

La entrevista, los sistemas de clasificación y los instrumentos diagnósticos generales

Montserrat Martínez García (coordinador)

Anna Huguet Roselló (coordinadora)

Rubén Nieto Luna (coordinador)

P09/80533/00433



Universitat Oberta
de Catalunya

www.uoc.edu

Índice

Introducción	5
Objetivos	7
1. La entrevista clínica	9
1.1. Definición y objetivos de la entrevista	9
1.2. Tipos de entrevista según el grado de estructuración	10
1.3. Los contenidos de la entrevista	11
1.4. El desarrollo de la entrevista	12
1.4.1. Fase previa a la entrevista	12
1.4.2. Fase inicial de la entrevista	13
1.4.3. El cuerpo de la entrevista	14
1.4.4. Final de la entrevista	15
1.5. Recogida de la información durante la entrevista	16
1.6. Habilidades para la entrevista	16
1.7. Errores más frecuentes	19
1.7.1. Sesgos promovidos por el entrevistador	19
1.7.2. Sesgos promovidos por el entrevistado	21
1.8. Virtudes y problemas de la entrevista clínica	21
2. Sistemas de clasificación e instrumentos diagnósticos generales	23
2.1. Los sistemas de clasificación: una breve introducción	23
2.2. Tipos de sistemas de clasificación	24
2.3. Los sistemas de clasificación actuales más utilizados: el DSM-IV-TR y CIE-10	26
2.3.1. DSM-IV-TR, Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales	26
2.3.2. CIE-10, Clasificación Internacional de las Enfermedades	29
2.4. Entrevistas estructuradas basadas en los sistemas de clasificación	33
2.5. Cuestionarios basados en los sistemas de clasificación	37
2.6. Instrumentos diagnósticos que no están basados en los sistemas de clasificación	38
3. Selección de instrumentos de evaluación	42
Bibliografía	45

Introducción

En este módulo se presenta la entrevista clínica, los sistemas de clasificación y algunos instrumentos generales que nos pueden ser de utilidad para conocer los problemas de los pacientes.

En primer lugar, mostramos las características de la entrevista clínica desde un punto de vista muy aplicado. Un buen conocimiento de esta herramienta es esencial para la práctica clínica, ya que es el instrumento vertebrador de la evaluación que nos permite obtener la mayor parte de la información (tanto verbal como no verbal). Un buen uso de este instrumento nos facilitará la evaluación y también el proceso de intervención.

En un segundo apartado procedemos a una breve explicación de los sistemas de clasificación (DSM y CIE) que más se utilizan en la actualidad. Se repasará la utilidad de los sistemas de clasificación, sus características y qué ventajas e inconvenientes podemos encontrar en su uso. Además, veremos algunos ejemplos de entrevistas estructuradas que se han creado a partir de los sistemas de clasificación.

Adicionalmente, también damos a conocer algunos cuestionarios que pueden ayudar a llevar a cabo una primera aproximación a la problemática del paciente, o a confirmar los datos obtenidos con la entrevista. En concreto, describiremos cuestionarios que se han elaborado siguiendo los sistemas de clasificación (DSM y CIE) y otros instrumentos que se han elaborado sin seguir los criterios diagnósticos de los sistemas ya mencionados, pero que también pueden ser muy útiles. Debéis tener en consideración que tanto las entrevistas como los cuestionarios sólo se presentan a modo de introducción. Para utilizar la mayoría de ellos es necesario un entrenamiento amplio y específico que va más allá de los objetivos de esta asignatura.

Los sistemas de clasificación y estos instrumentos nos pueden resultar provechosos si el objetivo de la evaluación es el de llegar a un diagnóstico (por ejemplo, en el caso de un informe pericial). Ahora bien, si el objetivo es el de conocer a la persona en un sentido más amplio con el fin de aplicar un tratamiento en una fase posterior, consideramos que los instrumentos diagnósticos y los sistemas de clasificación no son suficientes. En este caso, cuando hablamos de la evaluación dentro del proceso de evaluación e intervención, como decíamos, el instrumento fundamental es la entrevista. Evidentemente, habrá que completar la información de ésta con la obtenida con otros instrumentos, pero la entrevista se convertirá en la herramienta básica.

Por último presentamos algunos criterios que pueden ser de utilidad para tomar decisiones en el momento de seleccionar qué instrumentos deben usarse en el proceso de evaluación.

Objetivos

El objetivo fundamental de este módulo es el de presentar la herramienta fundamental del proceso de evaluación (la entrevista clínica) y algunos instrumentos diagnósticos generales, así como los criterios de utilización de los instrumentos. A partir de este objetivo general podemos definir los siguientes objetivos específicos:

1. Aprender las características y la utilidad de la entrevista clínica.
2. Conocer los diferentes sistemas de clasificación diagnóstica.
3. Reflexionar sobre las ventajas y desventajas de los sistemas de clasificación.
4. Aprender a hacer un diagnóstico siguiendo una evaluación multiaxial.
5. Conocer algunos de los instrumentos diagnósticos generales más utilizados.
6. Aprender criterios para la utilización de los diferentes instrumentos de evaluación.

1. La entrevista clínica

A continuación, nos centraremos en el estudio de las entrevistas clínicas.

1.1. Definición y objetivos de la entrevista

La entrevista es un instrumento que se utiliza para recoger datos mediante el autoinforme o heteroinforme del sujeto que es evaluado. Es considerado el medio que más frecuentemente se utiliza para recoger información en la práctica clínica, a pesar de que existe poca investigación sobre su eficacia y pese a que no hay un consenso generalizado sobre la manera como ha de llevarse a cabo.

Es importante diferenciar qué es una simple conversación de qué es una entrevista. En términos generales, la entrevista se diferencia de una simple conversación en que:

- a) está dirigida a alcanzar unos objetivos específicos, normalmente tiene una clara secuencia y se organiza en torno a una serie de temas relevantes y específicos relacionados con los objetivos planteados;
- b) los roles entre los participantes están definidos;
- c) se da en un espacio y en un tiempo definido;
- d) y facilita que se construya una relación terapéutica.

La entrevista puede ser utilizada como el único instrumento de recogida de datos, aunque es más habitual que se utilice junto con otros métodos de recogida de datos (p. ej., observación, cuestionarios).

Los principales objetivos de la entrevista clínica son:

- Establecer una buena relación terapéutica.
- Obtener información sobre la conducta problema (su naturaleza, su severidad y las áreas relacionadas afectadas) y sobre los factores relacionados con la ocurrencia de la conducta problema (el origen, los antecedentes, los consecuentes, los factores agravantes del problema y los factores que mejoran el problema).
- Conceptualizar el problema y formular hipótesis sobre éste.
- Hacer una devolución de la información recogida al paciente, es decir, comunicar de la manera más clara posible los resultados de la evaluación y justificar estos resultados.

- Seleccionar y definir los objetivos terapéuticos.
- Evaluar los resultados del tratamiento.

1.2. Tipos de entrevista según el grado de estructuración

Podemos diferenciar tres tipos de entrevista: las entrevistas no estructuradas, las entrevistas semiestructuradas y las entrevistas estructuradas.

En las **entrevistas no estructuradas**, el psicólogo actúa sin ningún esquema previo obvio, el psicólogo tiene la libertad de explorar las áreas que considera más oportunas y el paciente también tiene libertad para pasar de un área a otra. Los otros tipos de entrevistas, en cambio, son más directivas.

En las **entrevistas semiestructuradas**, el psicólogo sigue un esquema definido de cuestiones a tratar o un guión prefijado de preguntas abiertas. En estos casos el psicólogo puede introducir otros aspectos que cree necesario tratar, o formular preguntas para clarificar y profundizar en áreas que considere oportunas.

Por último, en las **entrevistas estructuradas** el psicólogo actúa sencillamente como un administrador de entrevista sin la posibilidad de incluir ningún juicio clínico o cualquier otro tipo de información que no esté claramente indicada en la entrevista.

Cada uno de estos tipos de entrevista tiene unas ventajas y unos inconvenientes que se describen a continuación.

El formato de entrevista no estructurado ofrece flexibilidad, que se establezca una conversación en la que el paciente se sienta más a gusto, posibilita la evaluación de cómo el paciente organiza sus respuestas, posibilita la exploración de detalles únicos de la historia del paciente que de lo contrario serían muy difíciles de tratar, y posibilita hacer inferencias a partir de la información no verbal e información de tipo más sutil. La flexibilidad inherente a las entrevistas no estructuradas (también de las entrevistas semiestructuradas) es la principal virtud que tienen estos instrumentos con respecto a los instrumentos de evaluación estandarizados (por ejemplo, entrevistas estructuradas).

No obstante, a pesar de estas ventajas asociadas a las entrevistas no estructuradas, éstas también han sido a menudo objeto de crítica. Específicamente, se han criticado las propiedades psicométricas de estas entrevistas (su fiabilidad y validez es muy cuestionable), su poca utilidad para hacer investigación y la imposibilidad de ser administradas por profesionales que han recibido poco entrenamiento individualizado.

Consecuentemente, la información que se deriva de una entrevista no estructurada debería ser tratada con prudencia y ser considerada únicamente como hipótesis tentativas que necesitan ser validadas por otros medios.

Las entrevistas estructuradas tienen también diferentes ventajas con respecto a las entrevistas no estructuradas. Éstas suelen tener mejores propiedades psicométricas, y por lo tanto los resultados que se obtienen pueden ser comparados con otros casos o con otra población. Pero como cualquier otro instrumento, tampoco las entrevistas estructuradas están exentas de críticas. En primer lugar, tienden a pasar bastante por alto los rasgos idiosincrásicos de cada paciente. Por otra parte, el uso de una entrevista demasiado estructurada puede provocar que el paciente no se sienta suficientemente cómodo como para revelar información privada, por eso cuando se utilizan estos tipos de procedimientos tan estructurados es aconsejable educar al paciente sobre la importancia de utilizar este tipo de aproximación para recoger los datos.

Por otra parte, también cabe recordar que el estilo al realizar una entrevista está influenciado por el modelo teórico que sustenta la práctica clínica del psicólogo y consideraciones prácticas (por ejemplo, la cantidad de tiempo disponible o el tipo de paciente). Así, las entrevistas conductuales se caracterizan por ser entrevistas estructuradas y dirigidas a recoger una descripción exhaustiva de las conductas actuales y los pensamientos relevantes. Este estilo contrasta con la tendencia de las entrevistas que se realizan desde las perspectivas psicodinámicas, en las que el grado de libertad es mucho mayor. No obstante, hay quien defiende que los dos estilos (la entrevista estructurada y no estructurada) no deben ser vistos como incompatibles en la medida en que cada tipo de entrevista lleva a una información diferente y por lo tanto el uso de ambos estilos puede servir para superar las deficiencias del otro.

En cuanto a cuestiones más de tipo práctico, si por ejemplo el tiempo es limitado, es importante adoptar una actitud más directiva, o ante un paciente pasivo puede también ser útil empezar la entrevista haciendo uso de un estilo más directivo.

Entrevistas estructuradas y semiestructuradas

En el apartado 2 se pueden ver algunos ejemplos de entrevistas estructuradas y semiestructuradas. Estas entrevistas, detalladas más abajo, se utilizan básicamente para realizar un diagnóstico siguiendo los dos sistemas de clasificación internacionales más aceptados: el DSM y la CIE.

1.3. Los contenidos de la entrevista

Los contenidos de la entrevista deben ajustarse necesariamente a la demanda del paciente (el motivo de consulta) y a sus características. No obstante, en términos generales, podemos decir que la entrevista incluye los siguientes elementos:

Información que ha de recogerse en una entrevista clínica

A) Historia y conceptualización del problema	
	Especificación del problema (inicio, intensidad, frecuencia, cambios en su curso y duración), determinantes y repercusiones del problema (antecedentes, consecuentes y variables organísmicas), tratamientos previos y actuales.
B) Motivación, objetivos y expectativas del paciente	
C) Recursos y limitaciones para hacer frente al problema	
D) Áreas básicas de la vida:	
D.1) Situación familiar	
	Nivel socioeconómico, ocupación de los padres, historia médica/psicológica, en pareja/separado, composición familiar, estado de salud de los padres, nivel cultural, relaciones familiares.
D.2) Historia personal	
	Infancia: desarrollo, contexto familiar, historia médica en los primeros años de vida. Edad escolar: Funcionamiento en la escuela, consecuciones académicas, actividades de ocio/de interés, relación entre iguales, relación con los padres, cambios importantes en la vida. Adolescencia: Además de los listados durante la etapa escolar, presencia de mal comportamiento (problemas legales, drogas), reacción ante la entrada en la etapa puberal. Edad adulta: Carrera profesional/ocupación, relaciones interpersonales, satisfacción con los objetivos alcanzados en la vida, actividades de ocio/de interés, historia médica/psicológica, vida de pareja, relación con los padres, estabilidad económica. Final de la edad adulta: Historia médica, reacción a la disminución de algunas de las capacidades del individuo, estabilidad económica.
Otros	

1.4. El desarrollo de la entrevista

A continuación hablamos de algunos puntos importantes que deben tenerse en consideración cuando hacemos una entrevista clínica. Organizamos la información en función de diferentes momentos que creemos importantes. El primer momento es el momento en que preparamos la entrevista, es decir, el momento previo a recibir al paciente. En un segundo momento, ya con el paciente, hablamos de la fase inicial de la entrevista. El tercero es el cuerpo de la entrevista y el cuarto, y último momento, es la finalización de la entrevista.

1.4.1. Fase previa a la entrevista

En esta fase previa a la recepción del paciente podemos destacar los siguientes puntos:

a) Planificar y preparar la entrevista. Para planificar y preparar la entrevista, es muy importante la primera información que da el paciente al psicólogo cuando contacta con él para solicitar su servicio.

Esta primera información servirá de base para desarrollar el guión de la entrevista. Como hemos comentado en el módulo "La evaluación en psicología clínica y de la salud: aspectos prácticos" cuando hablábamos del primer contacto con el paciente, antes de iniciar la entrevista podemos disponer de mucha información como el tipo de problemática y las características de la persona que pide el servicio (edad, sexo...). Esta información nos puede ayudar a pensar

en preguntas que realizaremos en la entrevista y crear un guión. No obstante, debemos recordar que no siempre la problemática informada por el paciente en el primer contacto, generalmente telefónico, es su problema principal. Por este motivo, aunque podemos crear un guión, hemos de considerarlo siempre como provisional y flexible y no aferrarnos a él.

b) Organizar el contexto físico en el que se desarrollará la entrevista. Debemos organizar el espacio para que sea percibido como un lugar ordenado y que se utiliza para hacer actividad clínica. La luminosidad debe ser óptima, los asientos deben situarse de manera que entrevistador y paciente no estén ni demasiado próximos ni demasiado alejados el uno del otro y que el contacto ocular entre entrevistador y paciente sea aproximadamente igual. El silencio y la ausencia de interrupciones será también un punto muy importante a controlar.

1.4.2. Fase inicial de la entrevista

En esta fase ya tenemos el paciente en la consulta. Recordad que estos primeros momentos son esenciales para empezar a establecer una alianza terapéutica adecuada.

Aunque deberemos adaptar nuestra actuación al paciente, a continuación os presentamos algunos puntos que en la mayoría de los casos deben tenerse en consideración:

a) Presentarse e indicar cómo preferimos que el paciente se dirija a nosotros y al mismo tiempo preguntar cómo quiere el paciente que nos dirijamos a él.

Dirigirse a un paciente

Yo soy el Dr. José Ramírez, me puede llamar José. Usted es la Sra. Laura González, ¿cómo quiere que me dirija a usted?

b) Explicar al paciente la necesidad de realizar una evaluación psicológica y por qué se hace una entrevista. También, comprobar que el paciente lo entiende y clarificar cualquier duda que pueda surgir. Ya hemos comentado previamente la importancia de ajustar las expectativas del paciente respecto a cómo será el tratamiento para evitar abandonos prematuros.

c) Hablar al paciente sobre la confidencialidad de la información y los límites de ésta (por ejemplo, explicar que la información que se obtiene de la entrevista puede ser utilizada por un proceso judicial legal). Además, el psicólogo debe hacer saber al paciente que tiene el derecho de no revelar y/o discutir información que él no desea compartir. También conviene explicar al paciente que la información no se facilitará a terceras personas sin un consentimiento previo firmado por él.

d) Explicar al paciente el rol y las actividades en las que el psicólogo considera importante que el paciente se implique durante el proceso de evaluación, los instrumentos que con más probabilidad se utilizarán para recoger la información y el tiempo total que aproximadamente durará el proceso de evaluación.

e) Ayudar a romper el hielo, con el objetivo de que el paciente se sienta más cómodo.

1.4.3. El cuerpo de la entrevista

Una vez que hemos superado las fases previas, nos introducimos ya en la entrevista propiamente dicha. En este proceso podemos distinguir tres fases, que se mencionan a continuación:

a) **Fase inicial.** Se trata de una fase abierta y facilitadora, y se recomienda que el psicólogo comience con preguntas abiertas. Es aconsejable que en esta primera fase el paciente pueda contestar libremente sobre lo que el psicólogo le pregunta y sin que se le interrumpa demasiadas veces.

La ventaja de las preguntas abiertas en esta fase inicial es que posibilita que el paciente se organice y se exprese sin ningún tipo de guía externa. Esto permite evaluar sus estilos de pensamiento y maneras de organizar la información. De hecho, éste es casi el único momento en el que puede actuar así, porque después la entrevista suele adoptar un estilo más estructurado o se le pedirá al paciente información concreta con preguntas más cerradas o administración de cuestionarios.

Mientras el paciente responde a las preguntas abiertas, es importante que el psicólogo recoja tanto la información verbal como la no verbal.

El psicólogo puede utilizar un guión interno para asegurarse de que todas las áreas más relevantes son tratadas. Habitualmente se obtiene información sobre distintas áreas de la vida del paciente, tanto del presente como del pasado, y se insiste en el funcionamiento actual en las áreas más relacionadas con el problema. Si se utiliza este guión, el psicólogo puede empezar con preguntas generales del tipo: "¿Cómo ha sido derivado aquí?", "¿Qué es lo que le ha llevado a venir a la consulta?" o "¿En qué le puedo ayudar?". Entonces el paciente empezará a explicar su problema. Es bueno que entonces el entrevistador observe y tome nota sobre la manera como el paciente organiza sus respuestas, lo que dice y cómo lo dice. Como los pacientes cambian en función de sus características personales (por ejemplo, edad, nivel educativo, nivel de cooperación) y el tipo de problema que presentan, estas preguntas iniciales que se plantean al paciente deberán adaptarse al paciente concreto. Es decir, si tenemos un guión de las preguntas iniciales, éstas no pueden ser seguidas siempre

de manera estricta, ya que es necesario un cierto margen de flexibilidad que permita explorar las áreas relevantes en cada caso y aspectos únicos que pueden ir apareciendo a lo largo de la entrevista.

b) Fase intermedia. En esta fase el psicólogo puede obtener más información formulando al paciente nuevas preguntas. Esta información ayudará al psicólogo a clarificar puntos que se han definido previamente de manera vaga, facilitar información adicional y/o puede servir para confrontar información. Por lo tanto, en esta fase el psicólogo adopta una actitud más directiva.

c) Fase final. Se trata de una fase de confrontación y síntesis. Es importante que el psicólogo vaya resumiendo de vez en cuando la información que le proporciona el paciente para que éste pueda verificar si la información que va recogiendo el psicólogo es correcta.

1.4.4. Final de la entrevista

Una vez recogida toda la información de la entrevista, se trata de finalizar el proceso. Para hacerlo, debemos:

a) Resumir los temas tratados en la entrevista y dar al paciente la posibilidad de añadir cualquier cosa relevante que no haya dicho anteriormente, si así lo cree.

b) Si el psicólogo lo considera apropiado, dar alguna recomendación con vistas a actuaciones futuras. No nos referimos a dar recomendaciones sobre qué debe hacer el paciente para solucionar el problema, sino a darle recomendaciones sobre qué debe hacer para seguir explorando el problema o cómo debe seguir en el proceso de evaluación e intervención.

Ejemplo de recomendación

Se le puede pedir al paciente, a partir de la entrevista, que realice un autorregistro de la conducta problema durante las próximas dos semanas, porque puede ayudar a entender mejor la problemática del paciente.

Es importante que se tenga presente que cualquier entrevista está limitada por el tiempo. Por eso es aconsejable que el psicólogo alerte de ello al paciente y se lo haga saber cuando queden solamente 5 ó 10 minutos para finalizar la entrevista para que el paciente pueda comunicar cualquier cosa que crea relevante y todavía no haya dicho. Según nuestra manera de funcionar y lo que el paciente nos explique, la entrevista puede durar más de una sesión. Eso, en la medida en que podamos preverlo, también debe saberlo el paciente.

Por otra parte, también es importante procurar que el final de la entrevista no acabe con un mal sabor para el paciente.

1.5. Recogida de la información durante la entrevista

El método fundamental para recoger la información que los pacientes nos facilitan es el de tomar notas durante la entrevista. La cantidad de notas que se toman durante el transcurso de una entrevista depende del profesional. Algunos argumentan que tomar notas durante una entrevista puede incrementar la ansiedad del paciente, provocar que el paciente haga más preguntas sobre el anonimato, incrementar las probabilidades de que se sienta objeto de una investigación y crear una atmósfera no natural.

Contrariamente, muchos otros entrevistadores argumentan que el hecho de que un paciente no se sienta cómodo en una situación de entrevista raramente es consecuencia de tomar notas durante la entrevista, ya que el entrevistador, a pesar de tomar notas, puede dedicar suficiente tiempo a atender al paciente.

Según nuestro punto de vista, tomar notas durante la entrevista permite recoger más detalles y la información de manera más fiable. Esto es porque, a diferencia de si esperamos al final de la sesión para tomar notas, no se producen distorsiones ocasionadas por la falta de memoria. A pesar de que consideramos, pues, que es mejor tomar notas durante la entrevista, recomendamos:

- Explicar al paciente que tomaremos notas y el motivo por el lo que lo haremos.
- No olvidar al paciente, lo más importante es que se sienta escuchado y que le estamos atendiendo.
- No obsesionarnos con anotar todo lo que el paciente nos dice. Hay que aprender a anotar lo más relevante y de manera muy esquemática para que no dejemos de atender al paciente.

Otros métodos que podemos utilizar para recoger la información que el paciente nos proporciona son los de grabar (en vídeo o audio) las entrevistas. Si se opta por esta alternativa, debe pedirse siempre el consentimiento al paciente.

El hecho de grabar la entrevista permite tener mucha más información que con las notas. No obstante, presenta algunas desventajas, como la de que el paciente puede sentirse incómodo, actuar de manera no natural y no dar toda la información que proporcionaría si no estuviera siendo grabado.

1.6. Habilidades para la entrevista

Una buena entrevista es difícil de definir, ya que su calidad no sólo depende de lo que el psicólogo dice o hace, sino también de su capacidad para mostrar una actitud apropiada.

Mientras que el modelo teórico desde el que trabaja el psicólogo puede influir en el grado de estructuración de una entrevista y las áreas que se trabajan (o información que se pide), se considera que independientemente del modelo del psicólogo las habilidades de éste para hacer la entrevista son esenciales. Así, por ejemplo, saber mostrar una expresión de sinceridad, aceptación, comprensión, interés, calidez y respeto por al paciente es esencial. Aquellos psicólogos que son incapaces de mostrar esta actitud difícilmente conseguirán los objetivos de la entrevista. No obstante, Garret (1974) reconoce que la habilidad para llevar a cabo una entrevista puede ir mejorando con la práctica.

Aunque ya hemos comentado ampliamente las habilidades terapéuticas, a continuación presentamos muy brevemente las habilidades más importantes para una entrevista que facilita al psicólogo alcanzar los objetivos que se plantea con la entrevista.

a) Clima de calidez. Conviene que el psicólogo muestre al paciente actitudes (comportamientos) o sentimientos positivos para con éste y controle las actitudes negativas. Eso se traduce en que el terapeuta ha de ser capaz de transmitir al paciente una actitud auténtica, sincera, honesta, de interés, de comprensión, tolerante y de aceptación incondicional. Y, al mismo tiempo, identificar sus sentimientos negativos para poder controlarlos.

b) Habilidades no verbales. Algunas de las conductas no verbales más apropiadas para hacer una entrevista y que son, tal como destaca Góngora (2005), las tratadas con más frecuencia en programas docentes sobre la entrevista son:

- Utilizar una voz modulada, suave y firme.
- Hacer uso de la expresión facial.
- Mirar con seguridad y directamente a los ojos del paciente (teniendo presente que algunos pacientes se pueden sentir incomodados).
- Asentir de vez en cuando con la cabeza.
- Sonrisas intermitentes.
- Gestos ocasionales con las manos.
- Velocidad moderada del habla.
- Uso intermitente de expresiones como "ajá".
- Cuerpo relajado.
- Postura corporal adecuada y dirigida hacia el paciente.

c) Conocimiento de uno mismo. Es importante que el psicólogo tenga un buen conocimiento de sí mismo para poder identificar y controlar de manera rápida sus sentimientos inapropiados. Las reacciones emocionales negativas pueden interferir en el buen desarrollo de una entrevista si el psicólogo no es capaz de controlarlas.

También es importante que sepa controlar sus expresiones afectivas. Un paciente, por ejemplo, nos puede explicar algo que nos sorprende mucho, pero deberíamos ser capaces de poder disimular esa sorpresa en nuestra expresión facial.

d) Habilidades para preguntar. Es importante que el psicólogo formule las preguntas con atención para que la entrevista no se convierta en simplemente un cuestionario. Algunos aspectos importantes que cabe considerar son:

- Evitar preguntas "por qué". Es aconsejable evitar preguntas del tipo "por qué" ya que provocan una actitud defensiva por parte del paciente. La pregunta "por qué" puede llevar al paciente a pensar que el psicólogo le acusa y/o le critica y consecuentemente obliga al paciente a explicar los motivos de su conducta.
- Combinar preguntas abiertas y cerradas. Es aconsejable formular preguntas abiertas para incitar al paciente a tratar nuevos asuntos. Las preguntas cerradas son adecuadas para pedir información más específica sobre asuntos ya tratados previamente por el paciente, que sirva para ampliar o complementar la información que ya se tiene y para clarificar cualquier punto. Además, no se debe abusar de las preguntas cerradas, ya que si hacemos muchas preguntas cerradas seguidas, el paciente puede interpretar la entrevista como un interrogatorio. La situación ideal es la de combinar preguntas abiertas y cerradas, e ir siguiendo el hilo de lo que el paciente nos va comentando.
- Formular preguntas correctamente. Conviene que el psicólogo formule las preguntas de manera clara e inteligible para el paciente, que formule una sola pregunta en cada momento y se espere a que ésta reciba una respuesta antes de formular una nueva. También hay que señalar que las preguntas han de ser neutras y no inductoras de una determinada respuesta.
- No interrumpir al paciente. No debemos interrumpir al paciente haciendo una nueva pregunta hasta que no haya acabado de presentar la idea que nos estaba explicando. De la misma manera, hemos de dejar a cada paciente el tiempo que necesite para responder a las preguntas que le formulamos. No obstante, tampoco dejaremos al paciente que hable eternamente de temas irrelevantes o de un tema si no aporta más información.

e) Dirigir la entrevista. Conviene que el psicólogo sea capaz de guiar la entrevista, y reconducirla cuando sea necesario para poder alcanzar los objetivos, incluso cuando utiliza estrategias no directivas (p. ej. formulando preguntas abiertas). El paciente no puede dominar la entrevista. No obstante, aunque hayamos preparado un guión para la entrevista y la tengamos que dirigir nosotros, se trata de que los temas vayan surgiendo e ir enlazando las diferentes ideas que van apareciendo. Es decir, quizás el paciente al principio comience a hablar de un tema que nosotros teníamos anotado preguntar más tarde. Esto

no es ningún problema. Lo importante es que consigamos obtener la información que nos interesa pero siguiendo un orden natural a partir de lo que el paciente nos va explicando.

f) Reforzar al paciente. Tenemos que ir reforzando al paciente cuando explique sus problemas; de esta manera estaremos modelando su conducta.

Un caso práctico sobre el refuerzo

Llega a consulta un paciente que tiene dificultades para hablar de sus problemas, ya que es muy introvertido. Llevamos un rato "rompiendo el hielo", hemos hablado de temas como su trabajo, qué es lo que hace en su tiempo libre... pero todavía no hemos hablado de su motivo de consulta. Parece que finalmente quiere empezar a explicar su problema, ya que nos comenta: "Ya puede ver que me cuesta hablar con otras personas... pero lo que más me cuesta es hablar en público..." (el paciente se queda en silencio). El psicólogo responde: "Entiendo que te cueste hablar de tus problemas con un desconocido como yo soy ahora mismo, pero ¡lo estás haciendo muy bien! Recuerda que estoy aquí para ayudarte y todo lo que me expliques quedará entre nosotros".

g) Mantener la interacción. Conviene que el psicólogo escuche activamente al paciente y responda a sus conductas, tanto verbales como no verbales, a lo largo de toda la misma. Esto contribuirá a mantener una interacción fluida entre paciente y psicólogo.

h) Resumir. Es importante que el psicólogo, de vez en cuando, resuma la información que le ha proporcionado el paciente hasta el momento. Esta síntesis sirve para confirmar que el psicólogo está entendiendo correctamente lo que el paciente le comunica, y además da la oportunidad al paciente de revisar lo que él ha explicado previamente, corregirse y añadir cualquier información nueva.

1.7. Errores más frecuentes

La entrevista puede introducir importantes sesgos, especialmente las entrevistas no estructuradas. A continuación se listan algunos aspectos que pueden sesgar la información que se obtiene de una entrevista y, por lo tanto, influir negativamente sobre la validez de la entrevista. Éstos se han organizado en dos apartados, en función de si son sesgos generados por el entrevistador o por el entrevistado.

1.7.1. Sesgos promovidos por el entrevistador

a) Efecto halo. Este efecto se refiere a que el entrevistador puede tener una tendencia a formarse una impresión general de una persona basándose únicamente en una peculiaridad o característica y obviando otras características importantes.

Esto puede llevar a considerar que el paciente es de una determinada manera y no querer ir más allá, perdiendo la posibilidad de hacer una evaluación más cuidadosa.

Ejemplo del efecto halo

Los pacientes que son capaces de expresarse con cordialidad pueden ser percibidos como más competentes o con más salud mental de la que tienen en realidad.

b) Primera impresión. De manera similar, las primeras impresiones pueden influir en los juicios que se hacen más tarde. Puede pasar que el entrevistador haga una inferencia errónea sobre su paciente durante el primer contacto y a partir de entonces el objetivo de la entrevista vaya únicamente dirigido a obtener información para confirmar la inferencia inicial.

Ejemplo de un sesgo a partir de las primeras impresiones

Una mala apariencia física puede llevar al entrevistador a sacar conclusiones erróneas precipitadas. Éstas pueden hacer que después, a lo largo de la entrevista, vaya buscando indicios para confirmar la conclusión.

c) Error lógico. También, de manera similar al efecto halo, una característica específica del paciente puede llevar al entrevistador a juzgar otras características que él incorrectamente considera que están relacionadas con aquélla haciendo uso de su lógica.

Ejemplo de error lógico

Un paciente presenta dos síntomas característicos de una depresión: falta de hambre e insomnio. El psicólogo, con la lógica, puede relacionar estos dos síntomas con la depresión y centrar equivocadamente la entrevista a buscar indicios de este problema.

d) Atribución de la causa. El entrevistador puede inferir de manera subjetiva los motivos de la conducta del paciente basándose únicamente en impresiones personales.

e) Error de generosidad. El entrevistador puede ser demasiado "generoso" con el paciente y evaluar una conducta de manera más positiva de lo que en realidad es.

Ejemplo de error de generosidad

El psicólogo puede magnificar la conducta adecuada de un paciente y minimizar las conductas inadecuadas.

Son muchos más los errores posibles que el entrevistador puede cometer durante la entrevista. Además de los ya presentados previamente, otros errores importantes son: utilizar a lo largo de la entrevista de manera no apropiada los reforzamientos o no utilizarlos (debe tenerse en cuenta que es importante el psicólogo regule la conducta del paciente proporcionando contingencias positivas a las buenas conductas y contingencias negativas a las conductas no apropiadas), permitir que el paciente dirija la entrevista, adoptar una actitud totalmente inflexible, bombardear al paciente con varias preguntas al mismo tiempo, adoptar una actitud pasiva y evitar tratar áreas que generan angustia al paciente.

Actividad. Evitar conflictos durante la terapia

Hemos visto algunas habilidades para hacer entrevistas y algunos errores frecuentes. Teniendo presentes también las habilidades y las situaciones problemáticas tratadas en el módulo "La evaluación en psicología clínica y de la salud: aspectos prácticos", reflexionad sobre el entrenamiento necesario para la evaluación en psicología clínica y de la salud y qué estrategias podéis seguir para evitar los errores o situaciones conflictivas. Comentad y comparad vuestras reflexiones con las de los compañeros del aula.

1.7.2. Sesgos promovidos por el entrevistado

Uno de los sesgos que puede introducir el entrevistado es el de presentar una imagen favorable de sí mismo, distorsionando de alguna manera su realidad. Esto se puede dar sobre todo en los primeros momentos, ya que para el paciente puede ser difícil mostrarse tal como es ante un "desconocido". Por eso es muy importante que no nos dejemos llevar por la primera impresión y valoremos de la manera más objetiva posible al paciente durante todo el proceso.

Otro sesgo que se puede dar es que el entrevistado proporcione al psicólogo informes retrospectivos inexactos. Este error es más típico que pase cuando se pide información al paciente de tipo psicosocial (por ejemplo, conflictos familiares, inicio de los síntomas psiquiátricos) que cuando se pide información, por ejemplo, sobre cambios de lugar de residencia y adquisición de habilidades (por ejemplo, la lectura).

Por lo tanto, el entrevistador debería estar continuamente cuestionándose su particular estilo, sus actitudes y sus expectativas, ya que pueden comprometer la validez de la entrevista.

1.8. Virtudes y problemas de la entrevista clínica

Las principales virtudes de la entrevista, como instrumento de recogida de datos, son las siguientes:

- Tiene un coste relativamente bajo.
- Permite recoger tanto la conducta verbal como la no verbal.
- Es flexible.
- Se puede realizar en muchos lugares.

No obstante, la entrevista no está exenta de problemas. Entre los más importantes podemos destacar:

- El soporte teórico y metodológico de la entrevista es a veces escaso.
- La formación en entrevista de los psicólogos es a menudo escasa.
- La entrevista se basa, como otros instrumentos de recogida de datos, en relatos de la persona, y la persona entrevistada narra su percepción, que a veces puede no corresponder con la realidad. Por otra parte, es posible que el paciente no esté siempre atento a cómo suceden los hechos, y le

puede resultar complicado explicar los hechos al psicólogo. Así, Goldfried y Davidson (1976) apuntan que a menudo las conductas relevantes implican respuestas superaprendidas, es decir, no percibidas por el paciente. Por otra parte, una misma información puede ser interpretada de manera diferente por el psicólogo y el paciente y por este motivo se pueden producir distorsiones.

La entrevista clínica

Con respecto a la entrevista clínica, podemos reseñar las características que a continuación se especifican:

- Es el instrumento fundamental del proceso de evaluación en psicología clínica y de la salud.
- Podemos diferenciar las entrevistas en función de su grado de estructuración.
- Para desarrollar una buena entrevista debemos prepararla previamente y adaptarla a las características del paciente. Conviene siempre presentar al paciente qué se hará en la consulta y cómo se hará.
- Para recoger información, es recomendable formular primero preguntas abiertas y después más cerradas.
- Conviene resumir de vez en cuando la información aportada por el paciente, y finalizar la entrevista con una síntesis.
- Es aconsejable tomar nota durante el transcurso de la entrevista.
- El éxito de la entrevista depende en gran parte de las habilidades para entrevistar; estas habilidades se pueden aprender y mejorar con la práctica.
- En el transcurso de una entrevista se pueden producir errores, tanto por parte del entrevistador como del entrevistado.
- La entrevista tiene algunas ventajas pero también algunos inconvenientes en comparación a otros instrumentos de evaluación.

2. Sistemas de clasificación e instrumentos diagnósticos generales

Tal como hemos ido comentado durante todos los materiales y en el apartado precedente, creemos que el instrumento más relevante para la evaluación psicológica es la entrevista clínica combinada con otros instrumentos para perfilar la información obtenida en el caso de que se estime oportuno. A pesar de ello, es muy importante, en el proceso de evaluación, tener presentes los criterios de clasificación que nos pueden ayudar a diagnosticar y a delimitar los problemas de los pacientes. Por este motivo en este apartado ofrecemos un resumen muy breve de las características de los dos sistemas de clasificación que se utilizan más frecuentemente en nuestro ámbito: el DSM (el sistema de clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría, APA) y la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades, de la Organización Mundial de la Salud, OMS) y os recomendamos la revisión de estos sistemas.

También, aunque no es indispensable su utilización, comentamos en este apartado algunos instrumentos diagnósticos generales. En concreto, presentamos entrevistas estructuradas basadas en los sistemas de clasificación, cuestionarios basados en los sistemas de clasificación y otros cuestionarios diagnósticos generales no basados en los sistemas de clasificación. Todos estos instrumentos, y los sistemas de clasificación, pueden ser muy útiles cuando la finalidad de la evaluación es sólo establecer el diagnóstico del paciente (por ejemplo en un peritaje judicial). No obstante, cuando el objetivo es hacer una evaluación enmarcada dentro del proceso de evaluación e intervención deberemos utilizar otras estrategias y procedimientos, siendo en este caso los instrumentos diagnósticos generales un punto de partida o un complemento.

2.1. Los sistemas de clasificación: una breve introducción

La primera categorización que se hizo de los trastornos mentales fue en Estados Unidos en el censo de 1840. En ésta sólo aparecía el diagnóstico de "idiotia" (locura) para agrupar todos los trastornos mentales. Afortunadamente los sistemas de clasificación han evolucionado, y actualmente encontramos un amplio abanico de trastornos mentales que están categorizados y descritos en los sistemas de clasificación actuales.

Los sistemas de clasificación nos ayudan a utilizar un lenguaje común de las diferentes enfermedades mentales ofreciendo descripciones claras de las categorías diagnósticas para facilitar a los clínicos e investigadores el diagnóstico, la comunicación, el estudio y la atención a las personas con diversos trastornos mentales.

Como dice J. B. W. Williams (1996), los sistemas de clasificación diagnóstica tiene tres propósitos generales, así como muchas funciones específicas de tipo clínico, administrativo, legal y científico. El primer propósito es el de aportarnos un lenguaje con el que todos los profesionales de la salud nos podamos comunicar. El segundo es estudiar la historia natural de un trastorno en particular y desarrollar un tratamiento eficaz. El último es el de potenciar la comprensión de las distintas causas de los trastornos mentales. Asimismo, los sistemas de clasificación nos ayudan a "ordenar los conocimientos". Para cumplir estas funciones, deben ser fiables, válidos, han de permitir clasificar todos los trastornos y tienen que ser sencillos de usar.

2.2. Tipos de sistemas de clasificación

Algunos autores (Muñoz, 2003; Barlow et al., 1999, entre otros) diferencian tres tipos de sistemas de clasificación: los **sistemas categoriales**, los **dimensionales** y los **prototípicos**.

Como **sistemas categoriales** entendemos los basados en la concepción de Kraepelin de los trastornos mentales. Según este autor, cada trastorno tiene una causa biológica y unas características diferentes, y por lo tanto cada trastorno es diferente del otro. Como cada trastorno es diferente a los otros (tiene causas y características diferentes), hay un conjunto de criterios específicos que deben darse (todos) para definir la categoría. Por lo tanto, un diagnóstico concreto estará formado por un conjunto de criterios específicos y, para poder afirmar que un sujeto presenta la categoría, deberá presentar todos los criterios.

Los **sistemas dimensionales**, a diferencia de los anteriores, son aquellos que permiten clasificar los trastornos mentales de una manera más cuantitativa aplicando técnicas estadísticas, identificando así perfiles dimensionales de cada diagnóstico. Un grupo de síntomas forman una dimensión o un continuo dentro del cual las personas tienen su posición, en cambio en el sistema categorial la persona tiene el trastorno (si presenta todos los criterios que definen una categoría) o no lo tiene. Como veremos posteriormente, el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*, MMPI (Starke, Hataway y McKinley, 1930) es un ejemplo de instrumento elaborado desde esta perspectiva.

Diferencias entre sistemas categoriales y dimensionales

Supongamos que disponemos de un sistema de clasificación categorial en el que se define la depresión por los siguientes criterios: estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, disminución del interés o de la capacidad de disfrutar en las actividades, sensación de fatiga y disminución de la capacidad para pensar. Podríamos decir que un sujeto tiene depresión si cumple todos los síntomas descritos.

En cambio, un sistema dimensional definiría la depresión como un *continuum* en el que todos nos podemos ubicar. Podríamos, por ejemplo, a partir de un hipotético instrumento de medición, establecer un *continuum* de 0 (no depresión) a 100 (depresión extrema). Los más próximos al 100 tendrían más dificultades.

Y finalmente los **sistemas prototípicos** serían una combinación de los anteriores sistemas (el categorial y el dimensional). En efecto, como dice Barlow (1999), los sistemas prototípicos son un método categórico pero con la variante que combina algunas de las características de los otros sistemas. En este sistema de clasificación se identifican unos síntomas básicos para cada diagnóstico y otros optativos. De esta manera, es como si se estableciera un prototipo para cada diagnóstico pero no es necesario que se cumplan estrictamente todos los criterios.

Aunque en la introducción del DSM-IV-TR (*Diagnostic Statistical Manual of Mental Diseases*, cuarta edición revisada) se define el manual como un sistema categórico, varios autores lo consideran como un sistema prototípico ya que presenta una serie de síntomas básicos y otros optativos (vegeu, per exemple, Muñoz, 2003; Barlow *et al.*, 1999). Para estos autores también la CIE (Clasificación Internacional de Enfermedades) sería también un sistema prototípico.

Siguiendo a Muñoz (2003), los sistemas de clasificación prototípicos presentan unas ventajas en comparación con los otros:

- Facilitan la comunicación entre profesionales.
- Se utilizan muy frecuentemente en las investigaciones epidemiológicas y en la investigación clínica (psicopatología, evaluación y tratamiento).
- Ayudan a sistematizar y hacen de guía heurística de evaluación y tratamientos.
- Ayudan a la formulación clínica.
- Facilitan la comparación de la efectividad de diferentes tratamientos para el mismo trastorno.

En contraposición, Muñoz señala algunas dificultades de estos sistemas:

- Dificultad en la graduación de los trastornos.
- Falta de teoría.
- Son poco claros en los casos difíciles.
- Existe la posibilidad de presentar dobles o triples diagnósticos.
- Pueden llevar a la "psiquiatrización" de algunos problemas (por ejemplo, problemas de relaciones personales).

2.3. Los sistemas de clasificación actuales más utilizados: el DSM-IV-TR y CIE-10

A continuación hacemos un resumen de las principales características de los dos sistemas de clasificación actuales más utilizados, el DSM-IV-TR y la CIE-10.

2.3.1. DSM-IV-TR, Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales

La primera versión del manual diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) se publicó en 1952. No obstante, hasta la creación del DSM-III (1980), liderado por Spitzer y publicado por la APA (Sociedad Americana de Psiquiatría), el DSM no fue un sistema de clasificación similar al que hay actualmente. En esta edición, el DSM-III, ya se detallaba con criterios más específicos cada trastorno en función de los hechos y no de las causas. De esta manera cada trastorno tenía unos criterios propios y no se dejaba influir por las distintas teorías de los diferentes modelos teóricos. Según Miller et al. (2001), en las versiones anteriores (DSM-I y DSM-II) la concepción predominante era la de hacer una descripción de las enfermedades hechas por observadores "subjetivos", definiendo los síndromes como reacciones psicológicas.

Las distintas actualizaciones (DSM-IV, DSM-IV-R...) han hecho que los sistemas de clasificación se vayan adaptando a todos los hallazgos de las diferentes investigaciones que se han ido realizando, hasta llegar a la última versión, creada en el 2000, que es el DSM-IV-TR.

Esta nueva versión, al igual que las otras a partir del DSM-III, presenta las siguientes propiedades:

a) Posee criterios diagnósticos operacionales. El DSM, dentro de cada categoría diagnóstica, presenta criterios definidos de forma operacional, tanto de inclusión como de exclusión, que permiten evaluar la pertenencia o no a una categoría diagnóstica. Dentro de cada categoría diagnóstica se presenta un listado de criterios de los que se tiene que cumplir un número determinado, pero no todos, para hacer el diagnóstico.

b) Es un sistema jerárquico. Las categorías diagnósticas se ordenan jerárquicamente teniendo en cuenta que algunos síntomas de algunos trastornos también aparecen en otros trastornos. Por ejemplo, un trastorno depresivo debido a una enfermedad médica se clasificaría con este diagnóstico y no se diagnosticaría como una depresión, ya que jerárquicamente la clasificación de trastorno depresivo debido a una enfermedad médica ya contiene los síntomas de un trastorno depresivo. Otro ejemplo que explica esta concepción jerárquica es un paciente que presenta esquizofrenia con trastornos depresivos. En este caso no habría que hacer un diagnóstico de depresión, ya que dentro del diagnóstico de esquizofrenia ya se asocian los síntomas depresivos.

Ved también

Revisad los materiales de las asignaturas *Psicopatología infantil y Psicopatología de adultos*, en los que encontraréis información completa de los diferentes trastornos y sistemas de clasificación. También podéis revisar los manuales de cada uno de los sistemas de clasificación y las web que os indicamos más adelante, en los apartados 2.3.1 y 2.3.2.

c) **Es un sistema descriptivo.** Los parámetros que definen cada entidad diagnóstica se basan en características descriptivas de la enfermedad sin basarse en ningún marco teórico concreto.

d) **Es multiaxial.** No se limita a proporcionar diagnósticos clínicos (como "depresión" o "ansiedad"), sino que además también recoge información de otras áreas fundamentales (enfermedades médicas, dificultades ambientales...) en los otros ejes. De esta manera se evalúa al paciente teniendo en cuenta varios factores que pueden estar interrelacionados y que afectan al estado del individuo. Específicamente, el DSM-IV-TR, al igual que las versiones hechas a partir del DSM-III, incluyen cinco ejes. Muy brevemente, estos ejes son:

- **Eje I. Síndromes clínicos y otras condiciones que pueden requerir atención clínica.** En este eje se incluyen todos los trastornos mentales que contiene el manual, excepto los trastornos de personalidad y el retraso mental. Específicamente, los trastornos incluidos en el eje 1 son: 1) delirio, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognitivos; 2) trastornos mentales debidos a enfermedad médica no clasificados en otros apartados; 3) trastornos relacionados con sustancias; 4) esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; 5) trastornos del estado de ánimo; 6) trastornos de ansiedad; 7) trastornos somatomorfos; 8) trastornos facticios; 9) trastornos disociativos; 10) trastornos sexuales y de la identidad sexual; 11) trastornos de la conducta alimentaria; 12) trastornos del sueño; 13) trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados; 14) trastornos adaptativos y 15) trastornos de la personalidad.

Una persona puede tener más de uno de estos diagnósticos y deben codificarse todos los que presente. El principal motivo de consulta se puede llamar diagnóstico principal, aunque habrá que valorar si el motivo de consulta es realmente el principal problema del paciente.

- **Eje II. Trastornos de la personalidad. Deficiencia mental.** En este eje se incluyen los trastornos de la personalidad y el retraso mental (incluido en el apartado de trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia).
- **Eje III. Condiciones médicas generales.** En este eje se describen y se clasifican los posibles problemas médicos que puede presentar el paciente. Y se utilizan los códigos que la OMS (Organización Mundial de la Salud) ha creado para las enfermedades médicas.
- **Eje IV. Problemas ambientales y psicosociales.** Aquí se incluyen los acontecimientos vitales que el paciente haya podido sufrir en torno a problemas relativos al grupo primario de apoyo, problemas relativos al ambiente social, problemas relativos a la enseñanza, problemas laborales, problemas de vivienda, problemas económicos, problemas de acceso a los servicios de asistencia sanitaria, problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen y otros problemas psicosociales y ambientales.

- **Eje V. Evaluación del funcionamiento global.** Por este eje se administra una escala de adaptación y funcionamiento que es la EEAG (Escala de Evaluación de la Actividad Global). En dicha escala se considera la actividad psicológica, social y laboral a lo largo de un hipotético continuo de salud-enfermedad. En concreto, se otorga una puntuación al estado del paciente entre 100 (sin problemas y con una adaptación óptima) y 0 (peligro inminente de suicidio o completa incapacidad). En este eje no deben incluirse alteraciones de la actividad debidas a limitaciones físicas ni ambientales. Podéis ver el funcionamiento de esta escala y de los otros ejes en el siguiente enlace: [Escala de evaluación de la actividad global \(EEAG\)](#). A continuación presentamos un ejemplo para que veáis cómo se realiza el diagnóstico con el DSM-IV-TR.

Un ejemplo de diagnóstico con DSM-IV-TR

Un paciente llega a consulta y nos explica que ha tenido tres episodios de ataques de angustia (palpitaciones, temblores, sudoración, miedo a morir y desrealización) en el último mes. Estos episodios han aparecido en distintas situaciones (en el metro, en casa y en el ascensor) y hacen que esté en un estado de angustia por el miedo a que le vuelva a suceder pero continúa cogiendo el metro, el ascensor... Tiene comportamientos de inhibición social, evitando estar en contacto con otras personas por miedo a ser evaluado negativamente. Tiene dificultades para establecer relaciones ya que las evita, se ve inferior a los demás y tiene un miedo excesivo a ser criticado y a no gustar. El paciente hace dos años que está en el paro y refiere que cuando era pequeño le diagnosticaron dermatitis atópica.

A partir de los datos recogidos durante la entrevista, podemos hacer el siguiente diagnóstico del sujeto basado en el DSM-IV-TR:

- **Eje I:** F41.0: Trastorno de angustia sin agorafobia [300.01].
- **Eje II:** F60.6: Trastorno de la personalidad por evitación [301.82].
- **Eje III:** L20: Dermatitis atópica.
- **Eje IV:** en el paro.
- **Eje V:** EEAG=41.

En este ejemplo ya podemos ver que se utilizan unos códigos para cada trastorno. En el eje I y el II los códigos que tienen la F al principio (F41.0 y F.60.6 en este ejemplo) son los códigos que indica la CIE-10 para estos trastornos. Los números que están entre corchetes (300.01 y 301.82 en nuestro ejemplo) son los códigos que el DSM-IV-TR da para estos trastornos. Como vemos en los dos manuales, son los mismos trastornos pero cada uno le asigna un código diferente. Esta correspondencia la podemos encontrar en el manual del DSM-IV-TR, donde hay un apéndice que relaciona los diferentes códigos del DSM-IV-TR con los códigos de la CIE-10.

En el eje III, como ya hemos dicho anteriormente, se utilizan los códigos de la CIE-10, ya que el DSM-IV-TR no clasifica las enfermedades médicas. Y finalmente en los ejes IV y V no se presentan códigos. En el eje IV citamos los problemas sociales y ambientales que sufre el paciente siguiendo el etiquetado que hace el manual. Y en el último eje (el V) ponemos el resultado que ha obtenido en el EEAG, que en nuestro ejemplo correspondería a una puntuación de 41: "síntomas graves o cualquier alteración grave de la actividad social, laboral o escolar".

Por último, cabe destacar que el DSM-IV-TR describe de cada trastorno la siguiente información:

- Las características diagnósticas.
- Los subtipos y /o especificaciones.
- El procedimiento de tipificación.
- Los síntomas y trastornos asociados.
- Los síntomas dependientes de la cultura, edad y sexo.

- La prevalencia.
- El curso.
- El patrón familiar.
- El diagnóstico diferencial.
- La relación con los criterios diagnósticos de la CIM-10.

2.3.2. CIE-10, Clasificación Internacional de las Enfermedades

La CIE-10 es la clasificación europea creada por la OMS (la Organización Mundial de la Salud) que clasifica tanto las enfermedades médicas como las enfermedades mentales. Aunque nuestro sistema de referencia es el DSM-IV-TR, es interesante también conocer las propiedades de la CIE-10 ya que es muy utilizada, sobre todo en estudios epidemiológicos.

De manera similar al DSM-IV-TR, la CIE-10 ofrece una descripción de los criterios, el diagnóstico diferencial y los principales síntomas. Este sistema, al igual que el DSM-IV-TR, es multiaxial, pero a diferencia del sistema de clasificación de la APA sólo tiene tres ejes. Brevemente, el contenido de estos ejes es el siguiente:

1) Eje I. Diagnóstico clínico

Aquí se incluyen todo tipo de trastornos ya sean mentales o enfermedades médicas para hacer un diagnóstico global. En total hay 22 capítulos, situándose las enfermedades mentales en el capítulo 5.

En concreto, las categorías de enfermedades mentales que se incluyen en el capítulo 5 son las que se presentan a continuación:

- Trastornos mentales orgánicos.
- Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas.
- Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes.
- Trastornos del estado de ánimo.
- Trastornos neuróticos, trastornos secundarios a situaciones estresantes y trastornos somatomorfos.
- Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.
- Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.
- Retraso mental.
- Trastornos del desarrollo psicológico.
- Trastornos del comportamiento y de las emociones de inicio habitual en la infancia y la adolescencia.
- Trastorno mental sin especificación.

Enllaços recomanat

Podéis encontrar esta clasificación en la web de la OMS <http://www.who.int/classifications/icd/en/index.html>. En esta web, además de la clasificación, podréis encontrar un manual para su utilización.

En la siguiente web también podéis encontrar la clasificación de los trastornos mentales en castellano: <http://www.psicoactiva.com/cie10/cie1.htm>.

Para cada una de las categorías hay subcategorías que describen cada una de las enfermedades mentales específicas. Por ejemplo, encontramos que dentro de la categoría "trastornos neuróticos, trastornos secundarios a situaciones estresantes y trastornos somatomorfos" hay distintos diagnósticos específicos como: F41.0: trastorno de pánico, F41.1: trastorno de ansiedad generalizada y F41.2: trastorno mixto de ansiedad y depresión.

2) Eje II. Discapacidad

Este eje se utiliza para evaluar la discapacidad funcional. Con este objetivo se evalúan las siguientes áreas:

- Cuidado personal: mantenimiento de la higiene, salud física, hábitos alimentarios, pertenencias y espacio vital.
- Funcionamiento ocupacional (actividades remuneradas, de estudio o domésticas): adecuación a la disciplina necesaria, calidad de la ejecución y motivación para mantenerse en la tarea.
- Funcionamiento en la familia (participación en la vida familiar y de pareja). Dentro de esta área se diferencia:
 - Rol marital: comunicación con la pareja, capacidad para mostrar afecto y preocupación por el otro y grado en que la pareja se siente apoyada.
 - Rol parental: tareas básicas para el cuidado de los niños, preocupación, cuidado y afecto mostrado hacia los hijos y su bienestar y su futuro, y abuso de la autoridad parental con efectos adversos para los hijos.
 - Participación en tareas domésticas: tareas que ayudan a la vida familiar como grupo social y tareas y participación en actividades domésticas.
- Comportamiento social en general (relación con los otros miembros de la comunidad y actividades sociales): cómo responde a las demandas sociales, relación con aquellos que no gustan al paciente, calidad y cantidad de contactos con amigos y otros y participación en actividades de ocio y de placer.

3) Eje III. Factores ambientales y circunstanciales

Aquí deben anotarse los factores que han contribuido o contribuyen a la ocurrencia, curso... de los trastornos citados en el eje I. Se anotarían los factores que han tenido una gran relevancia y que han influenciado significativamente en el paciente, como podría ser la muerte de una persona que está en la base de un trastorno depresivo.

La CIE-10 facilita la siguiente lista de factores ambientales y circunstanciales que se tiene que considerar:

- Problemas relacionados con acontecimientos negativos en la infancia y en el desarrollo: pérdida de una relación amorosa (de una relación importante para el niño, por muerte o desaparición permanente), alejamiento del hogar (involuntario, por hospitalización u otro tipo), acontecimientos que resultan en pérdida de la autoestima (estigmatización, experiencias humillantes), abuso físico, experiencia aterradora, control parental inadecuado, sobreprotección parental, desarrollo en una institución, rechazo emocional y otros problemas (pocas oportunidades de aprendizaje, de juego...).
- Problemas relacionados con la educación: analfabetismo total o parcial, dificultades en la escolarización, fracaso escolar e inadaptación escolar.
- Problemas relacionados con el grupo primario de apoyo: problemas con la pareja, problemas con los padres y/o suegros, apoyo familiar inadecuado, ausencia de un miembro de la familia, desaparición o muerte de un miembro de la familia, separación o divorcio, tener un pariente con dependencia y necesidad de atención en casa, situación familiar atípica y otras situaciones estresantes.
- Problemas relacionados con el ambiente social: vivir solo, dificultades de adaptación cultural, rechazo social y discriminación y/o persecución racial, religiosa...
- Problemas relacionados con la vivienda y la economía.
- Problemas relacionados con el trabajo y el desempleo.
- Problemas relacionados con el ambiente físico.
- Problemas relacionados con ciertas circunstancias psicosociales: embarazo no deseado, problemas derivados del número excesivo de hijos y problemas derivados de los sistemas de apoyo social.
- Problemas relacionados con la ley: convicto sin encarcelar, encarcelamiento o procedimientos civiles, víctima de un crimen, terrorismo o tortura, y víctima de catástrofes humanas (guerra, desastres...).
- Problemas relacionados con la historia familiar de trastornos: historia familiar de trastornos mentales o de comportamiento e historia familiar de trastornos físicos, crónicos o discapacidades.
- Estilo de vida y afrontamiento de los problemas: uso excesivo de sustancias (sin adicción), falta de ejercicio físico, hábitos alimenticios inadecuados.

dos, conducta sexual de alto riesgo y otros (*burn-out*, falta de relajación y actividades de placer, estrés y falta de habilidades sociales).

Las funciones de los sistemas de clasificación diagnóstica y las ventajas de su utilización son:

- Son útiles para la investigación, ya que permiten la estandarización y seguir criterios comunes en investigación.
- Permiten una comunicación interprofesional efectiva.
- En los inicios de la profesión pueden ser útiles, ya que facilitan unas pautas muy claras para el diagnóstico.
- Pueden ser útiles en los casos en los que tengamos dificultades para encontrar cuáles son los problemas principales de los pacientes.
- Ayudan a conocer los síntomas que con mayor probabilidad pueden darse en cada uno de los diferentes síndromes.
- Facilitan el avance de la clasificación de los trastornos mentales.
- Al no nombrar la etiología de los trastornos, facilitan la comunicación entre los distintos profesionales de diferentes corrientes teóricas.
- Los criterios diagnósticos están formulados de manera muy sencilla y clara, incluyendo gran cantidad de información.

Como posibles riesgos derivados de su utilización, podemos destacar los siguientes:

- El objetivo de la evaluación en psicología clínica y de la salud es, en la mayoría de los casos, conocer a la persona y sus problemas para planear y realizar una intervención. En este sentido, lo más importante es una evaluación exhaustiva de la persona y no tanto obtener una etiqueta diagnóstica.
- Las etiquetas diagnósticas pueden ser útiles para el trabajo con varios profesionales, pero en muchas ocasiones pueden ser perjudiciales para los pacientes.
- Nos encontramos con muchos usuarios que no cumplen los criterios diagnósticos para ninguno de los trastornos especificados. Si los clasificamos siguiendo los criterios de los sistemas de clasificación, se etiquetarían dentro de los trastornos "no especificados", construyendo así un cajón de sastre.
- Pueden hacer que nos centremos sólo en el diagnóstico y no valorar los factores que pueden estar manteniendo los síntomas.
- El mismo diagnóstico puede aplicarse a personas con diferentes conductas y podemos caer en el error de hacer una intervención similar sin tener en cuenta otras variables como pueden ser la personalidad y las variables que mantienen la problemática.
- Cuando formulamos un diagnóstico, el paciente puede buscar información en fuentes no fiables e intentar resolver por sí mismo sus problemas (por ejemplo, puede encontrar que una de las técnicas

para las crisis de angustia es respirar en una bolsa y lo intente hacer a solas sin tener en cuenta otras variables).

Por último, os damos algunos consejos prácticos para su utilización:

- Utilizad los sistemas diagnósticos si lo estimáis oportuno, pero no como único instrumento de evaluación.
- Tened mucho cuidado con la estigmatización que pueden provocar las etiquetas diagnósticas.
- Revisad los diagnósticos diferenciales que se utilizan para cada trastorno: será muy útil para la diferenciación de trastornos que tienen síntomas similares (por ejemplo, trastorno depresivo mayor y trastorno distímico).
- Cuando se asigna un diagnóstico hay que formular hipótesis sobre las distintas variables que pueden estar manteniendo el problema y no se debe etiquetar de la misma manera a cada paciente que presente el mismo trastorno sin tener en cuenta otras variables.
- Haced un diagnóstico de una manera multiaxial, teniendo en cuenta los diferentes ejes. De esta manera evaluaréis al paciente de una forma más global.
- Utilizad las nuevas versiones de las clasificaciones.
- Si hacéis un informe para otro profesional del sector (psicólogo, psiquiatra...) utilizad los códigos y el diagnóstico; no hace falta que describáis los síntomas, ya que quedan incluidos en el diagnóstico.

2.4. Entrevistas estructuradas basadas en los sistemas de clasificación

Una vez abordados los principales sistemas de clasificación, presentamos brevemente las características de las principales entrevistas estructuradas de las que disponemos. Éstas generalmente se han elaborado siguiendo los criterios de los sistemas de clasificación descritos. Por lo tanto, contienen unas preguntas que el entrevistador ha de ir realizando para determinar si se cumplen los criterios necesarios para llegar a un determinado diagnóstico.

Las más utilizadas son la CIDI (*Compositive International Diagnostic Interview*), la SCDI (*Clinical Interview for DSM-III-R*) y la PRIME-MD/PHQ (*The Primary Care Evaluation of Mental Disorders*). Estas entrevistas tienen en común que son estructuradas, facilitando una guía de preguntas al entrevistador. De las tres entrevistas, la CIDI sería una entrevista estructurada y las otras dos (SCID y PRIME-MD/PHQ) también serían estructuradas pero no tan estrictas como la CIDI.

Entre las principales ventajas de este tipo de entrevistas, están que aumentan la fiabilidad con la que se realizan los diagnósticos, facilitan la anotación de síntomas específicos y ayudan a hacer diagnósticos fiables. No obstante, co-

mo principal desventaja, hay que decir que son poco flexibles y que pueden pasar por alto aspectos que no están detallados en la entrevista pero que son importantes para el paciente. A continuación describimos brevemente estas tres entrevistas y una que se ha creado específicamente para relación infantil.

a) CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*). La CIDI (OMS, 1992) es una entrevista estructurada, muy utilizada en estudios epidemiológicos, que permite obtener diagnósticos basados en el DSM y en la CIE. Fue creada por la OMS, al igual que el sistema de clasificación CIE, y el Instituto de Drogas y Alcohol de los Estados Unidos (ADAMHA), a partir de la entrevista DIS (*Diagnostic Interview Schedule*, 1981). Actualmente la versión que se utiliza, siguiendo las últimas versiones de los sistemas de clasificación, es la CIDI 3.0.

La entrevista se estructura en módulos y facilita preguntas para que el profesional pueda evaluar la presencia de los trastornos del eje I. Se puede utilizar la CIDI con diferentes referentes temporales que permiten evaluar la presencia de trastornos en diferentes espacios temporales. En concreto, se puede hacer la entrevista en referencia a toda la vida, durante los últimos doce meses y durante los últimos treinta días (para hacer el diagnóstico actual).

Esta entrevista permite realizar 17 diagnósticos generales y 6 secundarios. Para llegar a estos diagnósticos, la entrevista se divide en las siguientes secciones:

- Datos demográficos.
- Trastornos debidos al consumo de tabaco.
- Trastornos somatomorfos y disociativos.
- Trastornos fóbicos y otros trastornos de ansiedad.
- Trastornos depresivos y trastorno distímico.
- Episodio maníaco y trastorno afectivo bipolar.
- Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- Trastornos de la conducta alimenticia.
- Trastornos debidos al consumo de alcohol.
- Trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de estrés postraumático.
- Trastornos debidos al consumo de sustancias psicotrópicas.
- Demencia, amnesia y otros trastornos cognitivos.
- Observaciones del entrevistador.
- Evaluación del entrevistador.

En cada una de estas secciones se incluyen preguntas que el entrevistador debe hacer al paciente sobre síntomas relacionados con trastornos mentales. El entrevistador, a partir de las respuestas del paciente, ha de otorgar una de las siguientes categorías: ausente, presente en un nivel subclínico, presente pero debido al consumo de sustancias, presente pero debido a una causa orgánica y claramente presente. Además, la entrevista está creada de una manera modular que permite obviar algunas preguntas si se ve que no se cumplen los

criterios para un módulo. En cambio, cuando los pacientes indican que presentan algunos de los síntomas sobre los que se les pregunta, se les plantean preguntas adicionales para obtener una descripción más detallada.

Esta entrevista está disponible tanto en versión papel como informatizada. La segunda es más fácil de administrar, pero aun así para la utilización de esta entrevista hace falta un entrenamiento específico.

b) SCID (*Structured Clinical Interview for DSM*). La SCID (Spitzer et al., 1987), está formada por un cuestionario que debe responder el paciente y una entrevista estructurada que en su versión original estaba basada en los criterios del DSM-III. De manera similar a la CIDI, la entrevista tiene una pauta de lo que el entrevistador ha de ir preguntando.

Esta entrevista también está construida de manera modular, y las preguntas permiten pasar a la sección siguiente en el caso de que el paciente no presente la sintomatología correspondiente a un diagnóstico. Es más utilizada en el ámbito clínico que la anterior, que, como hemos comentado, se utiliza básicamente en estudios epidemiológicos.

Hay varias versiones de la SCID:

- **SCID-I.** Evalúa básicamente la presencia de los trastornos más frecuentes del eje I del DSM-IV. Dentro de la SCID-I hay también distintas versiones de la entrevista, tanto para la investigación como para la clínica. Específicamente, para la investigación se dispone de tres versiones de la SCID-I:
 - SCID-I/P: permite evaluar los trastornos del eje I en pacientes psiquiátricos.
 - SCID-I/OP: permite evaluar los trastornos del eje I en pacientes psiquiátricos externos.
 - SCID-I/NP: permite evaluar los trastornos del eje I en personas no identificadas como pacientes psiquiátricos.La versión clínica de la SCID-I (SCID-I/CV) es esencialmente igual que la de investigación pero más sencilla y más breve que las versiones para la investigación.
- **SCID-II.** Permite evaluar los 11 trastornos de la personalidad (eje II) que incluye el DSM-IV. En esta versión el paciente debe contestar previamente a un cuestionario. El tiempo para completar este cuestionario es de 20 minutos, aproximadamente. Después, el clínico formula las preguntas delimitadas por la entrevista sólo referidas a los síntomas identificados con el cuestionario.

c) **PRIME-MD. (*Primary Care Evaluation of Mental Disorders*)** (Spitzer et al., 1994). Esta entrevista es una simplificación de la anterior para ser utilizada en atención primaria. Consta de dos fases: primero el paciente contesta a un cuestionario de 25 ítems que es muy similar al PHQ (*Patient Health Questionnaire*), que describimos más adelante. En función de las respuestas, el entrevistador formula las preguntas de la entrevista dirigidas a evaluar con más detalle los síntomas detectados con el cuestionario contestado por el paciente. En concreto, con la entrevista se puede profundizar más en los diagnósticos de las cinco categorías que se evalúan: trastorno del estado de ánimo, ansiedad, trastornos somatomorfos, trastornos de alimentación y trastornos por sustancias. Dentro de estas categorías diagnósticas se puede llegar a un total de 16 diagnósticos específicos.

d) **DICA. (*Diagnostic Interview for Children and Adolescents*)**. También se han creado entrevistas estructuradas para niños y adolescentes. En este sentido, una de las más utilizadas es la DICA (1975), que se basa en los criterios del DSM. La versión en español de la DICA se llama "Entrevista Diagnóstica para Niños y Adolescentes" (EDNA). Esta versión está basada en los criterios del DSM-IV.

La versión española de la DICA

La Unidad de Epidemiología y de Diagnóstico en Psicopatología del Desarrollo de la Universidad Autónoma de Barcelona ha estado trabajando en la versión española de la entrevista. Podéis encontrar más información de ésta y enlaces a trabajos interesantes en su web: <http://www.ued.uab.es/menudica.htm>

Con esta entrevista se pueden evaluar las siguientes categorías que engloban distintos trastornos:

- 1) **Trastornos de conducta.** Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno negativista desafiante, trastorno disocial, uso y dependencia de alcohol, uso y dependencia del tabaco, uso y dependencia de marihuana, y uso y abuso de otras drogas.
- 2) **Trastornos del estado de ánimo.** Trastorno depresivo mayor, manía-hipomanía y trastorno distímico.
- 3) **Trastornos de ansiedad.** Trastorno de ansiedad por separación, agorafobia, trastorno por angustia, trastorno de ansiedad generalizada, fobia específica, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno por estrés postraumático.
- 4) **Trastornos de la conducta alimentaria.** Anorexia nerviosa y bulimia nerviosa.
- 5) **Trastornos de la eliminación.** Enuresis y encopresis.

6) **Trastornos de tics.** Trastorno de la Tourette, trastorno de tics motores o vocales crónicos, trastorno de tics transitorios.

7) **Otros trastornos.** Trastorno por somatización.

8) **Psicosis y esquizofrenia.**

Existen tres versiones de la EDNA en función de la edad.

- EDNA-C: para niños y niñas de 6 a 12 años.
- EDNA-A: para adolescentes de 13 a 17 años.
- EDNA-P: la contestan los padres de los menores, de entre 6 y 17 años.

Esta entrevista también se puede utilizar informatizada facilitando la tarea del evaluador. No obstante, como en todas las entrevistas estructuradas, para administrarla es necesaria experiencia.

2.5. Cuestionarios basados en los sistemas de clasificación

En cuanto a **cuestionarios** basados en los sistemas de clasificación, hay que destacar, por su utilización y por su utilidad como instrumento de *screening*, el Patient Health Questionnaire (PHQ; Pitzer, Kroenke y Williams, 1999). Aunque existen más de este tipo, sólo describiremos éste, ya que es uno de los más utilizados.

El PHQ está basado en los criterios diagnósticos del DSM-IV, y fue diseñado para ser utilizado en atención primaria (no necesariamente por personal formado en trastornos mentales) y para ser completado por los pacientes. Este instrumento se ha creado a partir del PRIME-MD, elaborado por los mismos autores antes citados. La versión española del PHQ ha mostrado adecuadas propiedades psicométricas (Díez-Quevedo et al., 2001).

El PHQ es un cuestionario muy breve, de tres páginas, y rápido de completar por parte de los pacientes. Con este cuestionario se puede evaluar la presencia de las siguientes categorías diagnósticas: depresión, ansiedad, abuso del alcohol, enfermedades psicosomáticas y trastornos de la alimentación.

Se puede utilizar como instrumento de *screening* en general o para detectar la presencia de una de las cinco categorías de problemas concretos que evalúa.

Para detectar la depresión, el cuestionario contiene cinco ítems que representan diferentes síntomas depresivos, y el sujeto debe indicar con qué frecuencia los ha tenido durante las dos últimas semanas (con una escala de cuatro puntos: nunca, algunos días, más de la mitad de los días y casi cada día). En el caso de la ansiedad, hay 22 preguntas en las que la persona debe responder sí o no y que permiten valorar la presencia de ataques de ansiedad y de ansiedad general. En la escala de trastornos de la alimentación se valora, mediante cinco ítems (de respuesta sí o no), la presencia de dificultades para controlar lo que come, la presencia de atiborramientos de comida y conductas para adelgazar. Con respecto al abuso del alcohol, se valoran mediante siete ítems posibles conductas problemáticas relacionadas con el consumo del mismo y la frecuencia de su consumo. Por último, la presencia de enfermedades psicosomáticas se valora con un listado de 13 síntomas en el que los sujetos han de valorar hasta qué punto les han molestado (nada, un poco o mucho) durante las dos últimas semanas. El cuestionario está creado de manera que si el sujeto no presenta los síntomas se puede saltar a la sección siguiente, facilitando de esta manera complementar de forma más sencilla el cuestionario.

Enllaç recomanat

Os recomendamos revisar el cuestionario (existe la opción de elegir la lengua). Se puede acceder gratuitamente a éste, y también a otras formas más breves, mediante la web <http://www.phqscreeners.com>.

2.6. Instrumentos diagnósticos que no están basados en los sistemas de clasificación

En el módulo 3 (en el material elaborado por Judit Abad y Gil, Glòria Aguirre Llagostera, Blanca Anguera, Manuel Armayones Ruiz, Guillem Feixas, Mercedes Torres Viñals y Ana Tuset; p. de la 6 a la 8) encontraréis una breve descripción de algunos instrumentos que se utilizan muy habitualmente para diferenciar entre varias patologías y que no están basados directamente en los criterios del DSM ni de la CIE. Éstos son el Multidimensional Personality Inventory (MMPI), el Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI-II), el AMDP-III y el SCL-90-R.

A continuación, en este apartado, presentamos otros instrumentos que tienen el mismo propósito y también son muy utilizados en la práctica clínica:

- **Brief Symptoms Inventory** (BSI, Derogatis, L. 1993).

Es una versión breve de la SCL-90-R que evalúa las mismas dimensiones. Está formado por 53 ítems que se valoran con una escala Likert de 0 a 4. Puede ser utilizado a partir de los 13 años y se tarda unos 10 minutos en contestar. Las escalas que evalúa son:

- Somatización.
- Obsesión-compulsión.
- Depresión.
- Agresividad-hostilidad.
- Ansiedad.
- Ansiedad fóbica.
- Ideación paranoide.

- Psicoticismo.
- Sensibilidad interpersonal.

Aparte de las puntuaciones individuales en cada una de las escalas, también permite calcular tres índices globales, que son:

- **Índice global de severidad.** Nos indica el grado de malestar general que tiene el paciente.
- **Índice positivo de malestar.** Nos indica la intensidad de los síntomas.
- **Total de síntomas positivos.** Informe del número de síntomas.

La última versión que hay de este instrumento es la BSI-18 (Derogatis, L. 2001), que es más breve –sólo tiene 18 ítems. No obstante, sólo evalúa tres dimensiones (somatización, depresión y ansiedad).

- **General Health Questionnaire (GHQ-28, Goldberg y Hiller, 1979).**

El objetivo de este cuestionario no es el de evaluar trastornos mentales específicos, sino el grado de salud general. La primera versión del cuestionario consistía en 60 ítems y posteriormente se han ido realizando versiones más cortas (de 30, 28 y 12 ítems). En el manual de Lobo y Muñoz (1996) podemos encontrar todas las versiones en español.

En la versión GHQ-28, una de las más utilizadas, los 28 ítems se valoran con cuatro opciones de respuesta diferentes según la pregunta, y se valoran las siguientes escalas: ansiedad/insomnio, disfunción social y depresión severa.

- **SF-36 Health Survey (Ware y Sherburne, 1992).**

Este cuestionario tampoco permite evaluar trastornos mentales específicos pero sí la calidad de vida relacionada con la salud, que es un constructo fundamental.

Se compone de 36 ítems que se valoran con escalas tipos Likert que van de dos a seis puntos. El cuestionario permite obtener puntuaciones en ocho escalas:

- **Funcionamiento físico:** evalúa el grado en que la salud limita al paciente en las actividades físicas, como son hacer deporte, andar...
- **Rol físico:** evalúa hasta qué punto los problemas de salud física interfieren en su trabajo.
- **Dolor:** evalúa el grado de dolor y la interferencia que le produce en su funcionamiento.
- **Salud general:** evalúan la percepción que tiene el paciente de su estado y las creencias al respecto.
- **Vitalidad:** valora el nivel de cansancio y energía del paciente.

- **Funcionamiento social:** valora las limitaciones en su vida social y familiar.
- **Rol emocional:** evalúa hasta qué punto los problemas emocionales interfieren en sus tareas.
- **Salud mental:** evalúa el estado de ánimo del paciente (inquietud, intranquilidad, desánimo) durante el último mes.

Estas ocho escalas se agrupan en dos escalas totales, que son la escala de salud física y salud mental. Las puntuaciones que obtienen de cada escala oscilan entre 0 y 100. A más puntuación, mejor calidad de vida. La versión española de este cuestionario ha sido realizada por Alonso, Prieto y Antó (1995).

Enlace recomendado

En la página web (www.sf-36.org) del instrumento podéis encontrar más información.

Child Behavior Checklist, (CBC, Achenbach y Edelbrock, 1991)

Este instrumento está basado en un sistema de clasificación dimensional para evaluar a chicos y chicas de 4 a 16 años. El cuestionario lo deben responder los padres en referencia a sus hijos.

En la versión de 1991 se amplió el cuestionario para poder utilizarlo hasta los 18 años, y se creó una versión que pueden contestar los profesores y otra que pueden contestar los propios niños y niñas.

Este cuestionario consta de dos partes:

- La primera parte está formada por **preguntas más abiertas**, donde se pregunta de una manera más descriptiva los deportes que practica el/la niño/a, sus aficiones, las actividades que realiza en el hogar y el rendimiento escolar en diferentes áreas (lectura, escritura, matemáticas...).
- La segunda parte es un **cuestionario de 113 preguntas** con tres opciones de respuesta (0 cuando la conducta no aparece, 1 cuando la conducta aparece algunas veces y 2 cuando la conducta aparece con mucha frecuencia).

La corrección se puede realizar o bien con unas plantillas o de forma informatizada. En función de la edad y el sexo, las dimensiones que evalúa son diferentes. Por ejemplo, en niños de 4 a 5 años se valoran las dimensiones de retraimiento social, depresión, inmadurez, quejas somáticas, problemas sexuales, trastorno esquizoide, agresividad y delincuencia. Una puntuación alta en una dimensión no quiere decir que el niño presente el trastorno, sino que los padres y/o tutores han informado de que el/la niño/a tiene diferentes síntomas que se dan en un síndrome concreto.

- **Minimental** (MMSE, Folstein et al. 1975).

Aunque este cuestionario no nos da síndromes diagnósticos, creemos muy importante nombrarlo, ya que es muy utilizado para valorar el estado cognitivo del sujeto y saber si el paciente puede contestar los cuestionarios.

El cuestionario consta de 11 preguntas que valoran cinco funciones cognitivas superiores:

- **Orientación.**
- **Retención.**
- **Atención y el cálculo.**
- **Memoria.**
- **Lenguaje.**

La máxima puntuación que puede obtenerse es de 30. Una puntuación inferior a 23 nos indica presencia de un déficit cognitivo, y por debajo de los 20 puntos se considera que el paciente presenta demencia.

Los instrumentos diagnósticos generales

Los cuestionarios que hemos presentado pueden ser de utilidad para:

- Realizar una primera aproximación al diagnóstico del paciente.
- Hacer un *screening* rápido de la sintomatología en atención primaria.
- Sistematizar los criterios diagnósticos y el método utilizado para llegar al diagnóstico en estudios clínicos.
- Pueden servir de guía sobre qué aspectos hay que indagar.
- Confirmar primeras impresiones diagnósticas.

Como principales problemas potenciales relacionados con la utilización de estos instrumentos, podemos destacar:

- **Simplificación excesiva:** no es posible evaluar todo tipo de problemas y no se presentan todos los síntomas posibles para un diagnóstico.
- **Pérdida de flexibilidad:** la entrevista clínica permite adaptar mucho mejor las preguntas a las características de los pacientes.
- **Evaluación insuficiente para diseñar el tratamiento:** nos pueden ofrecer información en cuanto al diagnóstico, pero no de las variables relacionadas con los problemas y otras áreas que pueden ser relevantes para aplicar el tratamiento.

Cabe señalar también que para la utilización de estos instrumentos, sobre todo en referencia a las entrevistas estructuradas, es necesario un entrenamiento específico que permita conocer profundamente su funcionamiento.

Bibliografía recomendada

Podéis encontrar la versión española del cuestionario en el siguiente título: A. Lobo, P. Saz y G. Marcos (2002). *MM-SE - Examen cognoscitivo minimal*. Madrid: Tea.

3. Selección de instrumentos de evaluación

Como hemos ido comentando, la entrevista clínica es el instrumento fundamental de evaluación, aunque muchas veces se utilizan instrumentos adicionales para la recogida de información. Con objeto de decidir si utilizar o no otros instrumentos de evaluación, os recomendamos que reflexionéis sobre los aspectos que se especifican a continuación:

- **Hasta qué punto el instrumento es útil para dar respuesta al motivo de consulta y aportar información.** Es decir, debemos valorar si hay algún instrumento disponible que nos permita obtener más información del problema del paciente. Por ejemplo, para un paciente con quejas de bajo estado de ánimo puede ser útil administrarle el *Beck Depression Inventory* (Beck et al., 1996). Por lo tanto, éste es un instrumento que puede ser adecuado utilizarlo después de haber realizado una entrevista, en la medida en que nos puede aportar información adicional específica sobre el problema concreto.
- **El nivel de entrenamiento del psicólogo.** No deben utilizarse instrumentos con los que no estemos familiarizados. Es necesario, siempre que queramos utilizar un instrumento, examinar detenidamente las instrucciones de utilización, la manera de calcular las puntuaciones, etc.
- **La experiencia profesional y las preferencias personales.** La experiencia con pacientes similares nos ayudará a seleccionar los mejores instrumentos. También con la experiencia seréis capaces de seleccionar entre diferentes instrumentos disponibles para evaluar un determinado problema en función de vuestras preferencias y el perfil del paciente.
- **El tiempo de administración del cuestionario.** Una premisa para seleccionar los instrumentos sería la de que si hay distintos instrumentos que permiten valorar un mismo aspecto con la misma validez, utilizaremos aquel que requiera un menor tiempo.
- **Las propiedades psicométricas del instrumento.**

Todos los instrumentos que utilizamos durante el proceso de evaluación tendrían que haber demostrado buenas propiedades psicométricas para la población a la que queremos evaluar. Más concretamente, un instrumento tendría que ser fiable, válido, factible, fácil de interpretar y sensible al cambio. Además, también tendrían que haber sido traducidos y haber sido validados en nuestra cultura.

A continuación os presentamos una tabla resumen en la que se definen las propiedades psicométricas que deberían presentar los instrumentos que utilizaremos. También se incluyen los criterios operacionales para valorar la calidad de un instrumento desde el punto de vista psicométrico, siempre en los casos en los que existen criterios operacionales (Steiner y Norman, 2005). Esta tabla os puede ser de utilidad para tener presentes los criterios que debéis considerar siempre antes de decidir utilizar un instrumento.

Definición operacional de las propiedades psicométricas de un instrumento de evaluación

Propiedades psicométricas	Definición	Requisitos (Steiner y Norman, 2005)
Fiabilidad	Nos informa del grado de reproductibilidad de una medición cuando se administra en circunstancias similares. Hay tres tipos de fiabilidad que se describen a continuación.	El instrumento que utilizamos debería tener coeficientes de fiabilidad iguales o superiores a 0.7 si lo queremos utilizar para hacer investigación clínica e iguales o superiores a 0.9 si lo queremos utilizar para la práctica clínica.
Fiabilidad interobservadores	Nos informa del grado de concordancia entre observaciones hechas por diferentes observadores. Es recomendable explorar esta propiedad para las mediciones que evalúan características que son estables en el tiempo.	
Fiabilidad test	Nos informa del grado de concordancia entre observaciones hechas para un mismo individuo en dos momentos temporales diferentes como mínimo. Es recomendable para las mediciones que evalúan características que son estables en el tiempo.	
Consistencia interna	Nos informa del grado en el que los ítems de una misma escala, que supuestamente evalúan el mismo constructo, correlacionan entre sí (homogeneidad de contenido). Es recomendable investigar para mediciones que utilizan diferentes ítems destinados a medir un mismo constructo.	
Validez	Nos informa del grado en el que un instrumento mide lo que se supone que mide. Hay cuatro tipos de validez, que se describen a continuación.	
Validez de contenido	Nos informa de hasta qué grado la medición incluye ítems representativos y adecuados de la conducta que se quiere medir.	
Validez estructural	Nos informa de hasta qué punto la relación entre los ítems o entre los distintos componentes (ej., subescalas de una medición) es acorde con el modelo teórico que se ha utilizado para construir la medición.	
Validez de criterio	Nos informa del grado de correspondencia entre una medición y un criterio externo que se da en el mismo momento en el que se administra la medición (validez concurrente) o se da en el futuro (validez predictiva).	Los coeficientes de correlación entre el instrumento y el criterio deben ser superiores o iguales a 0.3-0.5. No obstante, la magnitud de la relación depende siempre de las hipótesis de estudio.
Validez de constructo		

Propiedades psicométricas	Definición	Requisitos (Steiner y Norman, 2005)
	<p>Determina la validez de una variable abstracta que no puede ser observada directamente. Evalúa si una medición se relaciona con otras mediciones en consonancia con determinadas hipótesis formuladas <i>a priori</i>. Hay dos tipos de validez de constructo:</p>	
	<p>Validez convergente: nos informa sobre cómo una medición correlaciona con otra que evalúa un constructo similar.</p>	<p>El coeficiente de correlación entre la medición y otra que evalúa un constructo similar debería ser igual o superior a 0.3-0.5. No obstante, la magnitud de la relación depende de las hipótesis de estudio.</p>
	<p>Validez discriminante: evalúa hasta qué punto una medición correlaciona con una que evalúa un constructo diferente.</p>	<p>El coeficiente de correlación entre la medición y otra que evalúa un constructo diferente tendría que ser inferior a 0.3. No obstante, la magnitud de la relación depende de las hipótesis de estudio.</p>
Factibilidad	<p>Nos informa del grado de facilidad en el que una medición puede ser administrada, puntuada e interpretada.</p>	
Interpretabilidad	<p>Nos informa del grado de significado que tienen las puntuaciones de una medición</p>	
Sensibilidad al cambio	<p>Nos informa de hasta qué punto la medición es capaz de detectar cambios que se dan sobre la variable medida que son clínicamente importantes para el paciente.</p>	<p>El tamaño del efecto debería ser igual o superior a 0,5.</p>

Bibliografía

Bibliografía básica

American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR) (4.ª ed., texto revisado). Barcelona: Masson.

Buela-Casal, G. y Sierra, J. C. (2004). *Manual de evaluación y tratamientos psicológicos*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Caballo, V. E. (2005). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. Madrid: Pirámide.

Bulbena A., Berrios, G., y Fernández, P. (2000). *Medición clínica en Psiquiatría y Psicología*. Barcelona: Masson.

Muñoz, M. (2003). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica*. Madrid: Síntesis.

Bibliografía complementaria

Achenbach, T. M. y Edelbrock, C. (1983). *Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.

Alonso, J., Prieto, L., y Antó, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medición de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-776.

American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV-TR) (4a ed., texto revisado). Barcelona: Masson.

Barlow, D. H. y Durand, V. M. (1999). *Psicología anormal: un enfoque integral*. México: Thomson Paraninfo.

Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory Manual (BDI-II)*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Derogatis, L. R. (1993). *Brief Symptoms Inventory (BSI): Administration, scoring and procedures manual* (3.ª ed.). Mineápolis: NCS Pearson.

Derogatis, L. R. (2001). *Brief Symptom Inventory (BSI)-18. Administration, scoring and procedures manual*. Mineápolis: NCS Pearson.

Díez-Quevedo, C., Rangil, T., Sánchez-Planell, L., Kroenke, K., y Spitzer, R. L. (2001). Validation and utility of the Patient Health Questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosomatic Medicine*, 63, 679- 686.

First et al. (1999). *Guía del usuario para la SCID I y II*. Barcelona: Masson.

Garret, A. (1974). *A entrevista, seus princípios e métodos*. Río de Janeiro: Agir.

Goldfried, M. R. y Davidson, G. C. (1976). *Clinical behavior therapy*. Nueva York: Hold, Rinehart & Winston.

Goldberg, P., y Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.

Gongora M. (2002). La entrevista de evaluación clínica con adultos. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos* (pp. 43-62). Madrid: Psicología Pirámide.

Lobo, A. y Muñoz, P. E. (1996). *Cuestionario de salud general. GHQ (General Health Questionnaire). Guía para el usuario de las distintas versiones. Versiones en lengua española validadas*. Barcelona: Masson.

Lobo, A., Saz, P., y Marcos, G. (2002). *MMSE - Examen cognoscitivo mini-mental*. Madrid: Tea.

Miller, P. R., Dasher, R., Collins, R., Griffiths, P., y Brown, F. (2001). Inpatient diagnostic assessments: 1. Accuracy of structured vs. unstructured interviews. *Psychiatry Research*, 105, 255-264.

Muñoz, M. (2003). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica*. Madrid: Síntesis.

Organización Mundial de la Salud (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico* (10.ª ed.) (CIE-10). Madrid: Meditor.

Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Kroenke K., et al. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: The Prime-MD 1000 Study. *Journal of the American Medical Association*, 272, 1749-1756.

Spitzer, R. L., Kroenke, K., y Williams, J. B. (1999). Validation and utility of a self report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study. *Journal of the American Medical Association*, 282, 1737-1744.

Steiner, M, Martini, J, Soltau, C, et al. (2008). The composite international diagnostic interview-for women (CIDI-VENUS): A pilot study. *International Journal of neuropsychopharmacology*, 11, 311.

Streiner D. L. y Norman G. R. (2005). *Health measurement scales: a practical guide to their development and use* (3.ª ed.). Oxford: Oxford University Press.

Williams, J. B. W. (1996). Clasificación psiquiátrica. En R. E. Hales, S. C. Yudofski y J. A. Talbott (Eds.), *Tratado de psiquiatría* (2.ª ed.). Barcelona: Áncora.