 4 (greument, no ho podia suportar). La puntuació global oscil·la entre 0 i 63.

Questionari sobre l'ansietat estat/tret (Spielberger, Gorsuch i Lushene, 1970; adaptació espanyola Spielberger, Gorsuch i Lushene, 1982)

Questionari autoadministrat de quaranta ítems diferenciats entre aquells que fa referència a afirmacions relacionades a com se sent la persona en el moment de respondre, i aquells que exploren com se sent la persona de manera habitual. La subescala "ansietat estat" avalua un estat emocional transitori o una condició de l'organisme humà caracteritzats per sentiments subjectius, percebuts conscientment, de tensió i aprensíó, i també per una hiperactivitat del

Lectura recomanada

Per a més informació de la versió castellana, podeu consultar:

A. Lobo, L. Chamorro, A. Luque, R. Dal-Ré, X. Badia, i E. Baró (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina clínica*, 118(13), 493-439.

Lectura recomanada

Per a més informació de la versió castellana, podeu consultar:

J. Sanz (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del inventario de ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, 25(1), 39-48.

sistema nerviós autònom. La subescala “ansietat tret” assenyala una propensió ansiosa relativament estable en la qual difereixen els individus per la seva tendència a percebre les situacions com a més o menys amenaçadores.

La puntuació de cada escala oscil·la entre 0 (absència d'ansietat) i 60 (ansietat greu), amb una escala Likert (0 res; 3 molt) a cada pregunta. Les persones amb “ansietat tret” alta presentaran més freqüentment una elevació de l’“ansietat estat” que els subjectes amb l’“ansietat tret” baixa, ja que aquells senten que les situacions són més amenaçadores. Es pot omplir en uns 15 minuts. Com els anteriors, es pot administrar durant l'avaluació inicial, durant el tractament i com a avaluació després del tractament.

Inventari de situacions i respostes d'ansietat (Miguel-Tobal i Cano-Vindel, 1986)

Segueix el triple sistema de resposta en explorar la simptomatologia ansiosa en diferents situacions. Està organitzat en situació-resposta, de manera que la persona ha de respondre amb quina freqüència (0 pràcticament mai i 4 gairebé sempre) es fan presents els símptomes que se li presenten en cada una de les situacions plantejades. Les situacions estan organitzades en quatre factors: situacions en les quals podem ser avaluats o valorats, interaccions socials i sexuals, situacions fòbiques i situacions quotidianes. L'administració dels 224 ítems pot durar entre trenta-cinc i cinquanta-cinc minuts.

Acabarem amb un resum orientatiu presentat en forma de taula amb alguns instruments més específics que serveixen per a avaluar problemàtiques més concretes d'ansietat, com ara la fòbia específica o les conductes d'evitació.

Lectura recomanada

Per a més informació de la versió castellana, podeu consultar:

A. Guillén-Riquelme i G. Bu-ela-Casal (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicot-hem*, 23(3), 510-515.

Nom de l'instrument	Objectiu	Característiques
Test d'evitació / aproximació conductual (Lang i Lazovik, 1963)	Avalua el nivell d'ansietat i la intensitat de la resposta motora d'evitació davant situacions fòbiques.	Observació directa de les conductes d'evitació de la persona.
Qüestionari de temors (FSSS-III; Carrolles, 1986)	Mesura la intensitat de la por irracional davant diferents estímuls relacionats amb animals, situacions socials, etc.	En una escala Likert, la persona indica la intensitat de l'ansietat que li provoca cada objecte.
Escala breu de fòbia social (BSPS; Davidson i altres, 1991)	Avalua la por i l'evitació davant diferents situacions i la intensitat de la simptomatologia fisiològica.	Administració heteroaplicada: a cada situació, la persona ha de respondre a por, evitació i resposta fisiològica en una escala Likert.
Escala de temor a l'avaluació negativa (FNE; Learly, 1983)	Avalua el component cognitiu de l'ansietat social.	La persona indica el grau en una escala Likert en què un situació interpersonal pot generar-li malestar.
Qüestionari de pànic i agorafòbia (Sandín i Chorot, 1997)	Explora les característiques associades als problemes de pànic i també a l'agorafòbia.	Autoinforme de quaranta ítems de l'escala Likert (0 a 4).
Escala de detecció del trastorn d'ansietat generalitzada (Carroll i Davidson, 2000)	Avalua la simptomatologia més característica del quadre d'ansietat generalitzada.	Autoinforme amb dotze ítems de resposta dicotòmica sobre aspectes fisiològics i cognitius.

4) Autoregistres

De manera addicional a l'entrevista, és molt útil demanar a la persona un registre on anotar els diferents aspectes que hem comentat. Això facilitarà informació sobre les situacions i els pensaments que acompanyen la presència de l'ansietat. Es proposarà que la persona anoti la simptomatologia concreta que li ha aparegut; el moment del dia, la situació on es troba (a la feina, al carrer, etc.), si es troba sola o amb companyia, els pensaments, les cognicions i l'estratègia d'afrontament (sortir corrents, plorar, cridar, etc.). Podem incloure tot allò que considerem que ens serà d'utilitat per a tenir una informació completa de la problemàtica de la persona.

Com en altres casos, indicar la intensitat de les manifestacions (físiques, cognitives i emocionals) serà molt important per valorar la gravetat i la interferència del quadre clínic. Així mateix, aquesta gradació permetrà comparar l'evolució de la persona a mesura que el tractament avanci. A més, serà fonamental adaptar les característiques del registre a les competències i a la disponibilitat de cada persona.

Activitat

A la taula següent apareix un exemple de registre d'una pacient amb un trastorn d'ansietat generalitzada. Tenint en compte aquest autoregiste, quina informació sobre el triple sistema de resposta podries detectar? Com aprofundiries en aquests àmbits?

Situació	Pensament (credibilitat de 0 a 10)	Emoció (intensitat de 0 a 10)	Resposta física (intensitat 0 a 10)	Conducta
El meu fill se n'ha anat de festa i arriba tard. Fa dues hores que hauria de ser a casa.	Li ha passat alguna cosa. Segurament ha tingut un accident o una baralla. Passa alguna cosa dolenta.	Por (8)	Palpitacions(8) Suor (6)	Estic donant voltes per casa. Em faig una til·la.

4. El trastorn obsessivocompulsiu

4.1. Característiques clíniques

Exemple

La Irene té dinou anys i l'aterreix la possibilitat d'estar infectada pel VIH. Cada vegada que comparteix espai amb una persona que considera que pot estar infectada, es dutxa un parell de vegades i renta la roba a 30° perquè es desinfecti, i així disminueix la seva ansietat. A més, es fa la prova d'anticossos per quedar-se tranquil·la quan pensa que ha estat exposada. Ha anat tantes vegades a la seva metgessa que li fa vergonya. La metgessa li va dir que no havia dut a terme cap conducta de risc. Quan li donen els resultats disminueix la seva angoixa i, per uns minuts, cessen les seves preocupacions. La idea d'estar infectada interromp els seus pensaments i, fins i tot, li impedeix anar a classe. Llavors, s'atabala tant que intenta distreure's comptant de tres en tres o lletrejant l'abecedari. Considera que si aquesta idea ve a la seva ment és perquè hi ha probabilitats. Evita conversar sobre el tema i no para de buscar informació. Recorda que fa un temps també l'atabalava molt la brutícia i la possibilitat d'infectar-se amb gèrmens, particularment quan alguna cosa feia mala olor. Llavors es rentava molt les mans i procurava utilitzar guants. Però això últimament no l'ha afectat. Reconeix que és organitzada i disciplinada a la seva vida i necessita que tot estigui sota control.

Com es veu en el cas de la Irene i segons el DSM-5 (APA, 2013), en les persones que pateixen un trastorn obsessiu compulsiu (TOC) s'identifiquen, principalment, dos símptomes: l'aparició de les obsessions i les compulsions. En aquest cas, relacionades amb la possible infecció per VIH i les conductes que, segons la pacient, eliminarien la possibilitat d'aquesta infecció (com rentar la roba, dutxar-se o allunyar els pensaments). Així mateix, es pot observar una conducta passada relacionada amb la brutícia i algunes compulsions (com portar guants).

No s'ha de confondre aquest trastorn amb el trastorn obsessiu de la personalitat que es veurà més endavant.

Les **obsessions** són enteses com a pensaments i imatges que pertorben la persona generant malestar i interferència en la seva vida. Els pacients les descriuen com a experiències intruses i recurrents que envaeixen la seva consciència i que, en molts casos, estan relacionades amb el temor a la brutícia i la contaminació, la possibilitat d'atacar algú o la probabilitat d'exposar-se davant malalties transmissibles (Hernández, 2005). Davant d'aquesta situació, la persona intenta evitar-les o ignorar-les de diverses maneres. Les **compulsions** són conductes o tasques cognitives que la persona utilitza per a reduir o eliminar el malestar generat per les obsessions, com ara evitar llocs o fer operacions lògiques. Així doncs, la conducta (observable o encoberta) és un mitjà per a prevenir o reduir la probabilitat que passi la situació temuda, tot i que sovint són poc realistes. Tota aquesta experiència pot produir estats afectius disfòrics

que afecten, emocionalment, el pacient. Ambdues coses, tant les obsessions com les compulsions, solen consumir molt de temps i causen una interferència significativa en la vida de la persona.

La comprensió del TOC ha evolucionat en les últimes dècades i això ha generat alguns canvis en el diagnòstic del trastorn (Castelló, 2014). Més enllà que la presència de components obsessius i compulsius sigui rellevant, s'estableixen diferències segons el nivell de consciència de malaltia. En concret, des del DSM-5 (APA, 2013) es diferencia entre aquelles persones que són més conscients que el pensament recurrent no està basat en la realitat (bona introspecció), aquelles persones que tenen dificultats per a diferenciar la realitat dels seus pensaments (poca introspecció) i aquelles altres persones que tenen dificultats per a diferenciar la realitat dels seus pensaments (absència d'introspecció/creences delirants). El procés d'avaluació, basat en aquest sistema, també ha de delimitar si la persona ha tingut o té un trastorn de tic. Com en altres casos, el problema no es vincularia amb el consum de substàncies ni seria millor explicat per altres quadres diagnòstics. De la mateixa manera, s'hauria d'indagar quina mesura la intensitat del quadre causa interferència i malestar significatius a la persona.

Reflexió

Tenint en compte la situació de la Irene, quin nivell de consciència de la malaltia creus que té?

4.2. Epidemiologia

El trastorn obsessivocompulsiu és un problema important en l'àmbit de la salut pública, tant pel nombre de persones que es veuen afectades com per la interferència que ocasiona en la seva qualitat de vida (Belloch, Cabedo i Carrió, 2011). En l'àmbit epidemiològic, el TOC podria presentar una prevalença per a tota la vida que oscil·la entre 1,5% i 3,5% de la població general, i afecta, de la mateixa manera, homes i dones (Ruscio, Stein, Chiu i Kessler, 2010). Entre aquests casos, la majoria de persones presentaria un perfil moderat, però gairebé un terç patiria un nivell greu de severitat. A Espanya, Canals, Hernández-Martínez, Voltas i Cosí (2013) van trobar una prevalença del trastorn al voltant de l'1,8%, arribant al 5,5% en casos subclínic. També es va constatar la predisposició del trastorn a la cronicitat, ja que un 30% de les persones continuava presentant la simptomatologia, almenys, durant tres anys.

El trastorn s'inicia entre l'adolescència i l'edat adulta, tot i que algunes persones informen de certa interferència durant la infància i la primera adolescència. Segons Ruscio i altres (2010), l'edat mitjana d'aparició serien els 19 anys, sent més primerenca entre els homes que entre les dones. A partir d'aquí, el pronòstic és habitualment crònic i evoluciona, en alguns casos, cap a una pèrdua important d'autonomia i funcionalitat (de Silva i Rachman, 1995). Segons Leonard i altres (1993), l'existència de trastorns previs en la persona i d'antecedents psiquiàtrics familiars, podria incrementar aquesta gravetat.

Pel que fa als factors de risc, sembla que la socialització primerenca en un context rígid marcat per pautes culturals restrictives podria afavorir l'aparició del trastorn (Rector, Cassin, Richter i Burroughs, 2009). De la mateixa mane-

ra, alguns autors han detectat més predisposició al TOC en aquelles persones que han experimentat algun estressor vital important (Zetin i Kramer, 1992); mentre que autors com ara Lago, Rodríguez, Morales, Fernández i Santamaría (2008) parlen de la importància d'una predisposició genètica que incrementaria les possibilitats de patir-lo, entre les persones amb antecedents familiars del trastorn.

Pel que fa a la comorbiditat, alguns estudis han mostrat que el trastorn pot estar acompanyat de diferents problemes clínics, com ara l'esquizofrènia (Grover, Dua, Chakrabarti i Avasthi, 2017), el trastorn bipolar (Gayatri, Imon, Biju, Narayanaswamy, Math i Reddy, 2017) o l'abús de substàncies (Haro i altres, 2007).

Tot això fa que des de fa força temps el TOC sigui un problema important per a la salut pública (Belloch i altres, 2011; Eisen i altres, 2006).

4.3. Models explicatius

Amb una perspectiva cognitiva, el TOC es podria explicar des de dues visions (Belloch i altres, 2011). D'una banda, s'entén que les persones podrien tenir algun tipus de dèficit en el processament cognitiu. Per exemple, tindrien dificultats per retenir informació de les seves obsessions en comparació amb informació positiva o neutra. De la mateixa manera, la seva capacitat atencional podria estar esbiaixada i centrar-se selectivament en aquells aspectes que podrien relacionar-se amb la seva obsessió. D'altra banda, també s'entén que la major part de la població podria experimentar aquests pensaments intrusius però que les persones amb TOC podrien valorar-los de manera inadequada. En aquest cas, la sobredimensió dels pensaments generaria malestar en la persona i, en conseqüència, engegaria la necessitat de neutralitzar la idea. El reforç positiu a curt termini, mitjançant l'alleujament del malestar i l'augment de la percepció de control, ajudaria a mantenir aquest estil de funcionament basat en les compulsions i l'evitació, tal com es formulava des de perspectives més conductistes. Des d'aquestes perspectives, s'entén que les obsessions es mantenen gràcies a sistemes de reforços que es fonamenten en les compulsions. El malestar generat per les obsessions es calmaria o s'evitaria a curt termini amb la realització de les compulsions, però, a mitjà i llarg termini, aquest malestar tornaria a aparèixer. Això facilitaria que de nou tinguessin la necessitat d'alleujar el malestar mitjançant les compulsions, retroalimentant aquest patró de funcionament.

Des d'una visió més social i evolutiva, s'entén que els models de criança i les experiències en les primeres etapes podrien facilitar l'aparició del TOC. En particular, serien rellevants aquells contextos sociofamiliars caracteritzats per la rigidesa, l'exigència i el perfeccionisme.

Finalment, val a dir que nombroses proves han constatat la importància dels factors biològics en l'aparició del trastorn obsessivocompulsiu. Diversos autors defensen la influència de la genètica en l'aparició del TOC, ja que existeix un component familiar que tindria més rellevància en aquells casos en els quals l'aparició fos primerenca (Bellodi, Sciuto, Diaferia, Ronchi i Smeraldi, 1992; González, Vicente, Román, Ortega i Alberdi, 2013). En aquest context, estudis neuroanatòmics han mostrat el funcionament anòmal d'alguns circuits sinàptics (Navarro i Puigcerver, 1998).

4.4. Avaluació

Igual que en el cas d'altres quadres psicopatològics, l'avaluació del TOC requereix la comprensió del problema i la contextualització de la simptomatologia en la situació particular de la persona que atenem.

Al quadre diagnòstic, el principal objectiu serà delimitar l'existència d'obsessions i compulsions, detallades a partir de pensaments i conductes, així com la interpretació que se'n fa, la resposta emocional i el nivell d'interferència que ocasionen. A més, caldrà establir un marc de comprensió biopsicosocial que permeti conèixer tant la història com el context actual de la persona.

Així doncs, una vegada finalitzat el procés d'avaluació, el terapeuta ha de disposar d'informació relacionada amb les principals manifestacions del problema segons els criteris diagnòstics, així com la seva freqüència, intensitat i durada. Igualment, hauria de tenir informació suficient sobre els factors predisponents, precipitants i aquells altres que puguin mantenir el problema, en relació amb la persona i amb el seu context ambiental.

4.4.1. Premisses d'avaluació

Per a estructurar el procés d'avaluació, autors com Hernández i Uribe (2005) plantegen diferenciar tres etapes:

- La ratificació del diagnòstic, en la qual el terapeuta avalua els criteris del quadre obsessivocompulsiu, així com el grau d'interferència i la possible comorbiditat amb altres problemes de salut mental.
- L'especificació dels símptomes (obsessivocompulsius) i el detall dels antecedents, contextualització dels rituals i conseqüències associades.
- La fase d'integració, en la qual el terapeuta aprofundeix en aspectes addicionals que permeten relacionar els diferents elements del cas i, en conseqüència, formular les hipòtesis explicatives.

Donada la diversa simptomatologia que pot presentar cada cas i la complexitat del trastorn obsessivocompulsiu, resulta imprescindible per al procés d'avaluació disposar d'eines validades i adaptades al context d'intervenció. Serà igualment rellevant comptar amb diferents tipus d'instruments que permetin dur a terme una anàlisi comprensiva de cada cas, com ara entrevistes estructurades, autoinformes i autoregistres. Cada un d'aquests instruments respondrà a diferents necessitats d'avaluació, des de la categorització global del trastorn fins a l'especificitat dels continguts i manifestacions de components obsessius o compulsius. Així mateix, afavorirà una millor comprensió del problema i facilitarà que la persona pugui aportar informació més fiable sobre el seu cas.

4.4.2. Eines d'avaluació

Com en qualsevol procés d'avaluació, les persones poden tenir una visió desajustada de la seva situació, a causa, per exemple, de l'oblit de detalls importants (si els episodis no són recents) o del fet que el procés de neutralització estigui tan automatitzat que les persones no siguin conscients del pensament reiteratiu primari. A més, també es pot produir un efecte de desitjabilitat social, per exemple, en el cas que el component obsessivocompulsiu estigui associat a situacions que la persona considera reprovables des del punt de vista moral com ara voler pegar algú. A continuació es presenten algunes de les eines més utilitzades basades encara en sistemes diagnòstics anteriors al DSM-5.

1) Entrevistes

Entrevista pels trastorns d'ansietat segons el DSM-IV (ADIS-IV) (Brown, DiNardo, i Barlow, 1994)

Eina basada en el DSM-IV que valora simptomatologia de tots els trastorns d'ansietat i que també inclou simptomatologia específica del TOC (recordeu que en les versions anteriors del DSM el TOC es considerava com un trastorn d'ansietat). A més, conté seccions per a avaluar un altre tipus de problemes, com el trastorn d'estat d'ànim o els trastorns d'abús/dependència de substàncies. Si bé no és específica d'aquesta problemàtica, l'entrevista ADIS-IV pot ser una eina útil per delimitar els criteris del quadre en general, fer un diagnòstic diferencial i explorar possibles comorbiditats.

Entrevista clínica *ad hoc*

Més enllà de les eines estandarditzades, resulta necessari incloure un instrument d'avaluació que permeti detallar la informació del cas concret de la persona que s'atén. En aquest sentit, una vegada creat el *rapport* i el marc de confiança necessari perquè la persona pugui participar en l'entrevista de manera activa, caldrà recaptar informació sobre el motiu de consulta, la topografia de les obsessions i compulsions, així com sobre els seus antecedents i conseqüències. De la mateixa manera, resulta important valorar quins factors (individuals i contextuals) poden influir com a predisponents i precipitants i quins poden ajudar a mantenir el problema. També serà important valorar tant la història evolutiva del problema i els intents de solució que ha dut a terme la persona, com les expectatives que té davant el tractament.

Vegeu també

Al mòdul "L'entrevista, els sistemes de classificació i els instruments diagnòstics generals" es desenvolupen altres aspectes fonamentals per a l'elaboració i el desenvolupament de l'entrevista clínica.

2) Autoinformes

Escala d'obsessions i compulsions Yale-Brown (Goodman i altres, 1989; versió adaptada al castellà de Cruzado, 1993)

Autoinforme que, en primer terme, avalua la presència de diferents tipus d'obsessions i compulsions en el passat i el present, i que inclou aspectes relacionats amb la contaminació, la sexualitat, la religió o l'agressivitat. D'aquesta manera, l'instrument permet obtenir un panorama global del problema en la història de vida de la persona i en el moment actual. En una segona part, l'instrument inclou una escala Likert per a detallar, en cada una de les obsessions i compulsions de la persona, aspectes com ara la interferència, el malestar ocasionat, el temps que s'hi destina o el seu grau de control. Per a valorar cadascuna d'aquestes dimensions, s'utilitza una escala Likert que va de 0 (absència del símptoma) a 4 (síntomatologia greu). Com a resultat, la puntuació total pot oscil·lar entre 0 i 40, i el resultat es pot distribuir en diferents grups: població subclínica (de 0 a 7), lleu (de 16 a 23), moderada (de 24 a 31) i greu (de 32 a 40).

Inventari de Pàdua (IP) (Sanavio, 1988; versió adaptada al castellà de Mataix, Sánchez i Vallejo, 2002)

Aquest autoinforme avalua el trastorn obsessiu compulsiu a partir de quatre subescales: 1) descontrol sobre les activitats mentals, 2) comprovació de comportaments, 3) contaminació i 4) preocupacions de perdre el control. La persona avaluada ha de contestar seixanta ítems que plantegen diferents situacions per a veure quin és el grau de malestar que cada pensament pot ocasionar-li. L'escala oscil·la entre 0 (res) i 4 (molt). La puntuació total va del 0 al 240. Una versió més recent redueix els ítems a trenta-nou (Burns, Keortge, Formea i Sternberg, 1996).

Inventari obsessivocompulsiu de Clarck-Beck (C-BOCI) (Clark i Beck, 2002; adaptat al castellà per Belloch, Reina, García-Soriano i Clark, 2009)

Aquest autoinforme explora la freqüència i la gravetat dels símptomes obsessivocompulsius a partir de vint-i-cinc ítems amb quatre opcions de resposta que descriuen afirmacions referides a un mateix. La persona ha de triar aquella que més s'aproximi a la seva situació. A més de valorar l'existència d'aquests símptomes amb dues escales, una centrada en les obsessions i una altra en les compulsions, també incorpora aspectes com la consciència de malaltia, els intents de control i la interferència.

Inventari de creences obsessives (ICO) (Belloch, Cabedo, Morillo, Estel i Carrió, 2003)

Autoinforme que explora les creences disfuncionals hipotèticament implicades en el desenvolupament i el manteniment del trastorn. En total, consta de cinquanta afirmacions davant les quals la persona ha de posicionar-se en funció del seu grau d'acord en una escala Likert entre 1 (completament en desacord) i 7 (completament d'acord), distribuint la puntuació en vuit escales: responsabilitat, sobreestimació de la importància dels pensaments, fusió pensament-acció tipus probabilitat, fusió pensament-acció tipus moral, importància de controlar els pensaments, sobreestimació del perill, intolerància a la incertesa i perfeccionisme. En resulta un rang de puntuació que a partir de 26 indicaria un possible diagnòstic de TOC, i que a partir de 30 n'indicaria la presència clara.

Activitat

En el procés d'avaluació de la Irene, s'ha decidit administrar tant l'Escala adaptada d'obsessions i compulsions de Yale-Brown, així com l'Inventari de creences obsessives de Belloch i altres (2003). En el primer ha obtingut una puntuació de 25, i en el segon, una puntuació total de 32. Què es podria concloure a partir d'aquests resultats?

3) Autoregistre

Fitxes *ad hoc* d'autoobservació

Amb l'interès de detallar el problema de la persona, resulta necessari disposar d'algun instrument que permeti de manera àgil, flexible i senzilla donar seguiment als episodis obsessivocompulsius. Per a això, pot resultar molt interessant l'elaboració de taules de registre en les quals s'inclogui la data i l'hora del succés, l'antecedent que va desencadenar el ritual, així com els sentiments, els pensaments i les conductes associades. A més, caldria incloure algunes qüestions que valorin la percepció de control o les expectatives vinculades amb el fet de fer o no la compulsió. Cada un d'aquests aspectes hauria de graduar-se en una escala de 0 (sense cap intensitat) a 10 (intensitat màxima) acordada prèviament, per a compartir el significat atribuït a cadascun d'aqueixos valors.

Resulta fonamental que la persona se senti còmoda amb el tipus de registre que s'ha elaborat. Desenvolupar alguns exemples en la pràctica clínica, ajustar el format a la seva rutina diària i simplificar al màxim la terminologia són aspectes que poden ajudar-hi.

Activitat

En el procés d'avaluació és important preveure possibles obstacles que poden aparèixer i dificultar el procés d'avaluació i de tractament. Quines dificultats creus que podrien presentar les persones amb TOC a l'hora d'emplenar aquests registres?

5. Trastorns relacionats amb traumes i factors d'estrès

5.1. Característiques clíniques

L'exposició a esdeveniments estressants i, a vegades, traumàtics desperta una amalgama de reaccions que oscil·la entre l'apatia i la reactivitat fisiològica pròpia de les manifestacions ansioses. En qualsevol cas, l'exposició a aquests esdeveniments provoca un detriment en l'estil de funcionament motor, cognitiu i fisiològic de la persona afectada, fet que genera interferència en la seva capacitat d'adaptació a l'entorn i en el desenvolupament de la seva identitat.

La gravetat i les particularitats de l'esdeveniment patit, així com les característiques de la persona que el pateix, modularan l'existència del quadre clínic. Per exemple, en la mesura en què el succés estigui originat per causes humanes, com podria ser un conflicte bèl·lic o una agressió sexual, serà més probable que es generi un quadre complex. De la mateixa manera, l'existència o no d'un grup social de suport modularà el seu impacte. A més, lògicament, les persones que presenten més competència per a l'adaptació patiran un impacte menor davant el succés.

En el context d'aquests diagnòstics i en relació amb el que proposa Pérez-Sales (2008), caldria tenir en compte fins a quin punt aquesta reacció pot associar-se a una alteració clínica o, en realitat, a una resposta lògica davant l'experiència d'un esdeveniment que genera conseqüències negatives i significatives per a la persona i/o el seu entorn. Un altre assumpte seria fins a quin punt convé identificar-ho com un problema de salut mental amb símptomes i categories diagnòstiques. En qualsevol cas, pensem que serveix per a facilitar una comunicació més senzilla entre els clínics i dur a terme una avaluació millor i poder abordar el problema. Amb aquest propòsit es detallen a continuació els aspectes clau que caldria tenir en compte per a l'avaluació dels trastorns relacionats amb els traumes i altres estressors.

5.2. Epidemiologia

Els problemes d'estrès inclouen, en la seva simptomatologia, una reacció manifesta per part de les persones afectades davant d'un fenomen que han experimentat i es considera traumàtic o altament estressor.

Així doncs, la seva aparició es relaciona amb un succés previ, reconegut pel context cultural en el qual la persona s'ha socialitzat. En aquest apartat descriuim informació relativa al trastorn d'estrès posttraumàtic, al trastorn d'estrès

Lectura recomanada

Per a ampliar la informació consulteu:

R. Muiños i E. Requena. *Psicopatologia clínica*. Material docent. Barcelona: UOC.

agut i al trastorn adaptatiu, ja que són els que generen més interferència social i demanen més atenció en la salut pública. A banda d'aquest tres, el DSM-5 també inclou el trastorn reactiu de la vinculació, el trastorn de reacció social desinhibida, altres trastorns relacionats amb traumes i factors d'estrès, i el trastorn relacionat amb traumes i factors d'estrès no especificat.

Si bé és cert que les xifres han evolucionat en les últimes dècades, segons alguns estudis avaluats per Miguel-Tobal, González i López (2002), al voltant del 10% de la població general podria haver patit, al llarg de la seva vida, el trastorn d'estrès posttraumàtic. Lògicament, aquestes xifres augmenten entre aquelles persones que han patit experiències com la violència de gènere (Aguirre i altres, 2010) o un desastre d'origen natural (Leiva-Bianchi, 2011). Si parlem del trastorn adaptatiu, les prevalences en població general semblen més elevades. Segons la Associació Americana de Psiquiatria (2013), la prevalença en població ambulatoria oscil·laria entre un 5% i un 25%. Aquestes dades augmenten en certes vivències com el càncer (Pérez-Barrientosa, Galindo-Vázquez i Alvarado-Aguila, 2014). En suma, el trastorn adaptatiu suposa un dels problemes més generalitzats entre la població i un motiu de consulta, cada vegada més freqüent en atenció primària (Mur, Díez-Caballero, Florensa i Pérez, 2005).

El pronòstic del trastorn adaptatiu sembla tenir un caràcter transitori i mostrar bona evolució, i és menor el percentatge de persones que l'experimenten de manera crònica i amb pèrdua notable de la seva autonomia (Vanin, 2008). Pel que fa a l'estrès posttraumàtic, presenta amb més probabilitat un caràcter crònic i recurrent que difícilment remet de manera espontània (Ballenger, Davidson i Lecrubier, 2000). La relació entre aquest trastorn i el trastorn d'estrès agut és directa. Tot i que moltes vegades pot remetre, autors com Jarero (2013) afirmen que en el 50% dels casos el trastorn d'estrès agut dona com a resultat un trastorn d'estrès posttraumàtic. Aquesta situació es complica quan existeix un quadre de comorbiditat amb trastorns com la depressió (Rojas-Medina, Vargas i Omar, 2008) o els problemes somàtics (Britvić, 2015).

Altres factors de risc associats als problemes de l'estrès i altres traumes sembla que es relacionen amb elements de la mateixa història personal i també del succés experimentat (Brewin, Andrews i Valentine, 2000). En primer terme, alguns elements com tenir antecedents psiquiàtrics personals o haver patit situacions adverses en la infància, semblen incrementar el risc de sofrir trastorns associats a l'estrès. De la mateixa manera, la gravetat de l'estressor experimentat, el fet de no rebre suport social i l'exposició a nous estressors sembla que també juguen un paper fonamental en el seu desenvolupament.

5.3. Models explicatius

L'anàlisi de les problemàtiques clíniques relacionades amb l'estrès ha partit, majoritàriament, del model d'afrontament d'estrès de Lazarus i Folkman (1984, 1986). Aquest model entén l'estrès com un resultat de la interacció entre els successos de l'entorn i la reacció que les persones tenen davant seu,

hi influeixen, per tant, tant aspectes relacionats amb el succés (predictibilitat, ambigüïtat, novetat, etc.) com amb la persona afectada (motivació, coneixements, autoeficàcia, etc.). En aquest procés els autors conceben, principalment, dos tipus de valoració: l'avaluació primària i l'avaluació secundària. En la primària, la persona analitzaria les característiques de l'esdeveniment i determinaria si és significatiu i si suposa una amenaça, un repte o un dany. En la segona, la persona avaluarà quin tipus de recursos té per a poder enfrontar el succés i com operativitzar-los. Si una persona entén que un succés és amenaçador i no té eines per a afrontar-lo, l'estrès tindrà un caràcter negatiu.

Un altre autor destacat en l'estudi dels esdeveniments estressants és Lang (1984), que descriu com les persones processen la informació del succés a partir d'un esquema de memòria emocional que modularia la seva valoració. En aquest esquema, la persona contindria informació emocional associada als estímuls, les reaccions que evoca i el significat d'aquests estímuls. Així doncs, l'aparició d'esdeveniments crítics i emocions associades engegaria aquest esquema dins de l'anàlisi de la informació. Foa, Steketee i Rothbaum (1989) aprofundeixen en aquest concepte per a explicar la simptomatologia del trastorn d'estrès posttraumàtic; entenen que les representacions contínues en la memòria dels successos enfortirien les connexions d'aquestes xarxes o esquemes emocionals, fet que incrementaria l'experimentació del malestar.

Altres autors com Brewin, Calgleish i Joseph (1996) al·ludeixen a l'experiència d'una memòria dual que, d'una banda, arreglaria una memòria relacionada amb l'experiència més conscient i accessible sobre el succés i, de l'altra, una memòria vinculada amb aspectes situacionals. Segons aquests autors, aquesta segona memòria seria la que activaria els esquemes disruptius en la persona, mentre que la primera es podria emprar per a analitzar i abordar el cas. Respecte dels problemes adaptatius, Maercker, Einsle i Köller (2007) entenen que els mecanismes que els faciliten serien similars als anteriors, tot i que, en aquest cas, l'esdeveniment no seria tan traumàtic ni constituiria una amenaça tan greu per a la seguretat de la persona. En conseqüència, les repercussions serien menors.

5.4. Característiques específiques dels trastorns

5.4.1. Trastorn d'estrès posttraumàtic

Exemple

L'Anna té trenta-dos anys. Ve a la consulta motivada pels seus pares. Vivia en una altra ciutat amb la seva parella, però, en acabar la relació, ha decidit tornar a la seva ciutat natal. Durant força temps gairebé no ha tingut contacte amb ells. Així que els seus pares estan contents que hagi tornat, però també preocupats perquè com a mínim fa tres mesos que està així. L'Anna ens diu que gairebé no pot descansar a la nit, perquè un munt d'imatges se succeeixen al seu cap. Li fa l'efecte que reviu les situacions de violència que va experimentar amb la seva parella. De vegades, té tants malsons que es desperta atemorida i no aconsegueix tornar a adormir-se. No vol tornar a aquella ciutat, ni tenir contacte amb res que li recordi la seva exparella. Per això prefereix quedar-se a casa tancada, se sent

més segura. No obstant això, és incapaç d'evitar records i sensacions odioses. Quan els seus pares entren a casa i tanquen la porta de cop, li salten les alarmes i revisa que no hi hagi ganivets o tissors a prop. Com si tot tornés a començar una altra vegada. Ara se sent distant de tots i creu que no podrà confiar en ningú. Pensa que tot ha estat culpa seva.

El cas de l'Anna, segons el DSM-5 (APA, 2013), compliria diversos criteris per a poder diagnosticar un trastorn d'estrès posttraumàtic (TEPT). D'una banda, informa d'haver experimentat un succés traumàtic, com és una relació de parella basada en el maltractament, i sembla experimentar els símptomes durant més d'un mes. En altres casos, pot ser que l'experiència hagi estat observada en altres persones o que es conegui perquè li ha succeït a algú significatiu i proper. L'Anna té, a més, records involuntaris i repetitius. De vegades, fins i tot manifesta que se sent com si els episodis de violència es reproduïssin de nou. També reconeix certes reaccions físiques i emocionals que apareixen quan alguns objectes o situacions li recorden experiències negatives passades. Per exemple, quan en sentir el soroll de la porta té una reacció de sobresalt exagerada. Un altre punt que cal destacar és el seu intent per a evitar aquells estímuls i pensaments associats a la violència que ha patit. A més, l'Anna valora de manera distorsionada tant la causa com les conseqüències dels episodis, i genera pensaments poc adaptatius relacionats amb la impossibilitat de confiar en les persones.

En altres casos, les persones poden manifestar incapacitat de recordar certs aspectes relacionats amb l'esdeveniment traumàtic, així com una capacitat menor per a poder gaudir de les coses. De la mateixa manera, algunes persones manifesten atacs de fúria, comportament imprudent, problemes de concentració i conductes de hipervigilància. Com en aquest cas, els símptomes no són atribuïbles al consum d'alguna substància o afecció mèdica. Així mateix, caldria fer una anàlisi diferencial amb el trastorn d'estrès agut, l'ansietat, el trastorn obsessivocompulsiu, els trastorns de personalitat, la depressió major, el trastorn dissociatiu, el trastorn per conversió, els problemes relacionats amb una lesió cerebral traumàtica i el trastorn psicòtic.

5.4.2. Trastorn d'estrès agut

Exemple

El Lluís està molt afectat des de fa un parell de setmanes. Tornava amb un amic de festa i va patir un accident de trànsit. Un dels seus amics va morir i no pot eliminar aquesta imatge del seu cap, el persegueix quan està despert i també en somnis. Ell portava la moto i no pot superar la culpabilitat i l'amargor d'haver estat el responsable. Li han dit que la culpa va ser de l'altre vehicle, però ell creu que no ha estat així. Li han hagut de recordar el que va passar perquè algunes escenes s'han esborrat de la seva ment. Hauria d'haver reaccionat a temps i haver salvat el seu amic. Des de llavors, té la sensació que està en una altra dimensió i li costa concentrar-se en les coses. Sap que és la mateixa persona, però es nota distanciat d'ell mateix i se sent estrany i diferent al món. De moment, no ha estat capaç de tornar a passar per la mateixa carretera i no sap si ho podrà aconseguir. Se sent enfonsat i sense ganes de fer coses.

Segons el DSM-5 (APA, 2013), aquest cas compliria diferents criteris relacionats amb el trastorn d'estrès agut (TEA), ja que implica l'exposició a un esdeveniment traumàtic pel qual, i en menys d'un mes, la persona experimenta determinats símptomes que li generen interferència. S'observa que el Lluís mani-

festa certa amnèsia dissociativa, ja que no recorda aspectes de l'accident de trànsit. A més, manifesta que se sent distant de si mateix (despersonalització) i estrany amb el món (desrealització). En algunes persones, a més, s'observa una falta de reactivitat emocional i una reducció del reconeixement del seu entorn. En aquest cas, el pacient recorda el succés en els cicles de vigília i de somni, i el record d'aquest episodi li genera malestar psicològic. Presenta intents fallits per a evitar certs llocs associats al succés. En altres casos, els pacients informen de tenir la sensació que l'episodi torna a ocórrer i manifesten certa reactivitat fisiològica com a resposta. El Lluís, a més, manifesta un estat d'ànim depressiu, del qual es pot inferir la dificultat per a participar en activitats socials i gaudir amb coses que abans li agradaven, així com la dificultat per a concentrar-se en activitats. En altres pacients s'observen respostes de sobresalt inadaptades i atacs d'ira. Pel diagnòstic, caldria fer una anàlisi diferencial amb els problemes d'adaptació, el trastorn de pànic, l'estrès posttraumàtic, el trastorn obsessivocompulsiu, els problemes relacionats amb una lesió cerebral traumàtica, el trastorn psicòtic i el trastorn dissociatiu.

Tant el trastorn d'estrès agut com el trastorn d'estrès posttraumàtic comparteixen característiques, com el fet d'haver estat exposat a un estressor rellevant i presentar símptomes d'evitació, intrusió, alerta i dissociatius. Alhora, cal tenir en compte diferències clau, com la durada dels trastorns, que és com a màxim d'un mes al TEA i superior a un mes al TEPT; la possibilitat de remissió, que seria molt més probable al TEA i gairebé excepcional al TEPT, i la interferència i intensitat dels símptomes, que al TEPT seria major que al TEA.

5.4.3. Trastorn d'adaptació

Exemple

La Lara té trenta anys i li van dir fa uns mesos que té càncer de tiroide. De moment, han de seguir amb les proves per a ajustar el tractament. Els metges li han dit que està en fase I i, tot i que no li asseguren cap pronòstic, sembla que són optimistes amb el seu cas. Rep molt de suport de la seva parella i dels seus pares. La Lara ho agraeix, però no pot evitar la tristesa que sent des de fa un parell de mesos. Alguns amics han intentat contactar amb ella però ha preferit evitar-ho. Ha intentat seguir amb el doctorat però li costa molt concentrar-se i no sap si té sentit continuar fent-lo. També ha preferit cancel·lar els plans de viatge que tenien per a les vacances, per si no hi arriba. Li costa molt gaudir amb les seves antigues aficions, però les continua mantenint.

En el context diagnòstic del DSM-5 (APA, 2013), el cas de la Lara podria diagnosticar-se com un trastorn adaptatiu. Per exemple, si es tenen en compte aspectes com el canvi produït en l'aspecte emocional i comportamental després del diagnòstic, en els tres mesos següents a l'aparició del diagnòstic, que suposen una deterioració de la seva vida personal i laboral. De la mateixa manera, cal tenir en compte que aquests símptomes no compleixen el quadre per a altres trastorns i no responen a una situació de dol. Si el problema persisteix

més de sis mesos, es reavaluaria la situació i el diagnòstic. Així mateix, caldria diferenciar el problema amb la depressió, els trastorns de personalitat o els quadres d'estrès abans descrits.

5.5. Avaluació dels trastorns relacionats amb traumes i estrès

En l'aparició d'un trastorn d'estrès o d'un problema adaptatiu, s'assumeix l'existència d'un esdeveniment traumàtic que desencadena respostes disfuncionals per a la persona. Per tant, en l'avaluació d'aquest tipus de problemàtiques caldrà fer atenció a l'esdeveniment succeït amb la finalitat de caracteritzar-lo i atribuir-li el valor que ha tingut per a la persona.

5.5.1. Premisses d'avaluació

En el procés d'avaluació resulta fonamental tenir en compte la percepció i la valoració de la mateixa persona, però també cal ser conscient que no totes les persones estableixen una relació directa entre els successos experimentats i el seu malestar. Per tant, ens podem trobar persones que manifesten el seu malestar però que no aconsegueixin identificar cap esdeveniment significatiu com a antecedent. En aquest cas, a més, caldrà avaluar el marc atribucional de la persona per veure en quina mesura pot contribuir al problema. A més, resulta necessari comptar amb el marc sociocultural de la persona però també amb els seus esquemes personals, que poden diferir molt de la visió del terapeuta. Si no ho fem així, podríem minimitzar la importància d'experiències que són complexes per a la persona (com passa en alguns episodis d'assetjament escolar) o sobrevalorar algunes experiències que potser no són tan rellevants per a la persona (com haver acabat una relació de parella o perdut una feina).

Un altre punt fonamental en el diagnòstic d'aquestes problemàtiques són les manifestacions cognitives, fisiològiques i motores de les persones. Cal ser conscient de la seva gran variabilitat i de la connexió que s'hauria d'establir amb el succés traumàtic, a més de recordar que les persones que manifesten més intensament els seus símptomes no són les que, necessàriament, estan més afectades. Així doncs, s'hauria de valorar un possible embotiment afectiu o la dissociació característica del quadre clínic. Per això resulta de gran utilitat tenir en compte el funcionament de la persona abans del problema, tant en l'aspecte cognitiu, com el motor, fisiològic i social.

En qualsevol cas, l'avaluació pot revestir de dificultat perquè, en algunes persones, la simptomatologia depressiva o ansiosa podria assemblar-se a un quadre d'ansietat o de depressió major (Caballo i altres, 2006). En aquest cas, cal rastrejar tota la simptomatologia per a verificar fins a quin punt es compleixen

o no altres diagnòstics. En línies generals, l'observació de la comunicació no verbal i paraverbal de la persona revesteix d'especial importància en aquest tipus de trastorns.

Per a desenvolupar un procés d'avaluació ajustat que permeti obtenir informació fiable, resulta necessari disposar de diferents eines d'avaluació dirigides a valorar les repercussions que l'esdeveniment ha generat en la persona. Donada la confusió que la simptomatologia pot generar, a més, seria adequat que aquestes eines abordessin la informació de manera diferencial. En aquest context, es proposen algunes de les eines més utilitzades en la pràctica clínica, basades encara en sistemes diagnòstics anteriors al DSM-5.

5.5.2. Eines d'avaluació

1) Entrevistes

Entrevista clínica estructurada per a trastorns de l'eix I del DSM-IV SCID (First, Spitzer, Gibbon i Williams, 1999)

Aquest instrument ofereix la possibilitat de fer el diagnòstic per als trastorns relacionats amb el trauma i l'estrès, a més de facilitar la valoració d'aquells altres que poden ser susceptibles de diagnòstic diferencial. L'entrevista consta d'una sèrie de preguntes que, basades en els criteris del DSM-IV, possibiliten completar el quadre diagnòstic.

Mòdul dels trastorns adaptatius (Maecker, Eisnle i Köllner, 2007)

Aquesta entrevista permet l'avaluació del trastorn adaptatiu a partir de diferents preguntes que, d'una banda, arpleguen set categories de successos com el conflicte familiar, els problemes laborals, les malalties o les separacions i divorcis. D'altra banda, s'avalua la simptomatologia relacionada, principalment, amb l'estat d'ànim i les valoracions cognitives, així com amb la funcionalitat i l'adaptació de la persona.

Entrevista diagnòstica per als trastorns adaptatius (Andreu-Mateu, Botella, Baños i Quero, 2008)

Aquest instrument rastreja, d'una banda, aspectes vinculats amb el succés estressant i, de l'altra, valora la presència dels símptomes i les seves característiques en una escala Likert de 0 (res) a 8 (molt greu), incloent-hi aspectes com la latència d'aparició o la durada. A més permet valorar la comorbiditat amb el trastorn d'estrès posttraumàtic, el consum de substàncies, l'ansietat generalitzada o les condicions mèdiques greus.

Entrevista clínica *ad hoc*

Per a comprendre l'experiència que viu la persona, cal establir un marc que, a partir de preguntes obertes, li permetin expressar (en la mesura de les seves possibilitats) el que experimenta des del punt de vista emocional, cognitiu i fisiològic. D'una banda, l'entrevista haurà d'aprofundir en el tipus de succés que la persona ha experimentat i detallar el significat que ha tingut per a ella. Diferències individuals poden causar que un mateix esdeveniment, viscut per diverses persones de manera simultània, només repercuteixi de manera negativa en algunes d'elles. Per aquest motiu, caldria analitzar fins a quin punt la persona considera que l'esdeveniment ha suposat un perill per a la seva supervivència i en quina mesura considera que ha estat responsable del succés. Una altra característica important serà el nivell de controlabilitat i ambigüitat del succés. D'altra banda, serà necessari valorar les conseqüències que el succés ha generat en la persona des del punt de vista cognitiu (des de situacions associades al bloqueig mental o a la falta de concentració fins a patrons de pensament associats al catastrofisme o la polaritat), emocional (des dels episodis d'ira fins a la tristesa o la dificultat per a experimentar satisfacció) i fisiològic (des de la reactivitat fins als símptomes somàtics). Així mateix, caldria valorar fins a quin punt la persona podria manifestar símptomes dissociatius o de despersonalització, la qual cosa podria dificultar l'expressió de la simptomatologia. El context social també és de vital importància per a valorar globalment el cas. En aquest sentit, seria necessari incloure preguntes dirigides a conèixer si disposa d'un grup de suport social i la percepció que té sobre ell.

Com en altres casos, serà necessari tenir informació sobre la història evolutiva de la persona. Això permetrà analitzar fins a quin punt els símptomes s'han generat pel succés o ja estaven presents en el seu patró funcional. Una fórmula per aconseguir això seria demanar-li que esmentés els fets més significatius (positius i negatius) en cada una de les etapes vitals, així com que descrigués amb dos o tres adjectius la seva situació global dins de l'àmbit familiar, laboral/estudiantil, social i personal. Lògicament, també caldrà indagar sobre les repercussions socials i laborals que el problema té en la persona, amb la finalitat d'avaluar la interferència. A més, s'haurà de tenir informació sobre els intents de solució que la persona ja ha dut a terme, amb una valoració global sobre les seves competències socials i cognitives. Finalment, també haurem d'analitzar les expectatives que té sobre el procés de teràpia i sobre els rols que pacient i terapeuta ocuparan.

2) Autoinformes

Escala d'impacte d'esdeveniments revisada (EIE-R, Weiss i Marmar, 1997, validat en el context espanyol per Báguena i altres, 1996)

Aquest instrument valora, a partir de vint-i-dos ítems, el malestar subjectiu que les persones poden experimentar a partir d'un succés traumàtic. Suposa una de les mesures d'autoinforme més utilitzada i inclou tres dimensions: una relacionada amb la intrusió, una altra vinculada amb la hiperactivació i una altra amb l'evitació. A partir d'un esdeveniment que el pacient identifica, es van succeint els ítems sobre les manifestacions més concretes dels símptomes.

Escales de gravetat de símptomes del TEPT (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta i Sarasua, 1997)

Instrument que valora la simptomatologia pròpia del quadre d'estrès posttraumàtic quantificant la freqüència i la intensitat de cada símptoma analitzat. A partir de disset ítems amb un escala Likert que oscil·la entre 0 i 3, rastreja tres dimensions: reexperimentació, hiperactivació i evitació. A més, disposa d'una escala de manifestacions somàtiques de tretze ítems. El rang total és de 0 a 51, amb un punt de tall de 15: de 5 en la subescala de reexperimentació, de 6 en la d'evitació i de 4 en la d'activació.

Activitat

El Samir ve a la consulta perquè està desbordat. Fa uns mesos va aconseguir l'asil polític. Encara que aquí hauria d'estar més tranquil, l'horror del que ha viscut el persegueix. El seu país està en guerra. En el procés d'avaluació s'administra l'Escales de gravetat de símptomes del TEPT i s'obtenen les puntuacions següents: 7 en símptomes de reexperimentació, 8 en evitació i 7 en hiperactivació. La puntuació global és de 30. Quines conclusions es podrien treure amb aquests resultats?

3) Autoregistre

Fitxes *ad hoc* d'autoobservació

Amb l'interès d'arreglar informació detallada sobre la simptomatologia que presenta el pacient, així com de facilitar el seu procés d'introspecció, es proposa l'ús d'un autoregistre que li permetrà descriure diferents dimensions de la seva experiència. D'una banda, serà necessari incloure aquelles situacions o estímuls anteriors que facilitin l'aparició del malestar. De l'altra, caldrà detallar quines emocions i quins pensaments es produeixen en aquesta situació. Amb la finalitat de valorar de manera exhaustiva aquests aspectes, seria important matisar-ne la intensitat. Com ja s'ha comentat, una pràctica freqüent en l'avaluació clínica és detallar una escala del 0 (cap intensitat) al 10 (moltíssima intensitat), en la qual pacient i terapeuta comparteixen significats i valoren, des d'una mateixa perspectiva, la intensitat. Un altre aspecte que cal incloure dins del registre seran les conseqüències que des del punt de vista comportamental pugui generar el procés.

Activitat

A continuació es descriu un autoregistre d'una pacient.

Lectura recomanada

Per a més informació sobre el qüestionari, podeu consultar: M. J. Báguena, E. Villarroya, A. Beleña, A. Díaz, C. Roldan, i R. Reig (1996). Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala Revisada de Impacto del estresor (EIE-R). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(114): 581-604.

Lectura recomanada

Per a més informació sobre el qüestionari, podeu consultar: E. Echeburúa, P. Corral, P. J. Amor, I. Zubizarreta, i B. Sarasua (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés posttraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 503-526.

Antecedent	Pensament (intensitat 0-10)	Emoció (intensitat 0-10)	Conseqüència conductual
El meu pare em diu que anem a passejar a la platja.	Quin horror! No ho podré superar. No vull ni acostar-me a qualsevol lloc que em recordi a ell. No hi estaré fora de perill (9).	Por (8)	Li dic que no vull i em quedo a casa.
A la nit em desperto de sobte.	He tingut un altre malson. Mai podré estar tranquil·la (10).	Por (8) Tristesa (9)	Em poso a plorar i em quedo immòbil al llit.

Analitzant el fragment de l'autoregistre de la pacient, com podríem definir el triple sistema de resposta? Quin tipus d'informació ampliaríem per formular les teves hipòtesis? Quin problema podria tenir aquesta pacient?

De vegades, igual que en altres problemàtiques, pot ser molt útil que familiars o persones properes omplin un registre sobre aquelles situacions que són compartides. D'aquesta manera, es tindrà una visió més completa del que succeeix. També cal recordar que s'ha d'insistir a la persona (o família) sobre la importància que registri la informació el més aviat possible per a obtenir la informació més fiable possible.

6. Trastorns de personalitat

6.1. Característiques clíniques

En línies generals, els trastorns de personalitat són patrons desadaptatius de relació intrapersonal i interpersonal que repercuteixen en el funcionament de les persones i en la seva capacitat d'ajustar-se a l'entorn.

Des d'aquest marc i en línia amb el DSM-5 (APA, 2013), resulta necessari avaluar si estan afectades dues o més de les àrees següents:

- Patró de pensament. En aquest àmbit, la persona té dificultat per a interpretar-se a si mateixa i per a interpretar els successos de la seva vida quotidiana o altres persones properes, amb la qual cosa elabora judicis de valor que no sempre s'ajusten a la realitat.
- Resposta afectiva, és a dir, el tipus d'emoció i la intensitat manifestats no sempre estan d'acord amb les situacions que es viuen. A més, s'observa un patró de labilitat emocional que no s'explica ni pel consum de substàncies ni per successos que afavoreixin els canvis d'humor en l'entorn.
- Control d'impulsos, és a dir, la persona manifesta dificultats per a evitar la realització d'activitats perjudicials per al seu benestar o el d'altres persones, i no és capaç de posposar els reforços a curt termini, encara que la seva consecució pugui generar-li perjudicis.
- Funcionament interpersonal. En línies generals, la persona té dificultat per a ajustar-se al context interpersonal en el qual s'ha socialitzat, a més de no manifestar un ús adequat de les normes socials pròpies de la seva cultura i de la seva generació.

Un altre tret distintiu dels trastorns de personalitat és el caràcter egosintònic de la simptomatologia, és a dir, les persones amb trastorns de personalitat no estimen que el seu patró general de funcionament sigui un problema en si mateix i consideren que el malestar emocional pot ser consubstancial o estar influenciat per la incomprensió de l'entorn. Aquest entorn sol reconèixer la disfuncionalitat amb la qual el pacient es comporta i viu, i a vegades repercussions negatives de la mateixa. En qualsevol cas, més enllà de la interferència

i el malestar que s'informa (per part del pacient o dels seus afins), la majoria de persones amb trastorns de personalitat continuen mantenint el contacte amb la realitat.

Actualment, el manual diagnòstic DSM-5 (APA, 2013) organitza en tres grups la majoria dels trastorns de personalitat identificats:

- El grup A, més caracteritzat per manifestar cognicions i percepcions distorsionades, així com dificultat per relacionar-se amb els altres, reuneix el trastorn paranoic, el trastorn esquizoide i el esquizotípic.
- El grup B inclou estils de funcionament que, amb més freqüència, expressen grandiositat, més impulsivitat i distanciament amb les normes socials i es troben trastorns com l'antisocial, el límit, l'histriònic i el narcisista.
- El grup C, es troben patrons de funcionament marcats pel temor i la necessitat de control, incloent-hi el trastorn evitatiu, el trastorn depenent i el trastorn de la personalitat obsessivocompulsiu.

A continuació, es presenta la simptomatologia més característica de cadascun d'ells i que caldrà valorar en el procés d'avaluació.

6.2. Epidemiologia

Els trastorns de personalitat suposen un dels reptes més complexos dels psicòlegs clínics en l'actualitat, tant per les conseqüències que les persones afectades experimenten com per l'escassa evidència empírica que fonamenta el seu coneixement (Caballo, López-Gollonet, i Irurtia, 2006). A nivell numèric, estudis fets en població general estimen una prevalença d'entre el 4,0 i el 19,0%, que entre població psiquiàtrica podria augmentar fins al 10,8-82,0% (Chiclana, Rodríguez, i Aubá, 2010). Dins d'aquest panorama, problemes com el trastorn antisocial de la personalitat són més freqüents entre els homes, mentre que entre les dones són més habituals diagnòstics com el trastorn histriònic o el trastorn límit de la personalitat (APA, 2013).

Autors com Giner i altres (2015) alerten d'un infradiagnòstic dels trastorns de personalitat en la pràctica clínica. De fet, l'escassa atenció que reben els trets desadaptatius, propis dels trastorns de la personalitat, dificulta el tractament dels pacients i complica el mateix pronòstic. A més, tot i que aquesta problemàtica pot presentar-se a l'adolescència o a l'inici de l'etapa adulta, moltes persones no reben atenció clínica fins que el trastorn es veu agreujat. Moltes vegades, situacions estressores com la pèrdua d'un ésser estimat o canvis en l'entorn desestabilitzen la persona i fan aflorar els símptomes amb més evidència. Aquesta situació també es complica en la mesura que els pacients poden presentar comorbiditat amb altres problemes, com els derivats per l'abús de substàncies (Szerman i altres, 2011) o l'ansietat social (Muñoz i Alpízar, 2016).

Lectura recomanada

Per a més informació, podeu consultar:

R. Muiños i E. Requena. *Psicopatologia clínica*. Material docent. Barcelona: UOC.

Alguns autors determinen la interacció de diversos factors de risc en l'aparició dels trastorns de personalitat (Reichborn-Kjennerud i altres, 2013). D'aquesta manera, s'afirmaria el paper tant de l'herència i la genètica com dels entorns socials i ambientals en els quals les persones se socialitzen des de la primera infància. En línies generals, els trastorns solen tenir un curs crònic i relativament estable des que es detecten, tot i que existeixen diferències segons de quin tipus es tracti. Per exemple, segons l'APA (2013), alguns problemes com el trastorn antisocial de la personalitat podrien remetre més fàcilment en l'etapa adulta que uns altres com el trastorn de la personalitat obsessivocompulsiu.

6.3. Models explicatius

L'anàlisi de la personalitat ha ocupat bona part de l'interès en la psicologia, que, des de diferents perspectives, ha intentat comprendre com es configura i evoluciona (Montaño, Palacios i Gantiva, 2009). Des d'una perspectiva més psicodinàmica, la personalitat suposa el fruit de variables psicològiques internes no sempre conscients per a la persona i que s'organitzen a partir de tres estructures:

- Allò que busca satisfer les necessitats de l'inconscient.
- El jo que constituiria un pont entre els desitjos de l'allò i les demandes de l'exterior.
- El superjò, que actuaria en un plànol més conscient i influït per les normes de l'entorn.

D'aquesta manera, l'estructura de la personalitat s'organitza entre diferents nivells de consciència que conjuguen un estat d'alerta, present per a la persona, amb una sèrie d'impulsos innats que s'activen sense que la persona els detecti plenament. A més, des d'aquesta perspectiva es plantegen una sèrie de fites evolutives i conflictes inconscients que la persona ha d'anar resolent en els seus primers anys de vida i que, en funció de l'experiència viscuda, podrien modelar la seva personalitat d'una o altra manera (Morris i Maisto, 2005).

Des d'un marc fenomenològic, autors com Rogers o Allport entenen que la persona és plenament conscient de les seves necessitats i que va progressant, gradualment, a mesura que evoluciona i se centra en objectius de creixement (Casanova, 1993). Això reforçarà la seva essència i equilibrarà les manques que presenti cada individu. En cas contrari, si la persona no dirigeix la seva energia cap al desenvolupament i l'autorealització, el seu potencial minvarà. Així doncs, aquesta progressió (en un sentit o en un altre) anirà configurant i consolidant la seva personalitat, en contacte amb l'entorn que l'envolta.

Altres aportacions, des d'una perspectiva més factorial, han basat la seva aproximació a l'estudi de la personalitat a partir de la identificació dels trets, és a dir, característiques diferencials de cada persona que configuren una manera particular de ser i es desagreguen en diferents dimensions. En conjunt, es defineix com una construcció més estable dels patrons funcionals amb els quals

les persones es relacionen amb el món exterior. En aquest context, autors com Cattell proposen un model de setze factors que es valoren en funció del seu origen (ambiental o hereditari), la seva normalitat (específics de la persona o comuns a totes), la seva estabilitat (més volàtils o profunds) i el seu contingut (procedimental, aptitudinal o motivacional). En aquesta línia, també destaquen altres autors com Eysenk (1970, citat en Schimdt i altres, 2010), que defineixen aquest constructe a partir de tres dimensions, neuroticisme, psicoticisme i introversió-extraversió; o Costa i McCrae (1992), que el defineixen a partir del seu model de cinc factors: neuroticisme, extraversió, obertura a l'experiència, amabilitat i responsabilitat.

Altres posicions més situacionistes, com la de Skinner, conceben la configuració de la personalitat a partir de reforços externs que van construint el patró de resposta de les persones (Montaño i altres, 2009). En aquest sentit, l'ambient cobra molta més importància que els factors interns. S'entén que, a partir dels reforços de l'entorn, la persona anirà consolidant la realització de determinats hàbits que, al seu torn, filaran el seu patró de conducta.

Des d'una perspectiva més interaccionista, com la de Bandura (1977), es proposa que la personalitat es va conformant a mesura que les persones van vivint experiències i, en conseqüència, modulant la seva estructura interna. D'aquesta manera, es dona una interacció contínua entre la posició de la persona i la resposta de l'ambient que, en conjunció, van modulant els patrons cognitius que la persona utilitza per a adaptar-se al seu entorn i que van configurant el seu constructe.

Theodor Millon és un dels autors més rellevants pel que fa a l'anàlisi de la personalitat i la seva psicopatologia (Sánchez, 2003). En línies generals, entén que la personalitat es conforma a través d'un patró interactiu en el qual tant els aspectes biològics com els cognitius i socials tenen rellevància. Des d'aquest punt de vista, estableix diferents patrons de personalitat en funció de les relacions que la persona manté amb l'entorn i, a partir de com siguin aquestes relacions, s'estableix un continu entre la normalitat i la condició patològica. A més, Millon inclou una perspectiva evolucionista des de la qual descriu la personalitat com un patró diferencial propi de cada espècie que guia el comportament que els seus membres estableixen amb l'entorn. En aquest context, es determina un problema en la mesura en què la persona no s'adapta a l'entorn d'una manera flexible, té dificultat per a mantenir-se estable i reaccionar positivament davant de situacions d'estrès i presenta tendència a construir cercles viciosos que el distancien de la realitat.

En conjunt, els trastorns de personalitat serien patrons desadaptatius de funcionament que, segons aquest model de Millon (Millon i Everly, 1994), serien producte de tres dimensions: la naturalesa del reforç perseguit (centrat en la consecució del plaer o l'evitació del dolor), el focus d'atenció (en un mateix o en altres persones) i el rol d'actuació (actiu o passiu). A partir d'aquestes polaritats es van desenvolupar els prototips de personalitat i els trastorns associats que han servit de base per a la formulació dels problemes caracteritzats al DSM.

6.4. Característiques específiques dels trastorns de personalitat

6.4.1. Trastorn paranoic de la personalitat

Exemple

El Rafel ha aconseguit la seva primera ocupació i, tot i que això ha suposat un progrés en el seu desenvolupament professional, ha repercutit en la seva qualitat de vida. Encara està en el període de proves i es troba sotmès a molta pressió per demostrar la seva vàlua. Les primeres avaluacions no són satisfactòries, però ell està convençut que el seu acompliment és l'adequat. Sospita que els companys més antics de la seva secció tramen alguna estratègia per a desprestigiar-lo davant del cap, ja que no volen que entri gent jove a l'empresa i que canviï la seva manera de treballar. Diu que a vegades fan veure que l'ajuden i l'elogien, però el Rafel està convençut que el seu objectiu és robar-li la feina. El seu primer dia de feina un company de la secció va fer un acudit sobre ell i no li va fer cap gràcia. Li van dir que era el seu caràcter i que no li ho tingués en compte, però a ell li costa oblidar aquest tipus de coses. Actualment, inverteix molt de temps a pensar com desfarà aquesta trama i l'hi mostrarà al seu cap el que passa. La veritat és que sempre li ha costat confiar en la gent. La seva família li diu que és massa susceptible i que potser els seus companys tenen raó, i això a ell li molesta molt i genera més d'una discussió.

Seguint els criteris diagnòstics del DSM-5 (APA, 2013), s'observa que el Rafel 1) desconfia de les intencions dels seus companys, encara que, aparentment, busquin establir una relació d'ajuda; a més, 2) sospita que la finalitat del seu acostament és aprofitar-se de la seva feina i fer-lo quedar malament. D'altra banda, 3) el Rafel reconeix que li costa confiar en la resta de les persones i 4) que li costa oblidar comentaris que considera despectius cap a la seva persona. Pels comentaris de la família, a més, es pot pensar que 5) les seves interpretacions no sempre són fidels a la realitat i podria percebre injúries o atacs on no n'hi ha.

En altres casos, a més, les persones amb trastorn paranoic de la personalitat tenen dificultats per confiar en la seva parella o en els seus amics. En tots els casos, aquests problemes no estan associats al consum de substàncies, una malaltia mèdica, un trastorn de l'estat d'ànim amb símptomes psicòtics, una esquizofrènia o un altre trastorn psicòtic.

6.4.2. Trastorn esquizoide de la personalitat

Exemple

La mare de la Laura ve a la consulta i explica que, tot i que comparteixen casa, la seva filla gairebé no es relaciona amb ells. Des que era petita, han intentat que tingués amics de la seva edat, però els ha resultat molt difícil. Amb dificultat es relacionava amb les persones de la seva classe i li costava molt participar en els treballs grupals. Sempre els ha dit que no necessitava tenir amics ni parella. Estan preocupats perquè sembla que no té aficions ni motivació i no saben com se sent, ja que li costa parlar-ne. Han intentat canviar aquesta situació castigant-la i reforçant-la, però la Laura no reacciona de cap manera. Sembla que estigui sola al seu món, com si la resta de persones no anessin amb ella.

En línia amb els criteris diagnòstics del DSM-5 (APA, 2013), s'aprecien alguns símptomes del trastorn, com que la Laura 1) sembla distanciar-se de les relacions interpersonals afectives i socials, a més de 2) no tenir amics propers diferents al seu entorn primari. 3) Mostra dificultat per a gaudir de les activitats que fa i 4) prefereix fer-les de manera solitària. També 5) li costa expressar l'afectivitat cap als altres i 6) reaccionar davant les crítiques o els afalacs. En alguns casos, a més, mostra poc interès per mantenir relacions afectivosexuals amb altres persones. Com passava amb el trastorn anterior, aquests problemes no estan associats al consum de substàncies, a una malaltia mèdica, a un trastorn de l'estat d'ànim amb símptomes psicòtics, a una esquizofrènia o a un altre trastorn psicòtic.

6.4.3. Trastorn esquizotípic de la personalitat

Exemple

En Jaume estudia enginyeria informàtica i està moltes hores intentant establir connexions entre el funcionament de les xarxes neuronals i les bases de la programació. Sempre s'ha guiat pel seu instint, per un sisè sentit que l'ajuda a conèixer els interessos dels altres i les relacions de la naturalesa. De vegades va pel carrer i sembla que el món li ofereix senyals que l'ajuden a planificar el seu propi destí i a comportar-s'hi en conseqüència. Li costa relacionar-se amb la gent perquè creu que no l'entenen. En qualsevol cas, prefereix evitar les situacions socials perquè li generen ansietat. No té amics i tampoc es relaciona amb els companys de classe. No se n'acaba de fiar perquè pensa que volen apropiarse dels seus coneixements. La seva mare li diu que cuidi més el seu aspecte perquè cada dia se'l veu més malgirbat. Moltes vegades també li diu que no l'entén, que sembla que utilitzi el seu propi llenguatge i canviï de tema sense cap sentit.

Segons el DSM-5 (APA, 2013), en Jaume presentaria diversos criteris diagnòstics del quadre esquizotípic de la personalitat. D'una banda, s'observen 1) idees de referència que fan que infereixi que certs elements de l'entorn estan vinculats amb el desenvolupament de la seva vida, a més de 2) crear conclusions o creences a partir d'idees poc fonamentades i, a vegades, 3) mostra suspicàcia davant la conducta dels altres. A partir de la informació de la mare, s'observa que 4) utilitza un llenguatge i que té 5) una aparença poc comuns per a l'entorn social. També s'aprecien 6) manifestacions d'ansietat social i 7) manca d'amics.

En altres casos, els pacients manifesten percepcions poc habituals i una reacció afectiva restringida. Novament, aquests problemes no estan associats al consum de substàncies, a una malaltia mèdica, a un trastorn de l'estat d'ànim amb símptomes psicòtics, a una esquizofrènia o a un altre trastorn psicòtic.

6.4.4. Trastorn antisocial de la personalitat

Exemple

El Daniel té vint-i-tres anys i actualment està sense feina. Com a l'empresa anterior, l'han acomiadat per absentisme laboral. En qualsevol cas, no li preocupa gaire. Així s'està més temps amb els seus amics, amb els quals queda el cap de setmana per beure al carrer. De vegades roben al supermercat i, a la nit, se'n van al parc a beure. De vegades també juguen a veure qui trenca més papereres o deteriora més els gronxadors. També reconeix que es fiquen en baralles amb freqüència, amb bandes contràries. Des dels tretze anys va amb aquests amics. Un dia van aprofitar per pegar un indigent que hi havia al carrer per pegar-lo i un veí va trucar a la policia. El Daniel creu que s'ho mereixia, pensa que segurament ha fet alguna cosa per arribar a ser indigent. Els seus pares diuen que ha de tenir més paciència i no ser tan impulsiu; ell considera que són uns pesats. Ara no li volen donar diners, així que de vegades els n'agafa per sortir de festa. Els menteix i els diu que és per a una altra cosa.

A partir dels criteris diagnòstics del DSM-5 (APA, 2013), s'observen diferents símptomes característics del trastorn antisocial de la personalitat com, per exemple, 1) l'incompliment de les normes socials fins i tot infringint la llei i 2) estar involucrat en baralles i manifestar conductes agressives. Altres aspectes que caldria considerar serien 3) la falta de responsabilitat, 4) la manca de remordiments cap als altres, 5) l'engany per mitjà de la mentida i, pel que diuen els seus pares, 6) la impulsivitat. A més, el Daniel ha manifestat aquests problemes de conducta abans dels quinze anys. En qualsevol cas, caldria assegurar que no existeix un problema de consum de substàncies i que els seus problemes no estan associats a un trastorn bipolar o una esquizofrènia.

6.4.5. Trastorn límit de la personalitat

Exemple

L'Alba reconeix que, a vegades, és una mica impulsiva. La seva última relació de parella ha acabat fa poc, i li ha tocat a passar el mateix de sempre. Ha estat una relació molt intensa però breu, pensava que era l'home de la seva vida però ara pensa que és un cretí. Normalment, s'esforça en les relacions perquè li fa por quedar-se sola. De vegades pensa que és bona a la seva feina i una dona intel·ligent, però altres vegades pensa tot el contrari. Té bons amics i la seva família està pendent d'ella, però, en general, se sent buida i no sap com cobrir les seves necessitats existencials. Potser per això té canvis en el seu estat d'ànim. Un cop va intentar suïcidar-se, però els seus pares van arribar de seguida. Li van fer un rentat d'estómac i va tornar a casa després d'estar en observació. Reconeix que les drogues i el sexe la fan sentir bé, encara que no sempre prengui les precaucions necessàries. Quan sent que necessita alguna cosa, la fa i prou.

En aquest cas, es pot observar que l'Alba reuneix alguns símptomes del trastorn límit de la personalitat (APA, 2013). Per exemple, 1) sembla que té un patró inestable i intens en les relacions afectives; a més, 2) fa esforços per evitar l'abandó. També s'observa 3) un patró d'impulsivitat pel que fa al consum de substàncies i les relacions sexuals, així com 4) un autoconcepte canviant. De manera més estable, s'observa 5) un sentiment crònic de buit, 6) inestabilitat en l'estat d'ànim i 7) intents de suïcidi.

En altres casos, els pacients manifesten dificultat per controlar l'ira i la ideació paranoica relacionada amb l'estrès. En qualsevol cas, caldria assegurar que no existeix un problema de consum de substàncies i que aquests símptomes no estan associats a problemes de la identitat, a un trastorn bipolar, a un trastorn depressiu o a un problema mèdic.

6.4.6. Trastorn histriònic de la personalitat

Exemple

El Carles presenta problemes amb els seus companys de classe perquè no deixen que intervingui tant com li agradaria. Li diuen que està interrompent constantment la classe amb dubtes personals. Però ell té moltes inquietuds que vol compartir, i interromp a mesura que se li ocorren les coses. Normalment, raona a partir de les seves primeres impressions. Li agrada ser l'ànima de classe. L'altre dia va discutir amb un professor perquè no li va parar tanta atenció com el Carles es pensava que necessitava. Considera que amb tots els seus companys de classe manté una relació molt estreta. En qualsevol cas, està pendent dels altres per veure què n'opinen i si concorda amb el que ell considera. Alguns amics li han dit que moderi les seves formes amb desconeguts perquè els ha fet passar situacions vergonyoses. Ell reconeix que és molt expansiu i que, a vegades, això atreu alguna gent. També reconeix que és una persona coqueta i que li agrada molt cuidar-se. Li agrada que l'afalaguin, tot i que creu que això agrada a tothom.

Segons el DSM-5 (APA, 2013), el Carles presentaria diversos criteris diagnòstics relacionats amb el trastorn histriònic de la personalitat. D'una banda, 1) necessita ser el centre d'atenció en situacions socials i 2) utilitza una comunicació i expressió emocional teatralitzada; a més, 3) construeix les seves idees amb poc fonament. També 4) sembla que és influenciable per les altres persones i 5) considera les seves relacions interpersonals més estretes del que realment són. Així mateix, mostra 6) una conducta seductora. Per a dur a terme aquest diagnòstic caldria assegurar que aquesta situació no està associada al consum de substàncies o a una malaltia mèdica.

6.4.7. Trastorn narcisista de la personalitat

Exemple

La Gemma està segura que, aquest any, la nomenaran la millor empleada de l'empresa i que, en poc temps, ascendirà. Considera que és una persona competent i que té grans qualitats per progressar. De vegades ha deixat algunes amistats perquè no estaven al seu nivell i no comprenien la seva manera de fer. Simplement, pensa que li tenien enveja. Si realment eren amigues seves, haurien hagut de reconèixer els seus èxits i qualitats. A més, de vegades els demanava qualsevol favor i trigaven un munt a contestar-li. Algunes d'elles consideraven que la Gemma no es posava a la seva pell, però ella pensava que sempre estaven queixant-se i els ho deia clarament. Ara ha començat una relació amb la gerent d'una empresa automobilística, creu que congenien bé perquè es mouen al mateix nivell i comparteixen interessos. Creu que aquesta relació la pot ajudar a progressar en la seva carrera; a més, ella valora les seves competències.

A partir del manual diagnòstic DSM-5 (APA, 2013), la Gemma podria presentar un trastorn narcisista de la personalitat amb característiques com 1) pensar que té molta més vàlua que les altres persones, 2) manifestar somnis d'èxit, 3) considerar que només pot ser entesa per gent del seu nivell i 4) necessitar admiració per part de les persones properes. A més, considera 5) que mereix rebre un tracte més especial que els altres i 6) manifesta poca empatia cap a la resta de persones. També s'observen 7) comportaments arrogants cap als altres

i 8) considera que altres persones li tenen enveja. En algunes relacions, 9) intenta treure profit dels altres. Per delimitar aquest diagnòstic, caldria assegurar-se que la Gemma no compleix els criteris per a un problema de consum de substàncies, de mania o hipomania.

6.4.8. Trastorn de la personalitat per evitació

Exemple

La Sònia sempre ha estat una persona retreta i li ha costat fer amics. Normalment, té molta vergonya quan no coneix la gent o quan sent que poden jutjar-la. La setmana passada havia de presentar un informe però no va anar a la feina i va dir que estava malalta, i, de fet, es trobava malament. Ha començat fa poc i li fa por que els seus companys puguin burlar-se'n. Un cop li van oferir una feina de comercial i la va rebutjar perquè pensava que no podria estar en contacte amb tanta gent. Considera que no té gaire coses bones en comparació amb els altres. Li agrada mantenir la seva rutina i evita l'esport o les activitats de risc, ja que li fa por el que pugui ocórrer. No té parella, ni creu que li pugui interessar a ningú. A més, li costa molt de temps sentir-se segura amb algú i poder obrir-se sense por al que pugui passar.

Segons els criteris del DSM-5 (APA, 2013), la Sònia podria tenir un trastorn de personalitat per evitació. És a dir, 1) evita responsabilitats per por a la crítica i 2) se sent inferior als altres. Així mateix, 3) mostra dificultats per relacionar-se en entorns interpersonals, en particular davant persones desconegudes i 4) li costa establir relacions afectives i sentir-se segura. En general, 5) li preocupa molt ser criticada. Respecte del seu estil de vida, 6) prefereix estar en un entorn contingut i controlat que no suposi riscos. Per poder diagnosticar aquest trastorn, prèviament caldria descartar possibles problemes d'ansietat, així com els relacionats amb el consum de substàncies o els derivats per problemes de salut física.

6.4.9. Trastorn de personalitat per dependència

Exemple

El Xavi acaba de perdre la seva mare i se sent perdut. Ella ha estat un suport fonamental per a la seva vida i l'ha ajudat a prendre totes les decisions que s'han anat presentant. Ha tingut algunes parelles al llarg de la seva vida. Reconeix que, per elles, ha deixat els seus interessos de costat i fins i tot s'ha perjudicat a si mateix. Si no hagués tingut la seva mare al seu costat, hauria estat incapaç de fer el pas. Ella li organitzava la vida i això el feia sentir-se més segur; des de coses senzilles com veure quin regal comprar a un amic, fins a coses complexes com decidir si estudiava o no a la universitat. Si ella no l'hagués empès a fer-ho, no ho hauria fet. A vegades no estaven d'acord, però sempre preferia no donar la seva opinió per no enfrontar-s'hi i causar malestar. Fa un any que va iniciar una relació i, a vegades, han tingut discussions pel vincle que mantenia amb la seva mare. Ara, li fa moltíssima por que el deixi sol.

Segons els criteris diagnòstics del DSM-5 (APA, 2013), es pot observar que el Xavi compleix alguns criteris per al trastorn de personalitat per dependència, és a dir, 1) li costa molt prendre decisions i 2) iniciar projectes nous. A més, 3) necessita que altres persones assumeixin la responsabilitat d'alguns àmbits de la seva vida. Així mateix, 4) presenta problemes per a manifestar el desacord

amb les altres persones i 5) pot fer coses en contra seva per a mantenir la relació. També 6) mostra por davant la possibilitat que l'abandonin i 7) considera que seria incapaç d'estar sol.

Les persones que presenten aquest tipus de trastorns també informen de la necessitat de buscar una nova persona que els doni suport quan acaben una relació. Per diagnosticar aquest trastorn, prèviament, hauríem d'assegurar-nos que no hi ha un problema de consum de substàncies o alguna afecció mèdica que pugui influir en l'aparició d'aquests símptomes.

6.4.10. Trastorn obsessivocompulsiu de la personalitat

Exemple

La Nora sempre ha estat una persona ordenada. Reconeix que li agrada l'organització i la neteja i li costa treballar amb persones que són desordenades i no planifiquen. Sap que li costa treballar en equip perquè vol que les coses es facin a la seva manera. A la feina, i a la vida en general, li agrada fixar-se en tots els detalls i li costa prescindir de coses encara que siguin innecessàries. Reconeix que, de vegades, és tan perfeccionista que li costa fer les coses més del que li agradaria. Li encanta la seva feina i hi dedica moltes hores; de fet, sap que desatén la seva vida personal i d'oci, però no li importa. Per ella, el rendiment i la productivitat són valors molt importants, a més de l'ètica professional. No suportaria saltar-se els seus principis.

La Nora presenta diversos símptomes associats al trastorn obsessivocompulsiu de la personalitat (APA, 2013). Per exemple, 1) és una persona que es preocupa molt pels detalls i l'organització, tant que 2) el seu perfeccionisme pot anar en detriment del temps invertit en les activitats. A més, 3) és una persona que té molt presents els valors i les normes ètiques, a més de 4) prioritzar l'àmbit laboral davant altres dimensions de la seva vida. També reconeix 5) que li costa desfer-se d'objectes, encara que siguin innecessaris, i que 6) li costa delegar la feina en altres persones.

En aquest quadre diagnòstic també es troben persones que manifesten tenir un gran control de les despeses, a més de mostrar tossuderia. En qualsevol cas, abans de fer aquest diagnòstic caldria fer una avaluació diferencial entre el trastorn obsessivocompulsiu, el trastorn d'acumulació, els problemes de consum de substàncies i els derivats per malalties mèdiques.

A més dels que hem descrit, el DSM-5 (APA, 2013) inclou altres problemes:

- Trastorn de la personalitat especificat: quan els quadres diagnòstics siguin similars als descrits però no compleixin els criteris mínims per a ser diagnosticats i el clínic opti per comunicar aquesta situació.
- Trastorn de la personalitat no especificat: si el quadre que presenta la persona tampoc compleix els mínims per a ser diagnosticat amb un trastorn de personalitat descrit i el clínic opta per no detallar el motiu d'aquest incompliment.

- Canvi de la personalitat a causa d'una altra afecció mèdica: es mostren proves inequívokes de la relació entre la personalitat i el problema mèdic.

6.5. Avaluació de la personalitat

L'avaluació dels trastorns de la personalitat revesteix una dificultat diferencial respecte d'altres problemàtiques clíniques. Sovint, les persones que els pateixen no són conscients de les seves implicacions ni atribueixen a les seves característiques personals la interferència social que altres persones del seu entorn són capaços de distingir.

6.5.1. Premisses d'avaluació

En aquest sentit, la valoració d'altres persones significatives i properes al pacient podria ser de gran ajuda. Tal com assenyalen Caballo i altres (2006), resulta poc freqüent que l'objecte principal de l'avaluació sigui el trastorn de personalitat per ell mateix i no el malestar psicològic generat per una problemàtica passatgera. Així doncs, cal ser conscients de les possibles comorbiditats que es produeixen en el desenvolupament del quadre clínic i no desatendre l'avaluació de la personalitat. Així, una avaluació de caràcter funcional podria ajudar a valorar si ens trobem davant un trastorn de personalitat o, per contra, la problemàtica que presenta el pacient difereix d'aquest. De la mateixa manera, cal tenir en compte el caràcter estable de les manifestacions disfuncionals del trastorn que, en la majoria dels casos, haurà donat senyals des d'etapes primerenques. En aquest sentit, cal donar una especial importància a l'exploració de la trajectòria vital de la persona, per així rastrejar possibles símptomes passats que ratifiquin o refutin les hipòtesis relacionades amb el trastorn.

Com passa amb la resta de trastorns psicològics, en el procés diagnòstic cal tenir molt present el pes de la cultura i en quina mesura les manifestacions cognitives, emocionals o motores de què parla la persona són o no adaptatives al seu entorn de socialització. Per exemple, en societats col·lectivistes podrien detectar-se problemes de conductes antisocials que en societats individuals podrien considerar-se més habituals i no cridar l'atenció. Aquest punt resulta d'especial rellevància en aquells casos en què desconeguem el marc cultural del pacient, aspecte que s'hauria d'explorar durant l'entrevista amb la persona.

6.5.2. Eines d'avaluació

1) Entrevistes

Entrevista clínica estructurada per als trastorns de personalitat de l'eix II del DSM-IV (First, Gibbon i Spitzer, 2003)

Recull informació relacionada amb els criteris diagnòstics proposats en el manual a través de 119 preguntes.

Entrevista internacional dels trastorns de personalitat (Loranger, 1999)

Aquesta eina inclou tant la classificació recollida al DSM com a la CIE, distribuïdes en dos blocs amb 99 i 67 preguntes, respectivament.

Entrevista clínica *ad hoc*

Una vegada establert el *rapport* i generat un marc funcional preliminar que ens ajudi a situar el pacient, una part de l'entrevista hauria de centrar-se en l'avaluació de la personalitat. D'aquesta manera, es podria valorar en quina mesura existeix un quadre psicopatològic propi d'un trastorn de personalitat; una valoració que serà complementària a la d'altres avaluacions, dirigides a altres possibles trastorns psicològics que el pacient pugui presentar. Donada la complexitat del constructe, resulta necessari explorar dimensions que permetin operativitzar el problema (Caballo i altres, 2006). En aquest sentit, el triple sistema de resposta pot ser de gran ajuda. Així doncs, caldrà explorar aquells comportaments que puguin identificar-se amb els trastorns de personalitat, des de l'incompliment de normes socials fins a l'expansió afectiva davant de persones desconegudes. En general, valdrà la pena fer èmfasi en aquelles conductes que suposen una interacció amb l'entorn familiar, laboral, d'amistats o social en general. Així mateix, resulta fonamental explorar la dimensió cognitiva i conèixer els patrons de pensament dels pacients, valorant aspectes com l'atribució que realitzen de les seves experiències o la capacitat per controlar els seus impulsos i demorar possibles recompenses. En aquest context, donada la importància que el component emocional té en els trastorns de personalitat, també serà necessari avaluar la labilitat, l'expressió i la intensitat emocional amb la qual les persones responen o no davant experiències vitals de diversa complexitat.

D'altra banda, resulta de vital importància explorar el context social en el qual el pacient es desenvolupa. Es pot valorar l'existència d'estructures en l'entorn que mantenen els trets disfuncionals del pacient o, per contra, si són elements motivadors per al canvi. En aquest marc, el context hauria de ser explorat des d'etapes primerenques del desenvolupament evolutiu, amb la finalitat de conèixer si existeixen manifestacions primerenques del caràcter o si algunes experiències de la infància o l'adolescència podrien haver-hi influït. Tot això cal fer-ho des d'una visió funcional que permeti establir relacions entre aquelles variables que faciliten, predisposen o mantenen el quadre diagnòstic. D'aquesta manera, s'arribarà a comprendre quins elements són els més rellevants, quines relacions s'estableixen entre aquests elements i com repercuteixen en el funcionament de la persona.

A la taula següent es presenten alguns exemples de preguntes que ens serviran per avaluar els trastorns de personalitat.

Trastorn	Preguntes
Trastorn paranoic de la personalitat	- Li costa confiar en les persones? - Hi ha persones a qui encara els guarda rancúnia?
Trastorn esquizoide de la personalitat	- Prefereix estar sol o acompanyat? - A més de les relacions amb la seva família, manté vincles amb altres persones?
Trastorn esquizotípic de la personalitat	- Considera que es pot fiar dels seus amics? - Pensa que és capaç de captar alguns senyals en el seu entorn que la majoria de persones no poden comprendre?
Trastorn antisocial de la personalitat	- Alguna vegada ha estat involucrat en baralles? - Com ha estat la seva vida com a estudiant/professional?
Trastorn límit de la personalitat	- Se sent buit habitualment? - Què en pensa, dels esports de risc?
Trastorn histriònic de la personalitat	- Sent que altres persones no li fan el cas que mereix? - Es considera una persona coqueta?
Trastorn narcisista de la personalitat	- Com es defineix? - Creu que pot aconseguir èxits a la vida?
El trastorn de personalitat per evitació	- Li preocupa el que les altres persones puguin pensar sobre la seva feina? - Creu que la seva capacitat és igual a la de la resta dels seus companys?
Trastorn de personalitat per dependència	- Li costa prendre decisions si no és amb l'ajuda d'algú? - Què li aportaria tenir parella?
Trastorn obsessivocompulsiu de la personalitat	- Com d'important és la feina? - Li agrada treballar en equip?

2) Autoinformes

Es presenten a continuació alguns dels instruments que s'utilitzen en l'actualitat i que han demostrat tenir característiques psicomètriques fiables.

Inventari multifàsic de personalitat de Minnesota 2 (MMPI, Hathaway i McKinley, 2000)

Aquest instrument avalua la psicopatologia a partir de 567 ítems dicotòmics que consisteixen en diferents afirmacions davant les quals la persona ha de posicionar-se. Es concreta tant en escales clíniques com en addicionals i de comunicació. Les escales clíniques valoren quadres disfuncionals de la persona, en concret, quant a hipocondria, histèria, depressió, paranoia, desviació psicopàtica, psicoastènia, esquizofrènia i mania. Així mateix, inclou escales que valoren l'ajust psicosexual en un continu de masculinitat-feminitat, i altres vinculades amb la interacció social en un continu d'introversió-extraversió. En l'actualitat, existeix una versió més reduïda, Inventari multifàsic de personalitat de Minnesota 2 reestructurat (Ben-Porath i Tellegen, 2015), amb 338 ítems. Aquest instrument també ha demostrat tenir característiques psicomètriques adequades i redueix, a més, el temps d'aplicació.

Qüestionari de personalitat de Eysenck revisat (EPQR, Eysenck, Eysenck i Barrett, 1985)

Aquest instrument constitueix la versió més elaborada del grup d'Eysenck per a valorar la personalitat. A partir de 100 ítems aborda les dimensions d'extraversió, neuroticisme, psicoticisme i sinceritat. A més d'aquesta versió, n'existeix una altra d'abreujada i validada a Espanya elaborada per Sandín, Valenta, Chorot, Olmedo i Santed (2002) que, a partir de 24 ítems dicotòmics, valora 3 subescales clíniques (extraversió, neuroticisme i psicoticisme) i una relacionada amb la desitjabilitat social (sinceritat).

NEO PI-R (Costa i McRae, 2002)

Instrument que a partir dels seus 240 ítems permet valorar cinc dimensions bàsiques de la personalitat (neuroticisme, extraversió, obertura a l'experiència, amabilitat i responsabilitat), així com les seves diverses facetes. En els ítems, la persona troba diferents afirmacions que, segons s'assemblin o no a la seva experiència vital, situa en una escala de 0 (totalment en desacord) a 4 (totalment d'acord).

Inventari multiaxial clínic de Millon III (Millon, Davis i Millon, 1997)

Instrument que valora la personalitat a partir de 175 ítems dicotòmics (sí/no), en els quals les persones han de definir si l'afirmació que troben pot aplicar-se a la seva trajectòria. L'inventari recull tant escales clíniques com de contingut i control. D'una banda, configura la personalitat en catorze escales (onze de personalitat bàsica i tres de personalitat disfuncional): esquizoide, evitativa, depressiva, dependent, histriònica, narcisista, antisocial, agressiva/sàdica, compulsiva, passiva/agressiva, autodestructiva, esquizotípica, paranoica i límit. A més, presenta la possibilitat de valorar síndromes clíniques com ara ansietat, histeriforme, hipomania, neurosi depressiva, abús d'alcohol, abús de drogues,

Lectura recomanada

Per a més informació sobre l'MMPI, podeu consultar:

C. A. Zambrano, D. A. Caidedo, i S. M. Matabanchoy (2015). Revisión sistemática sobre el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI). *Universidad y Salud*, 17(2), 246-261.

Lectura recomanada

Per a més informació sobre l'instrument, podeu consultar:

B. Sandín, R. M. Valiente, P. Chorot, M. Olmedo, i M. A. Santed (2002). Versión española del cuestionario EPQR-Abreviado (EPQR-A) (I): análisis exploratorio de la estructura factorial. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(3), 195-205.

Lectura recomanada

Per a ampliar la informació sobre aquest instrument, podeu consultar:

A. Aluja, A. Blanch, D. Solé, J. M. Dolcet, i S. Gallart (2008). Validez convergente y estructural del NEO-PI-R: baremos orientativos. *Boletín de Psicología*, 92, 7-25.

Lectura recomanada

Per a conèixer més aspectes relacionats amb aquest instrument, podeu consultar:

M. Ortiz-Tallo, V. Cardenal, M. Ferragut, i M. V. Cerezo (2011). Personalidad y síndromes clínicos: un estudio con el MCMI-III basado en una muestra española. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(1), 49-59.

estrès posttraumàtic, pensament psicòtic, depressió major i trastorn delirant. Inclou també les escales de control següents: validesa, sinceritat, desitjabilitat i alteració.

A més dels anteriors, existeixen altres instruments generals que avaluen diferents trets i dimensions de personalitat, així com alguns d'específics per a avaluar determinats trastorns de personalitat com el Qüestionari de la personalitat esquizotípica (Raine, 1991), el Qüestionari de conducta antisocial (Luenigo, Carrillo, Otero i Romero, 1994) o l'Escala de trets narcisistes (Richman i Fleherty, 1987).

3) Autoregistre

Fitxes *ad hoc* d'autoobservació

Amb la finalitat de fer una avaluació adequada dels trastorns de personalitat, cal incloure alguna eina que ens permeti conèixer la percepció del pacient. És a dir, un autoregistre en el qual la persona detallarà tants els seus comportaments com aquelles emocions i pensaments que no són visibles pels altres. Per a valorar la seva intensitat i interferència, el més recomanable és que pugui acordar-se una escala amb el pacient, per exemple de 0 (cap interferència) a 10 (moltíssima interferència), que pot ser utilitzada per veure la progressió de les manifestacions clíniques. D'aquesta manera, serà més fàcil valorar quins antecedents o conseqüents podrien estar mantenint els patrons desadaptatius de resposta. Per a ser viable i eficaç, és necessari consensuar amb el pacient quin tipus d'informació hauria de contenir i com seria més recomanable plasmar-la, així com quan caldria fer-ho.

Activitat

Tenint en compte el fragment següent de l'autoregistre d'una pacient, de quin problema es podria tractar? En quines àrees d'avaluació incidiria? Quin tipus de preguntes utilitzaries?

Situació	Pensament (credibilitat 0 a 10)	Emoció (intensitat 0 a 10)	Conducta
He anat a comprar al supermercat i he vist unes companyes de classe.	Em miren de manera estranya. Segur que pensen que no serveixo per res.	Tristeses (8) Por (8)	Surto del supermercat sense comprar i me'n vaig a casa.

L'elaboració dels registres pot ser costosa per als pacients, per la qual cosa cal dedicar un temps a motivar-los, així com a explicar la importància que aquesta tasca té per al procés terapèutic. De la mateixa manera, cal ressaltar la importància d'emplenar el registre amb determinada freqüència perquè l'oblit no interfereixi en la informació plasmada. En aquest procés, a més, resulta fona-

mental buscar la fórmula més viable per a la persona, per exemple, utilitzant una petita llibreta o sistemes d'alarma que li recordin que ha d'emplenar el registre.

Bibliografia

Bibliografia general

Associació Americana de Psiquiatria (1994). *Diagnostic criteria from DSM-IV* (núm. 616.89 A43). Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.

Associació Americana de Psiquiatria (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV TR*. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.

Associació Americana de Psiquiatria (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Dailey, S. F., Gill, C. S., Karl, S. L., i Minton, C. A. B. (2014). *DSM-5 learning companion for counselors*. John Wiley & Sons.

Morrison, J. (2014). *DSM-5. Guía para el diagnóstico clínico*. Mèxic-Bogotà: Manual Moderno.

Palomo, T. i Jiménez-Arriero, M. A. (2009). *Manual de Psiquiatria*. Madrid: Ene Life Publicidad S.A. y Editores.

Bibliografia sobre trastorns depressius

Abramson, L., Alloy, L. B., Metalsky, G., Joiner, T. E., i Sandín, B. (1997). Teoría de la depresión por desesperanza. *Aportaciones recientes. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(3), 211-222.

Ayuso-Mateos, J. L., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., i Saiz, J. (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*, 5(1), 8-23.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., i Emery, G. (1983). *La terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brower.

Baader, T., Molina, J. L., Venezian, S., Rojas, C., Farías, R., i Mundt, C. (2012). Validación y utilidad de la encuesta PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en el diagnóstico de depresión en pacientes usuarios de atención primaria en Chile. *Revista chilena de neuro-psiquiatria*, 50(1), 10-22.

Bobes, J., Bulbena, A., Luque, A., Dal-Ré, R., Ballesteros, J., Ibarra, N., i Grupo de Validación en Español de las Escalas Psicométricas (GVEEP) (2003). Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6,17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. *Medicina clínica*, 120(18), 693-700.

Elizo, A. I., Fernández, J. S., i Vera, M. P. G. (2011). *Validación de la versión española del BDI-FS: un instrumento para la detección de la depresión en atención primaria* (tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones.

Fester, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28(10), 857-870.

Lewinsohn, P. M. (1974). The behavioral study and treatment of depression. A: M. Hersen, R. M. Eislauer, i P. M. Miller (directors). *Progress in behavior modification* (pàg. 19-65). New York: Academic Press.

Haddad, M. i Gunn, J. (2011). *Fast Facts: Depression*. Oxford: Health Press.

Sanz, J. (2013). 50 años de los inventarios de depression de Beck: consejos para la utilización de la adaptación española del BDI-II en la práctica clínica. *Papeles del psicólogo*, 3(43), 161-168.

Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, 25(1), 39-48.

Sanz, J. i Vázquez, C. (1995). Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas. A: A. Belloch, B. Sandín, i F. Ramos (editors). *Manual de Psicopatología. Volumen II*. (pàg. 341-378). Madrid: McGraw Hill.

Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.

Sicras-Mainar, A., Blanca-Tamayo, M., Gutiérrez-Nicuesa, L., Salvatella-Pasant, J., i Navarro-Artieda, R. (2010). Impacto de la morbilidad, uso de recursos y costes en el mantenimiento

de la remisión de la depresión mayor en España: estudio longitudinal de ámbito poblacional. *Gaceta Sanitaria*, 24(1), 13-19.

Soler, J., Pérez-Sola, V., Puigdemont, D., Pérez-Blanco, J., Figueres, M., i Alvarez, E. (1997). Estudio de validación del Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) en una población española de pacientes con trastornos afectivos. *Actas Actas luso-espanolas de neurología, psiquiatria y ciencias afines*, 25(4), 243-249.

Vázquez, F. L., Muñoz, R. F., i Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología conductual*, 8(3), 417-449.

Bibliografía sobre trastorn bipolar i relacionats

Apiquián, R., Páez, F., Tapia, R. O., Fresán, A., Vallejo, G., i Nicolini, H. (1997). Validez y confiabilidad de la Escala para la Evaluación de la Manía. *Salud mental*, 20(3), 23-29.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: University Press.

Colom, F., Vieta, E., Martínez-Arána, A., Garcia-Garcia, M., Reinares, M., i Salameo, M. (2002). Versión española de una escala de evaluación de la manía: validez y fiabilidad de la Escala de Young. *Medicina clínica*, 119(10), 366-371.

García, A., Ezquiaga, E., Dios, C. de, Agud, J. L., i Soler, B. (2010). Retraso diagnóstico y diferencias por sexo y subtipo clínico en una cohorte de pacientes ambulatorios con trastorno bipolar. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(3), 79-89.

García-Blanco, A., Sierra, P., i Livianos, L. (2014). Nosología, epidemiología y etiopatogenia del trastorno bipolar: últimas aproximaciones. *Psiquiatría Biológica*, 21(3), 89-94.

Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*, 33(2), 117-126.

Livianos, L., Rojo, L., Guillén, J. L., Villavicencio, D., Pino, A., i Domínguez, A. (2000). Adaptación de la escala para la valoración de la Manía por clínicos (EVMAC). *Actas españolas de psiquiatría*, 28(3), 169-177.

Mera-Rosales, A., Hernández-Pozo, M. D. R., Gómez-Reséndez, J. L., Ramírez-Guerrero, N., i Mata-Mendoza, M. D. L. Á. (2011). Características psicométricas del Cuestionario de Pensamientos Automáticos Negativos (ATQ-30) en población mexicana. *Journal of behavior, health & social issues*, 3(2), 61-75.

Muñoz, M., Roa, A., Pérez, E., Santos-Olmos, A. B., i Vicente, A. de (2002). *Instrumentos de evaluación en salud mental*. Madrid: Pirámide.

O'Connell, R. A., Mayo, J. A.; Eng, L. K., i Gabel, R. H. (1985). Social support and long-term lithium outcome. *The British Journal of Psychiatry*, 147, 272-275.

Sanz, J. i Vázquez, C. (1995). Trastornos del estado de ánimo: teorías psicológicas. A: A. Belloch, B. Sandín, i F. Ramos (editors). *Manual de Psicopatología* (pàg. 341-378). Madrid: McGraw Hill.

Vieta, E., Bobes, J., Ballesteros, J., González-Pinto, A., Luque, A., i Ibarra, N. (Spanish Group for Psychometric Studies) (2008). Validity and reliability of the Spanish versions of the Bech-Rafaelsen's mania and melancholia scales for bipolar disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117(3), 207-215.

Zamora, F. J. (2013). *Trastorno Bipolar: Estudio de los pacientes del área de Badajoz hospitalizados durante el periodo 1988-2009* (tesis doctoral no publicada). Universidad de Extremadura, Badajoz.

Bibliografía sobre trastorns d'ansietat

Albor, Y. C., Benjet, C., Méndez, E., i Medina-Mora, M. E. (2017). Persistence of Specific Phobia From Adolescence to Early Adulthood: Longitudinal Follow-Up of the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Journal of Clinical Psychiatry*, 78(3), 340-346.

Antony, M. M. i Barlow, D. H. (1997). Fobia específica. A: V. Caballo (dir.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (pàg. 3-24). Madrid: Siglo XXI.

Bandura, A. (1988). Self-efficacy conception of anxiety. *Anxiety Research*, 1(2), 77-98.

- Barlow, D. H., Chorpita, B. F., i Turovsky, J. (1996). Fear, panic, anxiety, and disorders of emotion. A: D. A. Hope (ed.). *Nebraska Symposium on Motivation* (pàg. 251-328). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Beck, A. T. i Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: automatic and strategic processes. *Behavior Research and Therapy*, 35(1), 49-58.
- Botella, C., Baños, R. M., i Perpiñá, C. (2003). *Fobia social. Avances en la psicopatología, la evaluación y el tratamiento psicológico del trastorno de ansiedad social*. Barcelona: Paidós.
- Bouton, M. E., Mineka, S., i Barlow D. H. (2001). A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychological Review*, 108(1), 4-32.
- Bowlby, J. (1977). *La separación afectiva*. Buenos Aires: Paidós.
- Brown, T. A., DiNardo, P. A., i Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Calderón, M. A. B. i Blázquez, F. P. (2017). Modelos explicativos de la fobia social: Una aproximación cognitivo-conductual. *Uaricha*, 11(24), 134-147.
- Carroll, B. J. i Davidson, J. R. T. (2000). Screening scale for DSM IV GAD. Screening scale for DSM Copyright 2000.
- Cattell, R. B. i Scheier, I. H. (1961). *The meaning and measurement of neuroticism and anxiety*. New York: Ronald Press.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4), 461-470.
- Clark, D. M. i Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. A: R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, i F. R. Schneider (editors). *Social Phobia: diagnosis, assessment and treatment* (pàg. 69-93). New York: Guildford press.
- Craske, M. G., Miller, P. P., Rotunda, R., i Barlow, D. H. (1990). A descriptive report of features of initial unexpected panic attacks in minimal and extensive avoiders. *Behavior Research Therapy*, 28(5), 395-400
- Echeburúa, E. (1995). *Manual práctico de evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona: Martínez Roca.
- Fernández-Zúñiga, A. i Cogolludo, M. (2012). Caso Clínico: Evaluación e Intervención en un Caso de Ansiedad por Separación de una Niña Adoptada. *Clínica y Salud*, 23(3), 235-245.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., i Williams, J. B. W. (1999). *SCID-I: Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV* (original de 1997). Barcelona: Masson.
- Gómez, A. (2012). Trastornos de ansiedad Agorafobia y crisis de pánico. *Farmacia Profesional*, 26(6), 32-39.
- Guillén-Riquelme, A. i Buela-Casal, G. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothem*, 23(3), 510-515.
- Heinze, G. i Camacho, P. (2010). *Guía clínica para el manejo de la ansiedad*. Mèxic: Instituto Nacional de Psiquiatría, 43.
- Hettema, J. M., Neale, M. C., i Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of genetic epidemiology of anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1.568-1.578.
- Klein, D. F.; Ross, D. C., i Cohen, P. (1987). Panic and avoidance in agoraphobia. Application of path analysis to treatment studies. *Archives of General Psychiatry*, 44(4), 377-385.
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badia, X., i Baró, E. (2002). Validación de las versiones en español de la Montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina clínica*, 118(13), 493-439.
- Mardomingo, M. J. (1994). Trastornos de ansiedad. A: M. J. Mardomingo (ed.). *Psiquiatría del niño y del adolescente. Método, fundamentos y síndromes* (pàg. 281-314). Madrid: Díaz de Santos.
- Mathews, A. i Mackintosh, B. (1998). A Cognitive model of selective processing in anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 22(6), 539-560.

Miguel Tobal, J. J. i Cano Vindel, A. (1986). *Manual del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad - ISRA*. Madrid: TEA.

Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: Wiley.

Orgilés, M., Espada, P., i Piñero, J. (2007). Intervención psicológica con hijos de padres separados: Experiencia de un Punto de Encuentro Familiar. *Anales de Psicología*, 23(2), 240-244.

Öst, L. G. i Hugdahl, K. (1981). Acquisition of phobias and anxiety response patterns in clinical patients. *Behavioral, Research and Therapy*, 19(5), 439-447.

Ruiz, A. i Lago, B. (2005). Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. A: A. E. Pap (ed.) *Actualización Pediatría* (pàg. 265-280). Madrid: Exlibris Ediciones.

Salaberría, K. i Echeburúa, E. (1998). Fobia social. A: M. A. Vallejo (ed.). *Manual de terapia de conducta* (pàg. 271-305). Madrid: Dykinson-Psicología.

Salkovskis, P. i Hackmann, A. (1997). Agoraphobia. A: G. C. L. Davey (ed.). *Phobias. A handbook of theory, research and treatment* (pàg. 27-61). Chichester: John Wiley & Sons.

Sandín, B. i Chorot, P. (1986). Cuestionario de Ansiedad-Rasgo S-R. *Evaluación Psicológica/Psychological Assessment*, 2, 39-53.

Sandín, B. i Chorot, P. (1997). *Cuestionario de Pánico y Agorafobia (CPA)*. Madrid: UNED.

Sandín, B. i Chorot, P. (2009a). Síndromes clínicos de la ansiedad. A: A. Belloch, B. Sandín, i F. Ramos. *Manual de Psicopatología. Volumen II*. Madrid: McGrawHill

Sandín, B. i Chorot, P. (2009b). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. A: A. Belloch, B. Sandín, i F. Ramos. *Manual de Psicopatología Volumen II*. Madrid: McGrawHill

Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, 25(1), 39-48.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., i Lushene, R. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid: TEA Ediciones.

Tortella-Feliu, M. (2014). Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. *Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace. Revista iberoamericana de psicosomática*, 110, 62-69.

Zubeidat, I., Fernández-Parra, A., Sierra, J. C., i Salinas, J. M. (2007). Comorbilidad de la ansiedad social específica y generalizada en adolescentes españoles. *Psicothema*, 19(4).

Bibliografía sobre trastorn obsessivcompulsiu

Belloch, A., Cabedo, E., i Carrió, A. (2010). *TOC Obsesiones y Compulsiones. Tratamiento cognitivo*. Madrid: Alianza Editorial.

Belloch, A., Cabedo, E., Morillo, C., Lucero, M., i Carrió, C. (2003). Designing a new instrument to assess dysfunctional beliefs of the obsessive-compulsive disorder: preliminary results of the Obsessive Beliefs Inventory. *International Journal of clinical and health psychology*, 3, 253-250.

Belloch, A., Reina, N., García-Sorioano, G., i Clark, D. A. (2009). Inventario Clark-Beck de obsesión-compulsión (C-BOCI): validación para su uso en población española. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14, 95-105.

Bellodi, L., Sciuito, G., Diaferia, G., Ronchi, P., i Smeraldi, E. (1992). Psychiatric disorders in the families of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 42(2), 111-120.

Brown, T. A., DiNardo, P. A., i Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Burns, G. L., Keortge, S. G., Formea, G. M., i Sternberg, L. G. (1996). Revision of the Padua inventory of obsessive compulsive disorder symptoms: distinctions between worry, obsessions, and compulsions. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 163-173.

Canals, J., Hernández-Martínez, C., Voltas, N., i Cosi S. (2013). Socio-demographic and psychopathological risk factors in obsessive-compulsive disorder: Epidemiologic study of school population. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13, 118-126.

- Castelló, T. (2014). El espectro obsesivo-compulsivo en el DSM 5. *Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 112, 22-27.
- Clark, D. A. i Beck, A. T. (2002). *Manual for the Clark Beck Obsessive Compulsive Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Cruzado, J. A. (1993). *Tratamiento comportamental del trastorno obsesivo compulsivo*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Eisen, J. L., Mancebo, M. A., Pinto, A., Coles, M. E., Pagano, M. E., Stouf, R., i Rasmussen, S. (2006). Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. *Comprehensive Psychiatry*, 47(4), 270-275.
- Gayatri, S., Imon, P., Biju, V., Narayanaswamy, J. C., Math, S., i Reddy, Y. C. J. (2017). Bipolar disorder comorbidity in patients with a primary diagnosis of OCD. *Journal International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 21, 70-74.
- González, M., Vicente, J., Román, E., Ortega, F. J., i Alberdi, J. (2013). Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) genética y ambiente. A propósito de una experiencia clínica. *Revista gallega de psiquiatría y neurociencias*, 12, 156-158.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischman, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R., i Charney, D. S. (1989). The Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1.006-1.011.
- Grover, S., Dua, D., Chakrabarti, S., i Avasthi, A. (2017). Obsessive Compulsive Symptoms/disorder in patients with schizophrenia: Prevalence, relationship with other symptom dimensions and impact on functioning. *Psychiatry Research*, 250, 277-284.
- Haro, J. M., Arbabzadeh-Bouchez, S., Brugha, T. S., Girolamo, G. de, Guyer, M. E., Jin, R., Lepine, J. P., Mazzi, F., Reneses, B., Vilagut, G., Sampson, N. A., i Kessler, R. C. (2006). Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 15, 167-180.
- Hernández, L. i Uribe, Z. (2005). Evaluación del trastorno obsesivo-compulsivo en niños y adultos. A: V. Caballo (director). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos* (pàg. 475-788). Madrid: Pirámide.
- Lago, B. M., Rodríguez, P. J., Morales, J. L., Fernández, I., i Santamaría, M. T. (2008). Estudio descriptivo de una serie de pacientes con trastorno obsesivo compulsivo. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 10(39), 39-48.
- Leonard, H. L., Swedo, S. E., Lenane, M. C., Rettew, D. C., Hamburger, S. D., Bartko, J. J., i Rapoport, J. L. (1993). A 2- to 7-year follow-up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 50(6), 429-39.
- Mataix, D., Sánchez, M., i Vallejo, J. (2002). A Spanish version of the Padua Inventory: Factor structure and psychometric properties. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 25-36.
- Navarro, J. F. i Puigcerver, A. (1998). Bases biológicas del trastorno obsesivo-compulsivo. *Psicología Conductual*, 6(1), 79-101.
- Rector, N., Cassin, S., Richter, M., i Burroughs, E. (2009). Obsessive beliefs in first-degree relatives of patients with OCD: A test of the cognitive vulnerability model. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(1), 145-149.
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., i Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive compulsive disorder in the national comorbidity survey replication. *Molecular Psychiatry*, 15, 53-63.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 169-177.
- Silva, P. de i Rachman, S. (1995). *Trastorno obsesivo-compulsivo. Los hechos*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Zetin, M. i Kramer, M. A. (1992). Obsessive-Compulsive Disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 43(7), 689-699.

Bibliografia sobre trastorns relacionats amb traumes i factors d'estrés

Aguirre, P. D., Cova, F. S., Domarchi, M. P., Garrido, C., Mundaca, I., Rincón, P., Troncoso, P., i Vidal, P. (2010). Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(2), 114-122.

Andreu-Mateu, S., Botella, C., Baños, R., i Quero, S. (2008). *Entrevista para los Trastornos Adaptativos*. LabPsittec.

Báguena, M. J., Villarroya, E., Beleña, A., Díaz, A., Roldan, C., i Reig, R. (1996). Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala Revisada de Impacto del estrés (EIE-R). *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(114), 581-604.

Ballenger, J. C., Davidson, J. R., i Lecrubier, Y. (2000). Consensus statement on posttraumatic stress disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(5), 60-66.

Brewing, C. R., Calgleish, T., i Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorders. *Psychological review*, 103(4), 670-686.

Britvi, D., Anticevic, V., Kaliterna, M., Lušic, L., Beg, A., Brajevic Gizdic, I., Kudric, M., Stupalo, Ž., Krolo, V., i Pivac, N. (2015). Comorbilidades con el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) entre veteranos de guerra: un análisis a los 15 años después de la guerra. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(2), 81-89.

Caballo, V. E., Valenzuela, J., Anguiano, S., Irurtia, M. J., Salazar, i López-Gollonet, C. (2006). La evaluación del estrés y los trastornos de adaptación. A: V. E. Caballo (ed.). *Manual para la evaluación de los trastornos psicológicos* (pàg. 321-337). Madrid: Pirámide.

Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Zubizarreta, I., i Sarasua, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 503-526.

First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., i Williams, J. B. (1999). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV SCID*. Barcelona: Masson.

Foa, B., Steketee, G., i Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualisations of post-traumatic stress disorder. *Behaviour Therapy*, 20(2), 155-176.

Jarero, I. (2013). Comentarios sobre el Trastorno por Estrés Agudo. DSM-5. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 5(1), 1-7.

Lang, P. J. (1984). The cognitive psychophysiology of emotion: fear and anxiety. A: A. H. Tuma i J. D. Maser (editors). *Anxiety and the anxiety disorders*. New York: Lawrence Erlbaum.

Lazarus, R. S. i Folkman, S. (1984). *Procesos psicológicos y estrés*. Barcelona: Martínez Roca.

Lazarus, R. S. i Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Leiva-Bianchi, M. L. (2011). Relevancia y prevalencia del estrés post-traumático post-terremoto como problema de salud pública en Constitución, Chile. *Revista de Salud Pública*, 13(4), 551-559.

Maercker, A., Einsle, F., i Köller, V. (2007). Adjustment disorders as stress response síndromes: a new diagnostic concept and its exploration in a medical sample. *Psychopathology*, 40(3), 135-146.

Miguel-Tobal, J. J., González, H., i López, E. (2002). Estrés postraumático. Conceptualización, evaluación y tratamiento. A: E. G. Fernández-Abascal i M. P. Jiménez Sánchez (editors). *Control del estrés* (pàg. 328-347). Madrid: UNED Ediciones.

Muiños, R. i Requena, E. *Psicopatología clínica*. Material docent. Barcelona: UOC.

Mur, T., Díez-Caballero, M., Florensa, E., i Pérez, L. (2005). Estudio descriptivo de los trastornos adaptativos en un centro de atención primaria. *Atención primaria*, 36(7), 118.

Pérez-Barrientosa, H., Galindo-Vázquez, O., i Alvarado-Aguila, S. (2014). Trastorno adaptativo en el paciente oncológico: una revisión. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 13(1), 59-65.

Pérez-Sales, P. (2009). Trastornos adaptativos y reacciones de estrés. A: T. Palomo i M. A. Jiménez-Arriero (editors). *Manual de Psiquiatría* (pàg. 2-15). Madrid: GlaxoSmithKline.

Rojas-Medina, Y., Vargas, J. A., i Trujillo, O. (2008). Trastorno de estrés agudo y episodio depresivo mayor en víctimas de una inundación en Tingo María: prevalencia y efectos de

su desplazamiento a un albergue. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 25(1), 66-73

Vanin, J. R. (2008). Adjustment disorder with anxiety. A: J. R. Vanin, J. D. Helsey, i D. James (editors). *Anxiety disorders: a pocket guide for primary care* (pàg. 129-134). Nova Jersey: Humana Press.

Bibliografia sobre trastorns de personalitat

Aluja, A., Blanch, A., Solé, D., Dolcet, J. M. i, Gallart, S. (2008). Validez convergente y estructural del NEO-PI-R: baremos orientativos. *Boletín de Psicología*, 92, 7-25.

Associació Americana de Psiquiatria (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition: DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing.

Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliff: Prentice Hall.

Ben-Porath, Y. S. i Tellegen, A. (2015). *MMPI-2-RF. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado* (P. Santamaría, adaptador). Madrid: TEA Ediciones.

Caballo, V. E., López-Gollonet, C., i Irurtia, M. J. (2006). La evaluación de los trastornos de la personalidad. A: V. E. Caballo (ed.). *Manual para la evaluación de los trastornos psicológicos* (pàg. 339-358). Madrid: Pirámide.

Casanova, E. M. (1993). El desarrollo del concepto de sí mismo en la teoría fenomenológica de la personalidad de Carl Rogers. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 46(2), 177-186.

Costa, P. T. i McCrae, R. R. (1992). *Professional manual for the NEO PI-R and NEO-FFI*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Costa, P. T. i McCrae, R. R. (2000). *Evaluación de la personalidad según el modelo de los "cinco factores"*. Buenos Aires: TEA.

Chiclana, C., Rodríguez, T., i Aubá, E. (2010). Trastornos de Personalidad. A: F. Ortuño (ed.). *Lecciones de Psiquiatría* (pàg. 257-284). Madrid: Panamericana.

Esbec, E. i Echeburúa, E. (2011). La reformulación de los trastornos de personalidad en el DSM-5. *Acta Española de Psiquiatría*, 39(1), 1-11.

Eysenck, S. B. G., Eysenck, H. J., i Barret, P. (1985). A Revised Version of the Psychoticism Scale. *Personality and Individual Differences*, 6(1), 21-30.

First, M., Gibbon, M., i Spitzer, R. (2003). *SCID-II, Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV*. Barcelona: Masson.

Giner, F., Lera, G., Vidal, M. L., Puchades, M. P., Pérez, A., Ciscar, S., Chiclana, C., Martín, M., Garulo, T., Tapia, J., Díaz, E., i Ferrer, L. (2015). Diagnóstico y prevalencia de trastornos de la personalidad en atención ambulatoria. Estudio descriptivo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35(128), 789-799.

Hathaway, S. R. i McKinley, J. C. (2000). *Inventario Multifásico de Personalidad de Minesota-2: MMPI-2*. Madrid: TEA Ediciones.

Ingram, R. E. (1990). Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual model. *Psychological Bulletin*, 107(2), 153-176.

Loranger, A. W. (1999). *International Personality Disorder Examination Manual: DSM-IV Module*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Luengo, M. A., Carrillo, M. T., Otero, J. M., i Romero, E. (1994). A short-term longitudinal study of impulsivity and antisocial behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(3), 542-548.

Millon, T., Davis, R., i Millon, C. (1997). *MCMII-III Manual*, Minneapolis: National computer Sustems. *Psychology*, 50, 444-445.

Millon, T. i Everly, G. (1994). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.

Montaño, M. R., Palacios, J. L., i Gantiva, C.A. (2009). Teorías de la personalidad. Un análisis del concepto histórico y su medición. *Psicología: avances de la disciplina*, 3(2), 81-107.

- Morris, G. i Maisto, A. (2005). *Psicología*. Mèxic: Prentice Hall.
- Muñoz, R. i Requena, E. *Psicopatología clínica*. Material docent. Barcelona: UOC.
- Muñoz, J. F. i Alpizar, D. (2016). Prevalencia y comorbilidad del trastorno por ansiedad social. *Revista cúpula*, 30(1), 40-47.
- Ortiz-Tallo, M., Cardenal, V., Ferragut, M., i Cerezo, M. V. (2011). Personalidad y síndromes clínicos: un estudio con el MCMI-III basado en una muestra española. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(1), 49-59.
- Raine, A. (1991). The SPQ: a scale for the assessment of schizotypal personality based on DSM-III-R criteria. *Schizophrenia Bulletin*, 17(4), 555-564.
- Sánchez, R. O. (2003). Theodore Millon, una teoría de la personalidad y su patología. *Psico-USF*, 8(2), 163-173.
- Reichborn-Kjennerud, T., Ystrom, E., Neale, M. C., Aggen, S. H., Mazzeo, S. E., Knudsen, G. P., Tambs, K., Czajkowski, N. O., i Kendler, K. S. (2013). Structure of Genetic and Environmental Risk Factors for Symptoms of DSM-IV Borderline Personality Disorder. *JAMA Psychiatry*, 70(11), 1.206-1.214.
- Richman, J. A. i Flaherty, J. A. (1987). *Narcissistic Trait Scale (NTS)*. Chicago, IL: University of Illinois.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Olmedo, M., i Santed, M. A. (2002). Versión española del cuestionario EPQR-Abreviado (EPQR-A) (I): análisis exploratorio de la estructura factorial. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(3), 195-205.
- Schmidt, V., Firpo, L., Vion, D., Costa Oliván, M. E. de, Casella, L., Cuenya, L., Blum, G. D., i Pedrón, V. (2010). Modelo Psicobiológico de Personalidad de Eysenck: una historia proyectada hacia el futuro. *Revista internacional de Psicología*, 11(2), 1-21.
- Szerman, N., Arias, F., Vega, P., Babín, F., Mesías, B., Basurte, I., Morant, C., Ochoa, E., i Poyo, F. (2001). Estudio piloto sobre la prevalencia de patología dual en pacientes en tratamiento en la Comunidad de Madrid. *Adicciones*, 23(3), 249-255.
- Zambrano, C. A., Caicedo, D. A., i Matabanchoy, S. M. (2015). Revisión sistemática sobre el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI). *Universidad y Salud*, 17(2), 246-261.