

**Teresa Gutiérrez
Rosa M.^a Raich
David Sánchez
Joan Deus
(coords.)**

Instrumentos de evaluación en Psicología de la Salud

**Psicología y Educación
Alianza Editorial**

Manuales / Psicología y Educación

El libro universitario

**Teresa Gutiérrez
Rosa M.^a Raich
David Sánchez
Joan Deus
(coords.)**

**Instrumentos
de evaluación
en Psicología
de la Salud**

Alianza Editorial

Reservados todos los derechos. El contenido de esta obra está protegido por la Ley, que establece penas de prisión y/o multas, además de las correspondientes indemnizaciones por daños y perjuicios, para quienes reprodujeren, plagiaren, distribuyeren o comunicaren públicamente, en todo o en parte, una obra literaria, artística o científica, o su transformación, interpretación o ejecución artística fijada en cualquier tipo de soporte o comunicada a través de cualquier medio, sin la preceptiva autorización.

Edición electrónica, 2014
www.alianzaeditorial.es

© Teresa Gutiérrez Rosado, Rosa M.^a Raich Escursell, David Sánchez Carracedo y Joan Deus Yela, 2003
© Alianza Editorial, S. A. Madrid, 2014
Juan Ignacio Luca de Tena, 15. 28027 Madrid
ISBN: 978-84-206-8813-8
Edición en versión digital 2014

Índice

Relación de autores.....	11
Procedencia de los instrumentos de evaluación	15
Prólogo, <i>Ramón Bayés</i>	21
Introducción.....	27
1. Evaluación de la autoeficacia en Psicología de la Salud, <i>Francisco Villamarín Cid</i>	31
1. Introducción.....	31
1.1. Autoeficacia, expectativas de resultados y otros constructos similares	32
1.2. Autoeficacia, expectativas de resultados y salud: mecanismos de influencia y utilidad de su evaluación	33
2. Evaluación de la autoeficacia y las expectativas de resultados: elaboración de instrumentos nuevos	35
2.1. Evaluación de la autoeficacia (AE)	35
2.1.1. Dimensiones de la autoeficacia.....	35
2.1.2. Análisis del dominio conductual.....	37
2.1.3. Redacción de ítems: qué preguntar y cómo responder	38
2.2. Evaluación de las expectativas de resultados (EXRE)	41
2.2.1. Problemas conceptuales no resueltos.....	41
2.2.2. Algunas precisiones recientes.....	43
2.2.3. Dimensiones de las expectativas de resultados.....	43

2.2.4. Elaboración del cuestionario.....	44
2.3. Consideraciones sobre las características psicométricas de los cuestionarios de autoeficacia y expectativas de resultados	45
2.4. Procedimientos de evaluación: control de los efectos reactivos y entrenamiento previo	47
3. Instrumentos de evaluación de la autoeficacia y de las expectativas de resultados.....	48
3.1. Instrumentos en lengua inglesa	48
3.2. Instrumentos en castellano	51
• Cuestionario de Autoeficacia y expectativas de Resultados sobre la Conducta de Mantenerse Sin Fumar, CAREMSF	52
• Cuestionario de Autoeficacia y expectativas de Resultados respecto de No Fumar en Adolescentes, CARENFAD.....	56
• Cuestionario de Autoeficacia para el Ejercicio Físico, CAEF.....	59
• Cuestionario para evaluar la Autoeficacia sobre conductas Preventivas del VIH, CAPS	61
4. Referencias	63
2. Instrumentos para la evaluación de estilos de vida saludables: actividad física y control del peso, <i>Teresa Gutiérrez Rosado y Francesca Villafañá Tudela</i>	67
1. Introducción.....	67
2. Pruebas de evaluación	71
• El modelo PRECEDE	71
• Autoinforme de Motivos para la Práctica del Ejercicio Físico, EMI-2.....	76
• Escala de Evaluación del Cambio para el Ejercicio Físico, URICA-E2.....	80
• Inventario de Procesos de Cambio para el Ejercicio Físico, IPC-EJ	84
• Escala de Balance Decisional en el Control del Peso	88
3. Referencias	91
3. Instrumentos para la valoración del estrés, <i>Jordi Fernández Castro y Tomás Blasco Blasco</i>	95
1. Introducción.....	95
2. Pruebas de evaluación	99
2.1. Valoración de las fuentes de estrés.....	99
• Escalas de Apreciación del Estrés, EAE.....	99
2.2. Valoración de los efectos inmediatos del estrés.....	102
• Perfil de Estados de Ánimo, POMS.....	102
2.3. Valoración de las respuestas de afrontamiento	107
• Cuestionario COPE.....	107
2.4. Valoración de las consecuencias nocivas del estrés.....	112
• Medida de <i>burnout</i> , MB.....	112
3. Referencias	115
4. Instrumentos para la evaluación de la experiencia de dolor crónico en adultos, <i>Jordi Miró</i>	117
1. Introducción.....	117
1.1. La entrevista	119

1.2. Autorregistros. El diario de dolor.....	122
1.3. Acerca de la localización. El dibujo del dolor.....	124
1.4. Evaluación de la intensidad subjetiva del dolor.....	126
2. Pruebas de evaluación.....	129
• Cuestionario de dolor de McGill, MPQ.....	129
• Inventario Multidimensional de Dolor de West Haven-Yale, WHYMPI.....	136
• Cuestionario de Discapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry.....	143
3. Referencias.....	147
5. Evaluación psicológica en VIH y sida, <i>Carmina R. Fumaz, Albert Tuldrà y M.^a José Ferrer</i>	151
1. Introducción.....	151
1.1. Situación actual del VIH y sida, y su tratamiento.....	152
1.2. Aspectos relacionados con la evaluación psicológica.....	155
1.2.1. Evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral y variables psicológicas relacionadas.....	156
1.2.2. Evaluación de la calidad de vida.....	160
1.2.3. Estado emocional, ansiedad y depresión.....	165
2. Conclusiones.....	166
3. Pruebas de evaluación.....	167
• Anamnesis.....	167
• Cuestionario SERAD.....	171
4. Referencias.....	178
6. Evaluación psicológica y calidad de vida en el paciente oncológico, <i>Eva Juan Linares</i>	183
1. Introducción.....	183
1.1. Concepto e importancia de la calidad de vida en la oncología.....	184
1.2. Evaluación psicológica en enfermos de cáncer.....	186
1.3. Instrumentos usados para valorar la calidad de vida en enfermos de cáncer.....	187
1.4. Valoración y conclusiones.....	189
2. Pruebas de evaluación.....	190
• Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y Terapia del Cáncer, EORT QLQ-C30.....	190
• Escalas de Evaluación Funcional de la Terapia del Cáncer, FACT.....	195
• Listado de Síntomas de Rotterdam, RSCL.....	200
• Índice de Vida Funcional en Cáncer, FLIC.....	205
3. Referencias.....	208
7. Evaluación psicológica en diabetes, <i>Gemma Peralta</i>	211
1. Introducción.....	211
1.1. ¿Cómo se debe estructurar la evaluación?.....	214
1.2. Aspectos esenciales a evaluar.....	215
2. Pruebas de evaluación.....	221
• Inventario de Estrategias de Afrontamiento, CSI.....	221
• Escala de Lugar de Control, LCSM.....	227
• Registro de hipoglucemia.....	230

• Otras pruebas específicas para niños con diabetes.....	233
3. Referencias	237
8. Instrumentos de evaluación en trastornos del comportamiento alimentario y obesidad, <i>Rosa M.^a Raich, David Sánchez-Carracedo y Marisol Mora</i>	239
1. Introducción.....	239
1.1. Medidas antropométricas y otros parámetros médicos	240
1.2. Evaluación psicológica de los TCA	243
1.2.1. Evaluación de la conducta alimentaria	243
1.2.2. Evaluación de las alteraciones de la imagen corporal	244
1.2.3. Psicopatología asociada, personalidad y motivación para el cambio	245
1.3. Evaluación conductual de la obesidad.....	246
1.3.1. Área biomédica y balance energético	246
1.3.2. Hábitos alimentarios y patrones de actividad física.....	246
1.3.3. Evaluación psicológica, cognitiva y socio-ambiental.....	247
2. Pruebas de evaluación	249
• Examen de Trastornos Alimentarios, EDE	249
• Examen del Trastorno Dismórfico Corporal, BDDE.....	254
• Test de Actitudes Alimentarias, EAT	257
• Cuestionario de Alimentación, TFEQ.....	261
• Cuestionario de la Figura Corporal, BSQ	267
• Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal, CIMEC.....	272
3. Referencias	276
9. Evaluación psicológica en el abuso de alcohol y otras sustancias, <i>Cesáreo Fernández Gómez y Teresa Gutiérrez Rosado</i>	279
1. Introducción.....	279
1.1. Identificando personas con trastornos por abuso de alcohol y otras sustancias.....	280
1.2. Diagnóstico de personas con trastornos por abuso de alcohol y otras sustancias.....	280
1.2.1. Entrevistas estructuradas y semiestructuradas.....	281
1.2.2. Antecedentes y consecuencias del uso y abuso de sustancias	281
1.3. Planificación de tratamientos efectivos y evaluación adecuada de los resultados	282
1.3.1. El Índice de Severidad de la Adicción (ASI).....	283
1.3.2. El <i>European Addiction Severity Index</i> (EuropASI).....	283
1.3.3. El Indicador del Tratamiento de la Adicción a Opiáceos (OTI).....	285
1.3.4. El Perfil de Adicción del Maudsley (MAP).....	286
2. Pruebas de evaluación	288
• Cuestionario para la Detección del Abuso de Drogas, DAST	288
• Inventario de Situaciones para el Consumo de Drogas, IDTS.....	292
• Cuestionario de Confianza en situaciones de riesgo para Consumir Drogas, DTCQ.....	297
3. Referencias	303

10. Instrumentos de evaluación en tabaquismo, <i>Teresa Gutiérrez Rosado y Cesáreo Fernández Gómez</i>	305
1. Introducción.....	305
2. Pruebas de evaluación	309
• Cuestionario sobre el hábito de fumar	309
• Autorregistros.....	314
• Test de Fagerström de Dependencia de la Nicotina, FTND	318
• Escala de Balance Decisional en Fumadores	321
3. Referencias	324
11. Evaluación del insomnio, <i>Rosa M.^a Raich y Francesca Villafaña</i>	327
1. Introducción.....	327
2. Pruebas de evaluación	330
• Historia clínica	330
• Entrevista sobre el insomnio	331
• Autorregistros.....	336
• Cuestionarios.....	338
• Escala de Conocimiento y Práctica de Higiene del Sueño, SHAS.....	341
• Escala de Activación Predormicional.....	344
• Pruebas objetivas.....	346
• Exploración del sueño nocturno	346
• Exploración de la somnolencia diurna	348
• Registro poligráfico continuo.....	348
3. Referencias	349
12. Evaluación cognitiva y funcional del envejecimiento y de la demencia, <i>Joan Deus Yela y Josep Deví Bastida</i>	351
1. Introducción.....	351
2. Pruebas de evaluación	355
2.1. Tests para la detección del deterioro cognitivo	355
• Mini-examen Cognoscitivo de Lobo y Ezquerra, MEC	355
• Test del Dibujo del Reloj de Schulman, TR	361
2.2. Pruebas de evaluación funcional	365
• Índice de Barthel	365
• Escala de Lawton y Brody, PGC-IADL.....	369
• Escala de Actividades de la Vida Diaria de Alzheimer, AVD.....	372
3. Referencias	380

Relación de autores

Ramón Bayés Sopena

Profesor emérito por la Universidad Autónoma de Barcelona

Tomás Blasco Blasco

Doctor en Psicología. Profesor titular del Área de Psicología Básica. Universidad Autónoma de Barcelona. Grupo de Investigación en Estrés y Salud (GIES)

Joan Deus Yela

Doctor en Psicología. Neuropsicólogo y psicólogo clínico. Profesor asociado Universidad Autónoma de Barcelona. Hospital de Sant Jaume i Santa Magdalena de Mataró. CETIR, Grupo Médico. CDP, Centro Diagnóstico Pedralbes

Josep Deví Bastida

Doctor en Psicología. Psicólogo clínico y neuropsicólogo. Asociación de Familiares de Alzheimer de Barcelona. Universidad Ramon Llul

M.^a José Ferrer Lasala

Psicóloga. Terapeuta familiar. Fundación de Lucha contra el SIDA. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol en Badalona, Barcelona

Carmina R. Fumaz

Psicóloga. Especialista en Psicología de la Salud. Terapeuta familiar. Fundación de Lucha contra el SIDA. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol de Badalona, Barcelona

Jordi Fernández Castro

Doctor en Psicología. Catedrático del Área de Psicología Básica. Universidad Autónoma de Barcelona. Grupo de Investigación en Estrés y Salud (GIES)

Cesáreo Fernández Gómez

Psicólogo. Máster en Drogodependencias. Centro para la Investigación y Desarrollo en Comunidad Terapéutica (CIDECOT). Arrieta, Vizcaya

Teresa Gutiérrez Rosado

Doctora en Psicología. Máster en Drogodependencias. Profesora titular del Departamento de Psicología de la Salud y Psicología Social. Universidad Autónoma de Barcelona

Eva Juan Linares

Doctora en Psicología. Psicóloga Clínica. Hospital de Sant Pau i de la Santa Creu de Barcelona

Jordi Miró Martínez

Doctor en Psicología. Profesor titular de Escuela Universitaria. Departamento de Psicología. Universidad Rovira y Virgili de Tarragona

Marisol Mora Giral

Doctora en Psicología. Profesora ayudante del Departamento de Psicología de la Salud y Psicología Social. Universidad Autónoma de Barcelona

Gemma Peralta

Psicóloga Clínica. Fundación Rossend Carrasco i Formiguera. Clínica Tres Torres, Barcelona

Rosa M.^a Raich Escursell

Doctora en Psicología. Profesora titular del Departamento de Psicología de la Salud y Psicología Social. Universidad Autónoma de Barcelona

David Sánchez Carracedo

Doctor en Psicología. Profesor titular del Departamento de Psicología de la Salud y Psicología Social. Universidad Autónoma de Barcelona

Albert Tuldrà Niño

Psicólogo. Especialista en Psicología de la Salud. Fundación de Lucha contra el SIDA. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol de Badalona, Barcelona

Francesca Villafaña Tudela

Profesora titular del Departamento de Psicología Clínica y de la Salud. Universidad Autónoma de Barcelona

Francisco Villamarín Cid

Doctor en Psicología. Profesor titular del Área de Psicología Básica. Universidad Autónoma de Barcelona. Grupo de Investigación en Estrés y Salud (GIES)

Procedencia de los instrumentos de evaluación

Capítulo 1

Cuestionario de Autoeficacia y Expectativas de Resultados sobre la Conducta de Mantenerse Sin Fumar, CAREMSF (Limonero, J.; Prieto, L., y Villamarín, F., 1991). Reproducido con permiso de los autores

Cuestionario de Autoeficacia y expectativas de Resultados respecto de No Fumar en Adolescentes, CARENFAD (Comas, M. D., 1988). Reproducido con permiso de los autores.

Cuestionario de Autoeficacia para el Ejercicio Físico, CAEF (Álvarez, M., y Villamarín, F., 1997). Reproducido con permiso de los autores.

Cuestionario para evaluar la Autoeficacia sobre conductas Preventivas del VIH, CAPS (Ochoa, O.; Villamarín, F., y Bayés, R., 1998). Reproducido con permiso de los autores.

Capítulo 2

El modelo PRECEDE (Green, Kreuter, Deeds, Partridge, 1980). Reproducción adaptación castellana con permiso del autor, José Luis Bimbela.

Autoinforme de Motivos para la Práctica del Ejercicio Físico, EMI-2 (Marland y Hardy, 1993). Reproducción adaptación castellana (AMPEF) con permiso del autor, Lluís Capdevila Ortís.

Escala de Evaluación del Cambio para el Ejercicio Físico, URICA-E2 (Reed, 1994). Reproducción adaptación castellana con permiso de la University of Rhode Island.

Inventario de Procesos de Cambio para el Ejercicio Físico, IPC-EJ (Nigg, Norman, Rossi y Benisovich, 1999). Reproducción adaptación castellana (IPC-EF) con permiso de la University of Rhode Island.

Escala de Balance Decisional en el Control del Peso (O'Connell y Velicer, 1998). Reproducción adaptación castellana, EBD-CP, con permiso de la University of Rhode Island.

Capítulo 3

Escalas de Apreciación del Estrés, EAE (Fernández Seara, J. L., y Mielgo, N., 1992). Reproducción parcial de la prueba.

Perfil de los Estados de Ánimo, POMS (McNair, D. M.; Lorr, M., y Droppleman, L. F., 1971). Reproducción adaptación castellana con permiso de la autora Isabel Balaguer.

El cuestionario COPE (Carver, Ch. S.; Scheier, M. F., y Wintraub, J. K., 1989). Reproducción adaptación castellana con permiso de la autora, María Crespo López.

Medida de *burnout* (Pines, A., y Aronson, E., 1988). Reproducción adaptación castellana con permiso del autor, Jordi Fernández-Castro.

Capítulo 4

Cuestionario de dolor de McGill, MPQ (Melzack, R., 1975).

Cuestionario de dolor de McGill. Versión reconstruida, MPQ-SV (Lázaro, C., *et al.*, 1994). Reproducido con permiso de los autores de la adaptación castellana.

Inventario Multidimensional de Dolor de West Haven-Yale, WHYMPI (Kerns, R. D.; Turk, D. C., y Rudy, T. E., 1985). Reproducción adapta-

ción castellana con permiso de los autores, Victoria Ferrer, R. González y M. A. Manassero.

Cuestionario de Discapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry (Fairbank, J. C. T.; Couper, J.; Davies, J. B., y O'Brien, J. P., 1980). Reproducción adaptación castellana con permiso de los autores, M. Flórez-García; M. A. García-Pérez; F. García-Pérez; J. Armenteros-Pedrerros; A. Álvarez-Prado y M. D. Martínez-Lorente.

Capítulo 5

Anamnesis psicológica del Hospital de día VIH. Reproducido con permiso de la autora, María José Ferrer Lasala.

Cuestionario SERAD (Albert Tuldrá Niño, 2000). Reproducido con permiso del autor.

Capítulo 6

Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y Terapia del Cáncer, EORTC QLQ-C30 (Aaronson, N. K., *et al.*, 1993). Reproducción adaptación castellana con permiso de los autores, J. I. Arrarás y colaboradores.

Escalas de Evaluación Funcional de la Terapia del Cáncer, FACT (Cella, D. F.; Tulsky, D. S., *et al.*, 1993). Reproducción adaptación castellana, FACT-G, con permiso de los autores, D. F. Cella, L. Hernández y colaboradores.

Listado de Síntomas de Rotterdam, RSCL (De Haes, J. C., y Welvaart, K., 1985). Reproducción adaptación castellana con permiso de los autores, Y. Agra y X. Badía.

Índice de Vida Funcional en Cáncer, FLIC (Schipper, H., *et al.*, 1984). Reproducción adaptación castellana con permiso de los autores, J. A. Cruzado y M. E. Olivares.

Capítulo 7

Inventario de Estrategias de Afrontamiento, CSI (Tobin, D. L., 1983). Reproducción adaptación castellana con permiso de los autores, Gemma Peralta y colaboradores.

Escala de Lugar de Control, LCSM (Wallston, K. A., y Strudler, B., 1981).

Registro de hipoglucemia (Gil Roales-Nieto, J., y Vílchez, R., 1993). Reproducido con permiso de los autores.

Inventario de estrés percibido para padres de niños con diabetes, IEPPND (Méndez, F. X.; Olivares, J.; López-Pina, J. A., *et al.*, 1996). Reproducción parcial de la prueba.

Inventario de estrés percibido para niños con diabetes, IEPND (Méndez, F. X.; Olivares, J.; Sánchez, J., *et al.*, 1996). Reproducción parcial de la prueba.

Cuestionario de interacción social para niños con diabetes, CISND (Méndez, F. X.; Olivares, J.; Sánchez, J., *et al.*, 1996). Reproducción parcial de la prueba.

Capítulo 8

Examen de Trastornos Alimentarios, EDE (Fairburn, C. G., y Wilson, G. I., 1993). Reproducción adaptación castellana con permiso de los autores, Rosa María Raich y colaboradores.

Examen de Trastorno Dismórfico Corporal, BDDE (Rosen, J. C., y Reiter, J. T., 1995). Reproducción adaptación castellana con permiso de los autores, Rosa María Raich y colaboradores.

Test de Actitudes Alimentarias, EAT (Garner, D., y Garfinkel, P. E., 1979). Reproducción adaptación castellana, EAT-40, con permiso de los autores, J. Castro y colaboradores.

Cuestionario de Alimentación, TFEQ (Stunkard, A. J., y Messick, S., 1985). Reproducción adaptación castellana con permiso de los autores, David Sánchez Carracedo y colaboradores.

Cuestionario de la Figura Corporal, BSQ (Cooper, P. J.; Taylor, M. J.; Cooper, Z., y Fairburn, C. G., 1987). Reproducción adaptación castellana con permiso de los autores, Rosa María Raich y colaboradores.

Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal, CIMEC-40 y CIMEC-26 (Toro, J.; Salamero, M., y Martínez, E., 1994). Reproducido con permiso de los autores.

Capítulo 9

Cuestionario para la Detección del Abuso de Drogas, DAST (Skinner, H. A., 1982, 1994). Reproducción adaptación castellana, DAST-H-20, con permiso del autor, Juan M. Llorente del Pozo.

Inventario de Situaciones para el Consumo Drogas, IDTS (Annis, H. M., y Graham, J. M., 1992). Reproducción adaptación castellana, IDTS-H, con permiso del autor, Juan M. Llorente del Pozo.

Cuestionario de Confianza en situaciones de riesgo para Consumir Drogas, DTQC (Annis, H M., y Martin, G., 1985). Reproducción adaptación castellana, DTQC-H, con permiso del autor, Juan M. Llorente del Pozo.

Capítulo 10

Cuestionario sobre el hábito de fumar (Becoña, E., 1994b). Reproducción con permiso del autor.

Test de Fagerström de Dependencia de la Nicotina, FTND (Heatherton, T.; Kozlowski, L.; Frecker, R., y Fagerström, K., 1991). Reproducción adaptación castellana con permiso del autor, Elisardo Becoña Iglesias.

Escala de Balance Decisional en Fumadores (Velicer, W.; DiClemente, C.; Prochaska, J., y Brandenburg, N., 1985). Reproducido con permiso de los autores.

Capítulo 11

Entrevista sobre el insomnio (Raich, R. M., y Vila, J. R., 1987). Reproducido con permiso de los autores.

Escala de Conocimiento y Práctica de Higiene del Sueño, SHAS (Lacks, R., y Rotert, M., 1986). Reproducción adaptación castellana con permiso de los autores, R. M. Raich y J. R. Vidal.

Escala de Activación Predormicional (Nicasio, P. M., Mendlowitz, D. R., Fussell, J. J., y Petras, L., 1985). Reproducción adaptación castellana con permiso de los autores, R. M. Raich y J. R. Vidal.

Capítulo 12

Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo y Ezquerra, MEC (Lobo, A., y Ezquerra, J., 1979).

Test del Dibujo del Reloj de Schulman, TR (Schulman, K. L.; Sheoletsy, R., y Silven, J. C., 1986). Reproducción adaptación castellana con permiso de los autores, Jesús Cacho y colaboradores.

Índice de Barthel (Mahoney, F. I., y Barthel, D. W., 1965). Reproducción adaptación castellana con permiso de los autores, J. Baztán y colaboradores.
Escala de Lawton y Brody, PGC-IADL (Lawton, M. P., y Brody, E. M., 1969). Reproducción adaptación castellana con permiso de los autores, J. Baztán y colaboradores.

Escala de Actividades de la Vida Diaria de Alzheimer, AVD (Deví Bastida, J., 1999). Reproducido con permiso del autor.

Prólogo

Aunque el profesor universitario no sea un ser especialmente sensible a los pequeños cambios que le muestra diariamente el espejo del cuarto de baño, existen varios signos inequívocos en su entorno que le van señalando de forma inexorable el paso del tiempo. Si nota que en cada nuevo curso tiene más dificultad para que los alumnos lo tuteen aun cuando desde el primer día de clase subraye claramente sus preferencias en este sentido; si en un claustro de Facultad, para constituir la mesa de edad, oye pronunciar su nombre y, sin demasiado entusiasmo, tiene que emprender el camino del estrado para comprobar, una vez en él, que la diferencia de edad entre él y la atractiva alumna que tiene al lado es ya de medio siglo; si se le solicita con más frecuencia de la habitual para moderar mesas redondas; si un día, ciertamente trágico, una jovencita de buen ver le cede su asiento en el autobús, es que las cosas, por lo menos algunas cosas, no marchan acordes con la percepción de su yo interior. Y si, en un momento concreto de su vida, aparece finalmente el «síntoma princeps» y nuestro querido profesor empieza a recibir, en número creciente, demandas de prólogos por parte de colegas —que, sin duda, así tratan de mostrarle su aprecio— es que los tiempos, como ya cantaba Bob Dyland a finales de los años sesenta, están cambiando.

Y lo lógico es que, tras varias décadas de preguntar al viento, algún cambio ya se haya producido; lo esperable es que el incremento en la frecuencia de demanda de prólogos anuncie, como las campanas de la novela de Hemingway, que su vida académica —y, lamentablemente, también la no académica— se está acercando a su fin.

Confieso que me he aproximado al ordenador para empezar a escribir el presente prólogo con el estado de ánimo que engendran los tristes pensamientos del párrafo anterior. Pero —¡que no se asusten los compañeros que me lo han pedido!— inmediatamente he reaccionado. ¿Debo escribir un nuevo prólogo? Bien, lo haré y además con gusto porque el original que han puesto entre mis manos me parece de calidad, pero me resisto a escribir un prólogo ortodoxo. Puedo sentir que el viento todavía no ha dicho su última palabra y que los tiempos todavía pueden cambiar; quizá no mucho, pero sí un poco.

En la ya copiosa literatura existente sobre psicología de la salud, el profesional, el estudiante de psicología o el simple estudioso, puede encontrar libros interesantes, sugestivos, superficiales, retóricos, profundos, didácticos, crípticos, verdaderas joyas y también auténticos bodrios. Con la autoridad que me confieren bastantes años de experiencia en el campo, puedo afirmar sin albergar duda alguna que el libro que el lector tiene ahora entre las manos es, esencialmente, un libro *útil*. Y puedo asegurarle, además, que en psicología de la salud existe una notable escasez de libros útiles.

En algunos aspectos que son absolutamente necesarios para una buena práctica clínica o de investigación —como son la comunicación con los pacientes o sujetos de investigación, y la evaluación de los problemas específicos a los que el clínico o el investigador tiene que enfrentarse—, nos encontramos con la paradoja de que mientras todos los manuales son unánimes al señalarnos la necesidad de llevar a cabo una buena comunicación e insisten en subrayar las bondades de una cuidadosa evaluación, por desgracia, son muy pocos los que nos indican *qué* y *cómo* debe hacer el profesional de la salud para alcanzar tales cotas de excelencia.

Existen en el mercado español y latinoamericano muy pocos libros que reúnan características similares al que tenemos la fortuna de presentar. Por ello, en un prólogo en el que me gustaría ir más allá de una mera introducción protocolaria, no puedo dejar de aprovechar la ocasión para recomendar la compilación llevada a cabo por Badía, Salamero y Alonso (1999), que, en muchos sentidos, puede considerarse como complementaria del material que forma el entramado del presente volumen, así como señalar que, si el lector, en el futuro, sigue interesado por conocer nuevos instrumentos originales o adaptaciones a nuestra realidad de herramientas de evaluación valiosas en el campo de la salud, se encuentre atento a los que sin duda irán apareciendo en el futuro —al margen de los materiales publicados por empresas especializadas en la edición de tests e inventarios— en algunas revistas de psicología o medicina, entre las que, sin ánimo alguno de ser exhaustivo, recordaría *Medicina Clínica*, *Psychothema*, *Revista de Psicología de la Salud*, *Cuadernos de Medicina Psicosomática* y *Psiquiatría de Enlace* o *Clinica y Salud*.

He mencionado antes la importancia de la comunicación con los pacientes y/o sujetos de investigación y, en este aspecto, considero preciso men-

cionar que con los instrumentos que se presentan en el presente volumen o en el de Badía *et al.* (1999), a pesar de su objetividad y valor indudable, sólo se obtendrán buenos resultados si la relación que el profesional o investigador establece previamente con el paciente, cliente o sujeto de investigación es adecuada, si éste ve la necesidad de contestar a las preguntas que se le hacen y de responderlas con la máxima sinceridad posible, y si está plenamente convencido de que la confidencialidad de sus respuestas será absoluta e inviolable.

En este punto puede ser oportuno recordar las normas que facilita el *U.S. Department of Health and Human Services* (1980) para la comunicación de mensajes de salud, las cuales, adaptadas al presente contexto, podrían tal vez formularse como sigue:

- a) *Atención*: ¿Es capaz el clínico o el investigador de conseguir que la atención del enfermo o sujeto de investigación se mantenga a lo largo de la entrevista o la cumplimentación del cuestionario?
- b) *Comprensión*: ¿Se cerciora el clínico o investigador de que el paciente o sujeto de investigación entiende perfectamente lo que se le pregunta?
- c) *Relevancia personal*: ¿Considera el paciente o sujeto de investigación que las preguntas que se le formulan poseen relevancia personal o, en el caso de que aparentemente no la tengan, está convencido de que su participación posee algún sentido e importancia para él o puede ser de ayuda a otras personas?
- d) *Confianza*: ¿Ha sabido ganarse el profesional o investigador que formula las preguntas o administra el cuestionario, la plena confianza del paciente o sujeto antes de empezar la entrevista o facilitarle el cuestionario?
- e) *Aceptabilidad*: ¿Existe algo —en su contenido, expresión o forma— en las preguntas que se formulan que pueda ser ofensivo, inaceptable, desagradable, o que pueda suscitar en el paciente o sujeto de investigación una percepción de amenaza y dar origen a malestar o sufrimiento? En otras palabras, no todo se puede preguntar a todos y, en este sentido, será necesario tener muy presentes las limitaciones éticas especialmente en las investigaciones con pacientes altamente vulnerables, tales como: enfermos de Alzheimer, sida, cáncer o en situación terminal (Bayés, 2001). E igualmente si se trata de sus familiares.

Será importante, por tanto, que el clínico o el investigador, además de disponer de buenas herramientas de investigación, domine las técnicas de *counselling*, por una parte, y tenga en cuenta, en todo momento, las limitaciones —tiempo, fatiga, preocupación, deterioro, motivación, etc.—, de cada paciente o sujeto de investigación en cada situación concreta.

Como señalábamos recientemente (Arranz, Bayés, Barreto y Cancio, 2002): «Clínica, bioética y *counselling* se encuentran estrechamente unidos, tanto en sus fines como en los medios para llevarlos a cabo».

Aun cuando, en la actualidad, suele limitarse la demanda por escrito del **consentimiento informado** del paciente a las investigaciones que supongan intervenciones biológicamente invasivas (cfr. Rivas, Vilches, Muñoz, Altisent, Gisbert Loncan, Novellas, Núñez Olarte, Rodeles, Sanz y Porta, 2002), en mi opinión, es cada día más necesario regular la investigación o evaluación clínica que se lleva a cabo a través de verbalizaciones orales o escritas con pacientes altamente vulnerables, pues, como han señalado acertadamente Loeser y Melzack (1999), el sufrimiento de un paciente puede originarse en el dolor tisular pero también en las expectativas, las pérdidas y el miedo. Por ello, limitar únicamente las precauciones que debe tomar el investigador al daño físico del paciente y a los ensayos clínicos con fármacos, no contempla en toda su amplitud la inmensidad del sufrimiento que puede inferirse a una persona a través de un manejo inadecuado de las palabras (Bayés, 2001).

Por otra parte, en una entrevista semiestructurada o al administrar un cuestionario, el objetivo del investigador no consiste sólo en asegurarse de que el sujeto, el clínico o el investigador pongan crucecitas en todos los cuadraditos del cuestionario previamente preparados para ello, sino en obtener respuestas sinceras a preguntas relevantes cuyo sentido y alcance haya comprendido por completo la persona que tenemos delante. Siempre que hagamos preguntas obtendremos respuestas; siempre que sometamos estas respuestas a un programa de ordenador conseguiremos resultados; y siempre que obtengamos resultados los podremos interpretar. Pero si los datos iniciales que introducimos en el programa de ordenador se encuentran sesgados, por bueno que sea el cuestionario, por moderno que sea nuestro ordenador y por excelente que sea el programa, nuestros resultados y las interpretaciones que hagamos de los mismos no clarificarán sino que oscurecerán el ámbito de conocimiento que queremos investigar o las características del sujeto que deseamos conocer.

Es importante que el investigador novato recuerde, como estrategia a imitar, la gran cantidad de precauciones que tomó Alfred Kinsey antes y durante la administración de sus cuestionarios para investigar el comportamiento sexual de sus interlocutores, con el fin de incrementar su motivación y la sinceridad de sus respuestas ante un tema que, en su época y en su país, era completamente tabú (Kinsey, Pomeroy, Martín y Gebhard, 1953).

Puede ser también oportuno recordar aquí que cuando Snowdon (2001), en el inicio de sus interesantes investigaciones, todavía en curso, sobre el envejecimiento y el Alzheimer, solicita la colaboración de la comunidad de monjas de Notre Dame, la hermana Carmen autoriza las mismas pero añade: «Haga lo que haga quiero que no olvide quiénes son estas mujeres. Son personas de verdad... No quiero que las trate como sujetos de investiga-

ción...». «Las palabras de la hermana Carmen —confiesa Snowdon— me sorprendieron un tanto. En mis proyectos de investigación anteriores había incluido a decenas de miles de participantes, y sólo los conocía por los informes médicos y los cuestionarios que habían rellenado. A todos los investigadores se les enseña que la objetividad científica depende de que se mantenga la distancia con respecto a las personas estudiadas».

La norma a la que hace referencia Snowdon —me gustaría añadir por mi parte— no es totalmente cierta ni universal; todo depende de lo que se investigue, de la vulnerabilidad de los sujetos investigados y de los protocolos de investigación que se utilicen. En psicología de la salud, en un gran número de casos, el investigador o el clínico harían bien en seguir el consejo que da la hermana Carmen a Snowdon: «Le abrirán su corazón, pero sólo si primero pone de su parte».

Instrumentos de evaluación en psicología de la salud es un libro útil porque ofrece al lector caminos y estrategias concretas, fruto del trabajo de muchos investigadores que lo han precedido, para que pueda adentrarse con mayor seguridad y profundizar en algunos de los ámbitos más interesantes de la psicología de la salud. El texto abarca desde algunos aspectos que podríamos considerar generales, como la autoeficacia, el estrés, los estilos de vida e incluso, en cierta medida, el envejecimiento, el sueño y el dolor crónico, a otros que son específicos de las conductas alimentarias o adictivas, la oncología, la diabetes, las demencias o la infección por VIH.

En el libro han colaborado buenos especialistas. Conozco personalmente el trabajo profesional de muchos de ellos y, a lo largo de mi vida académica, he utilizado algunas de las herramientas que recomiendan. Estoy convencido de que esta compilación ofrece, por tanto, al estudiante, al investigador, al clínico, dos cosas difíciles de encontrar en el ciberespacio: buenos instrumentos, por descontado, pero, sobre todo, criterios de selección y utilización.

Y al llegar a este punto del discurso me siento obligado a añadir que aunque los instrumentos sean necesarios, imprescindibles —y de ahí la importancia del libro—, son también, como antes he sugerido, insuficientes para llevar a cabo una buena investigación o poder llegar a un buen diagnóstico.

Me gustaría comparar al investigador, al clínico, con un ebanista que construye sillas por encargo. Lo primero que debe tener bien definido nuestro artesano es un *objetivo*; es decir, tiene que establecer un diseño, lo más detallado posible, de la silla que quiere construir. En función de este objetivo y de la madera —los pacientes o sujetos— de que disponga debe elegir los medios —los instrumentos y el tipo de análisis metodológico— que deben conducirle al objetivo. No hay duda de que cuanto mejor sea la calidad de las herramientas que existan en su taller y más habilidad posea en la selección y manejo de las mismas, mejores serán los resultados. Pero habrá maderas muy fáciles de modelar y otras que requerirán años de experiencia.

Y nunca se deberían poner en manos inexpertas primeras materias preciosas o utilizarlas para confeccionar cajones de embalaje. *Todos los elementos son importantes: objetivo, sujetos, instrumentos, habilidad. Y, por encima de todo, amor al oficio y un cuidado exquisito para modelar la madera que se confía a nuestras manos.* Investigar, como construir buenas sillas, requiere creatividad, sensibilidad y experiencia. No tenemos derecho a estropear la madera que la naturaleza nos ofrece. Los árboles, los bosques, forman parte de nuestra vida; de hecho, son nuestra vida y la de las generaciones futuras.

Este libro nos va a ayudar a seleccionar *instrumentos de calidad* para investigar en algunos de los campos más interesantes de la Psicología de la Salud. Bienvenido sea. Lo echábamos en falta.

Ramón BAYÉS

Barcelona, 27 de mayo de 2002

Referencias

- Arranz, P., Bayés, R., Barreto, P. y Cancio, H. (2002): «Deliberación moral y asesoramiento», *Medicina Clínica*, 118, 479.
- Badía, X., Salamero, M. y Alonso, J. (eds.) (1999): *La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español* (2.ª ed.). Barcelona, Edimac.
- Bayés, R. (2001): *Psicología del sufrimiento y de la muerte*. Barcelona, Martínez Roca.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E. y Gebhard, P. H. (1953): *Sexual behaviour in the human female*. Filadelfia, Saunders.
- Loeser, J. D. y Melzack, R. (1999): «Pain: an overview», *The Lancet*, 353, 1607-1609.
- Rivas, J., Vilches, Y., Muñoz, D., Altisent, R., Gisbert, A., Loncan, P., Novellas, A., Núñez Olarte, J. M., Rodeles, R., Sanz, J. y Porta, J. (2002): «Consentimiento informado en cuidados paliativos», *Medicina Paliativa*, 9 (1), 32-36.
- Snowdon, D. A. (2001): *Aging with grace* [ed. cast.: *678 monjas y un científico*. Barcelona, Planeta, 2002].
- U.S. Department of Health and Human Services (1980): *Pretesting in health communications*. Bethesda, Maryland, National Institutes of Health.

Introducción

La docencia con nuestros estudiantes de psicología resulta una labor extremadamente gratificante aunque no exenta de la superación de obstáculos diversos. A lo largo de su proceso formativo en el campo de la psicología clínica y de la salud, el profesor trata de concienciarles acerca de la importancia extrema de la evaluación y de su ligazón inseparable a la intervención. Más tarde, intenta enseñarles la mejor forma de evaluar cuestiones tan complejas como los factores psicológicos que afectan a una persona que sufre un cáncer irreversible, que padece cefaleas crónicas, que fuma o que debe controlar su peso por motivos de salud, por citar sólo unos ejemplos. A medio camino les acerca a los tratamientos que en la actualidad parecen mostrarse más eficaces en este campo para, finalmente o en paralelo, animarles a que ejerciten sus habilidades y pongan en práctica los conocimientos adquiridos tanto en el terreno de la evaluación como en el de la intervención. Y es precisamente en este punto, especialmente en el terreno de la evaluación, donde alumnos y profesores nos encontramos con uno de nuestros principales obstáculos: ¿dónde están los instrumentos de medida necesarios para dar los primeros pasos? Por supuesto, siguiendo unas pautas adecuadas, algunas escalas pueden crearse *ad hoc*, como se nos muestra en el capítulo primero del presente libro con respecto a la creación de instrumentos para la evaluación de la autoeficacia. Un buen autorregistro siempre lo podemos «fabricar». Pero aquel cuestionario de calidad de vida, o de motivación para el cambio, que nos han dicho que es tan importante tener en cuenta, ¿dónde está?... ¿En el Servicio de Préstamo de Instrumentos de

Evaluación Psicológica de nuestras universidades?; no necesariamente y, si es muy nuevo, casi con toda garantía que no. Si debe adquirirse, probablemente no esté al alcance del estudiante en cuanto a coste económico. ¿Quizá... lo tiene el profesor y les dejaría una copia?; en este caso, el problema será encontrar a un profesor que lo tenga y con disponibilidad hacia el préstamo.

Los contenidos propios de la Psicología de la Salud se han venido incorporando paulatinamente en la última década a los planes de estudios de la gran mayoría de las facultades de Psicología en toda España. En el momento actual contamos con diversos manuales especializados en esta disciplina. Sin embargo, resulta difícil encontrar textos que incorporen instrumentos de evaluación específicos y, más aún, que describan ampliamente las características de los mismos. Así pues, el objetivo fundamental que nos movió a elaborar este libro fue el de recopilar instrumentos de evaluación afines a diversos ámbitos propios de la Psicología de la Salud y, en la medida de lo posible, reunir toda aquella información que es necesaria para aplicar e interpretar dichas pruebas.

Este libro se ha hecho pensando fundamentalmente en las necesidades formativas de los estudiantes de psicología, de segundo ciclo o posgraduados, pero consideramos que puede ser igualmente útil a los investigadores y profesionales de la Psicología de la Salud, que encontrarán en el texto un amplio abanico de instrumentos de medida, en muchos casos adaptados en nuestro país y en otros de aparición reciente.

El texto está formado por doce capítulos en los que hemos incluido temas diversos de la disciplina. Evidentemente «no están todos los que son». La selección ha estado guiada por nuestro especial interés en conjugar el trabajo de especialistas clínicos e investigadores, a fin de dar un mayor aire de utilidad al texto. El resultado incluye cinco capítulos de carácter más genérico que tratan temas como la autoeficacia, el estrés, los estilos de vida, el sueño y el dolor crónico; y siete capítulos centrados en problemáticas más concretas, tales como: el VIH/sida, la diabetes, los trastornos alimentarios y la obesidad, el tabaquismo, el alcoholismo y otras toxicomanías, la oncología y el envejecimiento y las demencias.

La estructura de cada capítulo incluye dos partes fundamentales: la introducción y las pruebas de evaluación.

1. En la *introducción* se hace una descripción de los aspectos generales de la evaluación más importantes en cada caso. No queríamos limitarnos a recopilar una serie de instrumentos sin enmarcarlos dentro de un proceso global de evaluación que les diera sentido. En esta línea se ha tratado de responder algunas preguntas del tipo: ¿cómo se debe organizar/estructurar la evaluación?, ¿qué aspectos son esenciales evaluar?, o ¿de qué instrumentos disponemos? En muchos casos, también se ha hecho una pequeña referencia a la proble-

mática en cuestión, delimitando aspectos de la situación actual o incluso de tipo conceptual.

2. En el apartado de *pruebas de evaluación*, el lector puede encontrar ejemplos de entrevistas, autorregistros y autoinformes. En este último caso, en cada prueba encontrará:
 - Una ficha técnica de la misma.
 - Una introducción donde se describe ampliamente la prueba, sus bases conceptuales y características psicométricas disponibles,
 - Normas de aplicación.
 - Normas de corrección e interpretación.
 - La prueba completa lista para ser utilizada.

Agradecemos enormemente el prólogo de Ramón Bayés, cuya lectura recomendamos si no la han realizado ya. Sus sabias palabras enmarcan perfectamente el contenido de este libro. Y para finalizar esta introducción, nos gustaría remarcar que nuestro principal interés ha sido incluir instrumentos de evaluación completos, no sólo en lo referente a su formato de administración, sino también a sus características y normas propias. En este sentido, es justo decir que el resultado de este libro es fruto del trabajo de muchos profesionales, más allá de editores y autores de capítulos, a los que esperamos no defraudar y a los que agradecemos sus aportaciones.

1. Evaluación de la autoeficacia en Psicología de la Salud

Francisco Villamarín Cid

1. Introducción

En este capítulo pretendemos, fundamentalmente, sentar las bases de la evaluación de la autoeficacia y las expectativas de resultados en el ámbito de la Psicología de la Salud, sobre todo desde una óptica de promoción de conductas saludables. Para ello, y ciñéndonos al planteamiento general de este manual, presentaremos algunos instrumentos aptos para la medición de estas importantes variables cognitivas.

Pero, al mismo tiempo, pretendemos ir un poco más allá. Siguiendo el conocido y sabio proverbio (¿chino?) que dice «no me des una caña, enséñame a pescar», hemos creído conveniente presentar de un modo detallado los pasos a seguir para la elaboración de nuevos instrumentos de medida de los dos constructos psicológicos mencionados. Nos ha reafirmado en esta convicción la consideración de que tanto la autoeficacia como las expectativas de resultados son constructos específicos; no existen, ni tendrían sentido, cuestionarios para evaluar la autoeficacia o las expectativas de resultados sobre la salud en general, sin referirnos a problemas concretos. Y siempre pueden surgir nuevos problemas de salud en los que la evaluación de la autoeficacia y las expectativas de resultados respecto de las conductas preventivas o de la adhesión a las prescripciones terapéuticas puede ser de gran utilidad. Un caso altamente ilustrativo de lo que acabamos de decir lo constituye la pandemia del sida, un problema de salud de enorme importancia social, en que las medidas de autoeficacia han mostrado una gran

utilidad, tanto en prevención primaria (Juárez, Díez, Barniol, Villamarín, Nebot, Villalbí, 1999) como en prevención secundaria (Tuldrà, Fumaz, Ferrer, Bayés, Arnó, Balagué y cols., 2000).

Así pues, dedicaremos dos grandes apartados a la evaluación: uno a los procedimientos de elaboración de nuevos instrumentos y otro a la presentación de instrumentos ya construidos. Estos dos apartados van precedidos de una introducción en la que definimos los constructos y describimos brevemente sus mecanismos de influencia sobre la salud y las diversas utilidades de su evaluación.

1.1 Autoeficacia, expectativas de resultados y otros constructos similares

El constructo de la autoeficacia ha cobrado una importancia progresiva dentro de la Teoría Cognitivo Social (TCS) de Bandura (1986). La autoeficacia se definió originalmente como «la creencia de que uno es capaz de ejecutar con éxito un determinado comportamiento requerido para obtener unos determinados resultados» (Bandura, 1977, p. 193). Este conjunto de juicios referidos al *self*, a los que Bandura (1986) se refiere también con las expresiones de expectativas de eficacia o eficacia personal, forman parte de lo que este autor denomina la capacidad psicológica de autorreflexión, una de las cinco capacidades humanas básicas junto con la simbólica, la de previsión o anticipación, la de aprendizaje por observación y la de autorregulación.

Es importante distinguir entre autoeficacia (expectativas de eficacia) y expectativas de resultados. Estas últimas se definen como «la creencia de que un determinado comportamiento producirá unos determinados resultados» (Bandura, 1977, p. 193).

Ambos tipos de expectativas, de eficacia y de resultados, son importantes en la determinación de la motivación para realizar una conducta; si una persona se siente capaz de realizar el comportamiento x , pero no espera que dicho comportamiento le aporte resultados valiosos, probablemente no lo realizará; igualmente, si una persona cree que el comportamiento x produce resultados valiosos, pero no se cree capaz de realizar dicho comportamiento, tampoco se esforzará para llevarlo a cabo.

Ha de señalarse, no obstante, que si bien a nivel teórico se concede importancia a ambos tipos de expectativas, en la práctica la investigación se ha centrado preferentemente en el estudio de la influencia de la autoeficacia, debido probablemente a que este constructo constituye la aportación más novedosa de la teoría de Bandura, si la incluimos en el panorama más amplio de las denominadas teorías de la expectativa-valencia (Villamarín y Álvarez, 1998). Cabe señalar también que en la TCS, Bandura (1986) reconoce de forma explícita que las expectativas no agotan los determinantes de

la conducta: para que una persona tenga una buena actuación en un ámbito determinado necesita poseer, además de una alta autoeficacia y expectativas de resultados, las habilidades, los incentivos y los recursos materiales necesarios.

Las expectativas, tanto de eficacia como de resultados, se conciben no como variables globales y estables, sino como cogniciones específicas y cambiantes, que se forman y reelaboran a partir de la información procedente de diferentes orígenes: los propios logros y fracasos en el pasado, la observación del comportamiento de los demás, la persuasión verbal y la autopercepción de diferentes estados fisiológicos propios. Estas fuentes de información constituyen los diferentes modos de influencia de que disponemos para intervenir sobre las expectativas. Por otra parte, las expectativas influyen sobre la conducta a través de tres mecanismos básicos: a) motivacionales (elección de conductas, esfuerzo y persistencia en las conductas elegidas); b) emocionales (modulación del componente subjetivo y fisiológico de los estados emocionales); y c) cognitivos (influyen sobre otros tipos de pensamiento como son las atribuciones causales y las metas de rendimiento).

El constructo de la autoeficacia no debe confundirse con otros constructos cognitivos actuales también referidos al *self* (Villamarín, 1990a). Dos de los más importantes son la Autoestima y el Locus de Control (LC) del Reforzamiento. La autoestima consiste en el aprecio global que uno mantiene sobre sí mismo; es un constructo global y posee un componente afectivo (autoaprecio); la autoeficacia está constituida por juicios específicos fríos (sin un componente emocional) sobre las propias habilidades (capacidad para realizar conductas concretas en circunstancias concretas). El Locus de Control (Rotter, 1966, 1975) es una expectativa de resultados de carácter general referida a si los resultados dependen de la conducta (LC interno) o son incontrolables (LC externo).

1.2 Autoeficacia, expectativas de resultados y salud: mecanismos de influencia y utilidad de su evaluación

Las expectativas de eficacia y de resultados pueden influir en la salud a través de dos mecanismos principales: uno motivacional y otro emocional.

En cuanto variables motivacionales de carácter cognitivo que determinan en gran medida la elección de comportamientos y el esfuerzo y la persistencia en los comportamientos iniciados, las expectativas pueden (Villamarín, 1990b):

- a) Regular los intentos para abandonar los hábitos perjudiciales para la salud (conductas de riesgo), tales como las conductas adictivas, el sedentarismo o las dietas insanas (exceso de grasas animales, de azúcares o de sal).

- b) Determinar el esfuerzo y la persistencia en la adopción de nuevas conductas promotoras de la salud y preventivas de la enfermedad (ejercicio físico, uso del preservativo, uso del cinturón de seguridad, adhesión a las terapias farmacológicas).
- c) Influir en la rapidez y magnitud de la recuperación de los hábitos cotidianos (de autocuidado, familiares, laborales, sociales) después de traumas y enfermedades incapacitantes, tales como accidentes de tráfico, accidentes cerebro-vasculares o infartos de miocardio.

Por todo ello, las medidas de las expectativas, especialmente de la autoeficacia, referidas a los diferentes tipos de conductas favorecedoras de la salud se han mostrado buenos predictores de la realización de estas conductas. Como hemos señalado en otro lugar (Villamarín, 1990c):

- a) Las expectativas de carácter específico predicen el comportamiento mejor que otras variables cognitivas de carácter global, como el Locus de Control del Reforzamiento.
- b) Las medidas de autoeficacia específica predicen mejor el comportamiento que las medidas de autoeficacia de carácter global. A pesar de la insistencia de Bandura (1977, 1986, 1997) en el carácter específico de esta variable, se han creado cuestionarios para evaluar la autoeficacia general o inespecífica.
- c) En las investigaciones en que se han evaluado la autoeficacia y las expectativas de resultados, la autoeficacia se ha mostrado un mejor predictor de la conducta.

Por otra parte, las expectativas pueden influir también en la salud a través de sus efectos emocionales, entendidos éstos básicamente como la capacidad de modulación de la reactividad biológica ante estímulos estresantes. En este sentido, una serie de investigaciones realizadas por el equipo de Bandura han puesto de manifiesto que el nivel de autoeficacia modula algunos de los parámetros indicadores de la activación autonómica (frecuencia cardíaca y presión sanguínea), la secreción de catecolaminas periféricas (adrenalina y noradrenalina), la actividad de los mecanismos opiáceos y no opiáceos del dolor, y la inmunocompetencia. En general, una alta autoeficacia para afrontar las situaciones estresantes actúa como un mecanismo psicológico protector de la enfermedad (Bandura, 1997; Sanz y Villamarín, 2001).

Por todo ello, en el ámbito de la promoción de la salud, la evaluación de la autoeficacia y las expectativas de resultados posee utilidades diversas, que podríamos desglosar del modo siguiente:

- a) Las medidas de autoeficacia sobre conductas promotoras de la salud, aunque no son un reflejo exacto de las habilidades reales del

sujeto, pueden utilizarse como indicadores relativamente fiables de las mismas, sirviendo de guía para planificar programas de intervención con fundamento teórico (Juárez, 2000).

- b) La autoeficacia y las expectativas de resultados son, según la TCS, los mecanismos a través de los cuales actúan las intervenciones para promover cambios en las conductas favorecedoras de la salud, por ello el cambio que consigamos en estas variables mediadoras puede ser un buen indicador de la eficacia de la intervención.
- c) Las medidas de las expectativas evaluadas al final de la intervención, en la medida en que son un buen predictor de la conducta posterior evaluada durante el seguimiento, pueden ser de gran ayuda para diseñar intervenciones de prevención y recuperación de las recaídas, sobre todo en algunas conductas adictivas, como el tabaquismo y el alcoholismo. Las medidas de las expectativas postratamiento pueden predecir hasta cierto punto qué usuarios tienen mayor probabilidad de recaída y qué circunstancias (externas o internas) constituyen las ocasiones de mayor riesgo.

2. Evaluación de la autoeficacia y las expectativas de resultados: elaboración de instrumentos nuevos

En este apartado describiremos con cierto detalle los diferentes aspectos del procedimiento que debe seguirse para construir nuevos cuestionarios de evaluación de la autoeficacia en psicología de la salud.

2.1 Evaluación de la autoeficacia (AE)

2.1.1 Dimensiones de la autoeficacia

El constructo de la autoeficacia se evaluó por vez primera en dos estudios de Bandura y colaboradores (Bandura y Adams, 1977; Bandura, Adams y Beyer, 1977), en los que se trató a personas con zoofobia (fobia a las serpientes) mediante desensibilización sistemática y distintos procedimientos de modelado.

En estos dos experimentos se utilizó como base para evaluar la autoeficacia el test de evitación/aproximación conductual. Éste constaba de una serie de 29 ítems que describían otras tantas tareas de interacción con el objeto fóbico (serpiente), ordenadas por orden creciente de dificultad y amenaza, que iban desde acercarse a la caja de cristal en que estaba la serpiente que se utilizaría en el tratamiento, hasta dejar que la serpiente reptase libremente en el regazo, mientras los pacientes mantenían los brazos caídos a ambos lados del cuerpo.

Para evaluar la autoeficacia se entregó a los pacientes un cuestionario que describía las 29 tareas de este test, y se les pidió que señalaran para cada una de ellas:

- a) Si se sentían o no capaces de realizarlas («nivel» de la autoeficacia).
- b) En caso de contestar afirmativamente a la pregunta anterior, habían de señalar en una escala de 0 a 100, con intervalos de 10 puntos, «en qué medida se sentían capaces» (fuerza de la autoeficacia).

La puntuación de nivel de autoeficacia equivalía al número de ítems contestados afirmativamente, y la puntuación de fuerza al promedio de las puntuaciones de todas las escalas contestadas afirmativamente.

Para medir la generalización (generalidad) de la autoeficacia se pidió a los pacientes que autoevaluasen el nivel y la fuerza de sus expectativas para interactuar con una serpiente (bastante) distinta de la utilizada en el test conductual.

Tres son, pues, en origen las dimensiones de la autoeficacia: nivel, fuerza y generalidad. Lo ideal sería evaluar siempre estas tres dimensiones, si bien el propio Bandura (1997) ha señalado que esto no siempre es posible y que, si hemos de limitarnos a una única dimensión, la más relevante es la fuerza de la autoeficacia.

Fuera del ámbito de la conducta fóbica, estas tres dimensiones de la autoeficacia tan sólo se han evaluado, que nosotros sepamos, en el ámbito de la actividad física, mediante un cuestionario desarrollado por Ewart y Taylor (1985) para medir la autoeficacia relativa al ejercicio físico (caminar, correr, levantar pesos, tener relaciones sexuales y hacer flexiones) en pacientes con enfermedad coronaria.

Esta estructuración de los cuestionarios de evaluación de la autoeficacia, planteando dos preguntas para cada tarea: ¿te sientes capaz? (sí/no), y ¿en qué medida te sientes capaz? (0-100), se conoce como formato de doble juicio (Bandura, 1997) y es, hasta cierto punto, redundante, ya que planteando sólo la segunda pregunta se puede obtener también el nivel de autoeficacia, contabilizando el número de tareas en que la persona ha autoevaluado su capacidad con una puntuación superior a cero (0). Esta segunda forma de estructurar un cuestionario de autoeficacia se denomina formato de juicio único (Bandura, 1997). Este formato proporciona la misma información que el de doble juicio y es más fácil de utilizar, ya que consume menos tiempo. Por ello en una investigación reciente, en que utilizamos una versión castellana de la escala de Ewart y Taylor (1985) antes mencionada, la estructuramos siguiendo un formato de juicio único (Álvarez, 1997). De esta versión hablaremos más adelante en el apartado 3.2.3.

2.1.2 Análisis del dominio conductual

Los ítems constitutivos de un cuestionario para evaluar la autoeficacia en un dominio conductual determinado deberían incluir de forma sistemática las tres características siguientes: especificidad conductual, especificidad situacional y especificidad temporal (Maibach y Murphy, 1995).

Por ello, la primera tarea para desarrollar ítems de autoeficacia en un dominio conductual concreto es realizar un análisis conceptual del mismo con la finalidad de establecer las conductas o habilidades específicas que lo integran. Para realizar este análisis puede ser de gran ayuda la colaboración de expertos y practicantes del área de actividad en cuestión. Esta colaboración puede llevarse a cabo mediante entrevistas semiestructuradas, grupos focales, etc. Supongamos, a modo de ejemplo, que el dominio conductual es jugar a baloncesto. Podríamos desglosar esta actividad, como mínimo, en las siguientes habilidades específicas: canastas de dos puntos, canastas de tres puntos, tiros libres, rebotes defensivos, rebotes ofensivos, asistencias, tapones, defensa, robos de balón si falta, conducción del juego. Es mucho más probable que consigamos especificar las habilidades más relevantes de este dominio si contamos con la colaboración de entrenadores y jugadores de baloncesto, que si la realizamos nosotros solos, por muy expertos que seamos en la evaluación de la autoeficacia.

Consideremos un segundo ejemplo de dominio conductual, dentro del ámbito de la promoción de la salud: el uso correcto y consistente de preservativos en las relaciones sexuales. Podríamos desglosarlo, como mínimo, en las siguientes habilidades: obtener preservativos (gratuitamente, comprándolos), llevar preservativos (con uno), colocarlos correctamente, negociar su uso con la pareja (potencial), autocontrolar las emociones intensas y las situaciones de mayor riesgo de no uso (ante una pareja esporádica muy atractiva, después de haber ingerido alcohol u otras drogas).

Así pues, desglosar un dominio conductual en sus habilidades componentes es el paso previo necesario para establecer la especificidad conductual de un cuestionario de autoeficacia. Otra tarea importante a desarrollar es la especificidad situacional. La dificultad objetiva para realizar las distintas habilidades de un dominio, y el consiguiente rendimiento, puede variar en función de las circunstancias internas y externas en que se ejecuten, y, por lo tanto, también puede variar, de forma correlativa, la capacidad percibida (autoeficacia) para llevarlas a cabo. Por ello es necesario especificar las diferentes circunstancias (externas e internas) en que la persona habrá de ejecutar, con una alta probabilidad, las diferentes habilidades. Retomando los ejemplos del baloncesto y de la utilización de preservativos, la capacidad, y en consecuencia la autoeficacia de un jugador para encestar triples o para capturar rebotes dependerá, en parte, de los contrincantes (oponentes) a los que haya de enfrentarse; la capacidad objetiva y la autoeficacia para colocarse correctamente un preservativo o negociar su uso variará

también en función de si uno está en pleno uso de sus facultades, o ha de ejecutar estas habilidades después de una noche de diversión en que ha ingerido mucho alcohol o ha consumido drogas de diseño.

Como ya hemos apuntado anteriormente, las circunstancias definidoras de la especificidad situacional pueden ser internas o externas. Entre las internas, algunas de las más importantes son los estados emocionales, sobre todo negativos pero también positivos, ante los que uno se siente impelido a la realización de conductas insanas. Es relativamente frecuente abusar del alcohol cuando uno se siente fracasado o está triste («beber para ahogar las penas»); que abuse de la comida («picotee») cuando esté aburrido; que fume cuando se siente muy inquieto; o que conduzca de forma imprudente cuando se siente eufórico.

Las circunstancias externas pueden ser de carácter social (conductas de otras personas que nos incitan a realizar comportamientos insanos: ves a otros que están fumando, te invitan a un cigarrillo), y otras conductas o aspectos del entorno físico generalmente asociadas en el pasado a conductas de riesgo para la salud (el cigarrillo después de comer o cuando tomas café; el picoteo cuando estás en la cocina solo/a y con la nevera repleta). Esta categoría de situaciones de riesgo externas suelen etiquetarse como situaciones de riesgo contextuales. El autor que ha realizado una clasificación más completa de las situaciones de riesgo para diferentes conductas insanas es A. Marlatt (1993) en sus estudios sobre el Modelo de Prevención de Recaídas.

Idealmente, pues, la creación de ítems para evaluar la autoeficacia ha de llevarse a cabo explorando, de forma simultánea o sucesiva, el plano de la especificidad conductual y el de la especificidad situacional. Y decimos de forma ideal, porque en la mayoría de los instrumentos que se han elaborado, en unos casos (conductas de no fumar, y de no beber) se ha trabajado casi únicamente la especificidad situacional, y en otros preferentemente la especificidad conductual (prevención de la infección por VIH).

Nos queda, por último, la cuestión de la especificidad temporal. Las expectativas son, por definición, anticipaciones cognitivas de acontecimientos futuros. Pero cuando pedimos a una persona que las autoevalúe, lo que nos interesa es conocer su contenido y alcance en el momento presente. Este aspecto ha de quedar muy claro en la formulación de los ítems.

2.1.3 Redacción de los ítems: qué preguntar y cómo responder

Las preguntas de un cuestionario para evaluar la autoeficacia han de poseer como característica esencial validez de contenido, esto es, han de ajustarse lo más posible al constructo que queremos medir. En este caso se trata de medir la percepción que tiene la persona de su capacidad para hacer algo en el momento en que le preguntamos.

Por ello, especificaremos en primer lugar qué tipo de preguntas no son adecuadas para medir el concepto de autoeficacia. No ha de preguntarse a

la persona si desea, piensa o tiene la intención de llevar a cabo la conducta en el futuro, ya que con una pregunta como ésta estaríamos midiendo la intención de conducta. La autoeficacia y la intención son dos constructos cognitivos que se influyen mutuamente, pero separables a nivel conceptual y a nivel empírico (Villamarín y Álvarez, 1998). Tampoco ha de preguntarse si la persona cree que llevará a cabo, con una cierta probabilidad, una conducta determinada; esto equivaldría a pedirle que prediga su propia conducta (posteriormente podríamos comprobar si autocumple su profecía). Al evaluar la autoeficacia no se pretende, precisamente, que una persona prediga su conducta, sino comprobar si su capacidad percibida actual para realizar una conducta puede predecir la ejecución futura de la misma. Son cuestiones totalmente diferentes.

Preguntas adecuadas para evaluar la autoeficacia serían ¿hasta qué punto se cree usted capaz?, o ¿en qué medida se siente (se ve, se percibe) usted capaz de realizar esta conducta? Para enfatizar el presente de la evaluación conviene anteponer a las preguntas anteriores expresiones como «en este momento», «en este instante» o «ahora». Y también deberá ponerse a la persona ante la situación concreta en que deberá realizar la conducta. La conjunción de estos tres aspectos relevantes podría adoptar alguno de los formatos que se recogen en el cuadro 1.1.

Cuadro 1.1 Ejemplos de formulación de preguntas para evaluar la autoeficacia y de escalas para responder

AUTOEFICACIA										
1. En este momento, en qué medida se siente usted capaz de resistir las ganas de fumar, cuando está impaciente.										
NADA										COMPLETAMENTE
CAPAZ										CAPAZ
2. Para contestar deberás escribir, en el espacio en blanco que aparece a la derecha de cada uno de los niveles de actividad, uno solo de los números, del 0 al 100, de la escala que te presentamos a continuación. Precisamente aquel que en este momento crees que refleja mejor tu capacidad de realizar la actividad física en cuestión.										
Nada capaz										Totalmente capaz
0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Caminar 100 metros (2 minutos) _____										
3. Imagínate que has salido a dar una vuelta con tu mejor amigo o amiga, y te ofrece un cigarrillo, ¿hasta qué punto te crees capaz de rechazarlo?										
NADA	0	0	0	0	0	0	0	0	COMPLETAMENTE	
CAPAZ									CAPAZ	

Como puede observarse en el cuadro, para responder se pueden utilizar distintos tipos de escalas, numéricas y no numéricas, por lo general etiquetadas en el extremo izquierdo con la expresión nada capaz, y en el extremo derecho con la expresión completamente (totalmente) capaz.

Muchos de los cuestionarios para evaluar la autoeficacia en psicología de la salud, siguiendo la praxis y la recomendación inicial de Bandura (1977), utilizan escalas de cien puntos, con intervalos de diez, desde cero (nada capaz) hasta cien, completamente capaz. Otros autores utilizan escalas de diez y de cinco puntos. Según Bandura (1997) no deberían utilizarse estas escalas simplificadas, ya que son menos sensibles que las de cien puntos (se pierde cierta información al utilizarlas). En todo caso, opinamos que, antes de tomar una decisión al respecto, el evaluador ha de considerar además de las conveniencias estrictamente académicas otras circunstancias tales como los hábitos y experiencia anterior de los sujetos a evaluar y la inclusión o no de las preguntas sobre autoeficacia en un cuestionario más amplio con un formato estandarizado de respuesta. En este caso, lo más conveniente es seguir el formato general.

En nuestro grupo de investigación de la Universidad Autónoma de Barcelona (GIES: Grupo de Investigación en Estrés y Salud) hemos utilizado como alternativa a las escalas numéricas, escalas análogo-visuales. Éstas consisten en líneas horizontales de diez centímetros de largo, igualmente etiquetadas en ambos extremos con las expresiones nada capaz y completamente capaz. La persona que se autoevalúa ha de marcar con una raya (línea) vertical aquel punto de la escala que mejor refleja su capacidad para llevar a cabo la conducta. Personalmente creemos que las escalas análogo/visuales pueden ser de especial utilidad en aquellos colectivos poco habituados a la utilización de escalas numéricas. De hecho, los estudios empíricos realizados por nuestro grupo de investigación han confirmado la validez de este formato de escala (Villamarín, 1994).

Por otra parte, y con el fin de minimizar lo que podríamos denominar inercia de respuesta (influencia de las respuestas dadas a las preguntas anteriores sobre las nuevas) cada pregunta con su correspondiente respuesta se presenta en una hoja separada, formando el conjunto una especie de cuadernillo. De este modo, el sujeto tiene en su campo visual únicamente la pregunta a la que ahora deberá contestar.

Queremos dejar constancia aquí de que, en los instrumentos de evaluación de la autoeficacia realizada por nuestro grupo de investigación, tanto las escalas análogo/visuales como el formato de cuadernillo han sido una aportación de nuestro entrañable maestro y amigo el Dr. Ramón Bayés.

Para evaluar la autoeficacia en niños mediante escalas numéricas, se han utilizado a veces ayudas visuales, tales como termómetros o círculos de diámetro progresivamente mayor (Chase y Felth, 1999).

2.2 Evaluación de las expectativas de resultados (EXRE)

Señalábamos casi al principio de este capítulo que si bien a nivel teórico, en la TCS se plantea que la autoeficacia y las expectativas de resultados poseen una importancia más o menos similar en la determinación de la conducta, a nivel de evaluación y de investigación empírica el segundo constructo ha sido el gran olvidado. Con la intención de paliar en la medida de lo posible ese olvido, intentaremos trazar las bases del procedimiento de evaluación de las expectativas de resultados.

2.2.1 Problemas conceptuales no resueltos

En nuestra opinión, el problema tal vez más importante para la operacionalización y evaluación de las expectativas de resultados como un constructo diferente y diferenciable de la autoeficacia procede de una cierta ambigüedad en la definición operacional de ambos constructos, un problema que hasta aquí hemos soslayado para no complicar en exceso el discurso, pero que está ahí y continúa sin resolverse.

De hecho, en años sucesivos Bandura ha definido el concepto de autoeficacia (expectativas de eficacia) con distintos grados de molaridad, progresivamente mayores. Así, la autoeficacia ha pasado de ser «la capacidad percibida para ejecutar con éxito un determinado comportamiento» (Bandura, 1977) a ser «la capacidad percibida para generar y ejecutar cursos integrados de acción» (Bandura, 1986). No es lo mismo una conducta (discreta) que un curso integrado de acción. Éste vendría a ser una cadena integrada por múltiples conductas discretas con sus respectivos resultados intermedios. El problema proviene en el fondo de que no se establecen (¿es posible?) criterios claros para poder decidir dónde acaba un acto y dónde empieza un resultado. Al no haber criterios claros, la evaluación de la autoeficacia en una investigación concreta dependerá del criterio más o menos molecular, y siempre arbitrario, que adopte el evaluador. Esto ha llevado en la práctica a que la autoeficacia referida a un mismo tipo de conducta favorecedora de la salud se haya definido de forma diferente en distintas investigaciones. Consideraremos a modo de ejemplo las diversas definiciones de la autoeficacia referidas a dos conductas relacionadas con la salud como son el hábito de fumar y la dieta.

En la mayoría de los estudios sobre el hábito de fumar en que se ha evaluado la autoeficacia, incluyendo el ya clásico de Condiotte y Lichtenstein (1981), este constructo se ha definido como «la capacidad percibida para resistir las ganas de fumar en situaciones de alto riesgo». Sin embargo, en investigaciones posteriores en este mismo ámbito, la autoeficacia se definió como la «capacidad percibida para lograr los objetivos conductuales que se pretenden conseguir mediante el tratamiento» (Godding y Glasgow, 1985),

o como «la capacidad percibida para practicar las habilidades para dejar de fumar enseñadas en el programa de tratamiento» (Devins y Edwards, 1988). Como han señalado agudamente estos últimos autores, el no fumar, bien podría considerarse un resultado (una consecuencia) de la práctica de las diferentes habilidades proporcionadas en el tratamiento, por lo cual la definición utilizada por Condiotte y Lichtenstein (1981) incluiría de facto los dos tipos de expectativas.

Algo parecido a lo que acabamos de ver para el caso de la conducta de fumar ha sucedido en las investigaciones sobre autoeficacia y dieta, donde la confusión entre los dos tipos de expectativas ha sido, si cabe, todavía mayor. En algunos de esos estudios se definió la autoeficacia como la «capacidad percibida para controlar el exceso de ingesta en situaciones de riesgo» (Glynn y Ruderman, 1986), mientras que en otras se definió como «la capacidad percibida para llevar a cabo el conjunto de estrategias que se pretenden instaurar mediante el programa de intervención» (Bernier y Poser, 1984). Al igual que en la conducta de fumar, el no comer bien podría considerarse un resultado de practicar las estrategias proporcionadas en el tratamiento. Otros autores, finalmente, han definido la autoeficacia referida a la dieta para adelgazar como «la capacidad percibida para alcanzar las metas propuestas sobre la reducción de peso», una definición claramente desacertada, pues la pérdida de peso no es una conducta ni un curso de acción, sino la consecuencia intrínseca de diversas conductas.

El grado de molaridad con que se defina la autoeficacia determina (limita) las posibles definiciones de las expectativas de resultados. Si en relación con el hábito de fumar definimos la autoeficacia como «la capacidad percibida para practicar las habilidades para dejar de fumar enseñadas en el programa de tratamiento», las expectativas de resultados podrían definirse o bien «como las consecuencias probables de la práctica de dichas estrategias» (su utilidad percibida para no fumar), o bien como «las consecuencias probables, positivas y negativas, de no fumar» (unos resultados más remotos); si definimos la autoeficacia como «la capacidad percibida para no fumar en situaciones de riesgo, sólo cabría definir las expectativas de resultados como «las consecuencias probables, positivas y negativas, de no fumar».

Existe un segundo problema en la definición conceptual de las expectativas de resultados que complica la evaluación de esta variable. Se trata de que en los escritos de Bandura (1977, 1986) no queda claro si éstas se refieren a las creencias del individuo sobre las consecuencias probables de una acción determinada, en abstracto, o a las creencias sobre las consecuencias probables de la propia conducta. Al primer tipo de creencias podríamos denominarlas expectativas de resultados no autorreferenciales, y al segundo, expectativas de resultados autorreferenciales.

Partiendo del análisis de la problemática anterior, sugerimos las siguientes recomendaciones para aquellos estudios de psicología de la salud en que se evalúen las expectativas:

- a) Intentar operacionalizar y evaluar la autoeficacia y las expectativas de resultados, y no sólo la autoeficacia, como se ha hecho en la gran mayoría de estudios.
- b) Si lo que se busca es conseguir la máxima capacidad predictiva, definir las expectativas de resultados de forma autorreferencial (consecuencias de la propia conducta).
- c) Contrastar empíricamente la capacidad predictiva de los diferentes tipos de expectativas evaluados.
- d) Utilizar en ocasiones futuras aquel tipo de expectativas o aquella combinación que resulte más predictiva.

2.2.2 Algunas precisiones recientes

En su último libro, Bandura (1997) ha realizado algunas matizaciones conceptuales sobre el constructo de las expectativas de resultados que pueden ser útiles de cara a la evaluación. Estas precisiones se centran sobre todo en lo que no son las expectativas de resultados.

En primer lugar, los resultados no son, y no han de confundirse con el nivel de rendimiento alcanzado en una conducta. A modo de ejemplo, si definimos una conducta favorecedora de la salud como «caminar 5 km diarios en una hora» el realizarla con éxito no es un resultado de dicha conducta. Ni la distancia, ni la frecuencia ni la velocidad del caminar son resultados de la conducta, sino criterios que la definen. Suprimamos estos criterios y no sabremos cuál es la conducta a realizar (¿caminar...?).

Otra confusión relativamente frecuente cuando se evalúan las expectativas de resultados en estudios en que se aplican intervenciones para promover conductas favorecedoras de la salud, consiste en definir las expectativas de resultados como las creencias anticipatorias sobre la eficacia de la intervención. Según Bandura (1997), tanto en éste como en otros casos las expectativas de resultados deberían definirse como las creencias individuales sobre las consecuencias anticipadas, positivas y negativas, de la conducta favorecedora de la salud que se pretende promover. Las expectativas sobre la eficacia de la intervención responden más bien al concepto de credibilidad del tratamiento.

Personalmente creemos que algunas de los anteriores malentendidos podrían evitarse con relativa facilidad sustituyendo definitivamente la palabra resultados por la de consecuencias, mucho más clara, y la expresión expectativas de resultados por la de expectativas sobre las consecuencias.

2.2.3 Dimensiones de las expectativas de resultados

Hasta hace relativamente poco, al evaluar las expectativas de resultados se consideraba, en la gran mayoría de los casos, una sola dimensión: la proba-

bilidad (subjetiva) de las consecuencias. Esto se debía en gran parte a la falta de una definición explícita de las dimensiones importantes de este constructo. Recientemente, Bandura (1997) ha tratado someramente esta cuestión al proponer una categorización de las consecuencias. Éstas pueden ser de tres tipos: físicas (experiencias sensoriales, tanto placenteras como desagradables), sociales (reacciones de los demás hacia la propia conducta, en forma de aprobación/desaprobación, prestigio, estatus y recompensas económicas) y emocionales (emociones derivadas de la utilización de normas y criterios internos para autorregular la propia conducta y de la interpretación del rendimiento y las consecuencias obtenidas).

De hecho, estas distinciones entre tipos de consecuencias habían sido tratadas de forma explícita y con mayor detalle en otros modelos socio-cognitivos utilizados en el ámbito de promoción de la salud. Así, en la Teoría de la Acción Razonada (Fishbein, 1967) se especifican los diferentes tipos de expectativas sobre las consecuencias: físicas (allí denominadas creencias conductuales), sociales y emocionales (allí denominadas norma subjetiva).

Por otra parte, el Modelo de Creencias sobre la Salud (Rosentock, 1974) se plantea también la evaluación de la valencia de las consecuencias, al distinguir entre consecuencias negativas y positivas (costes/beneficios) de las conductas de salud.

Como síntesis de todo lo anterior podemos establecer que las dimensiones básicas de las expectativas de resultados son tres: la probabilidad, el tipo o cualidad y la valencia de las consecuencias.

2.2.4 Elaboración del cuestionario

Para elaborar los ítems de un cuestionario de expectativas de resultados, la primera tarea a realizar consiste en analizar las posibles consecuencias de la conducta promotora de salud que estemos considerando. Para ello puede ser de gran utilidad, igual que en el caso de la autoeficacia, contar con la experiencia de expertos y usuarios potenciales.

Teniendo en cuenta la anterior categorización de consecuencias, hemos de pensar en probables consecuencias físicas (sobre la salud: mejora de síntomas, evitación de futuros problemas de salud), sociales (sobre todo las posibles reacciones de las personas próximas importantes), y emocionales (estados afectivos derivados de la práctica de la conducta saludable). Han de especificarse en la medida de lo posible consecuencias positivas y negativas.

Una vez especificadas las consecuencias, deberían evaluarse para cada una de ellas dos aspectos principales: la probabilidad subjetiva de que se produzcan y la importancia subjetiva que la persona le otorga en relación con su bienestar; esta última dimensión corresponde a la intensidad de la

valencia. El enunciado concreto de las preguntas para evaluar la probabilidad (y la importancia) de las consecuencias ha de recoger las dimensiones que se pretenden evaluar y al mismo tiempo ha de ser fácilmente inteligible. Una forma de plantearlas, que hemos utilizado personalmente y consideramos adecuada, consiste en formular enunciados en forma de oración condicional afirmativa sobre las consecuencias de la conducta saludable y pedirle al sujeto que exprese su grado de acuerdo con dichas afirmaciones, utilizando escalas similares a las propuestas para evaluar la autoeficacia. Los enunciados pueden formularse de forma impersonal o autorreferencial, dependiendo del objetivo de la investigación (distinguir empíricamente entre tipos de expectativas o conseguir la máxima capacidad predictiva, respectivamente).

2.3 Consideraciones sobre las características psicométricas de los cuestionarios de autoeficacia y expectativas de resultados

En el ámbito de la evaluación psicológica constituye un *cuasi* axioma el principio de que los instrumentos de evaluación han de ser válidos y fiables. Este principio, que suscribimos plenamente, plantea dificultades considerables cuando se trata de evaluar las expectativas (tanto la autoeficacia como las expectativas de resultados), ya que los principales índices de fiabilidad y validez han sido concebidos para constructos psicológicos globales y relativamente estables, tales como la inteligencia o los rasgos de personalidad. Pero las expectativas no comparten precisamente estas características. Como hemos señalado desde el principio, son constructos específicos y cambiantes.

Para ilustrar las dificultades que acabamos de comentar, consideremos algunos de los índices tradicionales de fiabilidad, como son la fiabilidad test-retest y la consistencia interna. El primer índice supone en gran medida una gran inmutabilidad temporal del constructo que se evalúa. Sin embargo, dado que las expectativas pueden cambiar, y de hecho cambian a partir de la nueva información aportada por distintos tipos de experiencias, este índice de fiabilidad resulta totalmente inadecuado para los cuestionarios de evaluación de las expectativas.

El índice de consistencia interna se basa en la intercorrelación entre los ítems de un cuestionario. Afirmar que un cuestionario ofrece un alto índice de consistencia interna equivale, en gran medida, a decir que los ítems que lo forman son diferentes maneras de preguntar sobre lo mismo. Sin embargo, con frecuencia, un cuestionario para evaluar la autoeficacia en un dominio conductual concreto incluye preguntas sobre la capacidad para realizar tareas que implican diferentes grados de dificultad y habilidades también diferentes. Consideremos por segunda vez el caso de un cuestionario para evaluar la autoeficacia respecto del dominio utilización correcta y consis-

tente del preservativo. Algunas personas pueden sentirse muy capaces de comprar preservativos y muy poco capaces de negociar su uso, y otras totalmente al revés. Si al elaborar un cuestionario de autoeficacia en un ámbito como el que acabamos de mencionar, seleccionamos sólo los ítems que correlacionan alto entre sí, estamos sacrificando la esencia (validez) del constructo en aras de una característica de fiabilidad que no es ni mucho menos imprescindible.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, si al calcular la fiabilidad test-retest o la consistencia interna de un cuestionario para evaluar expectativas los índices correspondientes presentan valores inferiores a los requeridos en estos casos, esos datos no son necesariamente indicativos de que los instrumentos de evaluación no miden con precisión.

La cuestión de la fiabilidad resulta todavía más difícil de resolver, diríamos que casi imposible, cuando la autoeficacia se evalúa mediante uno o dos ítems, lo que es relativamente frecuente.

El concepto de validez presenta menos problemas que el de fiabilidad, ya que los constructos de autoeficacia y expectativas de resultados forman parte de una teoría más amplia, la TCS, que especifica tanto los diferentes tipos de información en que se basan como sus efectos sobre otros procesos psicológicos (motivación, emoción y pensamiento inferencial y propositivo). La gran capacidad predictiva mostrada por las expectativas en relación con diferentes conductas promotoras de salud (Bandura, 1997; Holden, 1991) y los datos empíricos que apoyan las predicciones del modelo global en que se inscriben (TCS) constituyen, de hecho, la auténtica validación de las dos categorías de cogniciones anticipatorias.

Con las reflexiones anteriores no pretendemos sugerir, en modo alguno, que los instrumentos de evaluación de las expectativas en el ámbito de la salud no necesitan someterse a ningún procedimiento de validación, sino, simplemente, que hemos de ser cautos al respecto, y que la ortodoxia y el rigor de la psicometría clásica no han de prevalecer sobre la validez de contenido y de constructo de estas variables. De hecho, parece ser que últimamente se está produciendo un cambio interesante en el propio concepto de validación: más que de un procedimiento puntual en el que se establecen para siempre las características fijas de un cuestionario, se trataría de un proceso permanente de contrastación de hipótesis sobre los constructos y las teorías en que se inscriben.

En nuestra opinión, todas estas consideraciones son igualmente aplicables a los cuestionarios de evaluación de la autoeficacia y de las expectativas de resultados.

2.4 Procedimiento de evaluación: control de los efectos reactivos y entrenamiento previo

El posible efecto reactivo de la evaluación de la autoeficacia consiste en que el mero hecho de que una persona manifieste su capacidad percibida para llevar a cabo una conducta, puede crear en ella una cierta presión para comportarse como ha dicho que es capaz de hacerlo. De este modo, la relación encontrada entre autoeficacia y conducta podría estar contaminada por las demandas de coherencia suscitadas por el propio hecho de la evaluación. Estas demandas de congruencia, si se dan, serían mayores si pedimos a una persona que evalúe su autoeficacia de forma pública. El posible efecto reactivo de la evaluación de la autoeficacia ha sido estudiado a nivel empírico de diferentes maneras (Bandura, 1997):

- a) Comparando el rendimiento en la ejecución de una misma conducta, de personas que han evaluado previamente su autoeficacia con el de personas que no la han evaluado. En estos estudios, algunos de los cuales utilizaron conductas de salud, como la adherencia al ejercicio físico y la velocidad de recuperación después de cirugía coronaria, no se encontraron diferencias a nivel conductual entre las personas que evaluaron su autoeficacia y las que no.
- b) Comparando las posibles diferencias en rendimiento entre personas que evaluaron su autoeficacia de forma pública (máximas demandas de congruencia) y de forma privada. Tampoco en este caso se encontraron diferencias en rendimiento entre los dos grupos.

De todos modos, para minimizar cualquier posible demanda de congruencia contaminadora de los resultados, se aconseja:

- a) Evaluar la autoeficacia de forma privada, mediante autoinformes, ya sea de modo individual o en grupo.
- b) Garantizar el anonimato de los resultados de la evaluación.
- c) Enfatizar en las instrucciones de los cuestionarios la importancia de la sinceridad en la autoevaluación.

Para potenciar la precisión en la autoevaluación conviene introducir en los cuestionarios algún ítem a modo de ejemplo que permita la familiarización con el concepto de autoeficacia. Esta especie de entrenamiento previo es especialmente recomendable cuando se evalúa la autoeficacia en niños. Bandura y Schunk (1981) utilizaron un interesante procedimiento de entrenamiento, en que le pedían a los niños que valorasen su capacidad para saltar distancias de diferente longitud y después les hacían saltar.

3. Instrumentos de evaluación de la autoeficacia y de las expectativas de resultados

3.1 Instrumentos en lengua inglesa

En este apartado presentamos algunos de los cuestionarios sobre autoeficacia y expectativas de resultados utilizados en estudios ya clásicos en el ámbito de la psicología de la salud, sobre conductas tales como el hábito de fumar, la ingestión de alcohol, la dieta, la prevención de la infección por VIH, y la actividad física.

Para presentar de una forma clara y sintética estos cuestionarios, necesariamente seleccionados de entre otros muchos, pero altamente representativos de sus respectivas áreas conductuales, hemos elaborado el cuadro 1.2, en el que incluimos la información a nuestro parecer más relevante. Aquí nos limitaremos a comentar algunos aspectos.

Por lo que respecta a la conducta de mantenerse sin fumar, hemos incluido los cuestionarios utilizados en dos estudios fundacionales, realizados ambos el mismo año y de forma independiente (Condiotte y Lichtenstein, 1981; DiClemente, 1981). La capacidad predictiva de estos dos cuestionarios ha sido comparada más recientemente en un estudio realizado por Becona, Froján y Lista (1988). Estos autores encontraron que el cuestionario de Condiotte y Lichtenstein (1981) predice mejor la conducta de mantenerse sin fumar que el de DiClemente (1981), y atribuyen este dato a la mayor especificidad del primer cuestionario en la operacionalización y la evaluación de la autoeficacia.

La inclusión del estudio de Godding y Glasgow (1985) se debe fundamentalmente a que es el primero dentro del ámbito de la psicología de la salud en que se evaluaron, además de la autoeficacia, las expectativas de resultados (la autoeficacia mostró, no obstante, una mejor capacidad predictiva sobre la conducta de mantenerse sin fumar). En el estudio de Devins y Edwards (1988), en que se evaluaron también ambas variables cognitivas, se obtuvieron resultados similares en la predicción de la conducta de mantenerse sin fumar.

La creación de cuestionarios para evaluar la autoeficacia sobre la abstinencia de alcohol, comenzó una década más tarde (a principios de los noventa) y tiene una protagonista indiscutible: H. M. Annis. Esta autora creó en colaboración con Solomon, un cuestionario de expectativas de resultados en el año 1989 y otro para evaluar la autoeficacia (*Situational Confidence Questionnaire*; SCQ) en 1990. En ambos estudios, el objetivo principal y único fue la construcción y validación de los cuestionarios citados. Young, Oei y Crook crearon en el año 1991 otro cuestionario para medir la autoeficacia respecto de la conducta de no beber denominado *Drinking Self-Efficacy Questionnaire* (DSEQ). Por lo que respecta

Cuadro 1.2 Algunos cuestionarios para evaluar la autoeficacia y algunas expectativas de resultados en distintas conductas de salud

Conductas de Riesgo/salud	Autores cuestionarios	Expectativas evaluadas (n.º ítems)	Fiabilidad	Validez
Fumar	Conditte y Lichtenstein (1981)	Sólo AE (48)	No consta	Análisis factorial (7 subescalas) Predictiva
Fumar	DiClemente (1981)	Sólo AE (12)	No consta	Predictiva
Fumar	Godding y Glasgow (1985)	<ul style="list-style-type: none"> • AE (28) • EXRE (27) 	No consta Consisten. interna (CI) = 0,78	Predictiva Predictiva Análisis factorial (2 subescalas)
Fumar	Devins y Edwards (1988)	<ul style="list-style-type: none"> • AE (10) • EXRE (10) 	CI = 0,65 CI = 0,64	Predictiva Predictiva
Beber alcohol	Salomon y Annis (1989)	<ul style="list-style-type: none"> EXRE (34) • Beneficios (21) • Costes (13) 	Test-retest r = 0,48 r = 0,41	Análisis factorial (2 subescalas)
Beber alcohol	Salomon y Annis (1990)	AE (100)	No consta	Discriminante Análisis factorial (8 subescalas)
Beber alcohol	Young, Oei y Crook (1991)	<ul style="list-style-type: none"> Sólo AE (31) • Presión social • Beber oportunista • Emociones negativas 	CI $\alpha = 0,87$ $\alpha = 0,91$ $\alpha = 0,94$	Análisis factorial
Dieta	Glynn y Ruderman (1986)	<ul style="list-style-type: none"> Sólo AE (25) • Inducción social (10) • Emociones neg. (15) 	CI $\alpha = 0,94$ $\alpha = 0,85$ Test-retest r = 0,7	Análisis factorial (2 subescalas) Predictiva
Dieta	Stotland y Zuroff (1991)	<ul style="list-style-type: none"> Sólo AE (40) • Situacional (25) • Conductual (15) • Objetivos (15) 	CI $\alpha = 0,92$ $\alpha = 0,85$ $\alpha = 0,85$	Divergente y predictiva
VHS/sida	Kasen, Vaughan y Walter (1992)	<ul style="list-style-type: none"> Sólo AE (22) • Rechazo relaciones (9) • Uso preservativo (8) • Informarse (5) 	CI $\alpha = 0,81$ $\alpha = 0,76$ No consta	Predictiva
VHS/sida	Kalichman y Nachinson (1999)	<ul style="list-style-type: none"> Sólo AE (18) • Comunicar seropositividad (6) • Discutir relaciones seguras (6) • Rechazar relaciones (6) 	CI $\alpha = 0,94$ $\alpha = 0,92$ $\alpha = 0,95$	Predictiva
Actividad física (pacientes coronarios)	Ewart y Taylor (1985)	<ul style="list-style-type: none"> Sólo AE (66) • Levantar objetos • Caminar, correr, subir escaleras • Relaciones sexuales • Hacer flexiones 	No consta No consta No consta No consta	Predictiva

a la evaluación de la autoeficacia para seguir una dieta hemos incluido dos estudios: el de Glynn y Ruderman (1986), que constituye el primer intento de construcción y validación de un cuestionario de autoeficacia respecto de esta conducta (la *Eating Self-Efficacy Scale*; ESES); y el de Stotland y Zuroff (1991), que constituye un buen ejemplo de la fragmentación múltiple de la autoeficacia que planteamos en el apartado 2.2.1. Estos autores definieron y evaluaron tres tipos de autoeficacia sobre la dieta: la *Situational Dieting Self-Efficacy* (SDS), capacidad percibida para controlar la ingesta de comida en diferentes situaciones; la *Behavioral Dieting Self-Efficacy* (BDS), capacidad percibida para practicar las diferentes estrategias enseñadas en la intervención; y la *Goals Dieting Self-Efficacy* (GDS), capacidad percibida para alcanzar los objetivos de pérdida de peso.

Durante la década de los noventa se construyeron diferentes instrumentos para evaluar la autoeficacia sobre conductas preventivas de la infección por VIH. Aquí incluimos dos de estos cuestionarios: el elaborado por Kassen, Vaughan y Walter en 1992, que mide la autoeficacia sobre tres conductas preventivas de diferente grado de seguridad: rechazar relaciones, usar preservativos y solicitar información a la pareja sobre su historia sexual; y el más reciente de Kalichman y Nachinson (1999), creado para evaluar, en personas infectadas, la autoeficacia para informar a sus posibles parejas de su condición de seropositivos, para discutir sobre relaciones seguras y para rechazar relaciones sin protección.

Finalmente incluimos un cuestionario para evaluar la autoeficacia sobre la actividad física en pacientes coronarios, creado por Ewart y Taylor (1985). Con este cuestionario se evaluó la autoeficacia para levantar pesos, caminar, correr, tener relaciones sexuales, subir escaleras y hacer flexiones. Estas medidas de la autoeficacia predijeron la actividad física posterior, medida en algunos aspectos de forma objetiva, y en otros mediante autoinformes de los pacientes y sus parejas.

Algunos de los aspectos que nos gustaría subrayar de estos doce cuestionarios son los siguientes:

- a) En todos se evalúa la autoeficacia y en sólo tres también las expectativas de resultados.
- b) La autoeficacia se mostró en general un buen predictor de las conductas de salud. En los tres estudios en que se evaluaron también las expectativas de resultados, esta variable se mostró peor predictor que la autoeficacia.
- c) Los índices de validez más utilizados fueron la validez predictiva y la validez de constructo (análisis de la estructura factorial de los cuestionarios).
- d) El índice de fiabilidad más utilizado fue la consistencia interna. En algunos casos se calculó después de establecer la estructura facto-

rial de los cuestionarios, y en otros, los menos, a partir de la simple distinción teórica entre subescalas.

- e) En dos casos se intentó establecer también la fiabilidad test-retest de los cuestionarios. Los resultados encontrados avalan más bien la no pertinencia de este tipo de fiabilidad para los cuestionarios de expectativas.

3.2 Instrumentos en castellano

En este apartado presentamos algunos de los cuestionarios disponibles en castellano para evaluar la autoeficacia, y en algunos casos también las expectativas de resultados, sobre las siguientes conductas promotoras de la salud: no fumar, realizar ejercicio físico y prevenir la infección por VIH a través de la vía sexual (rechazar relaciones no protegidas, usar preservativos y solicitar información a la pareja).

Cuestionario de Autoeficacia y expectativas de Resultados sobre la conducta de Mantenerse Sin Fumar.

CAREMSF (Limonero, J.; Prieto, L., y Villamarín, F., 1991)

Ficha técnica

Nombre: Cuestionario de Autoeficacia y expectativas de Resultados sobre la conducta de Mantenerse Sin Fumar.

Siglas: CAREMSF.

Autores (dirección): J. Limonero, L. Prieto y F. Villamarín. Departamento Psicología de la Educación, Universidad Autónoma de Barcelona. Correo electrónico: joaquim.limonero@uab.es; francisco.villamarin@uab.es.

Datos de publicación: «Evolución de las expectativas de eficacia y de resultados durante la aplicación de un programa para dejar de fumar». Ponencia presentada en el *III Congreso de Evaluación Psicológica*. Barcelona, septiembre de 1991.

Descripción/tipo de evaluación: Cuestionario por autoinforme.

Objetivos: Evaluación de la autoeficacia y de las expectativas de resultados para la prevención secundaria en fumadores.

Tiempo de administración: El que se necesite (en promedio, entre 15 y 20 minutos).

Población: Fumadores que participan en un programa psicológico para dejar el tabaco.

Procedimientos de puntuación: Escalas análogo-visuales de líneas de 10 cm ancladas en sus extremos.

Profesionales que pueden pasar la prueba: Enfermeras, psicólogos y estudiantes de psicología avanzados.

Datos psicométricos: Validez de constructo (no correlación entre las medidas empíricas de los diferentes tipos de expectativas evaluadas).

Descripción

Se trata de un cuestionario pensado para personas fumadoras que participan en un programa psicológico para dejar el tabaco, por lo que tiene un enfoque de prevención secundaria. Fue elaborado por Limonero, Prieto y Villamarín (1991), y en él intentamos poner en práctica el procedimiento de fragmentación múltiple de las expectativas expuesto en el apartado 2.2.1. Para ello, definimos dos tipos de autoeficacia (AE): la capacidad percibida para practicar las habilidades que se pretenden implantar mediante la intervención psicológica (AE-1), y la capacidad percibida para resistir las ganas de fumar en diferentes situaciones (AE-2). Definimos también dos tipos de expectativas de resultados: la utilidad percibida de las diferentes estrategias que integran la intervención (EXRE-1) y las consecuencias

anticipadas de mantenerse sin fumar (EXRE-2).

Aquí incluimos todos los ítems de AE-2 y EXRE-2, y a modo de ejemplo algunos de AE-1 y EXRE-1, ya que las estrategias que se enseñan pueden variar según el tipo de intervención.

Los ítems de AE-2 y EXRE-2 fueron elaborados a partir de cuestionarios previos (Condiotte y Lichtenstein, 1981; Colletti, Supnick y Payne, 1985) y de las aportaciones hechas por los psicólogos que realizaron la intervención y los usuarios participantes en la experiencia sobre situaciones de riesgo de fumar y consecuencias de la abstinencia.

Los resultados más importantes de este estudio pueden resumirse en lo siguiente: a) los diferentes tipos de expectativas conceptualmente diferentes se mostraron también empíricamente distintos (no se encontraron correlaciones signifi-

cativas entre las puntuaciones de los cuatro tipos de expectativas); b) la autoeficacia inicial (AE-2) depende básicamente del número de intentos previos para dejar de fumar (a mayor número de fracasos, menor autoeficacia); la intervención produjo una mejora en AE-2, pero no generó ningún cambio en EXRE-2. Estos resultados constituyen en conjunto una cierta validación de constructo de este instrumento de evaluación.

Normas de administración

Esta prueba se puede administrar de forma individual o colectiva, teniendo en cuenta que muchos de los programas para ayudar a dejar de fumar se aplican en grupo. Para familiarizarse con los conceptos de los diferentes tipos de expectativas y con las escalas conviene trabajar previamente con los sujetos algunos ejemplos (pueden utilizarse los que se incluyen en el cuadro del cuestionario u otros).

Sería conveniente aplicar la prueba antes del inicio de la intervención, una vez que ha finalizado, y en las distintas evaluaciones de seguimiento, si se hacen. El enunciado de los ítems debería adaptarse en función del momento de aplicación del cuestionario.

Corrección e interpretación

Al utilizar este cuestionario se deberá calcular una puntuación de fuerza de la autoeficacia (AE-2), promediando las puntuaciones de los 31 ítems, y dos puntuaciones de expectativas de resultados (EXRE), una para las consecuencias positivas y otra para las negativas, promediando igualmente las puntuaciones de los ítems correspondientes. La subescala de consecuencias negativas incluye los ítems 1, 3, 4, 9, 11 y 19; todos los demás pertenecen a la subescala de consecuencias positivas.

La distinción dentro de las EXRE entre consecuencias positivas y negativas obedece a que las segundas (denominadas también costes o barreras) predicen mejor la realización de conductas favorecedoras de la salud (Villamarín y Álvarez, 1998).

Para obtener la puntuación de cada ítem se ha de medir la distancia, en milímetros, desde el extremo izquierdo de la línea horizontal de diez centímetros hasta el punto marcado por el sujeto. Las puntuaciones podrán tener, por lo tanto, valores entre 0 y 100.

Prueba

Cuestionario de Autoeficacia y expectativas de Resultados sobre la conducta de Mantenerse Sin Fumar, CAREMSF (Limonero, J.; Prieto, L., y Villamarín, F., 1991)

A continuación le presentamos una serie de situaciones en las cuales las personas que fuman de forma habitual, suelen tener ganas de fumar. Nos gustaría conocer **en qué medida, en este momento, se siente usted capaz de resistir las ganas de fumar en esas situaciones.**

Para ello le plantaremos algunas preguntas a las que ha de contestar señalando un punto de una línea horizontal tal como le indicamos en los ejemplos siguientes.

ÍTEMS DE ENTRENAMIENTO

- ¿En qué medida se siente usted capaz de levantar una caja de 5 kilos?

NADA _____ COMPLETAMENTE
CAPAZ _____ CAPAZ

- ¿En qué medida se siente usted capaz de levantar una caja de 40 kilos?

NADA _____ COMPLETAMENTE
CAPAZ _____ CAPAZ

AUTOEFICACIA

- En este momento, en qué medida se siente usted capaz de resistir las ganas de fumar.

1. Cuando está impaciente:

NADA _____ COMPLETAMENTE
CAPAZ _____ CAPAZ

2. Quiere tomarse un descanso en el trabajo o en las labores del hogar.
3. Está viendo la televisión cómodamente en su casa.
4. Necesita relajarse.
5. Está preocupado por algún problema.
6. Ve a alguien que está fumando.
7. Está tenso o nervioso.
8. Está alegre y contento.
9. Se siente deprimido.
10. Necesita animarse.
11. Acaba de comer.
12. Intenta concentrarse.
13. Está muy enfadado con otros o consigo mismo.
14. Está aburrido y esperando a que pase el tiempo.
15. Se levanta por la mañana.
16. Se siente cansado.
17. Se siente incómodo en presencia de otra u otras personas.
18. Se siente frustrado.
19. Quiere aparentar madurez y/o sofisticación.
20. Está celebrando un acontecimiento especial (un aniversario, una boda).
21. Está discutiendo o acaba de discutir con alguien.
22. Se siente satisfecho por haber hecho algo bien.

23. Alguien le ofrece un cigarrillo.
24. Está esperando algo o a alguien.
25. Está tomando una bebida estimulante (café, te...).
26. Se enfrenta a una situación difícil en casa, en el trabajo o con su pareja.
27. Está tomando una bebida alcohólica (cerveza, cubalibre...).
28. Está realizando una actividad que no requiere toda su atención (leer, telefonar...).
29. Siente la necesidad de tener las manos ocupadas.
30. Tiene apetito, y fumaría como medio para calmarlo.
31. Siente la necesidad de tener algo en la boca.

EXPECTATIVAS DE RESULTADOS

- Si me mantengo sin fumar:

1. Me sentiré menos atractivo

NADA _____ COMPLETAMENTE
DE _____ DE ACUERDO
ACUERDO

2. No incitaré a fumar a los niños.
3. Me sentiré inseguro en el trato con la gente.
4. Tendré dificultades para concentrarme.
5. Molestaré menos a las personas que están a mi lado.
6. Me sentiré más satisfecho conmigo mismo.
7. Me sentiré menos cansado.
8. Tendré la sensación de que puedo controlar mi conducta.
9. Estaré más inquieto y nervioso.
10. Tendré menor probabilidad de sufrir trastornos cardiovasculares (hormigueos, taquicardia, dolor en el pecho).
11. Estaré más irritable.
12. Tendré menos dificultades respiratorias (tos, ahogos).
13. Tendré mejor aliento y sabor de boca.
14. Tendré más dinero para mis gastos personales.
15. Tendré menor probabilidad de padecer bronquitis crónica.
16. Saborearé mejor la comida.
17. Tendré menor probabilidad de llegar a padecer cáncer de pulmón.
18. Mis familiares y amigos me apreciarán más.
19. Me pondré más gordo(a).
20. Mi ropa olerá mejor.

EJEMPLOS ÍTEMS DE AE-1

En este momento, en qué medida se siente capaz de:

- Repasar mentalmente, de forma regular, sus motivos para dejar de fumar.
- Utilizar regularmente el chicle de nicotina.

EJEMPLOS ÍTEMS DE EXRE-2

En este momento, en qué medida cree que le ayudará a mantenerse sin fumar:

- El repasar mentalmente, de forma regular, sus motivos para dejar de fumar.
- El utilizar regularmente el chicle de nicotina.

Cuestionario de Autoeficacia y expectativas de Resultados respecto de No Fumar en Adolescentes.

CARENFAD (Comas, M. D., 1988)

Ficha técnica

Nombre: Cuestionario de Autoeficacia y expectativas de Resultados respecto de No Fumar en Adolescentes.

Siglas: CARENFAD.

Autor (dirección): M. D. Comas. Departamento de Educación Especial. Universidad de Vic. Correo electrónico: maneldionis@uvic.es.

Datos de publicación: *Influencia dels factors psicològics en la gènesi i el manteniment del comportament no-fumador entre els infants i els adolescents.* Tesis doctoral publicada en microfichas. Bellaterra, Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona, 1988.

Descripción/tipo de evaluación: Cuestionario por autoinforme.

Objetivos: Evaluación de las expectativas sobre el tabaco como variables psicológicas predictoras del inicio del hábito de fumar.

Tiempo de administración: El que sea necesario (en promedio, de 10 a 15 minutos).

Población: Adolescentes.

Procedimientos de puntuación: Escalas análogo-visuales de líneas de 10 cm ancladas en sus extremos.

Profesionales que pueden pasar la pruebas: Profesores, enfermeras, psicólogos y estudiantes de psicología avanzados.

Datos psicométricos: $\alpha = 0,8$ para la subescala de AE, y $\alpha = 0,65$ para la de EXRE; buena validez predictiva.

Descripción

Este cuestionario fue concebido para adolescentes que se hallan justo en la edad en que suele adquirirse el hábito de fumar (en torno a los 13 años). En este caso se pretende utilizar las medidas de las expectativas sobre el tabaco como variables psicológicas predictoras del inicio del hábito de fumar.

El cuestionario constituye básicamente una adaptación realizada por Comas (1988) del cuestionario original de Lawrence y Rubinson (1988), aunque también se tuvieron en cuenta otros cuestionarios de autoeficacia en tabaquismo como el de Colletti, Supnick y Payne (1985), antes citado. El cuestionario elaborado por Comas fue validado utilizando una muestra de estudiantes escolarizados (177 chicos y 153 chicas, de un promedio de 13 años de edad) de la comarca barcelonesa de Oso-

na. El análisis factorial de componentes principales realizado confirmó una estructura de dos factores: subescala de autoeficacia ($\alpha = 0,8$) y subescala de expectativas de resultados ($\alpha = 0,65$). Otros resultados interesantes de este estudio que apoyan la validez predictiva y de constructo del cuestionario son los siguientes (Comas, Villamarín y Torrubia, 1989): a) la autoeficacia inicial para resistir las ganas de fumar predijo qué chicos se convertirían en nuevos fumadores al cabo de 10 meses (a menor autoeficacia mayor probabilidad de convertirse en fumador); b) las expectativas de resultados por sí solas no predijeron la conducta de fumar y tampoco añadieron capacidad predictiva a la autoeficacia; y c) la autoeficacia inicial depende en gran medida del riesgo social para fumar (número de personas del entorno próximo que fuman): a mayor riesgo social menor autoeficacia.

En el estudio de Comas (1988) se entrenó a los adolescentes para evaluar su autoeficacia mediante un juego en el que tenían que tirar, de forma sucesiva, un taco de madera dentro de diez círculos marcados en el suelo, desde diferentes distancias. Antes de cada grupo de intentos se les preguntaba por su capacidad para acertar la mitad de los círculos.

Normas de administración

Esta prueba se puede administrar de forma colectiva, teniendo en cuenta que muchos de los programas para prevenir la conducta de fumar se aplican en situación de grupo/clase.

Para familiarizarse con el concepto de autoeficacia y la utilización de las escalas convendría realizar algún tipo de entrenamiento previo similar al que se describe en la introducción.

Convendría aplicar la prueba antes del inicio de la intervención, una vez que ha

finalizado, y en las distintas evaluaciones de seguimiento, si se hacen.

Corrección e interpretación

Al utilizar este cuestionario se deberá calcular una puntuación de fuerza de la autoeficacia (AE-2), promediando las puntuaciones de los cinco primeros ítems (el ítem 6 es una especie de medida resumen de la autoeficacia), y otra de expectativas de resultados (sólo hay consecuencias positivas), promediando igualmente las puntuaciones de los ítems correspondientes.

Para obtener la puntuación de cada ítem, tanto en el cuestionario de autoeficacia como en el de expectativas de resultados, se ha de medir la distancia, en milímetros, desde el extremo izquierdo de la 1.ª línea horizontal de diez centímetros hasta el punto marcado por el sujeto. Las puntuaciones podrán tener, por lo tanto, valores entre 0 y 100.

Prueba

Cuestionario de Autoeficacia y expectativas de Resultados respecto de No Fumar en Adolescentes, CARENFAD (Comas, M. D., 1988)

ÍTEMS DE ENTRENAMIENTO

- Estás a un metro de distancia y has de intentar hacer el máximo de aciertos, ¿hasta qué punto te crees capaz de acertar la mitad?

NADA _____ COMPLETAMENTE
CAPAZ _____ CAPAZ

- Estás a metro y medio de distancia.
- Estás a dos metros de distancia.

ÍTEMS DE AUTOEFICACIA

1. Imagínate que has salido a dar una vuelta con tu mejor amigo o amiga, y te ofrece un cigarrillo, ¿hasta qué punto te crees capaz de rechazarlo?

NADA _____ COMPLETAMENTE
CAPAZ _____ CAPAZ

2. Imagínate que sales con un grupo de amigos mayores que tú y te invitan a fumar.
3. Imagínate que estás en una fiesta familiar y tus padres te permiten que fumes.
4. Imagínate que estás solo en casa y encuentras un paquete de cigarrillos, o que te lo encuentran en la calle.
5. Imagínate que un día te entran ganas de fumar, y tienes ocasión de hacerlo.
6. Puedo rechazar cualquier oferta de cigarrillos, venga de quien venga.

ÍTEMS DE EXPECTATIVAS DE RESULTADOS

1. Si no fumo, mi padre y mi madre estarán más contentos que si fumo.

CREO QUE _____ CREO QUE
ESTO ES _____ ESTO
VERDAD _____ NO ES VERDAD

2. Si no fumo, mis profesores me harán más comentarios positivos que si fumo.
3. Si no fumo, continuaré teniendo buenos amigos.
4. Si no fumo, tendré menos tos y estaré más en forma que si fumo.
5. Si no fumo, tendré mejor salud que si fumo.
6. Si no fumo, ahorraré más dinero (de la paga) que si fumo.
7. Si no fumo, mi boca y mi ropa olerán mejor.
8. Si no fumo, pensaré que estoy haciendo lo que debo y que soy capaz de tomar decisiones.
9. Si no fumo, estaré más contento que si fumo.

Cuestionario de Autoeficacia para el Ejercicio Físico.

CAEF (Villamarín, F., y Álvarez, M., 1998)

Ficha técnica

Nombre: Cuestionario de Autoeficacia para el Ejercicio Físico.

Siglas: CAEF.

Autor (dirección): C. K. Ewart y C. B Taylor (no disponible).

Datos de publicación: «The effects of early postmyocardial infarction exercise testing on subsequent quality of life», *Quality of Life and Cardiovascular Care*, 1, 1985, 162-175.

Adaptación española: M. Álvarez y F. Villamarín (Álvarez, 1997). Departamento de Psicología de la Educación. Universidad Autónoma de Barcelona. Correo electrónico: maria.alvarez@uab.es /francisco.villamarin@uab.es.

Descripción/tipo de evaluación: Cuestionario por autoinforme.

Objetivos: Evaluación de la autoeficacia para realizar ejercicio físico como variable predictora del ejercicio real en adultos sin problemas de salud, o de la recuperación de hábitos cotidianos, en adultos con problemas coronarios.

Tiempo de administración: El que sea necesario; en promedio, de 7 a 10 minutos escalas de caminar y correr; de 10 a 15 toda la prueba.

Población: Escalas adaptadas al castellano: adultos en general. Todas las escalas: pacientes coronarios.

Procedimientos de puntuación: Escalas tipo Likert de 0-100.

Profesionales que pueden pasar la prueba: Profesores de educación física, médicos, enfermeras, fisioterapeutas, psicólogos, estudiantes avanzados de psicología.

Datos psicométricos: Estructura unifactorial; $\alpha = 0,87$.

Descripción

El cuestionario, diseñado para evaluar la autoeficacia para realizar ejercicio físico (caminar y correr), ha sido adaptado por Álvarez y Villamarín (Álvarez, 1997) a partir del creado originalmente por Ewart y Taylor (1985). En la versión castellana este cuestionario ha sido validado con una muestra de estudiantes universitarios sedentarios y mostró una estructura unifactorial con una consistencia interna de $\alpha = 0,87$. Ewart y Taylor (1985) no realizaron ningún estudio de validación del cuestionario original, si bien las medidas de autoeficacia respecto de los diferentes tipos de ejercicio físico mostraron una buena capacidad predictiva del ejercicio real en sus ámbitos respectivos, en pacientes que habían sufrido infarto de miocardio agudo.

Normas de administración

Esta prueba se puede administrar de forma individual o colectiva, procurando

siempre garantizar el anonimato de los resultados.

Para familiarizarse con el concepto de autoeficacia y con el manejo de las escalas convendría trabajar previamente con los sujetos algún ejemplo, sobre todo si se trata de personas adultas poco familiarizadas con el uso de escalas numéricas.

Si se utiliza este cuestionario para predecir la recuperación en pacientes coronarios, convendría aplicarlo antes y después de la realización de las pruebas de esfuerzo que realizan los pacientes una vez reciben el alta médica.

Corrección e interpretación

Al utilizar este cuestionario se deberá calcular una puntuación de fuerza de la autoeficacia para cada una de las subescalas (caminar y correr), promediando las puntuaciones de los ítems correspondientes. Estas puntuaciones se utilizarían básicamente para predecir la práctica de ejercicio físico en la vida cotidiana.

Prueba

Cuestionario de Autoeficacia para el Ejercicio Físico, CAEF

(Álvarez, M., y Villamarín, F., 1997)

INTRODUCCIÓN

Nos gustaría conocer en qué medida en el momento presente te sientes capaz de realizar diferentes niveles de actividad física.

Para contestar deberás escribir, en el espacio en blanco que aparece a la derecha de cada uno de los niveles de actividad, uno solo de los números, del 0 al 100, de la escala que te presentamos a continuación. Precisamente aquel que en este momento crees que refleja mejor tu capacidad de realizar la actividad física en cuestión.

Nada capaz	Totalmente capaz
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100	
Caminar 100 metros (2 minutos)	_____
Caminar 250 metros (5 minutos)	_____
Caminar 500 metros (8 minutos)	_____
Caminar 1.000 metros (12 minutos)	_____
Caminar 1.500 metros (20 minutos)	_____
Caminar 2.500 metros (30 minutos)	_____
Caminar 3.000 metros (35 minutos)	_____
Caminar 4.000 metros (50 minutos)	_____
Caminar 5.000 metros (60 minutos)	_____
Caminar 5.500 metros (1 hora, 10 minutos)	_____
Caminar 6.500 metros (1 hora, 20 minutos)	_____
Caminar 7.000 metros (1 hora, 25 minutos)	_____
Caminar 8.000 metros (1 hora, 40 minutos)	_____

ÍTEMS DE AUTOEFICACIA

Correr a ritmo constante (8 km/h) sin pararte:

Correr 100 metros (1 minuto)	_____
Correr 250 metros (2 minutos)	_____
Correr 500 metros (4 minutos)	_____
Correr 1.000 metros (7 minutos)	_____
Correr 1.500 metros (11 minutos)	_____
Correr 2.500 metros (18 minutos)	_____
Correr 3.000 metros (22 minutos)	_____
Correr 4.000 metros (29 minutos)	_____
Correr 5.000 metros (37 minutos)	_____
Correr 5.500 metros (41 minutos)	_____
Correr 6.500 metros (49 minutos)	_____
Correr 7.000 metros (53 minutos)	_____
Correr 8.000 metros (60 minutos)	_____

Cuestionario para evaluar la Autoeficacia sobre conductas Preventivas del VIH.

CAPS (Ochoa, O.; Villamarín, F., y Bayés, R., 1998)

Ficha técnica

Nombre: Cuestionario para evaluar la Autoeficacia sobre conductas Preventivas del VIH.
Siglas: CAPS.
Autor (dirección): S. Kasen, R. D. Vaughan y H. J. Walter (no disponible).
Datos de publicación: «Self-efficacy for AIDS preventive behaviors among tenth grade students», *Health Education Quarterly*, 19, 1992, 187-202.
Adaptación española: Ochoa, Villamarín y Bayés (1998). Departamento de Psicología de la Educación. Universidad Autónoma de Barcelona. Correo electrónico: francisco.villamarin@uab.es/ramón.bayés@uab.es.
Descripción/tipo de evaluación: Cuestionario por autoinforme.
Objetivos: Predecir las conductas preventivas del sida de carácter sexual.
Tiempo de administración: De 10 a 15 minutos.
Población: Adolescentes y adultos, preferentemente sexualmente activos.
Procedimientos de puntuación: Escalas tipo Likert de 0-6.
Profesionales que pueden pasar la prueba: Profesores, enfermeras, psicólogos y estudiantes avanzados de psicología.
Datos psicométricos: Apoyo a su validez de constructo; $\alpha = 0,92$ (subescala autoeficacia para rechazar relaciones; $\alpha = 0,75$ (subescala uso de preservativos); y $\alpha = 0,8$ (subescala solicitar información de la pareja).

Descripción

El cuestionario para la evaluación de la autoeficacia en relación con la prevención de la infección por VIH constituye una adaptación del cuestionario original de Kasen, Vaughan y Walter (1992). Este cuestionario fue traducido al castellano por Bayés (1995) y ha sido utilizado posteriormente en dos estudios: Ochoa, Villamarín y Bayés (1998) y López y Moral (2001), ambos realizados con población mexicana de la ciudad de Monterrey.

En el estudio de Ochoa, Villamarín y Bayés (1988) se encontraron diferencias importantes en autoeficacia: a) en función del género (las chicas mostraron mayor autoeficacia para rechazar relaciones y los chicos para usar preservativos) y b) en función del tipo de conducta (los estudiantes de la ciudad de Monterrey mostraron una alta autoeficacia para el rechazo de relaciones y una baja autoeficacia

para la adquisición y uso de preservativos). Estos resultados apoyan la validez de constructo del cuestionario, ya que confirman dos supuestos teóricos importantes: que las expectativas de autoeficacia son específicas y que dependen en gran medida de los procesos particulares de socialización. Los datos del estudio de López y Moral confirmaron la estructura de tres factores del cuestionario encontrada por Kasen y cols. (1992): subescalas de autoeficacia para rechazar relaciones ($\alpha = 0,92$), para uso de preservativos ($\alpha = 0,75$) y para solicitar información de la pareja ($\alpha = 0,8$).

Normas de administración

Esta prueba se puede administrar de forma individual o colectiva, teniendo en cuenta que muchos de los programas de prevención del sida en adolescentes se aplican en grupo.

Para familiarizarse con el concepto de autoeficacia y con las escalas para evaluarla, sería muy adecuado entrenar previamente a los sujetos con algunos ejemplos.

Los datos obtenidos pueden ser útiles para el posterior diseño de programas de intervención, y también para evaluar la eficacia de los mismos: su eficacia para modificar conductas dependerá en parte de su capacidad para modificar variables mediadoras como la autoeficacia. Cuando se aplique la prueba con este objetivo, deberá hacerse antes del inicio de la intervención y una vez que ha finalizado.

Corrección e interpretación

Al utilizar este cuestionario se deberá calcular una puntuación de fuerza de la autoeficacia para cada una de las subescalas: rechazar relaciones (ítems 1 a 9 y 19), adquirir y usar preservativos (ítems 14 a 18 y 20) y solicitar información (10 a 13), promediando las puntuaciones de los ítems correspondientes. Estas puntuaciones pueden usarse posteriormente para intentar predecir las respectivas conductas preventivas de la infección por VIH.

Prueba

Cuestionario para evaluar la Autoeficacia sobre conductas Preventivas del VIH, CAPS (Ochoa, O.; Villamarín, F., y Bayés, R., 1998)

En este momento, hasta qué punto te sientes capaz de negarte a mantener relaciones sexuales:

1. Con alguien que acabas de conocer.

Nada capaz	Totalmente capaz						
0	1	2	3	4	5	6	

2. Con alguien del que desconoces su historia sexual y de uso de drogas.
3. Con alguien con quien sales desde hace mucho tiempo.
4. Con alguien que quiere volver a salir contigo.
5. Con alguien con quien ya has tenido relaciones sexuales.
6. Con alguien que quieres que se enamore de ti.
7. Con alguien que insiste repetidamente en tener relaciones sexuales contigo.
8. Con alguien, después de que hayas estado bebiendo alcohol.
9. Con alguien, después de que hayas estado fumando marihuana.

¿Hasta qué punto te sientes capaz?

10. De preguntar a tu pareja si alguna vez se ha inyectado en las venas drogas como la heroína o la cocaína.
11. De discutir con tu pareja la adopción de conductas preventivas ante el sida.
12. De preguntar a tu pareja sobre su historia sexual pasada.
13. De preguntar a tu pareja si ha tenido alguna experiencia homosexual.
14. De utilizar un preservativo correctamente.
15. De utilizar un preservativo siempre que tengas relaciones sexuales.
16. De utilizar un preservativo en las relaciones sexuales después de ingerir alcohol.
17. De utilizar un preservativo en las relaciones sexuales después de fumar marihuana.
18. De insistir en el uso del preservativo, aun en el caso de que tu pareja se niegue a usarlo.
19. De negarte a tener relaciones sexuales si tu pareja no quiere usar un preservativo.
20. De conseguir el dinero necesario para comprar preservativos.
21. De entrar en una farmacia para comprar preservativos.
22. De tener relaciones sexuales con una sola persona durante un largo periodo de tiempo.

4. Referencias

- Álvarez, M. (1997): *Biorretroalimentación de la frecuencia cardíaca durante pruebas de esfuerzo en laboratorio: efectos del entrenamiento, de la autoeficacia y de la intensidad de la carga*. Tesis doctoral publicada en microfichas. Bellaterra (Barcelona), Universidad Autónoma de Barcelona.
- Bandura, A. (1977): «Self-efficacy; Toward a unifying theory of behavioral change», *Psychological Review*, 84, 191-215.
- (1986): *Social foundations of thought and action: A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, N. J., Prentice-Hall [ed. cast.: *Pensamiento y Acción*]. Barcelona, Martínez Roca, 1987.
- (1997): *Self-efficacy: The Exercise of Control*. Nueva York, Reeman and Company.
- y Adams, N. E. (1977): «Analysis of self-efficacy theory of behavioral change», *Cognitive Therapy and Research*, 1, 287-308.
- , — y Beyer, J. (1977): «Cognitive processes mediating behavioral change». *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 125-139.
- y Schunk (1981): «Cultivating competence, self-efficacy and intrinsic interest through proximal self-motivation». *Journal of Personality and Social Psychology*, 41, 586-598.
- Bayés, R. (1995): *Psicología y Sida*. Barcelona, Martínez Roca.
- Becoña, E., Froján, M. J. y Lista, M. J. (1988): «Comparison between two self-efficacy scales in maintenance of smoking cessation», *Psychological Reports*, 62, 359-362.
- Bernier, M. y Poser, E. G. (1984): «The relationship between self-efficacy, attributions and weight loss in a weight rehabilitation program», *Rehabilitation Psychology*, 29, 95-105.
- Chase, M. A. y Felth, D. (1999): «Evaluación de la autoeficacia en la actividad física y el deporte», *Revista de Psicología Social Aplicada*, 9, 85-98.
- Colletti, G., Supnick, J. A. y Payne, T. J. (1985): «The smoking self-efficacy questionnaire (SSEQ): Preliminary scale development and validation», *Behavioral Assessment*, 7, 249-260.
- Comas, M. D. (1988): *Influencia dels factors psicològics en la gènesi y el manteniment del comportament no-fumador entre els infants i els adolescents*. Tesis doctoral publicada en microfichas. Bellaterra (Barcelona), Universidad Autónoma de Barcelona.
- , Villamarín, F. y Torrubia, R. (1989): «Expectativas de eficacia y expectativas de resultados en el ámbito del tabaquismo: un nuevo enfoque en el análisis de su capacidad predictiva». Comunicación presentada en la *V Reunión Anual de la Societat Catalana de Recerca i Teràpia del Comportament*, Vic (Barcelona), junio de 1989.
- Condiotte, M. M. y Lichtenstein, E. (1981): «Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 648-658.
- Devins, G. M. y Edwards, P. J. (1988): «Self-efficacy and smoking reduction in chronic obstructive pulmonary disease», *Behaviour Research and Therapy*, 26, 127-135.
- DiClemente, C. C. (1981): «Self-efficacy and smoking cessation maintenance: A preliminary report», *Cognitive Therapy and Research*, 5, 175-188.
- Ewart, C. K. y Taylor, C. B. (1985): «The effects of early postmyocardial infarction exercise testing on subsequent quality of life», *Quality of Life and Cardiovascular Care*, 1, 162-175.
- Fishbein, M. (1967): «Attitude and the prediction of behavior: results of a survey sample», en M. Fishbein (ed.), *Readings in attitude theory and measurement*, Nueva York, Wiley.
- Glynn, S. M. y Ruderman, A. J. (1986): «The development and validation of an eating self-efficacy scale», *Cognitive Therapy and Research*, 10, 403-420.
- Godding, P. R. y Glasgow, R. E. (1985): «Self-efficacy and outcome expectations as predictors of controlled smoking status», *Cognitive Therapy and Research*, 9, 583-590.
- Holden, G. (1991): «The relationship of self-efficacy appraisals to subsequent health related outcomes: a meta-analysis», *Social Work in Health Care*, 16, 53-93.
- Juárez, O. (2000): *Determinantes cognitivos y comportamiento sexual en estudiantes de secundaria: implicaciones para la prevención del SIDA*. Proyecto de investiga-

- ción de doctorado no publicado. Bellaterra (Barcelona), Universidad Autónoma de Barcelona.
- , Díez, E., Barniol, J., Villamarín, F., Nebot, M. y Villalbí, J. R. (1999): «Conductas preventivas de la transmisión sexual del SIDA, de otras infecciones de transmisión sexual y del embarazo en estudiantes de secundaria», *Atención Primaria*, 24, 194-202.
- Kalichman, S. C. y Nachinson, D. (1999): «Self-efficacy and disclosure of HIV-positive serostatus to sex partners», *Health psychology*, 18, 281-287.
- Kasen, S., Vaughan, R. D. y Walter, H. J. (1992): «Self-efficacy for AIDS preventive behaviors among tenth grade students», *Health Education Quarterly*, 19, 187-202.
- Lawrance, L. y Rubinson, L. (1988): «Self-efficacy as a predictor of smoking behavior in young adolescents», *Addictive behaviors*, 11, 367-382.
- Limonero, J., Prieto, L. y Villamarín, F. (1991): «Evolución de las expectativas de eficacia y de resultados durante la aplicación de un programa para dejar de fumar». Ponencia presentada en el *III Congreso de Evaluación Psicológica*. Barcelona, septiembre de 1991.
- López, F. y Moral, J. (2001): «Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del SIDA en adolescentes», *Salud Pública de México*, 43, 421-432.
- Maibach, E. y Murphy, D. A. (1995): «Self-efficacy in health promotion research and practice», *Health Education Research*, 10, 37-50.
- Marlatt, A. (1993): «La prevención de recaídas en las conductas adictivas. Un enfoque de tratamiento cognitivo-conductual», en M. Casas y M. Gossop (eds.), *Recaída y prevención de recaídas*. Barcelona, Citrán.
- Ochoa, O., Villamarín, F., y Bayés, R. (1998): «El SIDA en los adolescentes mexicanos: un análisis de las conductas de riesgo desde la teoría de la autoeficacia», *Revista de Psicología Contemporánea*, 5, 46-55.
- Rosentock, I. M. (1974): «Historical origins of the Health Belief Model», *Health Education Monographs*, 2, 328-335.
- Rotter, J. B. (1966): «Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement», *Psychological Monographs*, 80 (1).
- Rotter, J. B. (1975): «Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 56-67.
- Sanz, A. y Villamarín, F. (2001): «The role of perceived control in physiological reactivity: self-efficacy and incentive value as regulators of cardiovascular adjustment», *Biological Psychology*, 56, 219-246.
- Solomon, K. E. y Annis, H. M. (1989): «Development of a scale to measure outcome expectancy in alcoholics», *Cognitive Therapy and Research*, 13, 409-421.
- y — (1990): «Outcome and efficacy expectancy in the prediction of posttreatment drinking behaviour», *British Journal of Addiction*, 85, 659-666.
- Stotland, S. y Zuroff, D. C. (1991): «Relations between multiple measures of dieting self-efficacy and weight change in a behavioral weight control program», *Behavior Therapy*, 22, 47-59.
- Tuldrà, A., Fumaz, C. R., Ferrer, M. J., Bayés, R., Arnó, A., Balagué, M., Bonjoc, A., Jou, A., Negrodo, E., Paredes, R., Ruiz, L., Romeu, J., Sirera, G., Tural, C., Burger, D. y Clotet, B. (2000): «Prospective randomized two-arm controlled study to determine the efficacy of a specific intervention to improve long-term adherence to highly active antiretroviral therapy», *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 25, 221-228.
- Villamarín, F. (1990a): «Un análisis conceptual de la teoría de la autoeficacia y otros constructos psicológicos actuales», *Psicologemas*, 4, 107-125.
- (1990b): «Autoeficacia y conductas relacionadas con la salud», *Revista de Psicología de la Salud*, 2, 45-64.
- (1990c): «Las expectativas como variables predictoras en los procesos de adaptación». Comunicación presentada en el *II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos*. Valencia, junio de 1990.
- (1994): «Autoeficacia: investigaciones en psicología de la salud», *Anuario de Psicología*, 66, 9-18.

1. Evaluación de la autoeficacia en Psicología de la Salud

- y Álvarez, M. (1998): «Modelos sociocognitivos en promoción de la salud: un análisis conceptual», *Psicologemas*, 12, 161-204.
- Young, R. M., Oei, T. P. S. y Crook, G. M. (1991): «Development of a drinking self-efficacy questionnaire», *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 13, 1-15.

2. Instrumentos para la evaluación de estilos de vida saludables: actividad física y control del peso¹

Teresa Gutiérrez Rosado y Francesca Villafaña Tudela

1. Introducción

El concepto de estilos de vida se ha hecho muy popular en las sociedades occidentales desde la década de los sesenta del siglo xx, e incluye diversas acepciones según se describa desde la economía, la política, la sociología o las ciencias de la salud (Abel, Cockerham y Niemann, 2000). En este capítulo intentaremos, en primer lugar, clarificar brevemente qué se entiende por estilos de vida saludables desde el ámbito de las ciencias de la salud y cómo se puede abordar la evaluación de algunos de estos patrones comportamentales como el ejercicio físico y el control del peso. Para ello nos basaremos fundamentalmente en el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (1983, 1992) y en el modelo PRECEDE adaptado en nuestro país por Bimbela (Bimbela y Gómez, 1994; Bimbela, 2001a, 2001b). En segundo lugar, siguiendo básicamente los modelos citados, incluiremos algunos instrumentos que pueden resultar especialmente útiles para abordar el proceso de evaluación en contextos especializados.

La Organización Mundial de la Salud define el *estilo de vida* como un conjunto de patrones de comportamientos identificables y relativamente es-

¹ Las autoras agradecen a José Luis Bimbela, a Lluís Capdevilla y a Wayne F. Velicer su generosidad y amabilidad al permitirnos incluir en este capítulo diversos instrumentos de medida. Asimismo, queremos mostrar nuestro agradecimiento a Enrique Arozamena por su ayuda en la traducción de algunas pruebas.

tables en el individuo o en una sociedad determinada. Dicho estilo de vida resulta de la interacción entre las características individuales, la interacción social y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales en que viven las personas.

Algunos estilos de vida incluyen patrones de comportamiento específicos que inciden en el bienestar del individuo actuando como factores de protección o de riesgo para la salud. De ahí que una alternativa para mejorar la salud consista en permitir y fomentar que los individuos cambien sus estilos de vida, cuando éstos suponen un factor de riesgo para su salud, además de intentar modificar las condiciones sociales con las que interactúan para producir y mantener patrones de comportamiento saludables (WHO, 1998).

Los estilos de vida que se han estudiado en mayor profundidad han sido fundamentalmente: el consumo de tabaco, los hábitos alimentarios inadecuados y la inactividad física (WHO, 2000; IUHPE, 1999). El lector interesado en ellos puede consultar otros textos (Capdevila, 1999; Buceta, Bueno, Ezquerro, Eraña y Mas, 2001; World Health Organization, 2002; Ezquerro, 2001; Word, 2000; Sallis y Saelens, 2000; Summerfield, 2002; UNED, 2000; Becoña y Vázquez, 1998). Otros estilos de vida contemplados en los programas de promoción de la salud o prevención de la enfermedad son: el descanso y ocio, la higiene, la educación sexual y planificación familiar, el consumo de alcohol y otras drogas, la automedicación, las revisiones sanitarias, el seguimiento de prescripciones médicas o las prácticas de seguridad y protección (Godoy, 1999; Fernández del Valle, 1996).

Con frecuencia se habla de estilo de vida para referirse a alguno de dichos patrones comportamentales, como la actividad física o los hábitos alimentarios. Se sobreentiende que incluso la singularidad está llena de complejidad y tal como describe claramente Costa y López (1998), las prácticas de salud y/o de riesgo no son conductas aisladas que surjan de forma esporádica. Por el contrario, constituyen constelaciones de comportamientos más o menos organizados, complejos, coherentes, estables y duraderos, fuertemente relacionados con el entorno en que vive la persona. Así, por ejemplo, «... el consumo de alcohol está integrado en un conjunto de comportamientos, como la forma de vestir, la jerga utilizada, la forma de divertirse o la manera de aproximarse al otro sexo, que configuran un estilo de vida singular» (cfr. Costa y López, 1998, p. 35). Desde esta premisa, las metas orientadas a sugerir cambios en el consumo de alcohol no pueden pasar por alto las relaciones recíprocas que esos comportamientos tienen entre sí y las funciones que cumplen en el conjunto de ese estilo de vida.

Por otra parte, también hay que tener en cuenta que aunque a nivel individual algunos patrones comportamentales sean relativamente estables, desde el punto de vista social, estos modelos de comportamiento no son fijos, están continuamente sometidos a interpretación y a prueba en distintas situaciones sociales. En este sentido resulta evidente que no existe un estilo de vida «óptimo» al que puedan adscribirse todas las personas. Los estilos

de vida están claramente determinados por la cultura (Abel, Walter, Niemann y Weitkunat, 1999), los ingresos, la estructura familiar, la edad, la capacidad física o el entorno laboral, todo lo cual hace que determinados estilos de vida sean más factibles y adecuados con determinadas formas y condiciones de vida (WHO, 1998; Fernández del Valle, 1996).

Si queremos responder a la pregunta: *¿cómo organizar la evaluación para intervenir en la modificación de estilos de vida?*, primero hemos de responder dos pregunta previas: (1) *¿en qué nivel vamos a actuar?*, individual o grupal; y (2) *¿sobre qué hábito o patrón comportamental pretendemos intervenir...*, la inactividad física, el control del peso, etc.? Ambas respuestas nos llevarán a modelos de evaluación diferentes, no obstante, a continuación vamos a ofrecer tres alternativas generales, no necesariamente incompatibles, para llevar a cabo la evaluación a nivel individual de los estilos de vida a los que nos venimos refiriendo en este capítulo. La primera alternativa está basada en los objetivos propios de los programas de educación para la salud y las dos propuestas finales se corresponden con el modelo *PRECEDE* (Bimbela, y Gómez, 1994; Bimbela y Cruz, 1997; Bimbela, 2001a, 2001b) y el modelo *Transtórico del cambio de conducta* (Prochaska y DiClemente, 1983, 1992; Prochaska y Prochaska, 1993; Velicer, Prochaska, Fava, Rossi, Redding, Laforge y Robbins, 2000; Tejero y Trujol, 1994; Becoña y Vázquez, 1998). Ambos modelos se explican brevemente en el apartado de pruebas de evaluación.

La primera alternativa no pretende ser un modelo, sino simplemente recopilar qué aspectos son necesarios evaluar y cómo estructurar la evaluación en este tema en cuestión. Para ello nos hemos basado en los objetivos propios de los programas de educación para la salud, disciplina natural donde queda ubicada la prevención y promoción de estilos de vida saludables (véase cuadro 2.1).

En cuanto a instrumentos de evaluación disponibles, cabe recordar que los estilos de vida se vienen estudiando desde finales de la década de los sesenta. Las primeras investigaciones se centraron fundamentalmente en el estudio de los estilos de vida como patrones de comportamiento aislados que suponían un riesgo para la salud. A partir de la década de 1980, aproximadamente, surgieron críticas respecto a esta postura un tanto reduccionista dentro del paradigma de la salud pública y se empezaron a contemplar las aportaciones de modelos teóricos más complejos y complementarios, como el modelo bio-psi-co-social. Ello ha facilitado el avance metodológico hacia modelos de medida multivariantes más complejos para evaluar los estilos de vida (Cockerham, Rütten y Abel, 1997). Un ejemplo de estas medidas sería «The Berne-Munich Lifestyle Panel» elaborado por Abel y cols. (1999). En el cuadro 2.2 hemos recopilado algunos instrumentos multivariantes y algunos otros de carácter específico al margen de los que presentamos en el capítulo. No ha sido nuestra intención hacer una revisión exhaustiva de los instrumentos de medida existentes, sino simplemente recoger una pequeña muestra de los mismos.

Cuadro 2.1 Esquema evaluativo de hábitos comportamentales relacionados con la salud a nivel individual y en contextos especializados

Objetivo genérico de la evaluación	Objetivo específico	Procedimientos
CARACTERÍSTICAS DEL ESTILO DE VIDA	Historia del hábito	Cuestionarios Entrevista estructurada
	Situación actual	Entrevista estructurada Análisis topográfico Análisis funcional Cuestionarios/Escalas específicos
	Supervisión médica	Pruebas y controles específicos
NIVEL COGNITIVO-MOTIVACIONAL	Motivación para el cambio: — Estadios/Procesos de cambio — Motivos/Balance decisional	Entrevista estructurada Cuestionarios/Escalas
	Actitudes	Entrevista estructurada Cuestionarios/Escalas
	Creencias: — Expectativas de autoeficacia/de resultados — Vulnerabilidad — Locus de control — Valores	Entrevista estructurada Cuestionarios/Escalas
IMPEDIMENTOS / FACILIDADES PARA EL CAMBIO	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos materiales — Instalaciones/ Equipamientos — Acceso a la información — Recursos económicos — Disponibilidad de tiempo 	Entrevista estructurada Fuentes de información sobre los servicios disponibles en el medio
	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos — Apoyo social (familia, amigos, profesionales...) 	Entrevista estructurada Cuestionarios
	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos personales — Estrés — Estado emocional — Habilidades y estrategias de afrontamiento — Autoestima 	Entrevista estructurada Cuestionarios/Escalas

2. Pruebas de evaluación

El modelo PRECEDE.

Predisposing, Reinforcing and Enabling Causes in Educational Diagnosis and Evaluation, PRECEDE (Green, L. W.; Kreuter, M. W.; Deeds, S. G., y Partridge, K. B., 1980)

Ficha técnica

Nombre: Modelo PRECEDE (P = *Predisposing*, R = *Reinforcing*, E = *Enabling*, C = *Causes*, E = *Education*, D = *Diagnosis*, E = *Evaluation*).

Siglas: PRECEDE.

Autores: L. W. Green, M. W. Kreuter, S. G. Deeds, K. B. Partridge (1980).

Autor adaptación española (dirección): José Luis Bimbela. Escuela Andaluza de Salud Pública. Campus Universitario de Cartuja. Apartado Correos 2070. 18080 Granada. Correo electrónico: bimbela@easp.es.

Datos de publicación: Bimbela, J. L. y Gómez C. (1994): «SIDA y comportamientos preventivos: el modelo PRECEDE», *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47, 151-157.

Descripción/tipo de evaluación: Entrevista y/o autoinforme.

Objetivos: Evaluar los factores que facilitan o dificultan comportamientos concretos relacionados con la salud.

Ámbitos de medida/áreas/problemas evaluados: (1) Factores predisponentes, (2) Factores facilitadores, (3) Factores reforzadores.

Población: Se ha aplicado en adolescentes, jóvenes y adultos.

Tiempo de administración: Variable.

Momento más adecuado para pasar la prueba: Evaluación previa a la intervención.

Procedimientos de puntuación: Análisis cualitativo.

Profesionales que pueden pasar la prueba: Psicólogos o profesionales de la salud previamente entrenados.

Datos psicométricos: Como modelo de evaluación cuenta con validez aparente y ha demostrado su utilidad clínica en diversas problemáticas relacionadas con la psicología de la salud.

Descripción

El modelo PRECEDE es un modelo de diagnóstico conductual utilizado en el ámbito de la promoción de la salud. Elaborado inicialmente por Green, Kreuter, Deeds, Partridge (1980), adquiere su nombre de los diversos aspectos que los autores consideran prioritarios para llevar a cabo el diagnóstico y la evaluación de las conductas relacionadas con la salud. Concretamente, las siglas de PRECEDE corresponden a: *Predisposing* (predisponentes), *Reinforcing* (reforzadores) and *Enabling Causes* (facilitadores) in *Educational* (educativo) *Diagnosis* (diagnóstico) and *Evaluation* (evaluación) (Bimbe-

la, J. L. y Gómez C., 1994). Con posterioridad, en 1991, Green y Kreuter complementaron el modelo PRECEDE con el PROCEED (*Policy, Regulatory, Organizational, Educational, Environmental, Development*) a fin de integrar los aspectos políticos, administrativos y ambientales que posibilitan la educación para la salud.

En nuestro país, José Luis Bimbela ha adaptado y enriquecido con sus aportaciones este modelo para facilitar su utilización entre los diversos profesionales de la salud (psicólogos, médicos, enfermeras...). Entre otros, cabe destacar sus trabajos en la prevención de VIH/SIDA (Bimbela y Cruz, 1997; Bimbela, 2001a) y en la mejora de la adhesión terapéuti-

Cuadro 2.2 Instrumentos para la evaluación de estilos de vida

Nombre	Áreas de evaluación
<i>Salubrious Lifestyle of the Student Developmental Task and Lifestyle Assessment (SDTLA)</i>	Alcohol y drogas Ejercicio Nutrición
<i>The Berne-Munich Lifestyle Panel (BMLP)</i>	Alcohol y tabaco Nutrición Ejercicio Actitudes Recursos sociales Factores de cambio
<i>Perfil de riesgo de salud</i>	Cuestiones médicas Manejo del estrés Nutrición Consumo de alcohol Contacto con drogas ilegales Seguridad vial
Evaluación de la actividad física	
Escala de ansiedad social relacionada con la apariencia física (<i>Social Physique anxiety Scale, SPAS</i>)	Barreras para el ejercicio
Cuestionario de pensamientos de riesgo sobre el ejercicio (<i>Exercise Thoughts Questionnaire, ETQ</i>)	Barreras para el ejercicio
<i>Exercise/Activity Barrier Instrument</i>	Barreras para el ejercicio
<i>The Physical Activity Scale for the Elderly (PASE)</i>	Topografía (número actividades y tiempo ocupado última semana)
<i>Cuestionario de Disponibilidad para la Actividad Física (C-DAF)</i>	Chequeo previo a la actividad

2. Instrumentos para la evaluación de estilos de vida saludables...

Población	Año	Autor	País
Jóvenes de 17-27 años Estudiantes universitarios	1999 2001	Winston, Miller y Cooper Bates, Cooper y Wachs	EE UU
Adultos	1999	Abel, Walter, Niemann y Weitkunat	Suiza Alemania
Adultos		DHHS (cfr. Rodríguez- Marín, 1994)	EE UU
Adultos	1989	Hart, Leary y Rejeski (cfr. Buceta y cols., 2001)	—
Adultos	1993	Kendziersky y Jonson (cfr. Buceta y cols., 2001)	—
Adultos/Mujeres	1999	Guan y Zhu (1999) Zhu, Timm y Ainsworth, (2001)	EE UU
Adultos	1993	Washburn y cols. (cfr. Clark y Hampson, 2001)	—
De 15 a 69 años	1994	Scfeff (cfr. Summerfiel, 2001)	Canadá

ca de pacientes con diabetes (Bimbela y Gorrotxategi, 2001). En general, el PRECEDE puede ser utilizado en cualquier temática relacionada con la psicología de la salud en la que se desee intervenir tanto a nivel individual como grupal (Bimbela, 2001b).

Con la finalidad de potenciar el cambio, este modelo parte de la identificación de los problemas concretos, de las conductas que los preceden y de los factores asociados que pueden actuar predisponiendo, facilitando o reforzando determinadas conductas (Bimbela y Gómez, 1994). Por tanto, se contemplan tres factores fundamentales a considerar en el momento de realizar el diagnóstico conductual:

1. *Factores predisponentes*: información, actitudes, valores y creencias que preparan o disponen a la población o persona a implicarse en determinadas conductas.
2. *Factores facilitadores*: habilidades y destrezas del individuo, recursos sociales y económicos y accesibilidad a estos recursos... que hacen posible la práctica de la conducta en cuestión.
3. *Factores reforzadores*: incluye la respuesta del propio individuo,

con sus consecuencias físicas y emocionales, las consecuencias tangibles y las respuestas del medio (familia, amigos, pareja, profesionales sanitarios) que aumentan, mantienen o disminuyen la conducta objeto de evaluación.

Normas de aplicación

El primer paso de este modelo consiste en identificar con la máxima concreción posible la conducta a analizar. En segundo lugar se identificará la población diana, es decir, la persona/as que realiza/an dicha conducta. Y, por último, se aplicará el modelo *preguntando, escuchando, observando y analizando a la población diana y a su entorno* (Bimbela, 2001a). Para agilizar el diagnóstico final y la intervención posterior, es recomendable recoger textualmente lo expresado por la persona (sin interpretaciones) y situar sus respuestas en dos listas paralelas, diferenciando desde el primer momento los factores a favor y en contra del cambio en las diversas etapas del diagnóstico (predisponentes, facilitadores y refuerzos). Véase la prueba.

Prueba

Modelo PRECEDE (adaptación castellana, J. L. Bimbela, 2001)

<h1 style="margin: 0;">Conducta</h1> <p style="margin: 0;">a potenciar</p>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>						
<h1 style="margin: 0;">Población diana</h1> <p style="margin: 0;">Individuo/grupo</p>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>						
<h1 style="margin: 0;">PRECEDE</h1>							
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">ANTES de la conducta</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">Factores PREDISPONENTES</td> <td style="padding: 5px;">→ Se pueden «entrecomillar»</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">«A FAVOR de la conducta»</td> <td style="padding: 5px;">«EN CONTRA de la conducta»</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table>	Factores PREDISPONENTES	→ Se pueden «entrecomillar»	«A FAVOR de la conducta»	«EN CONTRA de la conducta»		
	Factores PREDISPONENTES	→ Se pueden «entrecomillar»					
	«A FAVOR de la conducta»	«EN CONTRA de la conducta»					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">Factores FACILITADORES</td> <td style="padding: 5px;">→ HH del sujeto RR del entorno</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">«A FAVOR de la conducta»</td> <td style="padding: 5px;">«EN CONTRA de la conducta»</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table>	Factores FACILITADORES	→ HH del sujeto RR del entorno	«A FAVOR de la conducta»	«EN CONTRA de la conducta»			
Factores FACILITADORES	→ HH del sujeto RR del entorno						
«A FAVOR de la conducta»	«EN CONTRA de la conducta»						
<p style="text-align: right; margin: 0;">QUIÉN (Agente clave) + + Resto Reforzantes Haciendo qué</p>							
<p style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">DESPUÉS de la conducta</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">Factores REFORZANTES</td> <td style="padding: 5px;">→</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">«A FAVOR de la conducta»</td> <td style="padding: 5px;">«EN CONTRA de la conducta»</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table>	Factores REFORZANTES	→	«A FAVOR de la conducta»	«EN CONTRA de la conducta»		
Factores REFORZANTES	→						
«A FAVOR de la conducta»	«EN CONTRA de la conducta»						

Autoinforme de Motivos para la Práctica del Ejercicio Físico.

Exercise Motivations Inventory, EMI-2 (Markland, D., y Hardy, L., 1993)

Ficha técnica

Nombre: *Exercise Motivations Inventory* (Autoinforme de Motivos para la Práctica del Ejercicio Físico).

Siglas: EMI-2 (Markland and Hardy, 1993) y AMPEF (Capdevila, 1999).

Autor (dirección): Markland and Hardy. David Markland PhD C. Psychology School of Sport Health & Exercise Sciences, University of Wales, Bangor George Building, Holyhead Road. Bangor, Gwynedd, U.K. LL57 2PX. Tel (44) (0) 1248 382756. Correo electrónico: d.a.markland@bangor.ac.uk.

Adaptación española: Lluís Capdevila. Laboratorio de Psicología del Deporte. Departamento de Psicología de la Educación, UAB, Bellaterra, Barcelona. Correo electrónico: lluis.capdevila@uab.es.

Datos de publicación: Adaptación y versión experimental de Capdevila, L.; Miñerola, J.; Pintanell, M., y Siñol, N. (En prensa). Asimismo se encuentra traducida en la obra Capdevila, L. (1999): *Actividad física y estilo de vida saludable*. Barcelona, Grup Artyplan-Artympres, S.A.

Descripción/tipo de evaluación: Autoinforme.

Objetivos: Evalúa el perfil motivacional del individuo para la práctica del ejercicio físico.

Ámbitos de medida/áreas/problemas evaluados: Valora cinco áreas generales relacionadas con la motivación para practicar ejercicio físico: motivos psicológicos; interpersonales; de salud; relacionados con el cuerpo, y, motivos de forma física.

Población: Adolescentes y adultos.

Tiempo de administración: Aproximadamente, 10-15 minutos.

Momento más adecuado para pasar la prueba: Fase de evaluación inicial.

Procedimientos de puntuación: Escala continua de 0 a 10.

Profesionales que pueden pasar la prueba: Especialistas en la promoción de actividad física.

Datos psicométricos: El EMI-2 presenta una adecuada estabilidad y validez de su estructura factorial. Además, los resultados del EMI-2 discriminaron entre individuos que se encontraban en diferentes etapas de las fases de cambio para hacer ejercicio y pudieron predecir cambios en estas fases en un periodo de tres meses. Esta versión es la que se ha adaptado en nuestro país y cuyos datos psicométricos no están disponibles en este momento.

Descripción

Incorporar en la vida cotidiana hábitos saludables como es la práctica de ejercicio físico implica, entre otros factores, un nivel de motivación personal muy importante. De hecho, el éxito de un programa de iniciación a la práctica de actividad física depende de la intención de iniciar el ejercicio y, después, de mantenerlo (Capdevila, 1999).

El instrumento que se presenta a continuación valora el perfil de motivación del individuo a partir de cinco áreas generales: (A) Motivos psicológicos; (B) Motivos interpersonales; (C) Motivos de sa-

lud; (D) Motivos relacionados con el cuerpo y (E) Motivos de forma física.

El AMPEF es una adaptación del original en lengua inglesa y en la actualidad no se han publicado los datos estadísticos y psicométricos que demuestren su adecuación a la población española.

Respecto a las normas psicométricas en la versión inglesa, los primeros datos sobre fiabilidad y validez del EMI, se describen en Markland y Hardy (1993). Los resultados obtenidos en las subescalas del EMI, permitieron discriminar entre aquellas mujeres que formaban parte del grupo *Weight-Watchers* y practicaban aeróbic como parte del programa de pérdida de

peso y aquellas que lo practicaban sin esta finalidad (Markland, Ingledew, Hardy y Grant, 1992). Markland (1999) encontró que los motivos para practicar ejercicio evaluados mediante el EMI predijeron percepciones de autonomía y satisfacción.

Debido a algunas dificultades que presentaba esta escala, como, por ejemplo, no evaluaba algunas razones para hacer ejercicio relacionadas con la forma física (fuerza, resistencia...), las subescalas relacionadas con la salud se centraban en evitar la enfermedad ignorando los motivos para mejorar la salud y la redacción de las instrucciones hacían al EMI únicamente aplicable a individuos que practicaban ejercicio en ese momento, se elaboró una segunda versión (EMI-2). Según Markland e Ingledew (1997), esta versión presenta una adecuada estabilidad y validez de su estructura factorial constatada mediante análisis factorial. Además, en el estudio, Ingledew, Markland y Medley, (1998), los resultados del EMI-2 discriminaron entre individuos que se encontraban en diferentes etapas de las fases de cambio para hacer ejercicio y pudieron predecir cambios en estas fases en un periodo de tres meses, de acuerdo con la teoría de la autodeterminación. Esta versión es la que se ha adaptado a nuestra población. En la actualidad, los hallazgos psicométricos de la adaptación española están en prensa.

Normas de corrección

El AMPEF evalúa cinco áreas generales relacionadas con la motivación para la realización del ejercicio físico. Cada una de estas áreas consta de diversos factores o escalas, en total, el cuestionario consta

de 14 factores. La corrección del AMPEF permite obtener tres tipos de puntuaciones (véase cuadro 2.3):

- *Las puntuaciones parciales* para cada factor se obtienen sumando las puntuaciones de los ítems correspondientes a cada factor y dividiendo el total entre el número de ítems (algunos factores constan de tres ítems y otros, de cuatro ítems). Se obtienen 14 puntuaciones parciales que representan el peso o importancia de cada tipo de motivo, según un valor que puede oscilar entre 0 y 10.
- *Las puntuaciones totales* de cada área se obtienen sumando las puntuaciones de los factores correspondientes a cada área y dividiendo el total entre el número de factores (algunas áreas constan de dos factores, otras, de tres y otras, de cuatro). Se obtienen cinco puntuaciones, que representan el peso o importancia de cada área general relacionada con la motivación, según un valor que puede oscilar entre 0 y 10.
- *La puntuación global* del AMPEF se calcula realizando el promedio de las puntuaciones totales de cada área (sumando las puntuaciones totales de cada área y dividiendo el sumatorio entre 5). Debe interpretarse como un índice de referencia para comparar evaluaciones posteriores, no como un valor absoluto del peso o importancia global de los motivos para practicar ejercicio físico. Se puede utilizar como un índice relativo de la evolución individual en los cambios de la motivación hacia el ejercicio.

Cuadro 2.3 Áreas, factores y corrección del autoinforme de motivos para la práctica de ejercicio físico (AMPEF) (Capdevila y cols., en prensa)

Área / factores	Ítems	Puntuación
A) Motivos psicológicos		$A = (F1 - F2 + F3 + F4) / 4$
F1. Control del estrés	6 20 34 46	(Suma) / 4
F2. Vigor	3 17 31	(Suma) / 3
F3. Diversión	9 23 37 48	(Suma) / 4
F4. Desafío	14 28 42 51	(Suma) / 4
B) Motivos interpersonales		$B = (F5 - F6 + F7) / 3$
F5. Reconocimiento social	5 19 33 45	(Suma) / 4
F6. Afiliación	10 24 38 49	(Suma) / 4
F7. Competición	12 26 40 50	(Suma) / 4
C) Motivos de salud		$C = (F8 - F9 + F10) / 3$
F8. Urgencias de salud	11 25 39	(Suma) /
F9. Prevención	2 16 30	(Suma) / 3
F10. Salud positiva	7 21 35	(Suma) / 3
D) Motivos corporales		$D = (F11 - F12) / 2$
F11. Control de peso	1 15 29 43	(Suma) / 4
F12. Imagen corporal	4 18 32 44	(Suma) / 4
E) Motivos de forma física		$E = (F13 + F14) / 2$
F13. Fuerza y resistencia	7 22 36 47	(Suma) / 4
F14. Agilidad y flexibilidad	13 27 41	(Suma) / 3

$$\text{PUNTUACIÓN TOTAL} = (A + B + C + D + E) / 5$$

Prueba

Autoinforme de Motivos para la Práctica del Ejercicio Físico, AMPEF (adaptación castellana, Capdevila y cols., en prensa)

Instrucciones: A continuación se exponen una serie de razones que a menudo tiene la gente para hacer ejercicio físico. Lee cada frase y contesta, rodeando el número apropiado, en qué medida cada razón es verdadera para ti personalmente, o sería verdadera para ti si practicas ejercicio.

Si consideras que ese motivo no es nada cierto en tu caso, escoge un 0, mientras que si consideras que ese motivo es totalmente cierto para ti, escoge un 10. Si consideras que esa razón es sólo cierta en parte, entonces escoge un valor entre 0 y 10, en función del grado de acuerdo con que refleje tu motivación para hacer ejercicio físico.

2. Instrumentos para la evaluación de estilos de vida saludables...

Personalmente, practico (o practicaría) ejercicio físico	Verdadero para mí										
	Nada									Totalmente	
1. Para mantenerme delgado.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. Para mantenerme sano.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3. Porque me hace sentir bien.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4. Para parecer más joven.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
5. Para demostrar a los demás lo que valgo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6. Porque me deja un tiempo para pensar sobre mis cosas.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7. Para tener un cuerpo sano.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
8. Para tener más fuerza.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
9. Porque me gusta la sensación que tengo al hacer ejercicio.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
10. Para pasar el tiempo con los amigos.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11. Porque mi médico me ha aconsejado hacer ejercicio.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
12. Porque me gusta intentar ganar cuando hago ejercicio.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
13. Para estar más ágil.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
14. Para tener unas metas por las que esforzarme.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
15. Para perder peso.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
16. Para evitar problemas de salud.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
17. Porque el ejercicio me da energías.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
18. Para tener un buen cuerpo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
19. Para comparar mis habilidades con las de los demás.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
20. Porque ayudo a reducir la tensión.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
21. Porque quiero disfrutar de buena salud.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
22. Para aumentar mi resistencia.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
23. Porque el ejercicio hace que me sienta satisfecho.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
24. Para disfrutar de los aspectos sociales del ejercicio.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
25. Para evitar una enfermedad que se da mucho en mi familia.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
26. Porque me lo paso bien compitiendo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
27. Para mantener la flexibilidad.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
28. Para tener retos que superar.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
29. Para controlar mi peso.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
30. Para evitar problemas cardíacos.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
31. Para cargar baterías.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
32. Para mejorar mi aspecto.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
33. Para obtener reconocimiento cuando me supero.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
34. Para ayudarme a superar el estrés.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
35. Para sentirme más sano.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
36. Para ser más fuerte.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
37. Porque el ejercicio me produce diversión.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
38. Para divertirme haciendo ejercicio con otras personas.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
39. Para recuperarme de una enfermedad/lesión.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
40. Porque disfruto haciendo competición física.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
41. Para tener más flexibilidad.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
42. Para desarrollar mis habilidades personales.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
43. Para quemar calorías.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
44. Para estar más atractivo/a.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
45. Para conseguir hacer cosas que los demás no pueden hacer.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
46. Para liberar la tensión.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
47. Para desarrollar mis músculos.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
48. Porque haciendo ejercicio me siento muy bien.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
49. Para hacer amigos.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
50. Porque me divierte hacer ejercicio, sobre todo si hay competición.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
51. Para probarme a mí mismo.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Escala de Evaluación del Cambio para el Ejercicio Físico.

University of Rhode Island Change Assessment-Exercise-2, URICA-E2
(Reed, G. R., 1994)

Ficha técnica

Nombre: *University of Rhode Island Change Assessment-Exercise-2* (Escala de Evaluación del Cambio para el Ejercicio Físico de la Universidad de Rhode Island).

Siglas: URICA-E2.

Autor (dirección): G. R. Reed en www.uriacc.uri.edu/research/cprc.

Datos de publicación: Reed (1994).

Descripción/tipo de evaluación: Autoinforme. Motivación para el cambio.

Objetivos: Evaluar la etapa motivacional en que se encuentra una persona para cambiar, su disponibilidad hacia el cambio.

Ámbitos de medida/áreas/problemas evaluados: (1) Precontemplación, (2) Preparación, (3) Contemplación, (4) Acción, (5) Mantenimiento y (6) Finalización.

Población: Adultos.

Tiempo de administración: Aproximadamente, 15 minutos.

Momento más adecuado para pasar la prueba: Evaluación previa a la intervención.

Procedimientos de puntuación: Escala tipo Likert de 5 puntos.

Profesionales que pueden pasar la prueba: Psicólogos o profesional previamente entrenado.

Datos psicométricos: No disponibles. URICA-E2 está en fase experimental.

Descripción

El modelo transteórico del cambio de conducta es uno de los modelos actuales más relevantes e interesantes sobre los procesos de cambio de conducta intencional. Los psicólogos James Prochaska y Carlos DiClemente, junto a otros colaboradores, trabajan en el Centro de Investigación y Prevención del Cáncer de la Universidad de Rhode Island, en Estados Unidos. Desde el año 1982 vienen desarrollando el modelo transteórico del cambio de conducta, muy útil para comprender cómo cambian las personas intencionadamente su conducta, con o sin ayuda terapéutica. Se trata de un modelo centrado en los procesos de toma de decisiones relacionados con el cambio intencional, es decir, aquel que es decidido por la persona, que ha sido ampliamente aplicado en temas relacionados con la psicología de la salud.

El modelo transteórico postula que tanto la eliminación de conductas de riesgo como la adquisición de conductas saludables progresan a lo largo de cinco estadios de cambio: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento. Los *estadios de cambio* representan la dimensión temporal en torno a la cual las personas llevan a cabo un cambio de comportamiento intencional. Constituyen el constructo principal en torno al cual se organiza el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (1983, 1992). El cambio es un fenómeno complejo en el que el individuo va pasando por una serie de estadios a lo largo del tiempo (Velicer y cols., 2000). El estadio de cambio, asimismo, constituye una de las mejores variables predictoras del cambio y en este sentido es una buena variable para guiar la intervención más adecuada en cada caso (Prochaska y Prochaska, 1993).

La variable *estadio de cambio* para la realización de ejercicio físico puede evaluarse a través de dos tipos de autoinformes: a) una forma corta, que incluye cinco preguntas mutuamente excluyentes de respuesta categorial, y b) una escala de medida continua, la *Escala de Evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA-E2)*, que se compone de 24 ítems con respuestas continuas de 1 a 5 puntos (Reed, 1994). Esta última escala permite decir si una persona se sitúa en mayor o menor media en un estadio, pero a diferencia de lo que ocurre en otro tipo de conductas, los autores han aislado mediante el análisis de componentes principales y, posteriormente, mediante análisis factorial confirmatorio seis estadios vs. los cinco habituales más propios del modelo aplicado a otros temas de salud. Concretamente han diferenciado dos subetapas en el estadio de precontemplación: 1) precontempladores que no creen en los beneficios del ejercicio físico y que, por tanto, no piensan hacer nada para incorporarlo a sus hábitos comportamentales, y 2) precontempladores que sí creen en la bondad del ejercicio pero que igualmente no tienen pensado hacer nada en los próximos seis meses. Respecto a los demás estadios se mantienen como el observado en otras conductas relacionadas con la salud (Prochaska, 1994). Esta prueba, no obstante, está en fase experimental y sus características psicométricas aún no han sido claramente definidas. Aun así hemos considerado conveniente introducirla en este capítulo para favorecer los futuros trabajos de investigación en nuestro medio.

Respecto a las características psicométricas de la forma corta (Marcus y cols., 1992), decir que la *Escala de estadios de cambio para el ejercicio físico* no goza del soporte empírico de la misma escala aplicada al tabaquismo o a otras conductas relacionadas con la salud, donde dominan mayoritariamente los precontempladores (Prochaska, 1994). En este caso, la mayor

proporción de personas se sitúa en las fases de acción/mantenimiento (Marcus y cols., 1992; Guinn, 2001; Clark y Hampson, 2001).

Recientemente, Marshall y Biddle (2001) han publicado un meta-análisis sobre las aplicaciones del modelo transteórico al ejercicio y actividad física. En esta investigación se han analizado un total de 71 estudios previos y los autores han llegado a las siguientes conclusiones: 1) en general, los datos no permiten confirmar si el cambio en la actividad física ocurre a lo largo de una serie de estadios cualitativamente diferentes o si por el contrario éstos son continuos; 2) dado el creciente número de investigaciones que están incorporando los conceptos del modelo transteórico, urge la necesidad de estandarizar y mejorar las propiedades psicométricas de las pruebas del citado modelo; y 3) El constructo de procesos de cambio necesita ser reexaminado, dado que los factores de orden superior (procesos cognitivos, procesos conductuales) no aparecen reflejados en la conducta de la actividad física. Además, la relación entre estadios/procesos disponibles no son evidentes, como tampoco se puede confirmar de forma clara la relación entre nivel de actividad física con la autoeficacia o los pros y contras de dicha actividad.

A pesar de estos últimos datos un tanto desalentadores, en nuestro país no conocemos estudios que hayan utilizado esta escala ni otras de las relacionadas con el ejercicio físico del modelo transteórico. De hecho, nuestro objetivo al introducir estas pruebas ha sido facilitar una posible adaptación posterior y su utilización en investigaciones futuras a fin de conocer datos psicométricos más precisos en nuestro medio.

Normas de aplicación

La escala es de útil aplicación en la evaluación previa a cualquier tipo de inter-

vención que pretenda fomentar el ejercicio físico, ya que permite conocer el nivel motivacional de la persona, su predisposición a cambiar, y dirigir la intervención de forma más adecuada. En las instrucciones que incorpora la prueba se especifica qué se entiende por ejercicio físico regular y el tipo de respuesta requerido.

Corrección e interpretación

- Ítems de Precontemplación (no creen en el ejercicio): 1, 3, 6, 9.
 - Ítems de Precontemplación (creen en el ejercicio): 11, 19, 21, 24.
 - Ítems de Contemplación: 7, 13, 16, 22.
 - Ítems de Preparación: 14, 17, 20, 23.
 - Ítems de Acción: 4, 8, 10, 2.
 - Ítems de Mantenimiento: 2, 5, 15, 18.
- a) *Precontemplación*: personas que en los próximos seis meses no tienen intención alguna de iniciar un ejercicio físico de forma regular.
 - b) *Contemplación*: personas que en la actualidad no practican ejercicio físico, pero consideran seriamente iniciar esta actividad en los próximos seis meses.
 - c) *Preparación*: personas que ya han hecho algún intento para

iniciar un ejercicio físico y piensan seriamente en hacerlo de forma regular en los próximos 30 días.

- d) *Acción*: personas que en la actualidad hacen ejercicio físico regularmente y hace menos de seis meses que lo practican.
- e) *Mantenimiento*: personas que hace más de seis meses que practican el ejercicio físico de forma regular.

La pertenencia a un estadio concreto tiene repercusiones de cara al tipo de intervención que puede resultar más eficaz para cada caso. Así, por ejemplo: (1) en la fase de precontemplación, la intervención debe ir enfocada a incrementar la concienciación hacia las ventajas del ejercicio físico para la salud; (2) en la etapa de contemplación, a favorecer un balance decisional positivo a favor del cambio; (3) en el estadio de preparación, aconsejar sobre el tipo de intervención más eficaz en cada caso; (4) el estadio de acción coincide con la intervención específica que se realice; y (5) el estadio de mantenimiento, con el incremento de la autoconfianza y la prevención de recaídas. Para una visión más detallada ver Prochaska y DiClemente (1983, 1992), Prochaska y Prochaska (1993), Velicer y cols. (2000) o Summerfield (2001).

2. Instrumentos para la evaluación de estilos de vida saludables...

Prueba

Escala de Evaluación del Cambio para el Ejercicio Físico, URICA-E2 (Reed, G. R., 1994)

Instrucciones: Por favor, utilice la siguiente definición de ejercicio cuando conteste a estas preguntas:

Ejercicio regular es cualquier actividad física realizada para mejorar la forma física (aeróbica, jogging, bicicleta, natación...). Esta actividad debería desarrollarse de 3 a 5 veces por semana en sesiones de 20 a 60 minutos. El ejercicio no tiene que ser agotador para ser efectivo, pero debería realizarse con la suficiente intensidad para que provoque un aumento del ritmo respiratorio y sudoración.

Por favor, utilice la siguiente escala para indicar en qué medida está o no de acuerdo con las siguientes afirmaciones:

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5
1. Por lo que a mí respecta, no necesito ejercicio regularmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. He estado realizando ejercicio regularmente durante mucho tiempo y pienso continuar haciéndolo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. No hago ejercicio y por el momento no me importa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Finalmente hago ejercicio con regularidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. He estado realizando ejercicio regularmente con éxito y pienso continuar haciéndolo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Estoy satisfecho de ser una persona sedentaria.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. He estado pensando que me gustaría empezar a hacer ejercicio regularmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. He empezado a realizar ejercicio regularmente en los últimos 6 meses.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Podría realizar ejercicio regularmente pero no tengo intención de hacerlo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Recientemente he empezado a hacer ejercicio con regularidad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ahora mismo no tengo el tiempo ni las ganas necesarias para realizar ejercicio regularmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. He empezado a hacer ejercicio regularmente y pienso continuar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. He estado pensando si sería capaz de hacer ejercicio regularmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. He fijado un día y una hora para empezar a hacer ejercicio regularmente dentro de las próximas semanas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Me las he arreglado para mantenerme haciendo ejercicio regularmente los últimos 6 meses.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. He estado pensando que podría empezar a hacer ejercicio regularmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Me he puesto de acuerdo con un amigo para empezar a hacer ejercicio regularmente dentro de las próximas semanas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. He completado 6 meses de ejercicio regular.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Sé que el ejercicio regular es valioso, pero no tengo tiempo para ello por ahora.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. He estado llamando a amigos para encontrar a alguno con quien empezar a hacer ejercicio en las próximas semanas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Pienso que el ejercicio regular es bueno, pero por ahora no puedo encontrar tiempo en mi agenda.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Realmente pienso que debería esforzarme en empezar a hacer un programa de ejercicio regular en los próximos 6 meses.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Me estoy preparando para empezar a hacer ejercicio regular en grupo en las próximas semanas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Soy consciente de la importancia del ejercicio regular pero por el momento no puedo hacerlo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Inventario de Procesos de Cambio para el Ejercicio Físico.

Exercise: Processes of Change, IPC-EJ (Nigg, C. R.; Norman, G. J.; Rossi, J. S., y Benisovich, S. V., 1999)

Ficha técnica

<p>Nombre: <i>Exercise: Processes of Change</i> (Inventario de Procesos de Cambio para el Ejercicio Físico).</p> <p>Siglas: IPC-EJ. IPC-EF, en la traducción española.</p> <p>Autor (dirección): Joseph S. Rossi. Cancer Prevention Research Center, 2 Chafee Road, University of Rhode Island, Kingston, RI, 02881-0808. USA. Correo electrónico: jsrossi@uri.edu.</p> <p>Datos de publicación: Nigg, C. R., Norman, G. J., Rossi, J. S. y Benisovich, S. V. (1999). Processes of exercise behavior change: redeveloping the scale. Poster presented at SBM. San Diego, California.</p> <p>Descripción/tipo de evaluación: Autoinforme.</p> <p>Objetivos: Identificar los procesos de cambio que ha desarrollado una persona respecto a la realización de ejercicio físico e indirectamente permite determinar en qué estadio de cambio se encuentra.</p> <p>Ámbitos de medida/áreas/problemas evaluados: A) <i>Procesos de cambio experienciales:</i> concienciación, alivio por dramatización, reevaluación ambiental, auto-reevaluación y liberación social. B) <i>Procesos de cambio conductuales:</i> control de estímulos, relaciones de ayuda, contracondicionamiento, manejo de contingencias y autoliberación.</p> <p>Población: Adultos.</p> <p>Tiempo de administración: Aproximadamente, 15-20 minutos.</p> <p>Momento más adecuado para pasar la prueba: Evaluación previa a la intervención, al final de la intervención y en los seguimientos.</p> <p>Procedimientos de puntuación: Escala tipo Likert de 5 puntos.</p> <p>Profesionales que pueden pasar la prueba: Psicólogos o profesional previamente entrenado.</p> <p>Datos psicométricos: No disponibles.</p>

Descripción

Los *procesos de cambio* constituyen uno de los tres constructos propios del modelo transteórico que trata de explicar cómo se produce el cambio (Prochaska y Prochaska, 1993). El inventario de procesos de cambio para el ejercicio físico incluye 30 ítems, tres para cada uno de los diez procesos que han recibido mayor soporte teórico y empírico (Velicer y cols., 2001). Estos diez procesos han sido divididos en dos grandes grupos: los procesos de cambio experiencial, de carácter más cognitivos y los procesos de cambio conductual. Un análisis más amplio de los mismos puede verse en Velicer y cols., 2001; y Becoña y Vázquez, 1998.

Los procesos de cambio tratan de responder a la pregunta: ¿cómo se produce el

cambio?, por tanto, la finalidad del IPC-EF es identificar qué proceso de cambio ha desarrollado una determinada persona, e indirectamente, permite determinar en qué estadio de cambio se encuentra. En múltiples investigaciones se ha constatado la relación existente entre los procesos de cambio y los estadios de cambio (Prochaska y cols., 1992; Prochaska y Prochaska, 1993). En general, antes de que la persona tome una decisión acerca de realizar algún cambio de comportamiento dominan los procesos experienciales y en las etapas de acción y mantenimiento dominan los procesos conductuales.

El IPC-EF es relativamente reciente y aunque los procesos de cambio han recibido soporte empírico en otros tipos de conductas relacionadas con la salud (Velicer y cols., 2001) no disponemos de datos

psicométricos de esta prueba. Concretamente, Tejero y Trujol (1994) adaptaron el Inventario de procesos de cambio para adictos a heroína (IPC-AH) en nuestro país y encontraron buena consistencia y validez interna satisfactoria, además de poseer una correcta eficacia discriminativa respecto a los estadios de cambio.

Normas de aplicación

El inventario que presentamos incluye 30 ítems que hacen referencia a las posibles estrategias cognitivo-conductuales que la persona ha desarrollado para favorecer el cambio de conducta. Cada ítem se ha de responder con una puntuación que indica la frecuencia con que dicho acontecimiento suele ocurrirle a la persona entre 1 (nunca) y 5 (muchas veces) a lo largo del último mes.

Corrección e interpretación

Los procesos de cambio se corresponden con los siguientes ítems: (a) aumento de concienciación: 1, 2, 3; (b) alivio por dramatización: 4, 5, 6; (c) reevaluación del ambiente: 7, 8, 9; (d) auto-reevaluación: 10, 11, 12; (e) liberación social: 13, 14, 15; (f) contracondicionamiento: 16, 17, 18; (g) relaciones de ayuda: 19, 20, 21; (h) manejo de contingencia: 22, 23, 24; (i) autoliberación: 25, 26, 27, y (j) control de estímulos: 28, 29 30.

En el cuadro 2.4 se muestra la relación encontrada entre estadios de cambio y procesos de cambio. Para favorecer que la persona avance en los estadios de cambio hacia la consolidación del cambio de comportamiento, la intervención ha de favorecer el desarrollo de los procesos de cambio implicados en cada caso.

Cuadro 2.4 Integración de procesos y estadios de cambio

Precontemplación	Contemplación	Preparación	Acción	Mantenimiento
Aumento de la concienciación Alivio por dramatización Reevaluación ambiental	Auto-reevaluación	Autoliberación	Manejo de contingencias Relaciones de ayuda Contracondicionamiento Control de estímulos	

FUENTE: Prochaska y Prochaska (1993).

Prueba

Inventario de Procesos de Cambio para el Ejercicio Físico, IPC-EF (Nigg, C. E., y cols., 1999)

Instrucciones: Las siguientes experiencias pueden afectar los hábitos de ejercicio de algunas personas. Piense si las experiencias que le presentamos a continuación le ocurren actualmente o si le han ocurrido durante el **último mes**. Luego indique con qué frecuencia le ha ocurrido a partir de la escala de 5 puntos siguiente:

- | | |
|-------------------|---------------------|
| 1 = Nunca | 4 = Bastantes veces |
| 2 = Pocas veces | 5 = Muchas veces |
| 3 = Algunas veces | |

	Nunca	1	Pocas veces	2	Algunas veces	3	Bastantes veces	4	Muchas veces	5
1. Leo artículos sobre el ejercicio para intentar aprender más.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Busco información relacionada con el ejercicio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Investigo sobre nuevos métodos de ejercicio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Me molesto cuando veo gente que se beneficiaría de hacer ejercicio y eligen no hacerlo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Me dan miedo las consecuencias que puede tener para mi salud no hacer ejercicio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Me molesta observar que las personas a las que quiero tendrían mejor salud si hicieran ejercicio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Me doy cuenta de que si no hiciera ejercicio regularmente podría enfermar y ser una carga para otros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Creo que hacer mi ejercicio regularmente me evitará ser una carga para el sistema sanitario.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Creo que el ejercicio regular desempeña un papel en la reducción del coste sanitario.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Me siento más confiado cuando hago ejercicio regularmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Creo que hacer ejercicio regularmente me hará más sano y feliz.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Me siento mejor conmigo mismo cuando hago ejercicio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me he dado cuenta de que mucha gente sabe que el ejercicio es bueno para ellos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Soy consciente de que cada vez hay más personas que practican ejercicio una parte de su vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. He notado que gente famosa a menudo suele manifestar públicamente que hacen ejercicio regularmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Cuando me siento cansado, hago ejercicio en cualquier caso porque sé que después me sentiré mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. En lugar de hacer la siesta, después del trabajo hago ejercicio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. En lugar de relajarme viendo la televisión o comiendo doy un paseo o hago ejercicio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Instrumentos para la evaluación de estilos de vida saludables...

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces
	1	2	3	4	5
19. Tengo un amigo que me anima a hacer ejercicio cuando no tengo ganas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Tengo a alguien que me anima a hacer ejercicio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Mis amigos me animan a hacer ejercicio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Una de las recompensas de hacer ejercicio regular es que mejora mi estado de ánimo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Intento pensar que el ejercicio es un tiempo para clarificar mi mente y mejorar mi cuerpo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Si hago ejercicio regular, encuentro que me beneficio de tener más energía.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Me digo a mí mismo que puedo mantenerme haciendo ejercicio si lo intento suficientemente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me comprometo a hacer ejercicio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Creo que puedo hacer ejercicio regularmente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Tengo ropa deportiva convenientemente preparada, por lo que puedo hacer ejercicio donde sea si tengo tiempo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Uso mi agenda para planificar mi tiempo de ejercicio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Siempre tengo el equipo de ropa listo para hacer ejercicio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Escala de Balance Decisional en el Control del Peso.

Weight: Decisional Balance (O'Connell, D., y Velicer, W., 1998)

Ficha técnica

Nombre: *Weight: Decisional Balance* (Escala de Balance Decisional en el Control del Peso).

Siglas: EBD-CP, en la traducción española.

Autor (dirección): Wayne F. Velicer. Cancer Prevention Research Center, 2 Chafee Road, University of Rhode Island, Kingston, RI, 02881-0808. USA. Correo electrónico: velicer@uri.edu.

Datos de publicación: O'Connell, D. y Velicer, W. (1988). «A decisional balance measure for meight loss», *The Internacional Journal of Addictions*, 23, 729-770.

Descripción/tipo de evaluación: Autoinforme.

Objetivos: Evaluar los pros y los contras para el control del peso corporal.

Ámbitos de medida/áreas/problemas evaluados: (1) Variables a favor del control del peso, (2) variables en contra del control del peso corporal.

Población: Adultos.

Tiempo de administración: 10-15 minutos.

Momento más adecuado para pasar la prueba: Antes de la intervención, al final y en los seguimientos.

Procedimientos de puntuación: Escala tipo Likert de 5 puntos.

Profesionales que pueden pasar la prueba: Necesita algún entrenamiento.

Datos psicométricos: Validez predictiva para el cambio de estadio motivacional y sensibilidad al cambio de conducta.

Descripción

La decisión de pasar de un estadio de cambio a otro, de acuerdo con el modelo transteórico (Prochaska y DiClemente, 1983; Prochaska y Prochaska, 1993), depende en parte del peso dado a los factores a favor y en contra del cambio de conducta requerido (O'Connell y Velicer, 1988). Los *pros* representan aspectos positivos favorecedores del cambio de conducta. Los *contras* son aspectos negativos que dificultan u obstaculizan el cambio. Al igual que en el modelo de toma de decisiones de Janis y Mann (1977), el modelo transteórico asume que la toma de decisiones incluye una evaluación cuidadosa de todos los costes y beneficios del cambio. Sin embargo, en el modelo transteórico se han aislado consistentemente en diversas investigaciones (Prochaska, 1994; O'Connell y Velicer, 1988; Velicer y cols., 2000) dos factores, pros y contras, en contraposición a los

ocho factores establecidos en la teoría inicial de Janis y Mann (1977).

En el contexto del modelo transteórico, los pros y los contras fueron examinados por primera vez en el tabaquismo (Velicer y cols., 1995). En esta investigación se estableció la existencia de una relación funcional entre el balance decisional y el estadio de cambio en que se encontraba el sujeto. Posteriormente en investigaciones longitudinales se verificó esta relación y se estableció la validez predictiva del constructo «balance decisional» (Prochaska y DiClemente, 1985, 1992), que ha sido replicado en 12 problemas de conductas, incluidas el control del peso corporal (Prochaska, 1994). En el momento actual no disponemos de datos psicométricos más precisos sobre la escala. En nuestro medio no ha sido utilizada y de hecho a continuación presentamos una traducción de la misma, a fin de favorecer su utilización y estudio en el futuro.

Normas de aplicación

La escala puede ser aplicada antes del tratamiento, al final del mismo y en los periodos de seguimiento. El terapeuta puede explicar brevemente el objetivo del instrumento, «determinar los factores a favor y en contra de controlar el exceso de peso corporal», y el tipo de respuesta que se requiere (grado de importancia de cada afirmación en una escala de 1 a 5). El instrumento incluye las instrucciones más precisas.

Corrección e interpretación

La escala consta de 20 ítems que se agrupan en dos factores:

- a) A favor del control del peso → Todas las preguntas con números pares.
- b) En contra del control de peso → Todas las preguntas con números impares.

En general, los factores a favor del cambio, los pros, se van incrementando a medida que se avanza en los estadios de

cambio, mientras que los contras van disminuyendo. En el estadio de precontemplación, los factores en contra del cambio de conducta tienen un mayor peso para el individuo que los factores a favor del cambio y en los estadios de acción y mantenimiento ocurre a la inversa, los factores a favor del cambio son claramente superiores. En la etapa de contemplación, el peso de ambos factores es prácticamente equivalente. La indecisión y la falta de compromiso son normalmente los aspectos responsables de que los individuos permanezcan anclados en el estadio de contemplación durante largos periodos de tiempo, alternando entre pensamientos encaminados a la acción y valorando los costes y beneficios del cambio de conducta (O'Connell y Velicer, 1988).

La interpretación de la escala es cualitativa, ya que aunque los autores han establecido un punto de corte como predictor del paso de un estadio a otro en tabaquismo, en otras conductas, como el control del peso, no ha sido claramente establecido. Aunque se dice que los pros deben ser como mínimo el doble de los contras para que las personas pasen a la acción (Prochaska, 1994; Summerfiel, 2001).

Prueba

Escala de Balance Decisional en el Control del Peso, EBD-CP (O'Connell, D., y Velicer, W., 1998)

Instrucciones: Cada ítem representa un pensamiento que puede ocurrirle a una persona que está decidiendo si perder o no peso. Si en estos momentos está considerando la posibilidad de perder peso, indique en qué medida está usted de acuerdo con cada una de las siguientes afirmaciones utilizando la escala de 5 puntos que le presentamos:

	Totalmente de acuerdo 5				
	Bastante de acuerdo 4				
	Moderadamente de acuerdo 3				
	Poco de acuerdo 2				
	Nada de acuerdo 1				
1. Los ejercicios que necesito para perder peso serán monótonos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Me sentiría más optimista si perdiera peso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Sería menos productivo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Me sentiría más sexy si perdiera peso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Para perder peso estaría obligado a comer menos comida apetitosa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Mi autoestima sería mayor si perdiera peso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Mi dieta podría hacer más difícil para mi familia o compañeros de piso planificar las comidas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Mi familia estaría orgullosa de mí si perdiera peso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. No podría comer algunas de mis comidas favoritas si estuviera intentando perder peso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Me sentiría menos avergonzado si perdiera peso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. La dieta me quitaría el placer de la comida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Los demás me tendrían más respeto si perdiera peso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Debería reducir algunas de mis actividades favoritas si intentara perder peso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Podría llevar ropa más atractiva si perdiera peso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Debería evitar alguno de mis sitios favoritos si estuviera intentando perder peso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Mi salud mejoraría si perdiera peso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Intentar perder peso puede resultar caro si tengo todo en cuenta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Me sentiría con más energía si perdiera peso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Debería reducir mis comidas favoritas mientras estuviera con la dieta.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Rendiría más si tuviera menos peso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

FUENTE: www.uriacc.uri.edu/research/cprc. Traducido y reproducido con permiso de los autores.

3. Referencias

- Abel, T., Cockerham, W. y Niemann, S. (2000): «A critical approach to lifestyle and health», en J. Watson y S. Platt (eds.), *Researching health promotion*. Londres, Routledge.
- , Walter, E., Niemann, S. y Weitkunat, R. (1999): «The Berne-Munich Lifestyle Panel», *Sozial-und Präventivmedizin*, 44, 91-106.
- Bates, J., Cooper, D. y Wachs, P. (2001): «Assessing Wellnes in College Students: A Validation of the Salutubrious Lifestyle Scale of the Student Developmental Task and Lifestyle Assessment», *Journal of College Student Development*, 42, 193-203.
- Bimbela J. L. (2001a): «Aplicación del modelo PRECEDE en la prevención del VIH/SIDA», *Revista de Matronas Profesión*, 3, 4-9.
- (2001b): «Cuidando al cuidador. Counseling para médicos y otros profesionales de la salud». Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública (3.ª ed., 1.ª ed., 1996).
- y Cruz, M. T. (1997): «Sida y jóvenes. La prevención de la transmisión sexual del VIH». Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública.
- y Gómez C. (1994): «SIDA y comportamientos preventivos: el Modelo PRECEDE», *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47, 151-157.
- y Gorrotxategi, M. (2001): *Herramientas para mejorar la adhesión terapéutica del paciente. El caso de la diabetes* (Serie monografías n.º 31). Granada, Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Becoña, E. y Vázquez, F. L. (1998): *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid, Dykinson.
- Buceta, J., Bueno, A., Ezquerro, M., Eraña, I. y Mas, B. (2001): «Intervención psicológica para la promoción del ejercicio físico», en J. M. Buceta, A. M. Bueno y B. Mas (eds.): *Intervención psicológica y salud: control del estrés y conductas de riesgo* (pp. 299-320). Madrid, Dykinson.
- Capdevila Ortís, L. (1999): «Actividad física y estilo de vida saludable». UAB, Barcelona.
- Clark, M. y Hampson, S. (2001): «Implementing a psychological intervention to improve lifestyle self-management in patients with Type 2 diabetes», *Patient Education and Counseling*, 42, 247-256.
- Cockerham, Rütten y Abel (1997): «Conceptualizing contemporary health lifestyles: moving beyond Weber», *The Sociological Quarterly*, 38, 321-342.
- Costa, M. y López, E. (1998): «Educación para la salud: una estrategia para cambiar los estilos de vida». Madrid, Pirámide (2.ª ed.).
- Ezquerro, M. (2001): «Estrategias psicológicas para la promoción de hábitos alimentarios saludables», en J. M. Buceta, A. M. Bueno y B. Mas (eds.): *Intervención psicológica y salud: control del estrés y conductas de riesgo* (pp. 351-422). Madrid, Dykinson.
- Fernández del Valle, J. (1996): «Evaluación ecopsicológica de los estilos de vida», en G. Buela-Casal, V. E. Caballo y J. C. Sierra (dirs.): *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 1071-1090). Madrid, Siglo veintiuno editores.
- Godoy, J. F. (1999): «Psicología de la Salud: delimitación conceptual», en M. A. Simón (ed.): *Manual de Psicología de la Salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp. 39-76). Madrid, Biblioteca Nueva.
- Green, L. W., Kreuter, M. W., Deeds, S. G., Partridge, K. B. (1980): «Health Education Planning: A diagnostic Approach». Palo Alto, California, Mayfield.
- y Kreuter, M. W. (1991): «Health Promotion Planning. An Educational and environmental approach». Palo Alto, California; Mayfield.
- Guan, J. y Zhu, W. (1999): «Validation and reliability of an exercise/physical activity barrier instrument: A preliminary analysis [Abstract]», *Research Quartely for Exercise and Sport*, 70 (Suppl.), 60-61.
- Guinn, B. (2001): «Psychosocial constructs and exercise stages of change among high-functioning older adults [Abstract]», *Research Quartely for Exercise and Sport*, 72 (Suppl.), 87-88.
- Ingledeu, D. K. I., Markland, D. y Medley, A. (1998): «Exercise motives and Stages of Change», *Journal of Health Psychology*, 3, 477-489.
- IUHPE-Internacional Union for Health Promotion and Education (1999): «La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Configurando la salud pública en una nueva Eu-

- ropa», *Informe de la IUHPE para la Unión Europea* (parte I). (En línea www.msc.es).
- Janis, I. L. y Mann, L. (1977): «Decisión making: A psychological análisis of conflict, choice, and commitment». New Cork, Collier Macmillan.
- Marcus, B. H., Selby, V. C., Niaura, R. S., y Rossi, J. S. (1992): «Self-efficacy and the stages of exercise behavior change», *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 63, 60-66.
- Markland, D. (1999): «Internally informational versus internally controlling exercise motives and exercise enjoyment: The mediating role of self-determination», en P. Parisi, F. Pigozzi y G. Prinzi (eds.): *Sport Science '99 in Europe. Proceedings of the 4th Annual Congress of the European College of Sport Science*. Roma, University Institute of Motor Sciences.
- y Hardy, L. (1993): «The Exercise Motivations Inventory: Preliminary development and validity of a measure of individuals' reasons for participation in regular physical exercise», *Personality & Individual Differences*, 15, 289-296.
- e Inglelew, D. K. (1997): «The measurement of exercise motives: Factorial validity and invariance across gender of a revised Exercise Motivations Inventory», *British Journal of Health Psychology*, 2, 361-376.
- , —, Hardy, L. y Grant, L. (1992): «A comparison of the exercise motivations of aerobics participants and weight-watcher exercisers», *Journal of Sports Sciences*, 10, 609-610.
- Marshall, S. J. y Biddle, S. J. (2001): «The Transtheoretical Model of Behavior change: a meta-analysis of applications to physical activity and exercise», *Annals of Behavioral Medicine*, 23, 229-242.
- O'Connell, D. y Velicer, W. (1988): «A decisional balance measure for meight loss», *The Internaciona Journal of Addictions*, 23, 729-770.
- Prochaska, J. O. (1994): «Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action on the basis of twelve problem behaviors», *Health Psychology*, 13, 47-51.
- y DiClemente, C. C. (1983): «Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- , — (1992): «Stages of change in the modification of problem behaviors», en M. Hersen, R. Eisler y P. Millar (eds.): *Progress in behavior modification* (pp. 184-218). Sycamore, Illinois, Sycamore Press.
- y Prochaska, J. M. (1993): «Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas», en M. Casas y M. Gossop (coord.): *Recaida y prevención de recaídas* (pp. 85-136). Barcelona, Ediciones en Neurociencias.
- Reed, G. R. (1994): «Measuring stage of change for exercise behavior change, URICA-E2». Unpublished Dissertation.
- Rodríguez Marín, J. (1994): «Evaluación en prevención y promoción de la salud», en R. Fernández-Ballesteros (ed.): *Evaluación conductual hoy: un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud* (pp. 652-714). Madrid, Pirámide.
- Sallis, J. F. y Saelens, B. E. (2000): «Assessment of physical activity by self-report: Sattus, limitations, a future directions», *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 71, 1-14.
- Summerfield, L. M. (2002): «Nutrición, ejercicio y comportamiento. Un enfoque integrado para el control de peso». Madrid, Paraninfo.
- Tejero, A. y Trujols, J. (1994): «El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente: un modelo dinámico del cambio en el ámbito de las conductas adictivas», en J. L. Graña (ed.): *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 1-43). Madrid, Debate.
- UNED (2000): «Guía de alimentación y Salud» (edición CD-Rom). Madrid, UNED, Facultad de Ciencias, Nutrición y Dietética.
- Velicer, W., Fava, J., Prochaska, J., Abrams, D., Emmons, K. y Pierce, J. (1995): «Distribution of smokers by stage in three representative samples», *Preventive Medicine*, 24, 401-411.
- Velicer, W., Prochaska, J. O., Fava, J., Rossi, J., Redding, C., Laforge, R. y Robbins, M. (2000): «Using the Transtheoretical Model for population-based approaches to health promotion and disease prevention», *Homeostasis in Helath and Disease*, 40, 174-195.

- Winston, R. B., Miller, T. K. y Cooper, D. L. (1999): *Preliminary Technical Manual for the Student Developmental Task and Lifestyle Assessment*. Athens, GA, Student Development Associates.
- Word, T. M. (2000): «Issues and future directions in assessing physical activity: An introduction to the Conference Proceedings», *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 71, ii-vii (volumen monográfico sobre el tema).
- World Health Organization (1998): «Health promotion glossary. Geneva: document WHO/HPR/HEP/98.1» (En línea: www.WHO.org; también en español en: www.msc.es).
- (2000): «Global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases. Document a53/14» (En línea: www.WHO.org).
- (2002): «Día mundial de la salud 2002: “por tu salud, muévete”. Estilos de vida sedentarios: un problema mundial de salud pública» (En línea: www.who.int/world-health-day/index.es.shtml).
- Zhu, W., Timm, G. y Ainsworth, B. (2001): «Rasch calibration and optimal categorization of an instrument measuring women’s exercise perseverance and barriers», *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 72, 104-116.

3. Instrumentos para la valoración del estrés ¹

Jordi Fernández Castro y Tomás Blasco Blasco

1. Introducción

El concepto de estrés adolece de una enojosa falta de definición que sea aceptada por los propios especialistas. Una revisión rápida de la literatura nos revela, de inmediato, que la naturaleza de aquello que se considera estrés puede cambiar profundamente según el punto de vista de cada autor. En este sentido, se pueden hallar hasta cinco diferentes clases de definiciones de estrés, según se considere el estrés como:

- a) Una *condición ambiental*, como, por ejemplo, estar en paro, haber perdido el cónyuge, estar enfermo, o tener demasiado trabajo. Esta es la orientación que sostienen autores como Holmes y Rahe (1967). La crítica que puede hacerse a este enfoque es la de que no todas las situaciones provocan el mismo nivel de estrés en todas las personas, por lo que presuponer que un hecho concreto dará lugar al mismo efecto (tanto cualitativa como cuantitativamente) con independencia del individuo que lo experimente es bastante arriesgado.
- b) Una *apreciación personal* de la situación en que uno mismo se halla. Por ejemplo, *sentirse* angustiado por creer que no se podrá encontrar empleo o por creer que la enfermedad que se padece tendrá

¹ Este trabajo ha podido realizarse gracias a la ayuda PB97-0212 de la Dirección General de Investigación Científica y Técnica (DGICYT).

un desenlace fatal, o *sentirse* agobiado por las tribulaciones habituales de la vida cotidiana. Éste es el enfoque que desarrollaron Dohrenwend y Dohrenwend (1981). Esta perspectiva supera las críticas que se plantean al enfoque basado en considerar exclusivamente las condiciones ambientales, ya que tiene en cuenta el grado en que cada individuo experimenta malestar ante cada situación concreta. Por lo tanto, este enfoque amplía el anterior y podemos considerar que sirve para identificar las *fuentes de estrés*; es decir, los desencadenantes objetivos y subjetivos de un proceso de estrés.

- c) Una *respuesta* a ciertas condiciones ambientales. Los trabajos de autores como Näätänen (1973), Frankenhauser (1979), Gray (1982) o Nixon (1982) pueden ser representativos de este enfoque del estrés. Dicha respuesta puede ser valorada a partir de aspectos fisiológicos (por ejemplo, estudiando el aumento en el nivel de corticosteroides o en el de catecolaminas plasmáticas), o bien a partir de aspectos psicológicos, entendiendo como tales las emociones y los estados de ánimo desencadenados por la situación. Consideraremos como emociones las reacciones afectivas de gran intensidad y duración breve que impiden al sujeto llevar a cabo una acción, y como estados de ánimo, esas mismas reacciones afectivas cuando tienen una intensidad menor y son más duraderas en el tiempo, pero sin llegar a interrumpir el curso de la acción del sujeto. Por ejemplo, sentirse triste es un estado afectivo que puede ser compatible con conducir un vehículo (lo que equivaldría, según nuestra explicación anterior, a un estado de ánimo), mientras que esa misma tristeza manifestada como un llanto incontenible está expresando una mayor intensidad del estado afectivo y puede impedir al individuo el llevar a cabo una tarea como conducir (lo que indicaría que la persona está experimentando una emoción). Es posible que una respuesta al estrés se manifieste con una emoción (negativa) que va seguida después por un estado afectivo cualitativamente idéntico pero de menor intensidad (un estado de ánimo negativo).
- d) Una *relación de desequilibrio* entre las demandas ambientales y la competencia para cumplir con ellas. Por ejemplo, tener un trabajo por debajo de la cualificación profesional adquirida, o, por el contrario, tener responsabilidades que exceden los propios recursos para hacerlas frente. Esta perspectiva es la asumida por Lazarus y Folkman (1986) e integraría las fuentes de estrés (evaluación primaria) y la capacidad del individuo para superarlas (evaluación secundaria). El estrés aparecería cuando la evaluación secundaria fuera «inferior» a la primaria; esto es, cuando el individuo considerase que no es capaz de solucionar un problema muy importante para él. No obstante, e incluso en este caso, el sujeto puede movilizar sus

recursos para tratar de superar el problema. Dichos recursos constituirían las estrategias de afrontamiento.

- e) Una *consecuencia nociva* concreta derivada de alguna de las anteriores; por ejemplo: trastornos psicofisiológicos, depresión, insomnio, irritabilidad o bajo rendimiento. Esta perspectiva asume que el estrés aparece cuando la respuesta del individuo supera los niveles que pueden considerarse normales (por ejemplo, cuando hay emociones demasiado intensas o cuando hay estados de ánimo demasiado persistentes) y da lugar a resultados que afectan negativamente a su bienestar. En realidad, este enfoque no representa un modelo sistemático del proceso de estrés, sino que se centra en los propios procesos patológicos que puede desencadenar.

Sin embargo, no parece nada malo la ausencia de una definición de estrés aceptada por todos. Muchas ideas complejas tienen límites vagos y una definición demasiado rigurosa podría resultar arbitraria. Se puede dejar el término estrés como algo vago, pero definiendo con precisión los conceptos específicos que engloba el término. Siguiendo esta idea, y a partir de los cinco enfoques antes descritos, se podrían distinguir dentro de eso que se llama *estrés* cuatro aspectos que se manifestarían de forma sucesiva en el tiempo. Una valoración *completa* del estrés debería abordar la medición de esos aspectos que son, concretamente:

- 1) Las *fuentes de estrés*, que incluirían tanto el tipo de desencadenantes como su número y su evaluación primaria, es decir, la gravedad percibida de la situación para cada fuente de estrés en particular, o para todas ellas en general. Como instrumento de medida adecuado para este aspecto, proponemos las *Escalas de Apreciación del Estrés* (EAE).
- 2) Los *efectos inmediatos del estrés*, que serían las emociones y estados de ánimo desencadenados por las fuentes de estrés. Estos efectos inmediatos pueden ser tanto negativos como positivos (por ejemplo, una activación). Como instrumento de medida proponemos las versiones españolas del *Profile of Mood States* (POMS).
- 3) Las *respuestas de afrontamiento*, que fueron definidas por Lazarus y Folkman (1986) como *aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo* (p. 164). Es preciso destacar dos aspectos de esta definición. El primero es que se refiere al esfuerzo de hacer frente a las situaciones que provocan el proceso y no al resultado de dicho esfuerzo; es decir, afrontar implica intentar solucionar un problema de forma satisfactoria pero no necesariamente conseguirlo. El segundo aspecto es

que *manejar*, en esta definición, significa tanto dominar o controlar, es decir, resolver activamente el problema planteado, como también minimizar, tolerar, evitar, sortear o aceptar el problema, las emociones desatadas por el problema, o bien ambas cosas. Las respuestas de afrontamiento recogen y clasifican los diferentes tipos de actividades que los individuos llevan a cabo para manejar la situación de estrés o sus efectos. Como instrumento de medida adecuado para valorar este aspecto, proponemos utilizar el *cuestionario COPE*.

- 4) Las *consecuencias nocivas del estrés*, que incluyen síntomas patológicos o alteraciones de salud, así como también alteraciones del ajuste psicosocial, como es el caso del síndrome de estar quemado o *burnout*. Estas consecuencias nocivas no se siguen necesariamente siempre de las situaciones de estrés, sino de ciertos casos concretos en los que el estrés coincida o se combine con otros factores que pueden afectar a la salud. También pueden aparecer en los casos en los que hay periodos de estrés muy prolongados o muy intensos, debidos bien a fuentes de estrés crónicas o a problemas muy graves, bien a una incapacidad para resolverlos. Como instrumento de valoración de este apartado proponemos la *escala BM* de Pines y Aronson para la medida del síndrome de estar quemado o *burnout*.

2. Pruebas de evaluación

2.1 Valoración de las fuentes de estrés

Escalas de Apreciación del Estrés.

EAE (Fernández Seara, J. L., y Mielgo, N., 1992)

Ficha técnica

Nombre: Escalas de Apreciación del Estrés.

Siglas: EAE.

Autor (dirección): J. L. Fernández Seara y N. Mielgo. Universidad de Salamanca. Correo electrónico: profesorado@usal.es.

Datos de publicación: *EAE: Escalas de Apreciación del Estrés*. Madrid, TEA Ediciones, 1992.

Descripción/tipo de evaluación: Cuestionario por autoinforme.

Objetivos: Evaluación del estrés en general y en situaciones y poblaciones específicas.

Ámbitos de medida/áreas/problemas evaluados: Estrés general, estrés laboral, estrés en conducción de vehículos y estrés en tercera edad.

Población: General.

Tiempo de administración: De 20 a 30 minutos.

Procedimientos de puntuación: Escalas Likert de 4 puntos.

Profesionales que pueden pasar la prueba: Psicólogos.

Datos psicométricos: La fiabilidad test-retest de las diversas subescalas oscila entre 0,62 y 0,83, y la fiabilidad par-impar oscila entre 0,69 y 0,81.

Descripción

Elaboradas por Fernández Seara y Mielgo (1992) y publicadas en *TEA*, se basan en los trabajos de Holmes y Rahe (1967) y también en Lazarus, por lo que consideran el estrés como una relación entre el sujeto y el entorno. Así, aun cuando se parte de una lista de acontecimientos potencialmente estresantes, se considera que no todos ellos están presentes en la vida de cada individuo ni afectan de la misma manera. Es decir, la respuesta al estrés es diferencial, pues depende de los acontecimientos pero también de la reacción y capacidad de afrontamiento del individuo para enfrentarse a ellos. En consecuencia, para evaluar el estrés se valora:

- La presencia/no presencia de los acontecimientos estresantes. El individuo

responde señalando SI o NO a la pregunta de si el ítem descrito ha estado en algún momento presente en su vida.

- La valoración personal del sujeto sobre la intensidad con que dichos acontecimientos le han afectado. En el caso de que la persona haya respondido SÍ, debe valorar en qué medida le ha afectado la situación mediante una escala numérica de 0 a 3 en la que 0 significa «nada», 1 significa «un poco», 2 significa «mucho» y 3 significa «muchísimo».
- El que dichos acontecimientos estén afectando en la actualidad o hayan afectado en el pasado. Concretamente, el individuo especifica si la situación todavía le está afectando (opción que indica que la situación está vigente), si le ha dejado de afectar o si apenas le afecta (opción que indica que la situación es «no-vigente»).

Las EAE tienen una escala general de estrés (G) y tres escalas específicas para situaciones o subpoblaciones concretas: Ancianos (A), Sociolaboral (S) y Conducción (C).

La escala G consta de 53 ítems y va dirigida a la población general, abarcando edades entre los 18 y los 60 años. Cada ítem describe brevemente una situación y, ante cada uno de ellos, el individuo debe valorar los tres aspectos antes indicados: existencia (ha estado presente en algún momento de la vida de la persona), intensidad (en qué grado ha afectado) y vigencia (está o no está presente en el momento actual). Los 53 ítems recogen situaciones distribuidas en cuatro grandes áreas temáticas: a) salud; b) relaciones humanas; c) estilo de vida; y, d) asuntos laborales y económicos.

Las tres escalas restantes están elaboradas de idéntica forma, exigiéndose al individuo las tres valoraciones antes descritas a cada ítem.

La escala A, destinada a valorar la apreciación del estrés en ancianos (entendiendo como tales las personas con edades comprendidas entre 66 y 85 años) consta de 51 ítems, que valoran tres áreas: a) la salud y el estado físico y psíquico; b) los aspectos afectivos y emocionales; y, c) los aspectos sociales y económicos.

La escala S, destinada a evaluar el estrés en situaciones sociolaborales en personas con edades entre 20 y 60 años y que están trabajando por cuenta ajena, consta de 50 ítems que valoran tres ámbitos: a) el trabajo en sí mismo; b) el contexto laboral; y, c) la relación del sujeto con el trabajo.

La escala C, destinada a valorar la incidencia de los distintos acontecimientos estresantes en el proceso de conducción de automóviles y la tendencia del sujeto a la ansiedad y la irritación, consta de 35 ítems agrupados en tres categorías: a) relación con factores externos (físicos, ambientales, contexto); b) relación con uno mismo; y, c) relación con otros conductores.

Para una descripción más completa de la prueba, que incluye las características psicométricas, puede consultarse el manual de la misma (Fernández Seara y Mielgo, 1992).

Normas de aplicación

Las EAE se pueden aplicar a adultos, de 18 a 85 años, y tanto en situación individual como en situación de grupo, necesi-tándose entre 20 y 30 minutos para administrar cada escala. No obstante, los rangos de edad a los que son aplicables las EAE varían en función de cada una de las subescalas, tal como se ha indicado. La prueba no requiere de instrucciones especiales, al margen de las habituales para explicar el funcionamiento de los sistemas y hojas de respuesta en pruebas de lápiz y papel. No obstante, se recomienda conseguir un clima de empatía que favorezca la sinceridad y honradez de los sujetos (especialmente, ancianos) y evite interpretaciones erróneas.

Corrección e interpretación

De cada una de las escalas se obtienen de manera directa dos tipos de puntuaciones: la que corresponde a la suma de los valores de intensidad en los ítems que indican presencia de situaciones de estrés pasadas (es decir, del número de ítems a los que se ha contestado SÍ y se ha indicado que son «no-vigentes») y, del mismo modo, la que corresponde a situaciones de estrés actuales (es decir, del número de ítems a los que se ha contestado SÍ, y se ha indicado que son «vigentes»). De la suma de las dos puntuaciones se obtiene una puntuación directa total que se transforma en puntuación centil. Los diferentes baremos de la prueba pueden consultarse en el manual correspondiente (Fernández Seara y Mielgo, 1992).

3. Instrumentos para la valoración del estrés

Los autores señalan que el uso de estas escalas puede permitir la obtención de información adecuada para establecer programas de prevención e intervención

sobre el estrés dirigidos a individuos concretos siempre y cuando la administración de las EAE se acompañe de una entrevista personal.

Prueba

Escalas de Apreciación del Estrés, EAE (Fernández Seara, J. L., y Mielgo, N., 1992)

EJEMPLOS DE ÍTEMS DE LA ESCALA G (total 53 ítems)

- 2) Situación de paro, desempleo o jubilación anticipada.
SÍ NO 0 1 2 3 Vigente No vigente
- 12) Infidelidad propia o de la otra persona hacia mí.
SÍ NO 0 1 2 3 Vigente No vigente
- 24) Separación o divorcio de mis padres.
SÍ NO 0 1 2 3 Vigente No vigente

EJEMPLOS DE ÍTEMS DE LA ESCALA A (total 51 ítems)

- 6) Vivir en la ciudad.
SÍ NO 0 1 2 3 Vigente No vigente
- 14) Sentirse engañado por la familia.
SÍ NO 0 1 2 3 Vigente No vigente
- 28) Muertes del esposo/a, hijos o nietos.
SÍ NO 0 1 2 3 Vigente No vigente

EJEMPLOS DE ÍTEMS DE LA ESCALA S (total 50 ítems)

- 6) Presentarse a una entrevista de selección.
SÍ NO 0 1 2 3 Vigente No vigente
- 14) Sobrecarga de tareas y funciones laborales.
SÍ NO 0 1 2 3 Vigente No vigente
- 26) Limitación de tiempo para realizar el trabajo.
SÍ NO 0 1 2 3 Vigente No vigente

EJEMPLOS DE ÍTEMS DE LA ESCALA C (total 35 ítems)

- 7) Conducir en caravana (con tráfico intenso y lento).
SÍ NO 0 1 2 3 Vigente No vigente
- 16) Conducir con mal tiempo (lluvia, nieblas, heladas...).
- 24) Que me griten y me llamen la atención.
SÍ NO 0 1 2 3 Vigente No vigente

2.2 Valoración de los efectos inmediatos del estrés

Perfil de Estados de Ánimo.

Profile of Mood States, POMS (McNair, D. M.; Lorr, M., y Droppleman, L. F., 1971)

Ficha técnica

Nombre: *Profile of Mood States* (Perfil de Estados de Ánimo).

Siglas: POMS.

Autor (dirección): D. M. McNair y cols.

Datos de publicación: *Manual for the Profile of Mood States*. San Diego, California, Educational and Industrial Testing Service, 1971.

Adaptación española: Balaguer y cols. (1993); Fuentes y cols. (1994) / Isabel Balaguer. Universidad de Valencia. Correo electrónico: Isabel.Balaguer@uv.es.

Descripción/tipo de evaluación: Cuestionario por autoinforme.

Objetivos: Evaluación del estado de ánimo actual o del experimentado en la última semana.

Tiempo de administración: 5 minutos.

Procedimientos de puntuación: Escalas Likert de 5 puntos.

Profesionales que pueden pasar la prueba: Psicólogos.

Datos psicométricos: Los valores de α de Cronbach de las versiones reducidas A y B oscilan entre 0,70 y 0,83. La escala es sensible a cambios en el estado de ánimo producidos por el visionado de películas.

Descripción

El Perfil de Estados de Ánimo, más conocido por sus siglas en inglés POMS (*Profile of Mood States*), fue elaborado en 1971 por McNair, Lorr y Droppleman (1971), y revisado en 1992, y consiste en una lista de 65 adjetivos que evalúan siete estados de ánimo: Tensión, Depresión, Cólera, Vigor, Fatiga, Confusión y Amistad. Los sujetos indican, mediante una escala numérica, en qué medida han experimentado el estado de ánimo descrito por el adjetivo. Además de los siete estados de ánimo antes citados, se puede obtener un índice general de alteración del estado de ánimo que integra las puntuaciones de los anteriores. El periodo que se valora es el de los últimos siete días, ya que se pide al individuo que haga una estimación de su estado de ánimo durante la última semana, incluyendo el día en el que está respondiendo al cuestionario.

Como puede verse, el POMS valora, fundamentalmente, estados de ánimo negativos. La razón de este enfoque radica en que el instrumento fue originalmente concebido para medir el efecto de la psicoterapia y la medicación psicotrópica en pacientes psiquiátricos ambulatorios, por lo que interesaba detectar en qué medida estaban presentes los estados de ánimo disfóricos o negativos. No obstante, su uso se ha extendido también a muestras no-psiquiátricas, y ha sido ampliamente utilizado en psicología del deporte.

Justamente han sido investigadores en este último ámbito los primeros en hacer adaptaciones al español. Concretamente, Pérez y Marí (1991) llevaron a cabo una primera traducción experimental de 58 ítems, ya que eliminaron el estado de ánimo «Amistad» que, por otra parte, tampoco los autores de la versión original en inglés habían podido replicar de forma consistente. En esta versión, los autores proporcionaban instrucciones para su ad-

ministración e interpretación en deportistas. Posteriormente, un grupo de la Universidad de Valencia realiza varios estudios y adaptaciones. En un primer trabajo llevan a cabo la baremación del POMS en estudiantes valencianos con la versión de 58 ítems de Pérez y Marí, manteniendo la estructura de seis factores (Balaguer, Fuentes, Meliá, García-Merita y Pérez Recio, 1993). De dicha versión, en un segundo trabajo, se llega a dos versiones reducidas A y B, en las que no se incluye el factor «Confusión», que pueden utilizarse en formas paralelas y que constan de 15 ítems cada una (Fuentes, García-Merita, Meliá y Balaguer, 1994). En otro estudio (Balaguer, Fuentes, Meliá, García-Merita y Pons, 1994) llegan a una versión de 51 ítems (a la que denominaron POMS adaptado), eliminando el factor «Confusión». Finalmente, en un cuarto estudio, y partiendo del POMS adaptado de 51 ítems, se propone una versión abreviada de 29 ítems con los mismos cinco factores que el POMS adaptado y excluyendo, como en éste, el factor confusión (Fuentes, Balaguer, Meliá y García-Merita, 1995). Esta versión de 29 ítems muestra en las diferentes subescalas unas fiabilidades que oscilan entre 0,76 y 0,90, y unas correlaciones con las subescalas de la versión de 51 ítems que oscilan entre 0,94 y 0,96. Igualmente, se ofrecen unos baremos en puntuaciones T obtenidos a partir de una muestra de 804 sujetos, estudiantes de BUP, COU y los diferentes cursos de la carrera de psicología.

En una investigación más reciente, Arce, Andrade y Seoane (2000) han intentado adaptar una versión española que respetase los 65 ítems originales y la han administrado a 374 estudiantes universitarios de psicología. Estos autores han podido mantener una estructura factorial de siete factores con valores de alfa de Cronbach que oscilaban entre 0,70 y 0,95, y que explicaba un 57% de la varianza. A pesar de que esta versión incluía los

factores «Amistad» y «Confusión», han encontrado que la traducción de algunos de los adjetivos ha llevado a una interpretación del estado de ánimo diferente a la que originalmente se había concebido en la versión inglesa, por lo que plantean la eliminación de algunos ítems a fin de respetar la estructura y propósitos del POMS original.

Vemos, pues, que se dispone de cinco versiones en español con diferentes características y longitudes, por lo que es un poco difícil decidir cuál puede ser la más adecuada. Por otra parte, no todas ellas van acompañadas de baremos de comparación y, cuando los hay, se refieren a muestras de población universitaria, por lo que la interpretación de los resultados que puedan obtenerse con individuos de edad superior a 25 años debe hacerse con cautela.

Normas de aplicación

Ante esta situación, el uso de una u otra versión dependerá de los costes y beneficios que, para nuestra situación particular, nos ofrezca cada una de las versiones disponibles. Posiblemente, para valoraciones clínicas, sea útil utilizar una versión lo más amplia posible, ya que aumentará la posibilidad de reflejar mejor un estado de ánimo negativo que, por tratarse de una situación clínica, presuponemos elevado.

En nuestros trabajos hemos optado por las versiones reducidas de 15 ítems, ya que permiten formas paralelas que se pueden aplicar con intervalos breves de tiempo entre ellas y, además, facilitan la colaboración del sujeto por ser instrumentos de aplicación rápida. Esta característica ofrece comodidad al sujeto, lo cual es especialmente importante cuando se están aplicando protocolos más amplios. Hemos podido comprobar que el POMS reducido es un instrumento útil tanto en valoraciones clínicas (lo hemos

utilizado en pacientes con cáncer de mama) como en investigaciones sobre estados de ánimo (en estudiantes universitarios), en las que los sujetos participan tanto en forma individual como en grupo (Bárez, 2002; Blasco, Borràs, Rey, Bonillo y Fernández Castro, 1997). Además, y debido a las características propias de las investigaciones que hemos desarrollado, nosotros lo hemos utilizado para medir el estado de ánimo que el individuo está experimentando en el momento actual, modificando las instrucciones que se describen más adelante, en la transcripción de la prueba. Concretamente, sustituimos la parte final de la última frase indicando: «... el que mejor describa cómo te sientes en este momento». A continuación describiremos las características de estas versiones reducidas, A y B, y ofreceremos algunos datos obtenidos en nuestras investigaciones que pueden servir como punto de referencia.

Corrección e interpretación

Los ítems que componen cada factor o estado de ánimo en cada una de las subescalas son:

- TENSIÓN:** Forma A: Intranquilo, Agitado, Tenso.
Forma B: Inquieto, Nervioso, Relajado (NOTA: En este ítem debe invertirse la puntuación a la hora de calcular el valor del factor. Así, 4 equivale a 0, 3 equivale a 1, 1 equivale a 3, y 0 equivale a 4).
- DEPRESIÓN:** Forma A: Desamparado, Desdichado, Triste.
Forma B: Deprimido, Amargado, Infeliz.
- CÓLERA:** Forma A: Molesto, Enfadado, De mal genio.

- Forma B: Furioso, Irritable, Enojado.
- VIGOR:** Forma A: Lleno de energía, Animado, Activo.
Forma B: Enérgico, Luchador, Vigoroso.
- FATIGA:** Forma A: Sin fuerzas, Cansado, Fatigado.
Forma B: Agotado, Exhausto, Fatigado.

El POMS está concebido para valorar estados de ánimo negativos, existiendo sólo una subescala que contempla dimensiones positivas (la subescala Vigor), por lo que el índice global, fruto de sumar las puntuaciones en cada subescala y restarle la puntuación de la subescala Vigor (añadiendo una constante de valor 12 para evitar la posibilidad de que haya valores negativos), nos indicará en qué medida el estado de ánimo negativo ha aumentado o disminuido.

Una subescala con sólo tres ítems muestra problemas a la hora de ofrecer un abanico de puntuaciones amplio (a pesar de que los valores teóricamente observables oscilarían entre 0 y 12, las subescalas negativas en las muestras universitarias que hemos estudiado no superan, en promedio, el valor 4,5, y la subescala Vigor no supera el valor 6). Por ello recomendamos utilizar el índice global antes descrito, ya que hemos podido comprobar que es sensible al efecto de procedimientos de inducción de estado de ánimo mediante el visionado de películas de contenido alegre o triste y de una duración de 15 minutos. Por las características del POMS, esto se observa mejor en inducción de estado de ánimo negativo (ya que se produce un aumento de la puntuación) que en inducción de estado de ánimo positivo (ya que la puntuación apenas varía). Esos efectos son más difíciles de observar si se analizan las subescalas por separado. Concretamente, en nuestros trabajos, hemos observado que el estado de ánimo, valorado

con el índice global, pasó de 18,28 a 24,9 en una investigación en la que la inducción de estado de ánimo negativo se realizó de forma colectiva (Blasco y cols., 1997), y de 10,57 a 16,44 en otro trabajo en el que la inducción de estado de ánimo negativo se realizó de forma individual (Rey, Blasco y Borràs, 2000). Para la inducción de estados de ánimo positivos, los resultados pasaron de 18,81 a 14,71 en la primera investigación citada, y de 15,76 a 13,6 en la segunda. Hay que señalar que los sujetos que participaron en estas investigaciones son, mayoritariamente, de sexo femenino, por lo que no podemos asegurar que los ítems que componen estas versiones abreviadas del POMS manifiesten la misma sensibilidad para ambos sexos. Dadas las características de las diferentes versiones del POMS existentes y que hemos comentado en las páginas anteriores, nuestros datos tan sólo

son indicativos de los resultados encontrados y del grado de significación estadística del cambio de puntuación observado, por lo que no disponemos de baremos de comparación para las versiones reducidas.

En conclusión, si bien el estado actual de las adaptaciones del POMS no es totalmente satisfactorio, tampoco puede considerarse que su uso sea inadecuado para valorar los efectos inmediatos del estrés, siempre y cuando se tenga la precaución de interpretar los resultados obtenidos en función de las características y limitaciones de la versión elegida. El lector que prefiera utilizar otras escalas para evaluar estados de ánimo puede valorar las posibilidades que le ofrecen otros instrumentos, concebidos directamente para población española, como, por ejemplo, el IDDA-EA de Tous y Andrés (1991) o el ISRA, de Miguel y Cano (1988).

Prueba

Perfil de Estados de Ánimo, POMS; versiones reducidas A y B (Fuentes, I., y cols., 1994)

SEXO _____ FECHA _____ EDAD _____

Instrucciones: Más abajo hay una lista de palabras que describen sensaciones que tiene la gente. Por favor, lee cada una cuidadosamente. Después rodea con un círculo uno de los números que hay al lado y que sea el que mejor describa cómo te has sentido durante la semana pasada, incluyendo el día de hoy.

La clave de números es: 0 = nada; 1 = Un poco; 2 = Moderadamente; 3 = Bastante; 4 = Muchísimo

FORMA A

<i>Intranquilo</i>	0 1 2 3 4
<i>Desamparado</i>	0 1 2 3 4
<i>Sin fuerzas</i>	0 1 2 3 4
<i>Lleno de energía</i>	0 1 2 3 4
<i>Molesto</i>	0 1 2 3 4
<i>Agitado</i>	0 1 2 3 4
<i>Desdichado</i>	0 1 2 3 4
<i>Cansado</i>	0 1 2 3 4
<i>Animado</i>	0 1 2 3 4
<i>Enfadado</i>	0 1 2 3 4
<i>Tenso</i>	0 1 2 3 4
<i>Triste</i>	0 1 2 3 4
<i>Fatigado</i>	0 1 2 3 4
<i>Activo</i>	0 1 2 3 4
<i>De mal genio</i>	0 1 2 3 4

FORMA B

<i>Enérgico</i>	0 1 2 3 4
<i>Furioso</i>	0 1 2 3 4
<i>Deprimido</i>	0 1 2 3 4
<i>Inquieto</i>	0 1 2 3 4
<i>Agotado</i>	0 1 2 3 4
<i>Luchador</i>	0 1 2 3 4
<i>Irritable</i>	0 1 2 3 4
<i>Amargado</i>	0 1 2 3 4
<i>Nervioso</i>	0 1 2 3 4
<i>Exhausto</i>	0 1 2 3 4
<i>Vigoroso</i>	0 1 2 3 4
<i>Enojado</i>	0 1 2 3 4
<i>Infeliz</i>	0 1 2 3 4
<i>Relajado</i>	0 1 2 3 4
<i>Fatigado</i>	0 1 2 3 4

2.3 Valoración de las respuestas de afrontamiento

Cuestionario COPE.

(Carver, Ch, S.; Scheier, M. F., y Weintraub, J. K., 1989)

Ficha técnica

Nombre: COPE.

Autor (dirección): Ch. S. Carver y cols.

Datos de publicación: «Assessing coping strategies: A theoretically Based Approach». *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283, 1989.

Adaptación española: Crespo y Cruzado (1997) / María Crespo. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Campus de Somosaguas. Universidad Complutense. 28223 Madrid. Correo electrónico: PSPER07@SIS.UCM.ES.

Descripción/tipo de evaluación: Cuestionario por autoinforme.

Objetivos: Evaluación disposicional o situacional de las estrategias de afrontamiento.

Áreas de evaluación: Estrategias de afrontamiento basadas en: *Búsqueda de apoyo social; Religión, Humor; Consumo de alcohol o drogas; Planificación y afrontamiento activo; Abandono de los esfuerzos de afrontamiento; Centrarse en las emociones y desahogarse; Aceptación; Negación; Refrenar el afrontamiento; Concentrar esfuerzos para solucionar la situación; Crecimiento personal; Reinterpretación positiva; Actividades distractoras de la situación; Evasión.*

Población: General.

Tiempo de administración: 20 minutos.

Procedimientos de puntuación: Escala Likert de 4 puntos.

Profesionales que pueden pasar la prueba: Psicólogos.

Datos psicométricos: En la adaptación española, consistencia interna entre 0,6-0,93 en 13 de las 15 subescalas; fiabilidad test-retest con un índice $r > 0,5$ en todas las escalas, excepto en la de *Negación* ($r = 0,34$), siendo todas significativas ($p < 0,001$).

Descripción

El cuestionario COPE fue desarrollado originalmente por Carver, Scheier y Weintraub (1989) con el objetivo de valorar las respuestas de afrontamiento ante situaciones de estrés. Este cuestionario tiene su origen en el instrumento WOC (*Ways of Coping*) desarrollado por Folkman y Lazarus (1980).

Lazarus y su grupo de Berkeley desarrollaron el cuestionario WOC entre 1980 y 1988. La primera versión (Folkman y Lazarus, 1980) constaba de 68 ítems elaborados a partir de la literatura sobre el tema o por deducción a partir de su propia teoría. El sujeto debía indicar si había utilizado o no la estrategia ante una situación de estrés concreta durante un periodo

de tiempo determinado, bien la última semana o el último mes. Estos ítems fueron ordenados en dos subescalas: *Afrontamiento centrado en el problema* y *Afrontamiento centrado en las emociones*. A partir de esa primera versión, el WOC sufrió diversas modificaciones que dieron lugar a sucesivas versiones; en términos generales, el cuestionario se acortó eliminando ítems redundantes o ambiguos, adoptó una forma de respuesta de escala Likert con cuatro opciones y fue sometido, en diversos estudios, al análisis factorial. En su última versión (Folkman y Lazarus, 1988), este cuestionario constaba de 50 ítems que podían ser agrupados en ocho escalas de modos generales de afrontamiento, fruto de los resultados del análisis factorial.

Debido a este desarrollo progresivo se han ido difundiendo una gran cantidad de versiones diferentes, a partir de adaptaciones hechas por otros autores de las sucesivas versiones de Folkman y Lazarus, añadiendo y suprimiendo ítems —desde 46 hasta 80 o más— y obteniendo, además, una extraordinaria diversidad de factores. Aliaga y Capafons (1996) han expuesto un completo panorama de las vicisitudes por las que ha atravesado este cuestionario. La consecuencia es que cada especialista ha hecho su versión propia del WOC quitando o añadiendo ítems e introduciendo cambios de detalle.

Los cuestionarios derivados de modificaciones del WOC más citados actualmente son, probablemente, el CSI (*Coping Scale Inventory*) de Tobin, Holroyd y Reynolds (1984), la versión del WOC de Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro y Becker (1985) y el COPE de Carver y cols. (1989). Este último cuestionario es el que predomina, hasta el momento, en los trabajos más recientes y además ha sido adaptado al castellano (Crespo y Cruzado, 1997), por lo que debería ser el cuestionario de elección para la evaluación de las estrategias de afrontamiento de carácter general.

La adaptación española de COPE (Crespo y Cruzado, 1997) se realizó a partir de una muestra de 401 sujetos, estudiantes universitarios, con edades que oscilaron entre 18 y 45 años, siendo al media 22,10 ($de = 2,95$). Consta de 60 ítems agrupados en 15 subescalas, que con pequeñas variaciones, reflejan la misma estructura del original en inglés de Carver y cols. (1989). Dichas subescalas son: Búsqueda de apoyo social; Religión, Humor; Consumo de alcohol o drogas; Planificación y afrontamiento activo; Abandono de los esfuerzos de afrontamiento; Centrarse en las emociones y desahogarse; Aceptación; Negación; Refrenar el afrontamiento; Concentrar esfuerzos para solucionar la situación; Crecimiento personal; Reinter-

pretación positiva; Actividades distractoras de la situación; Evadirse. Estos factores explicaban un 53% de la varianza.

La consistencia interna de las subescalas de la versión española del COPE, evaluada mediante la α de Cronbach, es mayor de 0,6 para todas ellas, excepto para las subescalas *Actividades distractoras* y *Evadirse* que es de 0,32 y 0,37, respectivamente. La fiabilidad test-retest es también alta; todas las escalas tienen un índice r mayor de 0,5 (excepto para la *Negación*, que es de 0,34) que son, en todos los casos, estadísticamente significativos. Estas características psicométricas son parecidas a las de la versión original en inglés.

Normas de aplicación

Este cuestionario puede ser utilizado de manera *disposicional* o de manera *situacional*. En el primer caso, la lista de ítems está encabezada por unas instrucciones que indican que el sujeto debe contestar las preguntas haciendo referencia a la forma habitual de hacer frente a situaciones de estrés. En el segundo caso se pregunta al sujeto si ha tenido una situación de estrés importante en los últimos tres meses, se le pide que la haga constar y, finalmente, que responda el cuestionario haciendo referencia a la situación de estrés consignada. El COPE también se puede adaptar para evaluar las estrategias de afrontamiento a grupos que estén sometidos a una situación de estrés común.

Las instrucciones han de especificar (1) que el sujeto debe considerar cada ítem de manera independiente, (2) que no hay respuestas correctas o incorrectas y (3) que sus respuestas deben indicar lo que él mismo ha hecho realmente, no lo que la mayoría de gente hace o lo que cree que se debería hacer. Finalmente, también es conveniente pedir al sujeto que conteste todas las preguntas. Cada

3. Instrumentos para la valoración del estrés

ítem debe ser evaluado con una escala Likert de cuatro puntos (del 1 al 4) reflejando la frecuencia de uso de la estrategia reflejada en el ítem (en absoluto, un poco, bastante, mucho).

Corrección e interpretación

Para obtener la puntuación del cuestionario basta con sumar la puntuación de cada uno de los ítems de las subescalas, teniendo en cuenta que el ítem 15 es inverso, por lo que se debe invertir su puntuación antes de sumarse. Dado que cada subescala tiene un número diferente de ítems, se debe dividir el resultado entre el número de ítems de cada subescala, obteniendo un resultado para cada una de ellas que va del 1 (mínimo) al 4 (máximo). Las diferentes subescalas están configuradas por los siguientes ítems:

- *Búsqueda de apoyo social*: 4, 11, 14, 23, 30, 34, 45, 52.
- *Religión*: 7, 18, 48, 60.
- *Humor*: 8, 20, 36, 50.
- *Consumo de alcohol o drogas*: 12, 26, 35, 53.
- *Planificación y afrontamiento activo*: 19, 25, 32, 47, 56, 58.
- *Abandono de los esfuerzos de afrontamiento*: 9, 24, 37.
- *Centrarse en las emociones y desahogarse*: 3, 17, 28, 46.
- *Aceptación*: 13, 21, 44, 54.
- *Negación*: 6, 27, 49, 57.
- *Refrenar el afrontamiento*: 10, 22, 41, 49.
- *Concentrar esfuerzos para solucionar la situación*: 5, 33, 42, 55.
- *Crecimiento personal*: 1, 59.
- *Reinterpretación positiva*: 29, 38, 39.
- *Actividades distractoras de la situación*: 1, 15, 43.
- *Evadirse*: 16, 31, 51.

A continuación presentamos los principales resultados obtenidos en la adapta-

ción española de las subescalas del COPE:

Subescala	Media y de	α
1	2,77 (0,64)	0,91
2	1,88 (0,89)	0,93
3	1,98 (0,75)	0,92
4	1,18 (0,43)	0,92
5	2,72 (0,64)	0,78
6	1,52 (0,54)	0,75
7	2,53 (0,63)	0,80
8	2,48 (0,57)	0,66
9	1,44 (0,46)	0,63
10	2,48 (0,51)	0,60
11	2,52 (0,51)	0,65
12	3,04 (0,59)	0,60
13	2,83 (0,54)	0,64
14	2,19 (0,55)	0,32
15	1,91 (0,56)	0,37

(de: desviación estándar)

Para evaluar el ajuste de una persona al patrón normal se debe analizar si el resultado en cada subescala está comprendido dentro del intervalo obtenido sumando y restando la desviación estándar a la media. Las subescalas que, en términos generales, son más adaptativas y también las más usadas son: *Planificación y afrontamiento activo*, *Búsqueda de apoyo social*, *Concentrar esfuerzos para resolver la situación*, *Reinterpretación positiva* y, sobre todo, *Crecimiento personal*. El grado de adaptación de las estrategias *Desahogarse* y *Centrarse en las emociones* puede ser negativo a largo plazo. Finalmente, las estrategias claramente desadaptativas son *Negación*, *Abandono de esfuerzos de solución* y *Uso de alcohol y drogas*.

Sin embargo, es preciso valorar el ajuste de estas estrategias en función de las características personales del sujeto y de las particularidades de la situación de estrés a la que está expuesto. Se debe tener precaución con la evaluación de las estrategias *Negación*, *Actividades distractoras* y *Evadirse*, puesto que sus cualidades psicométri-

cas no son muy buenas, por lo que una puntuación alta en estas escalas debería confirmarse en una entrevista. También debe tenerse en cuenta que las mujeres puntúan ligeramente más alto en las subescalas de *Búsqueda de apoyo social*, *Centrarse en las emociones* y *Desahogarse*.

Finalmente, la subescala *Búsqueda de apoyo social* permite un análisis más fino, puesto que los ítems 52, 23, 34 y 11 se refieren a apoyo social centrado en las emociones, mientras que el resto se refiere a apoyo social de tipo instrumental, centrado en qué hacer ante el problema.

Prueba

Cuestionario COPE (adaptación castellana, Crespo, M. L., y Cruzado, J. A., 1997)

¿Has pasado por alguna situación que te haya producido estrés en los últimos tres meses?

SÍ NO

En caso afirmativo, describe brevemente dicha situación:

Ahora contesta las siguientes preguntas en relación con **la situación que has indicado más arriba**. Considera cada pregunta por separado. No hay preguntas correctas o incorrectas. Indica lo que tú has hecho realmente, no lo que la gente suele hacer o lo que deberías haber hecho. Señala el número que mejor indica la frecuencia con la que has hecho cada cosa, siguiendo el siguiente código:

1. *En absoluto*
2. *Un poco*
3. *Bastante*
4. *Mucho*

Por favor, no dejes ninguna pregunta sin responder.

- | | |
|--|---------|
| 1. Intento desarrollarme como persona como resultado de la experiencia. | 1 2 3 4 |
| 2. Me vuelco en el trabajo y en otras actividades sustitutivas para apartar cosas de mi mente. | 1 2 3 4 |
| 3. Me altero y dejo que mis emociones afloren. | 1 2 3 4 |
| 4. Intento conseguir consejo de alguien sobre qué hacer. | 1 2 3 4 |
| 5. Concentro mis esfuerzos en hacer algo acerca de ello. | 1 2 3 4 |
| 6. Me digo a mí mismo «esto no es real». | 1 2 3 4 |
| 7. Confío en Dios. | 1 2 3 4 |
| 8. Me río de la situación. | 1 2 3 4 |
| 9. Admito que no puedo hacerle frente y dejo de intentarlo. | 1 2 3 4 |
| 10. Me disuado a mí mismo de hacer algo demasiado rápidamente. | 1 2 3 4 |
| 11. Hablo de mis sentimientos con alguien. | 1 2 3 4 |
| 12. Utilizo alcohol o drogas para hacerme sentir mejor. | 1 2 3 4 |
| 13. Me acostumbro a la idea de lo que pasó. | 1 2 3 4 |
| 14. Hablo con alguien para saber más de la situación. | 1 2 3 4 |
| 15. Evito distraerme con otros pensamientos o actividades. | 1 2 3 4 |
| 16. Sueño despierto con cosas diferentes de esto. | 1 2 3 4 |
| 17. Me altero y soy realmente consciente de ello. | 1 2 3 4 |
| 18. Busco la ayuda de Dios. | 1 2 3 4 |
| 19. Elaboro un plan de acción. | 1 2 3 4 |
| 20. Hago bromas sobre ello. | 1 2 3 4 |

3. Instrumentos para la valoración del estrés

21. Acepto que esto ha pasado y que no se puede cambiar.	1 2 3 4
22. Demoro hacer algo acerca de ello hasta que la situación lo permita.	1 2 3 4
23. Intento conseguir apoyo emocional de amigos y familiares.	1 2 3 4
24. Simplemente, dejo de intentar alcanzar mi objetivo.	1 2 3 4
25. Tomo medidas adicionales para intentar hacer desaparecer el problema.	1 2 3 4
26. Intento perderme un rato bebiendo alcohol o consumo drogas.	1 2 3 4
27. Me niego a creer que ha sucedido.	1 2 3 4
28. Dejo aflorar mis sentimientos.	1 2 3 4
29. Intento verlo de manera diferente para hacerlo parecer más positivo.	1 2 3 4
30. Hablo con alguien que pueda hacer algo concreto acerca del problema.	1 2 3 4
31. Duermo más de lo habitual.	1 2 3 4
32. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.	1 2 3 4
33. Me centro en hacer frente a este problema, y si es necesario dejo otras cosas un poco de lado.	1 2 3 4
34. Consigo el apoyo y comprensión de alguien.	1 2 3 4
35. Bebo alcohol o tomo drogas para pensar menos en ello.	1 2 3 4
36. Bromeo sobre ello.	1 2 3 4
37. Renuncio a conseguir lo que quiero.	1 2 3 4
38. Busco algo bueno en lo que está sucediendo.	1 2 3 4
39. Pienso en cómo podría manejar mejor el problema.	1 2 3 4
40. Finjo que no ha sucedido realmente.	1 2 3 4
41. Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar precipitadamente.	1 2 3 4
42. Intento firmemente que otras cosas interfieran con mis esfuerzos por hacer frente a esto.	1 2 3 4
43. Voy al cine o veo la televisión para pensar menos en ello.	1 2 3 4
44. Acepto la realidad del hecho que ha sucedido.	1 2 3 4
45. Pregunto a personas que han tenido experiencias similares qué hicieron.	1 2 3 4
46. Siento mucho malestar emocional y termino por expresar ese malestar.	1 2 3 4
47. Llevo a cabo alguna acción directa en torno al problema.	1 2 3 4
48. Intento encontrar alivio en la religión.	1 2 3 4
49. Me obligo a esperar el momento adecuado para hacer algo.	1 2 3 4
50. Hago bromas de la situación.	1 2 3 4
51. Reduzco la cantidad de esfuerzo que pongo en marcha para resolver el problema.	1 2 3 4
52. Hablo con alguien de cómo me siento.	1 2 3 4
53. Utilizo el alcohol o drogas para intentar superarlo.	1 2 3 4
54. Aprendo a vivir con ello.	1 2 3 4
55. Dejo de lado otras actividades para concentrarme en esto.	1 2 3 4
56. Medito profundamente acerca de qué pasos tomar.	1 2 3 4
57. Actúo como si nunca hubiera sucedido.	1 2 3 4
58. Hago lo que hay que hacer, paso a paso.	1 2 3 4
59. Aprendo algo de la experiencia.	1 2 3 4
60. Rezo más de lo habitual.	1 2 3 4

2.4 Valoración de las consecuencias nocivas del estrés

Medida de *burnout*.

MB (Pines, A., y Aronson, E., 1988)

Ficha técnica

Nombre: Medida de *burnout*.

Siglas: MB.

Autores (dirección): A. Pines y E. Aronson (no disponible).

Datos de publicación: *Career burnout: Causes and cures*. Nueva York, The Free Press, 1988.

Adaptación española: Fernández-Castro, Doval, Edo y Santiago (1992); Fernández-Castro, Doval y Edo (1994) / Jordi Fernández Castro. Departamento de Psicología de la Educación. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona. 08193 Bellaterra (Barcelona). Correo electrónico: jordi.fernandez@uab.es.

Descripción/tipo de evaluación: Cuestionario por autoinforme.

Objetivos: evaluación del grado de *burnout*.

Población: Profesionales de servicios de ayuda (educación, salud, asistencia social, etc.).

Tiempo de administración: Cinco minutos.

Procedimientos de puntuación: Escala Likert de 7 puntos.

Profesionales que pueden pasar la prueba: Psicólogos.

Datos psicométricos: Consistencia interna del original de $\alpha = 0,92$; fiabilidad test-retest entre $r = 0,89$ y $r = 0,66$ con intervalos de tiempo de 1 y 4 meses; para la adaptación española, consistencia interna de $\alpha = 0,93$.

Descripción

Pines y cols. (Pines, 1983; Pines y Aronson, 1988; Pines, Aronson y Kafry, 1981) definen el síndrome de quemarse por el trabajo o *burnout* como un estado de fatiga emocional, física y mental, resultado del estrés crónico en situaciones laborales que requieran un cierto grado de implicación emocional con los destinatarios del trabajo profesional. Estas características son propias de la mayor parte de los puestos de trabajo en servicios de ayuda (educación, sanidad, servicios sociales, etc.), especialmente los de carácter público. Junto a este sentimiento de fatiga general, el síndrome se caracteriza también por sentimientos de impotencia e incompetencia, sensación de sentirse atrapado y actitudes negativas hacia el trabajo y, en general, hacia el propio estilo de vida.

Basándose en este concepto, Pines y cols. (1981) elaboraron la Medida del te-

dio (*Tedium measure*, TM). En un principio distinguieron entre tedio y *burnout*, indicando que el tedio sería el resultado del estrés crónico laboral y el *burnout* el resultado del estrés crónico laboral en profesiones de ayuda. Por lo tanto, tedio y *burnout* tendrían la misma sintomatología, pero unas causas diferentes. Posteriormente modificaron esta distinción y ampliaron el concepto de *burnout* para incluir el tedio (Pines y Aronson, 1988). Como consecuencia, el TM pasó a denominarse Medida del síndrome de quemarse en el trabajo o *burnout* (*Burnout Measure*, BM).

Existe otro cuestionario de *burnout* muy usado actualmente; el Inventario de *Burnout* (*Maslach Burnout Inventory*, MBI), de Maslach y Jackson (1986) que está disponible en versión española (Maslach y Jackson, 1997). La principal diferencia entre el MB de Pines y el MBI de Maslach y Jackson consiste en la estructu-

ra factorial. El MB de Pines es unifactorial, mientras que el MBI tiene una estructura de tres factores: *agotamiento emocional*, *despersonalización* y *realización en el trabajo*. El problema del MBI es que, dado que no tiene una puntuación única sino la de las tres escalas, puede ser que dos sujetos sean clasificados como «quemados» teniendo puntuaciones altas en escalas diferentes. Por otra parte, también hay una cierta controversia en cuanto a la estructura factorial del MBI; si es de dos, tres o más factores. Hay autores que discuten si el *burnout* consiste en *agotamiento* y *despersonalización* exclusivamente y que el factor *realización en el trabajo* sería un concepto distinto, aunque relacionado con el *burnout* (para ver una discusión detallada sobre estas cuestiones se puede consultar: Gil-Monte y Peiró, 1997). Por estas razones, el MB de Pines presenta la ventaja de ser más simple y más centrado en los aspectos emocionales de *burnout* y, al no dispersarse en diferentes factores, muestra una consistencia interna muy alta y robustez cuando se trata de detectar y diagnosticar casos de *burnout*.

El MB de Pines presenta una consistencia interna muy alta, medida con la α de Cronbach. Por ejemplo, Etzion y Pines (1986), con la versión original en inglés, hallaron una $\alpha = 0,92$ para una muestra compuesta por directivos y profesionales de servicios sociales. La fiabilidad test-retest se ha situado entre $r = 0,89$ y $r = 0,66$ con intervalos de tiempo de 1 y 4 meses (Pines y Aronson, 1988). La adaptación española del MB de Pines (Fernández-Castro y cols., 1992; Fernández-Castro y cols., 1994), que consta de 21 preguntas, también ha mostrado una alta consistencia interna, $\alpha = 0,93$, en una muestra de 1.346 docentes. Esta consistencia interna, por otra parte, no es de extrañar, ya que los ítems son muy homogéneos al ser una escala fundamentalmente unidimensional.

Normas de aplicación

Se le pide al sujeto que señale en la hoja de respuestas el grado en que los ítems describen el modo en que uno se siente. La medida se refiere al momento presente, pero, si es preciso, se puede especificar un periodo de tiempo corto como referencia, por ejemplo, las dos últimas semanas. Una entrevista adicional debería establecer la duración de este estado, aspecto cuya evaluación no permite esta escala. Las instrucciones deben especificar también que no hay respuestas correctas o incorrectas y que se debe contestar a todos los ítems. Cada ítem debe ser evaluado con una escala Likert de 7 puntos (del 1 al 7), reflejando el grado de coincidencia con el estado que siente el sujeto, el 7 sería totalmente cierto y el 1 totalmente falso, no siendo preciso denominar a los grados intermedios.

Corrección e interpretación

Se deben invertir las puntuaciones de los ítems 3, 6, 19 y 20 (es decir, si es 1, poner 7; si es 2, poner 6; si es 3, poner 5; el 4 no cambia, y las siguientes, a la inversa); a continuación se debe sumar la puntuación de todos los ítems. En la página siguiente presentamos una tabla en la que se muestra la baremación de la adaptación española de la escala (Fernández-Castro y cols., 1994). En dicha tabla constan las equivalencias entre puntuaciones directas y puntuaciones estándar para hombres y mujeres. Una puntuación de 4 indica la presencia del síndrome de estar quemado en el trabajo o de *burnout*. La puntuación de 3 indica una situación de riesgo, que se debe valorar en función de las características de las fuentes de estrés (transitorias y permanentes) a las que está sometido el sujeto, su forma de afrontamiento y otras medidas complementarias, especialmente el estado de ansiedad y el grado de depresión.

Mujeres		Hombres	
Puntuación directa	Puntuación estandarizada	Puntuación directa	Puntuación estandarizada
Hasta 46	1	Hasta 42	1
De 47 a 64	2	De 43 a 60	2
De 65 a 81	3	De 61 a 78	3
De 82 a 147	4	De 79 a 147	4

Prueba

Medida de *burnout*, MB (adaptación castellana, Fernández-Castro, J., y cols., 1992, 1994)

Para cada afirmación contesta cómo te sientes colocando en el espacio que hay entre paréntesis un número dentro de una escala de siete puntos (del 1 al 7), donde 7 equivaldría a «totalmente cierto» y 1, a «totalmente falso».	
1. Me siento cansado.	()
2. Me siento derrotado.	()
3. Tengo un buen día.	()
4. Me siento físicamente agotado.	()
5. Me siento emocionalmente agotado.	()
6. Me siento feliz.	()
7. Me siento acabado.	()
8. Me siento quemado.	()
9. Me siento infeliz.	()
10. Siento que he trabajado demasiado.	()
11. Me siento atrapado.	()
12. Me siento como si careciera de valor.	()
13. Me siento hartado.	()
14. Me siento preocupado.	()
15. Estoy decepcionado y enfadado con la gente.	()
16. Me siento débil y desamparado.	()
17. Estoy desesperado.	()
18. Me siento como si estuviese de vuelta.	()
19. Me siento optimista.	()
20. Me siento con todas mis fuerzas.	()
21. Me siento ansioso.	()

3. Referencias

- Aliaga, F. y Capafons, A. (1996): «La medida del afrontamiento: Revisión crítica de la Escala de Modos de Coping», *Ansiedad y estrés*, 2 (1), 15-26.
- Arce, C., Andrade, M. A. y Seoane, G. (2000): «Problemas semánticos en la adaptación al POMS en castellano», *Psicothema*, 12, supl. 2, 47-51.
- Balaguer, I., Fuentes, I., Meliá, J. L., García-Merita, M. L. y Pérez Recio, G. (1993): «El Perfil de los Estados de Ánimo (POMS): Baremo para estudiantes valencianos y su aplicación en el contexto deportivo», *Revista de Psicología del Deporte*, 4, 39-52.
- , —, —, —, y Pons, D. (1994): «Adaptación del perfil de estados de ánimo (POMS) a una muestra de estudiantes valencianos». Comunicación presentada en el *IV Congreso de Evaluación Psicológica*. Santiago de Compostela, 21-24 septiembre.
- Bárez, M. (2002): *Relación entre percepción de control y adaptación a la enfermedad en pacientes de cáncer de mama*. Tesis doctoral inédita. Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Barcelona.
- Blasco, T., Borràs, F. X., Rey, M., Bonillo, A. y Fernández Castro, J. (1997): «Efectos de un procedimiento de inducción de estados de ánimo sobre el recuerdo de palabras», *Anales de Psicología*, 13 (2), 163-175.
- Carver, Ch. S., Scheier, M. F. y Weintraub, J. K. (1989): «Assessing coping strategies: A theoretically Based Approach», *Journal of personality and social Psychology*, 56 (2), 267-283.
- Crespo, M. L. y Cruzado, J. A. (1997): «La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios», *Análisis y Modificación de Conducta*, 23 (92), 797-830.
- Dohrenwend, B. S. y Dohrenwend, B. P. (1981): *Stress life events and their context*. Nueva York, Watson Academic Publications.
- Etzion, D. y Pines, A. (1986): «Sex and culture in burnout and coping among human service professionals: a social psychological perspective», *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 17 (2), 191-209.
- Fernández-Castro, J., Doval, E., Edo, S. y Santiago, M. (1992): *L'estrès docent dels mestres de Catalunya*. Barcelona, Informe del Departament d'Ensenyament.
- , — y — (1994): «Efectos del estrés docente sobre los hábitos de salud», *Ansiedad y Estrés*, 0, 127-133.
- Fernández Seara, J. L. y Mielgo, N. (1992): *EAE: Escalas de Apreciación del Estrés*. Madrid, TEA Ediciones.
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1980): «An analysis of coping in a middle-aged community sample», *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- y — (1988): *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto, Consulting Psychologists Press.
- Frankerhauser, M. (1979): «Psychobiological aspects of life stress», en S. Levine y H. Ursin (eds.): *Coping and Health*. Nueva York, Plenum Press.
- Fuentes I., Balaguer, I., Meliá, J. L. y García-Merita, M. (1995): «Forma abreviada del perfil de estados de ánimo (POMS)». Comunicación presentada en el *V Congreso de Psicología de la Actividad Física y el Deporte*. Valencia, 22-24 de marzo.
- , García-Merita, M., Meliá, J. L. y Balaguer, I. (1994): «Formas paralelas de la adaptación valenciana del Perfil de Estados de Ánimo (POMS)». Comunicación presentada en el *IV Congreso de Evaluación Psicológica*. Santiago de Compostela, 21-24 septiembre.
- Gil-Monte, P. y Peiró, J. M. (1997): *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid, Síntesis.
- Gray, J. (1982): *The neuropsychology of stress*. Oxford, Oxford University Press.
- Holmes, T. H. y Rahe, R. H. (1967): «The social readjustment rating scale», *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986): «Estrés y procesos cognitivos». Barcelona, Martínez Roca (ed. original en inglés: *Stress, appraisal and coping*, 1984).
- Maslach, C. y Jackson, S. E. (1986): *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, Consulting Psychologists Press.
- y — (1997): *MBI. Inventario «burnout» de Maslach. Síndrome del «quemado» por es-*

- trés laboral asistencial*. Madrid, TEA Ediciones.
- McNair, D. M., Lorr, M. y Droppleman, L. F. (1971): *Manual for the Profile of Mood States*. San Diego, California, Educational and Industrial Testing Service.
- Miguel, J. J. y Cano, A. R. (1988): *ISRA. Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad*. Madrid, TEA Ediciones.
- Näätänen, R. (1973): «The inverted-U relationship between activation and performance. A critical review», en S. Kornblum (ed.): *Attention and Performance*. Londres, Academic Press.
- Nixon, P. G. F. (1982): «The human function curve. A paradigm for our times», *Activitas Nervosa Superioris*, 3, 130-133.
- Pérez, G. y Mari, J. (1991): *Protocolo de la prueba del POMS*. Centro de Alto Rendimiento, Sant Cugat del Vallés, Barcelona.
- Pines, A. (1983): «On burnout and the buffering effects of social support», en B. A. Farber (ed.): *Stress and burnout in the human service professions*. Nueva York, Pergamon Press.
- y Aronson, E. (1988): *Career burnout: Causes and cures*. Nueva York, The Free Press.
- y Kafry, D. (1981): *Burnout: from tedium to personal growth*. Nueva York, The Free Press.
- Rey, M., Blasco, T. y Borràs, F. X. (2000): «Efectos de un procedimiento de inducción de estados de ánimo sobre la autoeficacia», *Anales de Psicología*, 16 (1), 23-31.
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A. y Reynolds, R. V. C. (1984): *Users Manual for the Coping Strategies inventory*. Ohio University.
- Tous, J. M. y Andrés, A. (1991): *IDDA-EA. Inventario Diferencial de Adjetivos para el Estudio de los Estados de Ánimo*. Madrid, TEA Ediciones.
- Vitaliano, P. P., Russo, J., Carr, J. E., Maiuro, R. D. y Becker, J. (1985): «The ways of coping checklist: revision and psychometrics properties», *Multivariate Behavioral Research*, 20, 3-26.

4. Instrumentos para la evaluación de la experiencia de dolor crónico en adultos

Jordi Miró

1. Introducción

En el mundo occidental, el dolor ha sido conceptualizado como un fenómeno sensorial, un acontecimiento de base estrictamente fisiológica. Se considera que la magnitud de la experiencia de dolor está directamente relacionada con la extensión del daño tisular y la afección orgánica que lo provoca. En general, el modelo médico ha venido manteniendo que existe una suerte de correlación perfecta entre cantidad de dolor y patología orgánica subyacente. En muchas ocasiones, sin embargo, los procedimientos diagnósticos disponibles no han permitido identificar patología orgánica que justificara el dolor del que informan los pacientes. Efectivamente, en un buen número de casos de dolor agudo, pero sobre todo de dolor crónico, no es posible identificar causa orgánica. El modelo médico tradicional ha resuelto este tipo de situaciones atribuyendo a factores de personalidad y, fundamentalmente, a trastornos psiquiátricos, la causa del dolor. Se argumenta que la experiencia de dolor es la vía *escogida* para canalizar los problemas psíquicos. A este dolor se le ha dado en llamar «*dolor psicógeno*», un dolor producto de problemas mentales. No es de extrañar, pues, que en este contexto y durante mucho tiempo, el objetivo de la evaluación psicológica de los pacientes con dolor crónico fuera el de identificar sus características de personalidad y los trastornos psiquiátricos presentes. Los esfuerzos de los clínicos están encaminados a diferenciar aquellos pacientes aquejados por un dolor orgánico, real, de

aquellos otros que experimentan un tipo de dolor psicógeno, emocional, y a identificar subgrupos de pacientes con características de personalidad específicas. Aquí, el MMPI ha sido, con mucho, el instrumento de evaluación más utilizado (véase Miró, 1993; Miró y Jensen, 2001). Ciertamente, el objetivo de este trabajo no es analizar la dicotomización dolor orgánico vs. dolor psicógeno, en otros momentos ya nos hemos ocupado de ello (véase, por ejemplo, Miró, 1998; Miró y Raich, 1990). No obstante, es necesario reconocer que distinguir entre dolor somático u orgánico y dolor psicógeno resulta de escasa utilidad clínica. Por una parte, por ejemplo, las bases orgánicas de uno de los problemas crónicos más comunes, como es el dolor de espalda, son básicamente desconocidas (Linton, 2000). Por otra, sabemos que más de un 30% de sujetos sin molestias de dolor presentan anormalidades estructurales que afectan a estructuras nerviosas de forma importante (Jensen, Brant-Zawadski, Obuchowski, Modic y Malakasian, 1994). Así pues, mientras algunas personas sin patología orgánica informan sufrir un dolor considerable, otras con patología orgánica evidente no manifiestan dolor alguno. Es más, el dolor crónico se experimenta de forma semejante, independientemente de si existen o no problemas de naturaleza física.

Actualmente, y gracias a los cambios acontecidos a lo largo de las últimas cuatro décadas, el dolor ha pasado de ser considerado el simple resultado de una estimulación nociceptiva, a conceptualizarse como el resultado de un conjunto amplio de factores que interactúan entre ellos, factores cognitivos, conductuales, emocionales y culturales, además de los fisiológicos (Miró, 1997). Cambios que recoge la definición de dolor auspiciada por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (International Association for the Study of Pain, IASP). La IASP considera que el dolor es «una experiencia sensorial y *emocional desagradable* asociada a un daño tisular potencial o actual, o descrita en términos de ese daño» (véase Merskey y Bogduk, 1994; p. 210; el énfasis está añadido).

El dolor es un fenómeno perceptivo subjetivo y complejo, que comprende múltiples dimensiones y que cada persona experimenta de forma particular. Se trata, pues, de un acontecimiento único, y que sólo podemos evaluar indirectamente. La evaluación del dolor depende de las manifestaciones, informes verbales y conductuales, observables de los pacientes, y no se debe restringir a los componentes físicos (sensoriales), aunque éstos resulten clave para la configuración de la experiencia del paciente. Toda evaluación de pacientes con dolor crónico también debe incluir los aspectos emocionales, las actitudes ante el dolor, las estrategias de afrontamiento, los recursos disponibles para hacerle frente, ya sean personales individuales o sociales, las respuestas de los demás ante el dolor, así como el impacto del dolor en la vida de las personas, paciente y allegados. Debemos *evaluar a la persona que tiene el problema*, no centrarnos exclusivamente en el problema de dolor.

En las páginas que siguen se presentan algunos de los instrumentos más utilizados en la evaluación de adultos con problemas de dolor crónico. Se trata, necesariamente, de una muy breve descripción.

1.1 La entrevista

La literatura especializada recoge algunas descripciones, más o menos extensas, de formatos de entrevista. De entre las disponibles, la que ofrecen Turk, Meichenbaum y Genest (1983) es la más completa, también es una de las más conocidas. Se trata de un procedimiento de entrevista que forma parte integral de su programa de tratamiento. Precisamente, las indicaciones que presentamos para la realización de la entrevista se basan en sus recomendaciones, y en nuestras experiencias con este tipo de pacientes. Consideramos que la entrevista semiestructurada es la forma más pertinente de proceder en este caso. Entre otras cosas, disponer de un protocolo facilita el trabajo del clínico, permite recoger la información fundamental y asegurarse de que todas las áreas consideradas relevantes han sido cubiertas (véanse también los comentarios de Bradley, McDonald y Jaworski, 1992; Kerns y Jacob, 1992; Loeser y Egan, 1988).

Normalmente, el primer contacto del paciente con el clínico tiene lugar durante la entrevista y, como tal, resulta fundamental para todo el proceso terapéutico. Entendemos que la evaluación psicológica debe ir precedida de una preparación del paciente. Son pocas las personas con este tipo de problema, que acepten, sin más, la intervención de un psicólogo. Tampoco debe extrañar que así sea, pues, en general, se considera al dolor un fenómeno físico, de solución estrictamente médica. Por tanto, ¿qué podría aportar una evaluación psicológica a la resolución de un problema físico...? Algunos pacientes, al ser atendidos por un psicólogo pueden llegar a creer que no se les toma en serio, que los profesionales (médicos) consideran que tiene un trastorno mental («creen que me he vuelto loco»), quizá que son un caso sin solución y que «el sistema» les aparta para dar cabida a otros. Sea como fuere, de lo que se trata es, precisamente, de facilitar el proceso y evitar malentendidos, errores de concepto que pudieran ocasionar una actitud defensiva y de no-cooperación (véase figura 4.1).

Inicialmente es aconsejable centrarse en recabar información sobre el dolor *per se*. Así, preguntaremos por la historia del dolor, las zonas afectadas, las variaciones temporales en intensidad y frecuencia, y las circunstancias en las que apareció. También recogemos información sobre la medicación, así como de otras formas de tratamiento que se hayan utilizado o se estén utilizando, los resultados obtenidos, y los problemas detectados, interesa conocer los motivos por los cuales haya abandonado el tratamiento. Debemos identificar cómo afecta el dolor a su vida, qué cambios se han producido como consecuencia del dolor. Es primordial conocer las expecta-

tivas del paciente, y las de sus familiares, también. Las respuestas a estas preguntas nos aportan información básica sobre su motivación, deseos, objetivos, más aún, sobre algunas cogniciones distorsionadas, pensamientos erróneos acerca de su condición física y de su capacidad y/o habilidad para superar el problema.

Los cambios en las relaciones familiares, sociales y laborales, como consecuencia del dolor, deben ser investigados en detalle. Recomendamos recoger el máximo de información sobre estos aspectos, tanto desde el punto de vista del paciente como de sus allegados. Cambios en la calidad y cantidad de tiempo que pasa con hijos, pareja, y otras personas significativas de su entorno, y en aspectos importantes de esas relaciones (por ejemplo, cantidad y calidad de interacciones con los hijos, relaciones sexuales, sentimientos respecto de la pareja). También nos importa conocer las vías a través de las cuales el paciente informa de su estado a los demás, y de cómo éstos responden a sus muestras de dolor y sufrimiento.

Una evaluación comprehensiva ha de incluir un apartado dedicado a la evaluación de trastornos psicológicos. Sin embargo, sólo entraremos a valorar estas cuestiones cuando hayamos realizado una exhaustiva recogida de información de los asuntos detallados antes. Los aspectos afectivos, emociones y sentimientos, aunque difíciles de elaborar para muchos de estos pacientes, son de vital importancia para el diseño del tratamiento. La depresión es uno de los problemas más habituales y debería ser evaluada de forma rutinaria. También deberemos recoger información sobre aspectos como fatiga, insomnio, pérdida de interés e ideación suicida. También evaluaremos la presencia de ansiedad, trastorno por estrés postraumático, incluso de demencia, en los pacientes de mayor edad. Asimismo, deberemos incorporar la evaluación de la historia vocacional y laboral del paciente. Nos preocupa conocer si existía alguna dificultad con el trabajo antes de la aparición del problema, en qué medida el dolor afecta a su capacidad de trabajo, qué implicaciones legales existen en su caso, y si percibe algún tipo de pensión por invalidez.

Resulta habitual entrevistar a allegados, personas significativas en la vida del paciente, sea su pareja, padres, amigos, etc. Se trata de una información muy importante, amplía la que aporta el paciente y permite considerar otros puntos de vista relativos al problema. Sobre todo, aporta detalles de cómo y hasta qué punto el dolor afecta a la relación con los demás.

Figura 4.1 Aspectos de la entrevista del paciente

- I. *Historia y situación actual de la experiencia de dolor*
 1. Aparición y curso.
 2. Situación actual: patrones temporales y factores que le afectan.
 - II. *Conceptualización del problema de dolor, tratamientos actuales y pasados y expectativas de tratamiento*
 1. Causas.
 2. Tratamientos médicos.
 3. Otros tratamientos.
 4. Medicación: tipo, dosis y frecuencia.
 5. Objetivos a conseguir con el tratamiento.
 6. Expectativas de resultados.
 - III. *Análisis conductual*
 1. Cambios provocados por el dolor en actividades habituales, tanto en el paciente como en sus allegados.
 2. Impacto del dolor en las relaciones de pareja.
 3. Conducta del paciente cuando siente dolor.
 4. Respuesta/s de sus allegados a sus conductas de dolor.
 5. Respuesta/s de sus allegados cuando realiza conductas adaptadas.
 6. Nivel de actividad física, antes y después de la aparición del dolor.
 7. Deterioro físico y discapacidad.
 - IV. *Historia laboral*
 1. Trabajo/s realizado/s.
 2. Planes futuros de trabajo.
 3. Recibe alguna compensación como consecuencia del dolor (baja laboral transitoria, invalidez, etc.).
 4. ¿Hay pendiente algún litigio relacionado con el problema de dolor?
 - V. *Aspectos de la historia familiar y social*
 1. Familia de origen: relaciones familiares, historia de dolor y/o discapacidad en los miembros de su familia, actitudes y creencias familiares respecto del dolor y las conductas de dolor, consumo de alcohol y drogas, historia de abusos.
 2. Historia matrimonial.
 3. Situación de la relación matrimonial actualmente.
 - VI. *Consumo de alcohol y drogas*
 1. Alcohol: cantidad de consumo (histórica y actual).
 2. Drogas: cantidad de consumo (histórica y actual).
 - VII. *Trastornos psicológicos*
 1. Presencia actual de problemas de: depresión, ansiedad, pánico, estrés, demencia.
 2. Historia de problemas psicológicos (tipo y resultados de los tratamientos recibidos).
 3. Historia familiar de problemas psicológicos (tipo y resultados de los tratamientos recibidos).
-

1.2 Autorregistros. El diario de dolor

Probablemente, Fordyce y colaboradores fueron los primeros en utilizar este tipo de instrumento con pacientes aquejados por dolor crónico (Fordyce, Fowler, Lehmann, DeLateur, Sand y Trieschmann, 1973). Desde entonces, el diario de dolor se ha convertido en uno de los procedimientos de evaluación más ampliamente utilizados por clínicos de todas las tendencias.

La información que proporciona tiene que ver con las características del dolor, principalmente estimaciones de intensidad, y con otros acontecimientos, como el tipo de actividad realizada o la ingesta de medicamentos. Por ejemplo, Fordyce y colaboradores pedían a sus pacientes que recogieran información sobre el tiempo que pasaban en cada una de las posiciones siguientes: estirados, de pie/andando o sentados, durante las horas que permanezcan despiertos. También debían anotar la realización o no de distintas actividades, concretamente: visitar a familiares u otras personas (o recibir visitas), participar en salidas y en actividades en casa. De forma más reciente, Fordyce y colaboradores (Fordyce, Shelton y Dundore, 1982) describen un diario en el que los pacientes deben registrar, cada hora, durante una o dos semanas, toda la medicación consumida, el tipo y la dosis, así como las actividades realizadas, la posición que adoptan (estirados, sentados, andando o sentados) y la intensidad del dolor.

El diario se debe rellenar tantos días como terapeuta y cliente consideren oportuno. Cuantos más diarios completos, más fácil será la evaluación funcional de las conductas de dolor del paciente. Los pacientes deben recoger información en diferentes momentos del día, tanto si tienen dolor como si no lo tienen.

Nosotros utilizamos un diario creado a partir de los descritos por Fordyce y colaboradores, es el que proponemos aquí. Concretamente, pedimos a los pacientes que informen de la intensidad de dolor, utilizando una escala numérica con extremos 0 y 100, el tipo y la dosis de medicamentos consumidos para mitigar el dolor, y la realización de determinadas actividades a lo largo del día.

Algunos estudios muestran que los pacientes suelen informar, a la baja, de la cantidad de medicación que utilizan (véase Kremer, Block y Atkinson, 1983). Otros trabajos, en cambio, informan de correlaciones positivas entre los diarios del paciente y los de su pareja, por ejemplo, en cuanto al tiempo que pasan echados, andando o sentados, y la cantidad de píldoras que toman contra el dolor (Follick, Ahern y Laser-Wolston, 1984).

Más allá de los problemas que algunos atribuyen al diario de dolor, queremos destacar que, en general, la información que aportan los pacientes en los diarios resulta suficientemente representativa (véase figura 4.2). Los diarios son útiles para detectar pautas regulares, patrones, en cuanto a la intensidad del dolor, por ejemplo. Algunos diarios pueden mostrar que el dolor es más intenso en algunos momentos del día, o en algunos días de la se-

Figura 4.2 Diario de dolor

Instrucciones: Al completar el diario de cada día, por favor tome nota de la hora redondeándola al cuarto de hora.

Por favor, registre la cantidad y tipo de medicación tomada, en el lugar apropiado.

Registre la intensidad del dolor para cada hora que esté despierto. Utilice una escala numérica de 0 a 100 (0 = sin dolor; 100 = dolor insoportable).

Nombre: _____ Fecha: _____

Día de la semana: _____

Horas de registro	Sentado		Andando y de pie		Echado		Medicación		Intensidad del dolor (0-100)
	Actividad	Hora	Actividad	Hora	Actividad	Hora	Cantidad	Tipo	
00-01									
01-02									
02-03									
03-04									
04-05									
05-06									
06-07									
07-08									
08-09									
09-10									
10-11									
11-12									
12-13									
13-14									
14-15									
15-16									
16-17									
17-18									
18-19									
19-20									
20-21									
21-22									
22-23									
23-24									
Horas totales	Sentado:		Andando:		Estirado:		Escala de dolor: 0 = sin dolor; 100 = dolor insoportable.		

mana, en tal caso, deberíamos explorar con el paciente las posibles causas de este perfil. A veces muestran que la intensidad del dolor fluctúa, y que lo hace con la ejecución de algunas actividades. Entonces, disponer de este tipo de información nos puede permitir identificar situaciones, personas y/o ejercicios o actividades que el paciente encuentra particularmente estresantes y dolorosos. El diario de dolor también aporta información sobre el uso de la medicación. No es extraño encontrar casos de abuso o de mal uso de los medicamentos. Igualmente, los datos del diario permiten identificar si existen problemas derivados de cierto deterioro físico del sujeto, problemas de discapacidad. Es probable que una persona que pasa un gran número de horas sentada o estirada, necesite un programa de rehabilitación para mejorar su estado físico general, esto es, aumentar la fuerza, resistencia y elasticidad muscular.

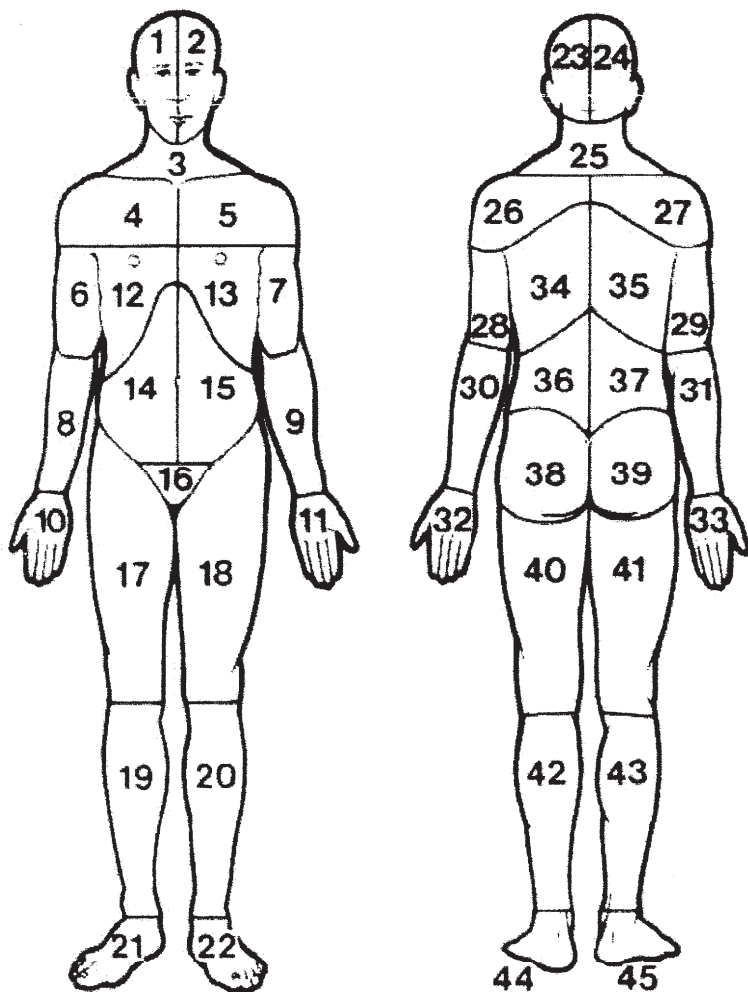
1.3 Acerca de la localización. El dibujo de dolor

El dibujo de dolor es una forma fácil y rápida, eficaz, de evaluar el lugar donde se experimenta el dolor. La forma de hacerlo es bastante simple, se presenta al paciente un dibujo de una figura humana, vista de frente y de espalda (véase figura 4.3). Los pacientes deben señalar la localización exacta del dolor en los dibujos que se les presentan, no obstante las instrucciones de cómo hacerlo pueden variar. Por ejemplo, Melzack (1975) pedía que los pacientes reflejasen si el dolor era superficial o, en cambio, estaba localizado en zonas internas, escribiendo las letras E (del inglés *external*) o I (interno). Ransford, Cairns y Mooney (1976), en cambio, pedían a sus pacientes que señalaran cuatro características del dolor en sus dibujos: «—» para indicar entumecimiento, «oo» para indicar pinchazos o agujijoneo, «xx» para indicar quemazón y «//» para indicar un dolor como si fueran «puñaladas». La forma más habitual es pedir al paciente que colorea, marque o rellene las áreas del dibujo que se correspondan con las zonas de su cuerpo en las que siente dolor.

Toomey, Gover y Jones (1983) dividieron el dibujo del cuerpo en 32 regiones y pidieron a un grupo de pacientes que marcaran las zonas de su cuerpo afectadas por el dolor. Estos autores relacionaron el número de áreas marcadas con distintos parámetros de dolor. Sus datos mostraron un buen número de correlaciones significativas. Por ejemplo, algunos indicadores del *McGill Pain Questionnaire* (la descripción de este instrumento la presentamos en páginas siguientes), tales como el número de palabras escogidas o el índice total, así como con la interferencia del dolor con las actividades diarias, o el uso de medicación. Parece que la fiabilidad del dibujo de dolor es adecuada. Según datos presentados por Margolis, Chibnall y Tait (1988), la estabilidad test-retest es elevada y se mantiene inalterada aun en periodos de tres meses. Aunque algunos investigadores sugieren que la for-

ma como se completa el dibujo puede servir para detectar psicopatología (Ransford *et al.*, 1976; Tait, Chibnall y Margolis, 1990), los datos publicados no están muy claros. Sin duda, este extremo todavía requiere de confirmación.

Figura 4.3 Dibujo de dolor. Plantilla para señalar las zonas afectadas por el dolor



FUENTE: Reproducido de R. B. Margolis *et al.*: *Pain*, vol. 24, n.º 1, pp. 57-65, 1986.
© Elsevier Science Publishers.

1.4 Evaluación de la intensidad subjetiva del dolor

La forma más habitual de medir la intensidad subjetiva del dolor implica la utilización de escalas unidimensionales, concretamente: escalas categoriales, numéricas y analógico-visuales (Jensen y Karoly, 1992).

Escalas Catoriales (EC)

Consisten en una serie de palabras dispuestas en orden creciente o decreciente de intensidad. El sujeto debe escoger entre esas palabras la que corresponde o mejor define su dolor. El número de palabras (o de niveles de intensidad) que recogen estas escalas varía mucho, existen escalas de 4 (Seymour, 1982) y hasta de 15 adjetivos (Gracely, McGrath y Dubner, 1978). Por ejemplo:

Ningún dolor	Extremadamente débil
Un poco	Muy débil
Bastante	Muy suave
Mucho	Muy moderado
	Ligeramente moderado
	Moderado
	Levemente fuerte
	Ligeramente intenso
	Fuerte
	Intenso
	Muy fuerte
	Muy intenso
	Extremadamente intenso

A cada palabra se le asigna un número en relación con su nivel de intensidad, de tal manera que el adjetivo de menor intensidad tiene la puntuación 1, el siguiente la puntuación 2, y así sucesivamente hasta el final. De este modo, el número asociado al adjetivo que se haya escogido, representaría el valor de intensidad del dolor para esa persona.

Escalas Numéricas (EN)

En este tipo de escalas, el paciente debe elegir un número comprendido entre el 0 y el 10 o el 100, donde 0 sería «ningún dolor» o «ausencia de dolor» y el extremo opuesto, 10 ó 100, «el peor dolor posible» o «el dolor más intenso imaginable».

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ningún										El peor
Dolor										dolor posible

Escalas Analógico-Visuales (EAV)

La forma más común consiste en una línea de una longitud de 10 cm, a lo largo de la cual el sujeto debe trazar una marca que se corresponda con la intensidad de su dolor, teniendo como referencia que el punto de inicio de la línea corresponde a la ausencia de dolor. Generalmente, los extremos de la EAV están cualificados con expresiones semejantes a las indicadas para las EN.

Ningún	_____	El peor
dolor		dolor posible

Análisis Comparativo

Las EC son muy simples de utilizar, han demostrado su validez como indicadores de la intensidad del dolor, se muestran sensibles a los efectos de los tratamientos, y el uso de los descriptores verbales no parece relacionarse con la edad, el sexo, la educación ni el estatus socioeconómico (Bradley, 1988). Sin embargo, la cuantificación de las respuestas puede resultar problemática (Tamburini, Selmi, Conno y Ventafrida, 1987). Primero, no existe una seguridad de que las personas que vayan a utilizarlas conozcan los términos que allí se emplean ni siquiera que les atribuyan el mismo significado. Otra crítica frecuente tiene que ver con el hecho de asumir que los intervalos entre adjetivos sean iguales (Bradley, 1989; Hefft y Parker, 1984). Además, se trata a los datos ordinales como si fueran de intervalo o de razón, y se analizan estadísticamente como tales, utilizando técnicas paramétricas en vez de las no paramétricas más apropiadas en este caso (Jensen y Karoly, 1992), si bien parece que si las categorías son cinco o más, entonces los problemas son menores (Rasmussen, 1989). En ocasiones, las EAV han sido utilizadas para superar estas deficiencias (Hefft y Parker, 1984). Las EAV tienen a su favor que permiten reproducir la experiencia de dolor a lo largo del tiempo (Price, McGrath, Raffi y Buckingham, 1983) y ser muy sensibles al cambio (Linton, 1985), aunque hay autores que cuestionan este último aspecto (véase Bradley, 1989). Además, muestran relaciones positivas con otras medidas de la intensidad de dolor (Price, Harkins y Baker, 1987) y tienen un mayor número de categorías de respuesta, si las comparamos con las EC, por ejemplo. Sin embargo, las EAV presentan, a su vez, algunas limitaciones impor-

tantes. Primero, se tarda más en valorar las respuestas de los pacientes que con las otras escalas, más aún, se pueden dar errores en el proceso de medición de las marcas de los pacientes. Parece que para algunos sujetos resultan de difícil comprensión. Aunque el porcentaje no es elevado, alrededor del 10% de los pacientes, éste no se distribuye uniformemente, sino que el problema se plantea, fundamentalmente, con niños y ancianos (Carlsson, 1983).

En cuanto a las EN, cabe decir que se suelen preferir a las verbales porque son más fáciles de entender y utilizar que las EAV, además proporcionan una más amplia gama de estimaciones que la mayoría, son más sensibles y resultan muy fáciles de administrar y valorar (Karoly y Jensen, 1987; Penzo, 1989). La validez de las EN está ampliamente documentada en la literatura (Karoly y Jensen, 1987), también tenemos muestras de su sensibilidad al efecto de los tratamientos (Linton, 1985), incluso del alto porcentaje de cumplimiento por parte de los pacientes (Jensen, Karoly y Braver, 1986).

Los trabajos comparando los resultados de las diferentes escalas son escasos. En general, las puntuaciones obtenidas por las escalas que hemos comentado registran correlaciones significativas. Por ejemplo, Huskisson (1976) obtuvo unas correlaciones de 0,64, 0,59 y 0,86 al comparar los resultados de una EC con una EAV, una EC con una EN y una EN con una EAV, respectivamente. Linton (1985), al comparar datos de una EAV y una EC, informa de una correlación de 0,80. Jensen y colaboradores (1986) han presentado el informe más completo de los que se han publicado hasta la fecha, compararon seis escalas distintas para evaluar la intensidad del dolor en pacientes con problemas crónicos. Específicamente compararon los datos de una EAV, dos tipos de EN (una con extremos 0 y 100, la *101-point Numerical Rating Scale*, NRS-101, y otra con extremos 0 y 10, y en la que, a diferencia de lo que es habitual en este tipo de escalas, los números estaban dentro de unos pequeños recuadros, la *11-point Box Scale*, BS-11), una EC en la que habían incluido descripciones para cada una de las categorías (la *6-point Behavioral Rating Scale*, BRS-6) y, por último, dos tipos de EG consistentes en una lista de adjetivos que describían diferentes niveles de dolor, una de ellas con cuatro términos y la otra con cinco (la *4-point Verbal Rating Scale*, VRS-4, y la *5-point Verbal Rating Scale*, VRS-5). Los resultados de este estudio muestran que todas las escalas son muy similares tanto en la tasa de respuestas incorrectas como en términos de validez de constructo. Aun así, Jensen y cols. (1986) aconsejan utilizar la NRS-101 porque, primero, es extremadamente simple de administrar y corregir y puede ser administrada escrita o verbalmente. Por tanto, una clara ventaja sobre la EAV, que sólo puede ser evaluada de forma escrita, y requiere de dos procesos de puntuación, y la B-11 que solamente puede ser administrada por escrito. En segundo lugar, la NRS-101 tiene 101 posibles categorías de respuesta, superando, con creces, la limitada cantidad de las BS-11, VRS-4, VRS-5 y BRS-6, y tercero, a diferencia de la EAV no parecen encontrarse dificultades con la edad (véase también Jensen, Karoly, O'Riordan, Bland y Burns, 1989).

2. Pruebas de evaluación

Cuestionario de dolor de McGill.

McGill Pain Questionnaire, MPQ (Melzack, R., 1975)

Ficha técnica

Nombre: *McGill Pain Questionnaire* (Cuestionario de dolor de McGill).

Siglas: MPQ.

Autor (dirección): Ronald Melzack. Department of Psychology, McGill University, 1205 Dr. Penfield Ave., Montreal PQ H3A 1B1 Canadá.

Descripción/tipo de evaluación: Autoinforme o entrevista.

Objetivos: Valoración de las características cualitativas de la experiencia de dolor.

Datos de publicación: Melzack (1975). Versión abreviada (Melzack, 1987). Reconstrucción de Lázaro y cols. (1994).

Ámbitos de medida/áreas/problemas evaluados: Todos los problemas de dolor crónico, en general.

Población: Adultos.

Tiempo de administración: Entre 10 y 20 minutos, varía mucho por las diferencias de comprensión de los adjetivos.

Momento más adecuado para pasar la prueba: Fase inicial de diagnóstico y en seguimientos.

Procedimientos de puntuación: Ver apartado siguiente.

Profesionales que pueden pasar la prueba: Cualquiera que haya recibido instrucciones para explicar el procedimiento y conozca el significado de los adjetivos que se emplean.

Datos psicométricos: Buena capacidad para discriminar diferentes cuadros de dolor; estructura factorial que responde al modelo de base; fiabilidad test-retest entre 0,69 y 0,82; correlaciones entre el MPQ y otros parámetros de dolor entre 0,42 y 0,90; sensible a los cambios relacionados con el tratamiento, sea psicológico, farmacológico o interdisciplinar; las puntuaciones entre el MPQ y su versión reducida oscilan entre 0,69 y 0,84.

Descripción

El Cuestionario de dolor de McGill es el primero que se diseñó específicamente para el estudio del dolor. Publicado por Melzack en 1975, está conceptualmente vinculado a la *teoría de la compuerta* (Melzack y Wall, 1965). El MPQ se ha utilizado tanto en la clínica como en proyectos de investigación, para identificar perfiles de dolor y para el diagnóstico diferencial. Por ejemplo, Dubuisson y Melzack (1976) llegaron a clasificar correctamente un 77% de pacientes con artritis, dolor asociado a cáncer, dolor del miembro fantasma, dolor en la menstruación y dolor articular. De forma más reciente, Melzack, Torrence, Fromm y Am-

sel (1986), a partir de las respuestas al MPQ, pudieron diferenciar entre pacientes aquejados por un dolor facial atípico de otros con un dolor asociado a la neuralgia del trigémino. Los resultados mostraron que habían clasificado correctamente a un 91% de los 53 pacientes que participaron en el estudio. Igualmente, el MPQ se ha utilizado para evaluar los perfiles de dolor en diferentes procedimientos de inducción de dolor en el laboratorio (Chen, Dworkin, Haug y Gehrig, 1989) con la intención de utilizarlo como instrumento que haga de puente entre el dolor clínico y el inducido experimentalmente (Klepac, Dowling y Hauge, 1981). El MPQ también se ha mostrado sensible a los efectos de los tratamientos, ya sean de

tipo analgésico o conductual (Melzack y Katz, 1999).

Fundamentalmente, el objetivo de este cuestionario es recoger información sobre la naturaleza del dolor, aspectos cualitativos básicamente. El MPQ consiste en una lista de 78 adjetivos que describen distintas características del dolor. El cuestionario los presenta reunidos en 20 grupos que constituyen cuatro categorías. Las tres primeras representan las diferentes dimensiones que comprende la experiencia de dolor, siguiendo el modelo de la compuerta. La cuarta categoría está formada, principalmente, por términos de carácter sensorial. Concretamente, las dimensiones son:

1. *Sensorial*: comprende los subgrupos del 1 al 10 y describe el dolor en términos de las propiedades temporal, espacial, de presión, térmicas, del brillo y la matidez.
2. *Afectiva*: comprende los subgrupos del 11 al 15, y describe el dolor en términos de tensión, manifestaciones neurovegetativas y de temor y castigo.
3. *Evaluativa*: comprende el subgrupo 16 y describe el dolor en términos de la valoración global de la experiencia del dolor.
4. *Miscelánea*: comprende los subgrupos 17 al 20, y en ella se incluyeron diversos adjetivos que los pacientes utilizan en contadas ocasiones pero que son significativos, característicos de ciertos tipos de dolor.

El orden de los adjetivos de dolor en cada grupo depende de la intensidad que se le asocia, determinada en los estudios iniciales de Melzack y colaboradores (ver Melzack, 1975; Melzack y Törger-son, 1971). La primera palabra corresponde al nivel de intensidad más bajo y se le asigna un valor numérico de 1.

Mientras que la última palabra corresponde a la intensidad más elevada, y se le asigna el valor numérico más alto. Por ejemplo, el subgrupo 19 contiene las palabras: fresco, frío y helado. A fresco se le da el valor 1; a frío, el valor 2, y a helado, el valor 3.

Melzack (1975) incluye, junto al listado de adjetivos, un dibujo de la figura humana para que los pacientes informen sobre la localización exacta del dolor.

El MPQ se ha mostrado como una prueba fácil de administrar y clínicamente relevante, sin embargo, algunos pacientes tienen dificultades para comprender determinados adjetivos. En efecto, diferentes autores señalan encontrarse con dificultades para que sus pacientes relacionen los adjetivos que recoge el cuestionario con su experiencia de dolor (ver Bradley, 1988).

La relación entre las dimensiones que evalúa el cuestionario es otra de las críticas que se plantean (Turk, Rudy y Salovey, 1985; Pearce y Morley, 1989). Se argumenta que quizá el MPQ no esté evaluando aspectos tan diferentes del dolor. Algunos trabajos confirman la estructura del MPQ en tres dimensiones (Love, Walker y McCallaum, 1991), otros, sin embargo, apuntan la existencia de factores adicionales a los inicialmente propuestos por Melzack (ver Crockett, Prkachin, Craig y Greenstein, 1986). En este sentido, Melzack y Katz (1992) señalan que la gran variedad de pacientes investigados, con dolores muy diversos, justificaría las diferencias que los investigadores describen.

Por último, al MPQ se le ha criticado la asimetría de la representación de las categorías. Es decir, mientras para la dimensión sensorial existen 13 subgrupos, para la evaluativa sólo hay uno, 5 para la afectiva y un último subgrupo compartido por ambas dimensiones (Chapman, Casey, Dubner, Foley, Gracely y Reading, 1985; Penzo, 1989).

A pesar de las limitaciones apuntadas, el MPQ es, sin ningún género de dudas, el cuestionario más utilizado en el estudio del dolor. Según informan Melzack y Katz (1999), desde su publicación en 1975, el MPQ se ha utilizado en más de 350 investigaciones de dolor. Aunque existe cierta controversia acerca de su fiabilidad y validez, las limitaciones que hemos apuntado se pueden resolver con entrevistas clínicas y el uso de otros instrumentos de evaluación relevantes.

El MPQ ha sido traducido y/o adaptado a diferentes lenguas, tales como el francés, alemán, italiano, holandés, finlandés, japonés y al castellano en sus acepciones colombiana y argentina (ver Melzack y Katz, 1999). En España también disponemos, para la lengua castellana, la adaptación realizada por Lahuerta y cols. (1982) y la versión utilizada por Madrid-Arias (1980). Lázaro, Bosch, Torrubia y Baños (1994) han publicado una *versión reconstruida* del MPQ, siguiendo el método original empleado por Melzack y colaboradores (véase Melzack, 1975; Melzack y Törgerson, 1971), un procedimiento sistemático y muy riguroso. Las pruebas realizadas para contrastar los valores psicométricos de este nuevo instrumento, el *MPQ-SV*, reflejan un comportamiento igual al del original (Lázaro y cols., 1994). En algunos casos, los índices son, incluso, algo mejores. Recientemente, Masedo y Esteve (2000) han publicado algunos datos relacionados con la configuración de la estructura interna del cuestionario. Los resultados que presentan cuestionan, aunque sólo en parte, que el *MPQ-SV* evalúe adecuadamente las tres dimensiones que propone la teoría de la compuerta, sobre la que se basa el MPQ, y que el instrumento supuestamente recoge: sensorial, afectiva y evaluativa. Masedo y Esteve (2000) encuentran evidencia positiva respecto de las dimensiones sensorial y afectiva, pero no de la evaluativa. Las autoras proponen desarrollar la subescala evaluativa para mejorar el *MPQ-SV*.

Normas de aplicación

El MPQ puede ser administrado tanto oralmente como por escrito. Melzack (1975), sin embargo, aconseja el primero de los procedimientos. Para asegurar la fiabilidad de las respuestas, Melzack también recomienda leer cuidadosamente las instrucciones, y observar al paciente mientras contesta el cuestionario. En cualquier caso, es necesario que el paciente comprenda que solo debe escoger una palabra de cada subgrupo, esto es, aquel adjetivo que mejor defina su dolor, y que no es obligatorio hacerlo en todos los subgrupos.

Corrección e interpretación

La información que aporta el MPQ se recoge básicamente en los índices siguientes:

1. Índice de valoración del dolor (*Pain Rating Index*, PRI[R]), basado en el valor ordinal de las palabras elegidas. Para todos los subgrupos, a la palabra que implica el menor dolor se le asigna el valor de 1, a la siguiente el valor 2, y así sucesivamente. También puede ser total o parcial para cada uno de las dimensiones (sensorial, afectiva evaluativa y miscelánea).
2. El número de palabras escogidas (*Number of Words Chosen*, NWC), total o parcial de cada dimensión.
3. La intensidad del dolor presente (*Present Pain Intensity*, PPI) que se obtiene a partir de la elección que el sujeto hace en una escala numérico-verbal (puntuación del 0 al 5).

Actualmente, también existe una versión abreviada del MPQ: la *Short-Form MPQ* (SF-MPQ; Melzack, 1987). Consiste en 15 descriptores verbales (11 sensoriales y 4 afectivos) que son valorados en función de una escala donde 0 significa

nada, 1 es levemente, 2 es moderadamente y 3 es muchísimo. Los adjetivos fueron seleccionados en función de la mayor frecuencia con que eran escogidos por pacientes de procedencia diversa y problemas de dolor distintos. Uno de los adjetivos (*splitting*) fue añadido porque parecía una palabra altamente discriminativa en el dolor dental (Grushka y Sessle, 1984). Igual que sucede con la versión original del MPQ, la forma abreviada puede ser autoadministrada o leída por el clínico. Se obtienen tres índices de dolor

derivados de la suma de los valores de intensidad de las palabras escogidas, tanto para el total como para cada subgrupo. También incluye el PPI y una EAV. Las correlaciones obtenidas entre las puntuaciones del SF-MPQ y el MPQ estándar son altas y significativas. El SF-MPQ se ha mostrado sensible a los efectos de los tratamientos, de un modo comparable a la forma estándar (Melzack, 1987) y a la diferenciación entre síndromes (Melzack y Katz, 1999).

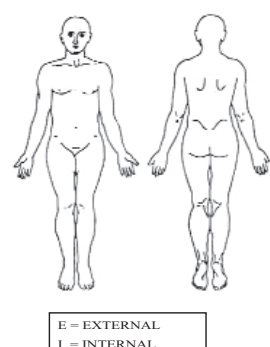
Prueba

Cuestionario de dolor de McGill

McGill Pain Questionnaire

Patient's Name _____ Date _____ Time _____ am/pm

PRI: S _____ A _____ E _____ M _____ PRI(T) _____ PPI _____
 (1-10) (11-15) (16) (17-20) (1-20)

1. FLICKERING QUIVERING PULSING THROBBING BEATING POUNDBING	11. TIRING EXHAUSTING	BRIEF _____ MOMENTARY _____ TRANSIENT _____	RHYTHMIC _____ PERIODIC _____ INTERMITTENT _____	CONTINOUS _____ STEADY _____ CONSTANT _____
2. JUMPING FLASHING SHOOTING	13. FEARFUL FRIGHTFUL TERRIFYING			
3. PRICKING BORING DRILLING STABBING LANCINATING	14. PUNISHING GRUELING CRUEL VICIOUS KILLING			
4. SHARP CUTTING LACERATING	15. WRETHCED BLINDING			
5. PINCHING PRESSING GNAWING CRAMPING CRUSHING	16. ANNOYING TROUBLESOME MISERABLE INTENSE UNBEARABLE			
6. TUGGING PULLING WRENCHING	17. SPREADING RADIATING PENETRATING PIERCING			
7. HOT BURNING SCALDING SEARING	18. TIGHT NUMB DRAWING SQUEEZING TEARING			
8. TINGLING ITCHY SMARTING STINGING	19. COOL COLD FREEZING			
9. DULL SORE HURTING ACHING HEAVY	20. NAGGING NAUSEATING AGONIZING DREADFUL TORTURING			
10. TENDER TAUT RASPING SPLITTING	PPI 0 NO PAIN 1 MILD 2 DISCOMFORTING 3 DISTRESSING 4 HORRIBLE 5 EXCRUCIATING			

COMMENTS:

En esta presentación, además del listado de adjetivos y de la escala de intensidad, Melzack incluye el dibujo de dolor y una escala para valorar la naturaleza de la experiencia. Copyright, 1975, R. Melzack. Reproducido con permiso.

4. Instrumentos para la evaluación de la experiencia de dolor...

Cuestionario de dolor de McGill. Listado original de los adjetivos, de la escala de intensidad, y su traducción en español, *MPQ* (Melzack, R., 1975)

1. Flickering (Aletea) Quivering (Tiembla) Pulsing (Late) Throbbing (Palpita) Beating (Golpea) Pounding (Martillea)	8. Tingling (Hormigueo) Itchy (Picor) Smarting (Escozor) Stinging (Aguijoneo)	15. Wretched (Desdichado) Blinding (Cegador)
2. Jumping (Brinco) Flashing (Destello) Shooting (Disparo)	9. Dull (Sordo) Sore (Penoso) Hurting (Hiriente) Aching (Irritante) Heavy (Pesado)	16. Annoying (Molesto) Troublesome (Preocupante) Miserable (Apabullante) Intense (Intenso) Unbearable (Insoportable)
3. Pricking (Pincha) Boring (Perfora) Drilling (Taladra) Stabbing (Apuñala) Lancinating (Lancinante)	10. Tender (Sensible) Taut (Tirante) Rasping (Áspero) Splitting (Raja)	17. Spreading (Difuso) Radiating (Irradiante) Penetrating (Penetrante) Piercing (Punzante)
4. Sharp (Agudo) Cutting (Cortante) Lacerating (Lacerante)	11. Tiring (Cansa) Exhausting (Agota)	18. Tight (Apretado) Numb (Entumecido) Drawing (Exprimido) Squeezing (Estrujado) Tearing (Desgarrado)
5. Pinching (Pellizca) Pressing (Aprieta) Gnawing (Roe) Cramping (Acalambra) Crushing (Aplasta)	12. Sickening (Marea) Suffocating (Sofoca)	19. Cool (Fresco) Cold (Frío) Freezing (Helado)
6. Tugging (Tira) Pulling (Tracciona) Wrenching (Arranca)	13. Fearful (Miedo) Frightful (Espanto) Terrifying (Pavor)	20. Nagging (Desagradable) Nauseating (Nauseabundo) Agonizing (Agonístico) Dreadful (Terrible) Torturing (Torturante)
7. Hot (Caliente) Burning (Quema) Scalding (Escalda) Searing (Abrasa)	14. Punishing (Castigador) Gruelling (Abrumador) Cruel (Cruel) Vicious (Rabioso) Killing (Mortificante)	Intensidad (PPI) No Pain (Sin dolor) 0 Mild (Leve) 1 Discomforting (Molesto) 2 Distressing (Angustioso) 3 Horrible (Horrible) 4 Excruciating (Atroz) 5

PRI Sensorial (1-10):..... Afectivo (11-15):..... Evaluativo (16):..... Misceláneo (17-20):..... .

Total PRI:..... PPI:..... NPE:.....

Cuestionario de dolor de McGill. Versión reconstruida. Listado de adjetivos presentado en su agrupación dimensional y en relación con los del cuestionario original MPQ, MPQ-SV (Lázaro *et al.*, 1994)

MPQ	MPQ-SV	MPQ	MPQ-S
<p><i>Sensory</i></p> <p><i>Temporal</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Flickering 2. Quivering 3. Pulsing 4. Throbbing 5. Beating 6. Pounding <p><i>Spatial</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jumping 2. Flashing 3. Shooting <p><i>Punctate pressure</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pricking 2. Boring 3. Drilling 4. Stabbing 5. Lancinating <p><i>Incisive pressure</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sharp 2. Cutting 3. Lacerating <p><i>Constrictive pressure</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pinching 2. Pressing 3. Gnawing 4. Cramping 5. Crushing <p><i>Traction pressure</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tugging 2. Pulling 3. Wrenching <p><i>Thermal I</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hot 2. Burning 3. Scalding 4. Soaring 	<p><i>Categoría sensorial</i></p> <p><i>Temporal I</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A golpes 2. Continuo <p><i>Temporal II</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Periódico 2. Repetitivo 3. Insistente 4. Interminable <p><i>Localización I</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Impreciso 2. Bien delimitado 3. Extenso <p><i>Localización II</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Repartido 2. Propagado <p><i>Punción</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Como un pinchazo 2. Como agujas 3. Como un clavo 4. Punzante 5. Perforante <p><i>Incisión</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Como si cortara 2. Como una cuchillada <p><i>Constricción</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Como un pellizco 2. Como si apretara 3. Como agarrotado 4. Opresivo 5. Como si exprimiera <p><i>Tracción</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tirantez 2. Como un tirón 3. Como si estirara 4. Como si arrancara 5. Como si desgarrara 	<p><i>Sensory</i></p> <p><i>Sensory Miscellaneous</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tender 2. Taut 3. Rasping 4. Splitting <p><i>Spatial Pressure</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Spreading 2. Radiating 3. Penetrating 4. Piercing <p><i>Pressure-Dullness</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tight 2. Numb 3. Drawing 4. Squeezing 5. Tearing <p><i>Aes Miscellaneous</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wretched 2. Blinding <p><i>Affective Tension</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tiring 2. Exhausting <p><i>Autonomic</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sickening 2. Suffocating 3. Terrifying <p><i>Punishment</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Punishing 2. Grueling 3. Cruel 4. Vicious 5. Killing 	<p><i>Categoría sensorial</i></p> <p><i>Miscelánea</i></p> <p><i>Sensorial I</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Como hinchado 2. Como un peso 3. Como un flato 4. Como espasmos <p><i>Miscelánea</i></p> <p><i>Sensorial II</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Como latidos 2. Concentrado 3. Como si pasara corriente 4. Calambrazos <p><i>Miscelánea</i></p> <p><i>Sensorial II</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Seco 2. Como martillazos 3. Agudo 4. Como si fuera a explotar <p><i>Categoría emocional</i></p> <p><i>Tensión emocional</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fastidiosos 2. Preocupante 3. Angustiante 4. Exasperante 5. Que amarga la vida <p><i>Signos vegetativos</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nauseante <p><i>Miedo</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Que asusta 2. Temible 3. Aterrador

4. Instrumentos para la evaluación de la experiencia de dolor...

MPQ	MPQ-SV	MPQ	MPQ-S
<p>Sensory</p> <p><i>Thermal II</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Cool Cold Freezing <p><i>Brightness</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Tingling Itchy Smarting Stinging <p><i>Dullness</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Dull Sore Hurting Aching 	<p>Categoría sensorial</p> <p><i>Térmicos I</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Calor Como si quemara Abrasador Como hierro candente <p><i>Térmicos II</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Frialdad Helado <p><i>Sensibilidad táctil</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Como si rozara Como un hormigueo Como si arañara Como si raspara Como un escozor Como un picor <p><i>Consistencia / matidez</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Pesadez 	<p>Sensory</p> <p><i>Affective Miscellaneous</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Nagging Nauseating Agonizing Dreadful Torturing <p>Evaluative</p> <ol style="list-style-type: none"> Annoying Troublesome Miserable Intense Unbearable 	<p>Categoría evaluativa</p> <ol style="list-style-type: none"> Débil Soportable Intenso Terriblemente molesto

Inventario Multidimensional de Dolor de West Haven-Yale.

West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory, WHYMPI (Kerns, R.; Turk, D. C., y Rudy, T. E., 1985)

Ficha técnica

Nombre: *West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory* o *Multidimensional Pain Inventory* (Inventario Multidimensional de Dolor de West Haven-Yale o Inventario Multidimensional de Dolor).

Siglas: WHYMPI o MPI.

Autor (dirección): Robert D. Kerns, Psychology Service 116B, VA Connecticut Healthcare System, West Haven, CT 06516, Estados Unidos.

Datos de Publicación: Kerns, Turk y Rudy (1985).

Adaptación española: Ferrer, V. A., González, R. y Manassero, M. A. (1993): «El West Haven Yale Multidimensional Pain Questionnaire: Un instrumento para evaluar el paciente con dolor crónico», *Dolor*, 8, 153-160.

Descripción/tipo de evaluación: Autoinforme.

Objetivos: Evaluar el impacto del dolor en la vida del paciente.

Población: Adultos.

Tiempo de administración: Aproximadamente, 10 minutos.

Momento más adecuado para pasar la prueba: Fase inicial de diagnóstico y en seguimientos.

Procedimientos de puntuación: Escalas tipo Likert.

Profesionales que pueden pasar la prueba: No requiere de ninguna formación específica, con excepción de seguir las instrucciones necesarias. Se trata de un instrumento que puede ser autoadministrado.

Datos psicométricos: Los valores de consistencia interna oscilan entre 0,72 y 0,9; la fiabilidad test-retest a dos semanas está entre 0,62 y 0,91; es sensible a los cambios en la intensidad de dolor y del nivel de actividad de los pacientes; permite identificar tres perfiles distintos de pacientes que se han replicado a lo largo de distintos problemas de dolor (por ejemplo, lumbalgia, cefaleas, dolor temporomandibular).

Descripción

El Inventario multidimensional de dolor de West Haven-Yale, más conocido como *Multidimensional Pain Inventory* (Inventario multidimensional de dolor), constituye una alternativa muy utilizada para evaluar el dolor desde una perspectiva comprehensiva, se considera al dolor como un fenómeno perceptivo complejo, resultado de la interacción de múltiples factores. Conceptualmente está vinculado a la perspectiva cognitiva-conductual que describen Turk y colaboradores (ver Turk, Meichenbaum y Genest, 1983). Evalúa múltiples dimensiones de la experiencia de dolor, siguiendo el *Sistema multiaxial de evaluación* descrito por Turk y Rudy (1987), cuyo objetivo es integrar múlti-

ples datos, tanto de naturaleza médica, como psicológica y conductual.

El objetivo de este instrumento no es el de analizar el dolor *per se*, sino que pretende aportar datos de cómo el sujeto vive su experiencia de dolor. Una información de vital importancia en el diseño y aplicación de cualquier programa de tratamiento.

El MPI está formado por 52 ítems, agrupados en 12 escalas que se distribuyen en tres partes. La primera parte comprende 20 ítems repartidos en cinco escalas que evalúan otras tantas dimensiones de la experiencia de dolor: (a) interferencia del dolor en varias áreas de la vida del paciente, (b) apoyo y preocupación de los allegados, (c) severidad del dolor, (d) autocontrol con relación a las actividades y

problemas del día a día y (e) malestar afectivo (depresión, irritabilidad y tensión). La segunda parte está compuesta por 14 ítems recogidos en tres escalas, evalúa las respuestas de los allegados a las demostraciones y quejas de dolor del paciente: (a) frecuencia de respuestas de castigo, (b) respuestas solícitas y (c) respuestas de distracción. Por último, la tercera parte, compuesta por 18 ítems, evalúa la participación del paciente en diferentes tipos de actividades diarias: (a) tareas domésticas, (b) actividades de carácter manual dentro del hogar (trabajos de jardinería y bricolaje), (c) actividades fuera del hogar y (d) actividades sociales.

Originalmente, los autores del instrumento lo administraron a una muestra de 120 pacientes con problemas de dolor crónico de variada etiología y localización física. Se trataba, fundamentalmente, de una población masculina con problemas de dolor de muy larga duración (media de más de 10 años). Los datos relativos a los índices de fiabilidad y validez muestran niveles satisfactorios. En la primera parte, los índices de consistencia interna varían entre 0,72 y 0,90, con valores de test-retest en un intervalo de dos semanas entre 0,69 y 0,86. En la segunda parte, la fiabilidad está entre 0,74 y 0,84, mientras que la estabilidad se sitúa entre 0,62 y 0,89. En la tercera parte, los datos son parecidos: entre 0,70 y 0,86 de consistencia y entre 0,83 y 0,91 de estabilidad temporal.

El MPI ha sido traducido al alemán (Flor, Rudy, Birbaumer, Streit y Schugens, 1990) y al sueco (Bergström, Jensen, Bodin, Linton, Nygren y Carlsson, 1998). En español disponemos de la versión de Ferrer, González y Manassero (1993).

Para la traducción y adaptación española, Ferrer y cols. (1993) administraron el cuestionario a 100 pacientes con dolor crónico, mayoritariamente mujeres (82% de la muestra). Las autoras informan de

unos índices de fiabilidad muy parecidos a los del original, comprendidos entre 0,59 y 0,89. Ferrer y colaboradoras explican las diferencias entre la versión original y la traducida, a partir de las diferencias en las muestras utilizadas. Así, mientras Kerns y cols. (1985) trabajan con una muestra básicamente masculina en hospitales de veteranos, Ferrer y cols. (1993) lo hacen con mujeres que acuden a consulta a un hospital general. Entre ambas versiones, además, existe una diferencia relevante. En efecto, al traducir el inventario, Ferrer y colaboradores eliminaron el ítem 2 de la tercera sección 'Cortar el césped' «por considerar que esta actividad quedaba suficientemente representada con el ítem 6 'Trabajar en el jardín'» (p. 154). Así, en la versión de Ferrer y cols. (1993), el MPI tiene un ítem menos que el original en la sección 3.

A pesar de que la versión original y la adaptación española muestran unos resultados similares, creemos que antes de eliminar cualquier ítem debería contrastarse su funcionamiento. Es más, consideramos que la versión española es mejorable, cuando menos en la traducción de los ítems. Por ejemplo, hemos detectado que algunos pacientes tienen problemas en la interpretación de algunos ítems, problemas que son consecuencia de la traducción que se les dio. De hecho, actualmente estamos trabajando en una nueva versión en español del MPI. No obstante, si bien es cierto que la versión traducida presenta problemas, también debemos reconocer que la utilidad del instrumento permanece, pues permite satisfacer, *grosso modo*, los objetivos para los que fue creado el MPI. Específicamente analizar los efectos de la experiencia de dolor en la vida de las personas e identificar áreas de interés para el diseño del programa de intervención.

Normas de aplicación

Los pacientes deben responder a cada uno de los ítems del cuestionario utilizando una escala Likert de 7 puntos (de 0 a 6). Se obtiene una puntuación para cada uno

de los 12 factores que componen el MPI, resultado de dividir la suma de los puntos obtenidos en cada ítem de ese factor por el número de ítems del factor en los que ha respondido la persona.

Corrección e interpretación

Plantilla para la corrección de la versión en español del MPI (Ferrer, V., et al., 1993)

SECCIÓN I			
FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	
ÍTEM 5:...	ÍTEM 6:...	ÍTEM 9:...	
ÍTEM 10:...	ÍTEM 7:...	ÍTEM 13:...	
ÍTEM 15:...	ÍTEM 18:...	ÍTEM 19:...	
$I5+I10+I15/3=.....$	ÍTEM 20:...	$I9+I13+I19/3=.....$	
	$(6-I6)+I7+I18+I20/4=.....$		
FACTOR 4	FACTOR 5	FACTOR 6	
ÍTEM 2:...	ÍTEM 1:...	ÍTEM 11:...	
ÍTEM 3:...	ÍTEM 4:...	ÍTEM 16:...	
ÍTEM 14:...	ÍTEM 8:...	$I11+I16/2=.....$	
ÍTEM 17:...	ÍTEM 12:...		
$I2+I3+I14+I17/4=.....$	$I1+I4+I8+I12/4=.....$		
SECCIÓN II			
FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	
ÍTEM 1:...	ÍTEM 3:...	ÍTEM 4:...	
ÍTEM 2:...	ÍTEM 5:...	ÍTEM 7:...	
ÍTEM 6:...	ÍTEM 11:...	ÍTEM 10:...	
ÍTEM 8:...	ÍTEM 13:...	$I4+I7+I10=.....$	
ÍTEM 9:...	ÍTEM 14:...		
ÍTEM 12:...	$I3+I5+I11+I13+I14/5=.....$		
$I1+I2+I6+I8+I9+I12/6=.....$			
SECCIÓN III			
FACTOR 1	FACTOR 2	FACTOR 3	FACTOR 4
ÍTEM 1:...	ÍTEM 2:...	ÍTEM 9:...	ÍTEM 3:...
ÍTEM 4:...	ÍTEM 6:...	ÍTEM 13:...	ÍTEM 7:...
ÍTEM 5:...	ÍTEM 10:...	ÍTEM 17:...	ÍTEM 11:...
ÍTEM 8:...	ÍTEM 14:...	$I9+I13+I17/3=.....$	$I3+I7+I11/3=.....$
ÍTEM 12:...	ÍTEM 15:...		
ÍTEM 16:...	$I2+I6+I10+I14+$		
$I1+I4+I5+I8+I12+$	$I15/5=.....$		
$I16/6=.....$			

También existe una versión creada especialmente para la pareja del paciente, con un formato similar al original. La primera parte evalúa las percepciones de la pareja de las quejas de dolor del paciente, así como de sus propios niveles de malestar emocional, las percepciones acerca del impacto del dolor en sus vidas y su visión general del apoyo que da al paciente. La segunda parte recoge información sobre la forma característica que tiene la pareja

de responder a las quejas de dolor del paciente. En la tercera parte, la pareja del paciente debe informar sobre el nivel de actividad del paciente. Hasta la fecha, y si bien esta forma ha sido utilizada en algunos trabajos del grupo, fundamentalmente para contrastar los datos informados por el paciente (ver, por ejemplo, Flor, Kerns y Turk, 1987), todavía no disponemos de datos precisos sobre sus propiedades psicométricas (Kerns y Jacob, 1992).

Prueba

Inventario Multidimensional de Dolor, WHYMPI (Ferrer, V., et al., 1993)

NOMBRE Y APELLIDOS:.....
 FECHA:

SECCIÓN I: En las 20 preguntas siguientes se le pedirá que describa su dolor y cómo éste afecta a su vida. Debajo de cada pregunta encontrará una escala de 0 a 6 para registrar su respuesta. Lea cuidadosamente cada una de ellas y rodee con un círculo el número de la escala que mejor indique cómo se aplica a usted cada cuestión en particular.

A continuación le presentamos un ejemplo que le ayudará a entender mejor cómo debe proceder para responder.

EJEMPLO: ¿Con qué frecuencia lee usted el periódico?

0	1	2	3	4	5	6
Nunca						Diariamente

Si usted nunca lee el periódico, deberá rodear con un círculo el número 0. Si lo lee a diario deberá rodear el número 6. De esta manera, los números más bajos (1, 2) deben ser usados para una menor frecuencia de lectura del periódico y los más altos (4, 5) para una frecuencia mayor.

1. Estime la intensidad de su dolor en el momento presente.

0	1	2	3	4	5	6
Sin dolor						Dolor muy intenso

2. En general, ¿en qué medida interfiere el dolor en sus actividades diarias?

0	1	2	3	4	5	6
Sin interferencia						Interferencia extrema

3. Desde el inicio del dolor, ¿cuánto ha cambiado el dolor su habilidad para el trabajo?

0	1	2	3	4	5	6
Sin cambio						Cambio extremo

Anote aquí si el cambio ha sido debido a otras razones que no sean su problema de dolor:.....

4. ¿En qué medida el dolor ha cambiado la satisfacción o el goce que usted obtiene de participar en actividades sociales o de recreo?
- 0 1 2 3 4 5 6
- Sin cambio Cambio extremo
5. ¿Cuál es el nivel de ayuda o apoyo que le aporta su esposo/a (u otra persona similar) en relación a su dolor?
- 0 1 2 3 4 5 6
- Ningún apoyo Apoyo extremo
6. Clasifique su estado de ánimo global durante la semana pasada.
- 0 1 2 3 4 5 6
- Ánimo extremadamente bajo Ánimo extremadamente alto
7. Como promedio, ¿qué grado de severidad ha tenido su dolor durante la semana pasada?
- 0 1 2 3 4 5 6
- Nada severo Extremadamente severo
8. ¿En qué medida su dolor ha cambiado la habilidad para participar en actividades recreativas o sociales?
- 0 1 2 3 4 5 6
- Sin cambio Cambio extremo
9. Su dolor ¿cuánto ha cambiado el valor de satisfacción que usted obtiene de las actividades de relación familiar?
- 0 1 2 3 4 5 6
- Sin cambio Cambio extremo
10. ¿Qué nivel de preocupación tiene su esposo/a (u otra persona similar) en relación a su problema de dolor?
- 0 1 2 3 4 5 6
- Nada preocupado Extremadamente preocupado
11. Durante la semana pasada, ¿qué cantidad de control siente que ha tenido sobre su vida?
- 0 1 2 3 4 5 6
- Ningún control Control extremo
12. ¿Qué grado de sufrimiento experimenta a causa de su dolor?
- 0 1 2 3 4 5 6
- Ningún sufrimiento Sufrimiento extremo
13. Su dolor ¿cuánto ha cambiado sus relaciones matrimoniales u otras?
- 0 1 2 3 4 5 6
- Sin cambio Cambio extremo
14. ¿Qué cantidad de satisfacción o disfrute que obtiene usted del trabajo ha cambiado por su dolor?
- 0 1 2 3 4 5 6
- Sin cambio Cambio extremo
- Anote aquí si actualmente no está trabajando:.....
15. ¿Qué atención presta su esposo/a (u otra persona similar) a su problema de dolor?
- 0 1 2 3 4 5 6
- Ninguna atención Atención extrema
16. Durante la semana pasada, ¿en qué grado siente usted que ha sido capaz de ocuparse de sus problemas?
- 0 1 2 3 4 5 6
- Nada en absoluto Extremadamente bien
17. ¿Cuánto ha cambiado su dolor la habilidad para realizar trabajos caseros?
- 0 1 2 3 4 5 6
- Sin cambio Cambio extremo
18. Durante la semana pasada, ¿a qué nivel de irritabilidad ha estado?
- 0 1 2 3 4 5 6
- Sin irritación alguna Extremadamente irritado

4. Instrumentos para la evaluación de la experiencia de dolor...

19. ¿Cuánto ha cambiado su dolor las relaciones con sus amistades o con otras personas que no pertenecen a su familia?

0 1 2 3 4 5 6

Sin cambio

Cambio extremo

20. Durante la semana pasada, ¿a qué nivel de tensión o ansiedad ha estado usted?

0 1 2 3 4 5 6

Sin ninguna tensión o ansiedad

Extremadamente tenso o ansioso

SECCIÓN II: En esta sección estamos interesados en conocer cómo responde su esposo/a (u otra persona similar) cuando nota que usted siente dolor. En la escala que aparece debajo de cada pregunta, rodee con un círculo el número que indique cómo responde esta persona normalmente cuando usted tiene dolor.

1. Me ignora.

0 1 2 3 4 5 6

Nunca

Muy a menudo

2. Me pregunta qué puede hacer para ayudar.

0 1 2 3 4 5 6

Nunca

Muy a menudo

3. Lee para mí.

0 1 2 3 4 5 6

Nunca

Muy a menudo

4. Expresa irritación hacia mí.

0 1 2 3 4 5 6

Nunca

Muy a menudo

5. Asume mi trabajo u obligaciones.

0 1 2 3 4 5 6

Nunca

Muy a menudo

6. Me habla de otras cosas para alejar mis pensamientos del dolor.

0 1 2 3 4 5 6

Nunca

Muy a menudo

7. Expresa frustración hacia mí.

0 1 2 3 4 5 6

Nunca

Muy a menudo

8. Trata de que yo pueda descansar.

0 1 2 3 4 5 6

Nunca

Muy a menudo

9. Trata de involucrarme en alguna actividad.

0 1 2 3 4 5 6

Nunca

Muy a menudo

10. Expresa enfado hacia mí.

0 1 2 3 4 5 6

Nunca

Muy a menudo

11. Busca algunos medicamentos para mi dolor.

0 1 2 3 4 5 6

Nunca

Muy a menudo

12. Me da coraje para trabajar en algún hobby.

0 1 2 3 4 5 6

Nunca

Muy a menudo

13. Me busca algo de comer o de beber.

0 1 2 3 4 5 6

Nunca

Muy a menudo

14. Enciende la televisión para que me distraiga de mi dolor.

0 1 2 3 4 5 6

Nunca

Muy a menudo

SECCIÓN III: A continuación aparecen una serie de actividades diarias comunes. Por favor, indique lo a menudo que usted realiza estas actividades actualmente. Rodee con un círculo el número de la escala que aparece debajo de cada actividad.

- | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|--------------|
| 1. Lavar los platos. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Nunca | | | | | | | Muy a menudo |
| 2. Comer fuera de casa. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Nunca | | | | | | | Muy a menudo |
| 3. Jugar a cartas o a otros juegos. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Nunca | | | | | | | Muy a menudo |
| 4. Hacer la compra. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Nunca | | | | | | | Muy a menudo |
| 5. Trabajar en el jardín. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Nunca | | | | | | | Muy a menudo |
| 6. Ir al cine o a un espectáculo. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Nunca | | | | | | | Muy a menudo |
| 7. Visitar amigos. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Nunca | | | | | | | Muy a menudo |
| 8. Limpiar la casa. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Nunca | | | | | | | Muy a menudo |
| 9. Cuidar el coche. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Nunca | | | | | | | Muy a menudo |
| 10. Pasear en coche. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Nunca | | | | | | | Muy a menudo |
| 11. Visitar parientes. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Nunca | | | | | | | Muy a menudo |
| 12. Hacer la comida. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Nunca | | | | | | | Muy a menudo |
| 13. Lavar el coche. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Nunca | | | | | | | Muy a menudo |
| 14. Ir de viaje. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Nunca | | | | | | | Muy a menudo |
| 15. Ir al parque, al campo o a la playa. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Nunca | | | | | | | Muy a menudo |
| 16. Lavar la ropa. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Nunca | | | | | | | Muy a menudo |
| 17. Hacer una reparación necesaria en la casa. | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Nunca | | | | | | | Muy a menudo |

Cuestionario de Discapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry.

The Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire (Fairbank, J. C. T.; Couper, J.; Davies, J. B., y O'Brien, J. P., 1980)

Ficha técnica

Nombre: *The Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire* (Cuestionario de Discapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry).

Autor (dirección): J. C. T. Fairbank, Orthopaedic Department, St. Bartholomew's Hospital, West Smithfield, Londres, Inglaterra EC1A 7BE.

Datos de publicación: Fairbank y cols. (1980).

Adaptación española: Flórez-García, M., García-Pérez, M. A., García-Pérez, F., Armenteros-Pedrerros, J., Álvarez-Prado, A. y Martínez-Lorente, M. D. (1995): «Adaptación transcultural a la población española de la escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry», *Rehabilitación*, 29, 138-145.

Descripción/tipo de evaluación: Autoinforme o entrevista.

Objetivos: Valorar el nivel de discapacidad asociado a problemas de dolor crónico lumbar.

Ámbitos de medida/áreas/problemas evaluados: (1) Efecto de los analgésicos en el dolor; (2) cuidados personales; (3) levantar peso; (4) andar; (5) estar sentado; (6) estar de pie; (7) dormir; (8) actividad sexual; (9) vida social y (10) viajar.

Población: Adultos.

Tiempo de administración: 5 minutos.

Momento más adecuado para pasar la prueba: Fase inicial de diagnóstico y en seguimientos.

Profesionales que pueden pasar la prueba: No requiere de especial entrenamiento, más que seguir las instrucciones con precisión.

Datos psicométricos: La consistencia interna es de 0,86; la fiabilidad test-retest está entre 0,92 y 0,95; se trata de un instrumento que ha mostrado ser sensible a los efectos de los tratamientos.

Descripción

El objetivo de la escala de Oswestry es evaluar la discapacidad asociada a problemas lumbares; esto es, analizar los efectos del dolor lumbar en la funcionalidad del paciente. Éste es un instrumento desarrollado para la clínica, si bien su fiabilidad y validez hacen de él un instrumento muy utilizado, también, en investigación (Fairbank, 1995; Fransen, Woodward, Norton, Coggan, Dave y Sheridan, 2002; Grönblad, Järvinen, Hurri, Hupli y Karaharju, 1994).

El cuestionario de Oswestry está formado por 10 áreas o preguntas, cada una de las cuales tiene 6 ítems de respuesta. La primera pregunta permite valorar el efecto de los analgésicos en el dolor. Las nueve preguntas restantes cubren otras

tantas áreas de funcionamiento normal de las personas, permiten valorar la severidad del efecto del dolor en cada una de las actividades cotidianas siguientes: cuidados personales (lavarse, vestirse, etc.), levantar peso, andar, estar sentado, estar de pie, dormir, actividad sexual, vida social, viajar.

Los valores psicométricos tanto de la prueba original (Fairbank y cols., 1980) como los de la adaptación española son correctos (Flórez-García, García-Pérez, García-Pérez, Armenteros-Pedrerros, Álvarez-Prado y Martínez-Lorente, 1995).

En el proceso de adaptación de la escala a la población española, 84 pacientes la contestaron en dos días consecutivos. El valor del coeficiente de correlación entre ambas puntuaciones es de 0,92. El valor de la correlación calculada sólo a par-

tir de los datos de los 66 pacientes que contestaron a todos los ítems del cuestionario en las dos aplicaciones asciende sólo a 0,95, reflejando, según los autores, que la omisión de ítems no afecta sensiblemente a la fiabilidad de la prueba. Fairbank señalaba que su versión gozaba de una «buena consistencia interna», aunque no aportaba información estadística concreta sobre este aspecto. Flórez-García *et al.* (1995), en cambio, presentan datos específicos, concretamente la consistencia interna de la versión española es de 0,86. La validez del cuestionario ha sido mostrada a través de distintas investigaciones en las que éste ha detectado cambios específicos en pacientes que recibían distintos tipos de tratamiento (ver, por ejemplo, Baker, Pynset y Fairbank, 1990; Kirkaldy-Willis y Burton, 1992; Mayer y Gatchel, 1988). Igualmente, la comparación del cuestionario respecto de otros existentes ha mostrado su fiabilidad y validez (ver, por ejemplo, Davidson y Keating, 2002; Kovacs, Llobera, Gil, Abaira, Gestoso y Fernández, 2002).

Normas de aplicación

En general, los pacientes tardan menos de cinco minutos en contestar al cuestionario, aunque si se deben leer las preguntas al paciente, entonces el tiempo necesario puede llegar a doblarse. Para cada sección o pregunta, los pacientes deben indicar cuál es el efecto que mejor describa su caso personal. En el caso de que haya marcado más de un ítem, entonces se

computa el que indique más gravedad de entre los señalados.

Corrección e interpretación

Las puntuaciones van del 0 al 5 (es igual en todas las secciones), a mayor puntuación mayor discapacidad. La suma de las puntuaciones parciales se presenta en forma de porcentaje de la puntuación máxima. Por ejemplo, si un paciente ha contestado todas las secciones y de la suma de sus respuestas resulta una puntuación final de 25, entonces en la escala de Oswestry le corresponderá un 50% de discapacidad: 25 (puntuación total del paciente) / 50 (puntuación total posible) $\times 100$. Si el paciente no contesta alguna de las secciones, entonces se debe realizar un pequeño ajuste. En este supuesto, si una persona obtiene una puntuación de 25 y deja por contestar una de las secciones, entonces le corresponde un 55,5% de discapacidad en la escala de Oswestry: 25 (puntuación total del paciente) / 45 (puntuación total posible) $\times 100$. Fairbank y colaboradores interpretaban las puntuaciones de la forma siguiente: puntuaciones hasta 20% indican discapacidad mínima, entre 20 y 40% señalan discapacidad moderada, entre 40 y 60% sería discapacidad severa, mientras que puntuaciones iguales o superiores al 60% señalarían graves problemas de discapacidad, serían casos en los que el paciente está gravemente afectado por el dolor en distintas áreas de su vida.

Prueba

Cuestionario de Discapacidad por Dolor Lumbar de Oswestry (versión castellana, Flórez-García, M., y cols., 1995)

Instrucciones: Estas preguntas han sido diseñadas para conocer hasta qué punto su dolor de espalda le afecta en su vida diaria. Por favor, responda a todas las preguntas y señale en cada una de ellas sólo aquella respuesta que más se aproxime a su caso. Aunque usted piense que más de una respuesta se puede aplicar a su caso, marque sólo aquella que describa mejor su problema actual.

Pregunta 1. Intensidad del dolor

- Puedo soportar el dolor sin necesidad de tomar calmantes.
- El dolor es fuerte, pero me arreglo sin tomar calmantes.
- Los calmantes me alivian completamente el dolor.
- Los calmantes me alivian un poco el dolor.
- Los calmantes apenas me alivian el dolor.
- Los calmantes no me quitan el dolor y no los tomo.

Pregunta 2. Cuidados personales (lavarse, vestirse, etc.)

- Me las puedo arreglar solo sin que me aumente el dolor.
- Me las puedo arreglar solo, pero esto me aumenta el dolor.
- Lavarme, vestirme, etc., me produce dolor y tengo que hacerlo despacio y con cuidado.
- Necesito alguna ayuda, pero consigo hacer la mayoría de las cosas yo solo.
- Necesito ayuda para hacer la mayoría de las cosas.
- No puedo vestirme, me cuesta lavarme y suelo quedarme en la cama.

Pregunta 3. Levantar peso

- Puedo levantar objetos pesados sin que me aumente el dolor.
- Puedo levantar objetos pesados, pero me aumenta el dolor.
- El dolor me impide levantar objetos pesados del suelo, pero puedo hacerlo si están en un sitio cómodo (por ejemplo, en una mesa).
- El dolor me impide levantar objetos pesados, pero sí puedo levantar objetos ligeros o medianos si están en un sitio cómodo.
- Sólo puedo levantar objetos muy ligeros.
- No puedo levantar ni elevar ningún objeto.

Pregunta 4. Andar

- El dolor no me impide andar.
- El dolor me impide andar más de un kilómetro.
- El dolor me impide andar más de 500 metros.
- El dolor me impide andar más de 250 metros.
- Sólo puedo andar con bastón o muletas.
- Permanezco en la cama casi todo el tiempo y tengo que ir a rastras al baño.

Pregunta 5. Estar sentado

- Puedo estar sentado en cualquier tipo de silla todo el tiempo que quiera.
- Puedo estar sentado en mi silla favorita todo el tiempo que quiera.
- El dolor me impide estar sentado más de una hora.
- El dolor me impide estar sentado más de media hora.
- El dolor me impide estar sentado más de diez minutos.
- El dolor me impide estar sentado.

Pregunta 6. Estar de pie

- Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera sin que me aumente el dolor.
- Puedo estar de pie tanto tiempo como quiera, pero me aumenta el dolor.
- El dolor me impide estar de pie más de una hora.
- El dolor me impide estar de pie más de media hora.
- El dolor me impide estar de pie más de diez minutos
- El dolor me impide estar de pie.

Pregunta 7. Dormir

- El dolor no me impide dormir bien.
- Sólo puedo dormir si tomo pastillas.
- Incluso tomando pastillas duermo menos de 6 horas.
- Incluso tomando pastillas duermo menos de 4 horas.
- Incluso tomando pastillas duermo menos de 2 horas.
- El dolor me impide totalmente dormir.

Pregunta 8. Actividad sexual

- Mi actividad sexual es normal y no me aumenta el dolor.
- Mi actividad sexual es normal, pero me aumenta el dolor.
- Mi actividad sexual es casi normal, pero me aumenta mucho el dolor.
- Mi actividad sexual se ha visto muy limitada a causa del dolor.
- Mi actividad sexual es casi nula a causa del dolor.
- El dolor me impide todo tipo de actividad sexual.

Pregunta 9. Vida social

- Mi vida social es normal y no me aumenta el dolor.
- Mi vida social es normal, pero me aumenta el dolor.
- El dolor no tiene un efecto importante en mi vida social, pero sí impide mis actividades más enérgicas, como bailar, etc.
- El dolor ha limitado mi vida social y no salgo tan a menudo.
- El dolor ha limitado mi vida social al hogar.
- No tengo vida social a causa del dolor.

Pregunta 10. Viajar

- Puedo viajar a cualquier sitio sin que me aumente el dolor.
- Puedo viajar a cualquier sitio, pero me aumenta el dolor.
- El dolor es fuerte, pero aguanto viajes de más de dos horas.
- El dolor me limita a viajes de menos de una hora.
- El dolor me limita a viajes cortos y necesarios de menos de media hora.
- El dolor me impide viajar excepto para ir al médico o al hospital.

P.D.: _____ %

3. Referencias

- Baker, D. J., Pynset, P. B. y Fairbank, J. C. T. (1990): «The Oswestry Disability Index re-visited», en M. Roland y J. Jenner (eds.): *Back pain: new approaches* (pp. 64-96). Manchester, Manchester University Press.
- Bergström, G., Jensen, I. B., Bodin, L., Linton, S. J., Nygren, A. L. y Carlsson, S. G. (1998): «Reliability and factor structure of the Multidimensional Pain Inventory – Swedish language version (MPI-S)», *Pain*, 75, 101-110.
- Bradley, L. A. (1989): «Psychological evaluation of the low back pain patient», en C. D. Tollison y M. L. Krieger (eds.): *Interdisciplinary rehabilitation of low back pain* (pp. 33-50). Baltimore, Williams & Wilkins.
- , McDonald, J. y Jaworski, T. M. (1992): «Assessment of psychological status using interviews and self-report instruments», en D. C. Turk y R. Melzack (eds.): *Handbook of pain assessment* (pp. 193-213). Nueva York, Guilford.
- Carlsson, A. M. (1983): «Assessment of chronic pain. I. Aspects of the reliability and validity of the visual analogue scale», *Pain*, 16, 87-101.
- Chapman, C. R., Casey, K. L., Dubner, R., Foley, K. M., Gracely, R. H. y Reading, A. E. (1985): «Pain measurement: an overview», *Pain*, 22, 1-31.
- Chen, A. C. N., Dworkin, S. F., Haug, J. y Gehrig, J. (1989): «Human pain responsibility in a tonic pain model: Psychological determinants», *Pain*, 37, 143-160.
- Crockett, D., Prkachin, K., Craig, K. D. y Greenstein, H. (1986): «Social influences on factor dimensions of the McGill Pain Questionnaire», *Journal of Psychosomatic Research*, 30, 461-469.
- Davidson, M. y Keating, J. L. (2002): «A comparison of five low back disability questionnaires: reliability and responsiveness», *Physical Therapy*, 82, 8-24.
- Dubuisson, D. y Melzack, R. (1976): «Classification of clinical pain descriptions by multiple group discriminant analysis», *Experimental Neurology*, 51, 480-487.
- Fairbank, J. C. T. (1995): «Use of Oswestry Disability Index (ODI)», *Spine*, 20, 1535-1537.
- , Couper, J., Davies, J. B. y O'Brien, J. P. (1980): «The Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire», *Physiotherapy*, 66, 271-273.
- Ferrer, V. A., González, R. y Manassero, M. A. (1993): «El West Haven Yale Multidimensional Pain Questionnaire: Un instrumento para evaluar el paciente con dolor crónico», *Dolor*, 8, 153-160.
- Flor, H., Kerns, R. D. y Turk, D. C. (1987): «The role of spouse reinforcement, perceived pain, and activity levels of chronic pain patients», *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 251-259.
- , Rudy, T. E., Birbaumer, N., Streit, B. y Schugens, M. M. (1990): «Zur anwendbarkeit des West-Haven Yale Multidimensional Pain Inventory im deutschen Sprachraum», *Der Schmerz*, 4, 82-87.
- Flórez García, M., García-Pérez, M. A., García-Pérez, F., Armenteros-Pedrerós, J., Álvarez-Prado, A. y Martínez-Lorente, M. D. (1995): «Adaptación transcultural a la población española de la escala de incapacidad por dolor lumbar de Oswestry», *Rehabilitación*, 29, 138-145.
- Follick, M. J., Ahern, D. K. y Laser-Wolston, N. (1984): «Evaluation of a daily activity diary for chronic pain patients», *Pain*, 19, 373-382.
- Fordyce, W. E., Fowler, R. S. Jr., Lehmann, J. F., DeLateur, B. J., Sand, P. L. y Trieschmann, R. B. (1973): «Operant conditioning in the treatment of chronic pain», *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 54, 399-408.
- Fordyce, W. E., Shelton, J. L. y Dundore, D. E. (1982): «The modification of avoidance learning pain behaviors», *Journal of Behavioral Medicine*, 5, 405-414.
- Fransen, M., Woodward, M., Norton, R., Cogan, C., Dave, M. y Sheridan, N. (2002): «Risk factors associated with the transition from acute to chronic occupational back pain», *Spine*, 27, 92-98.
- Gracely, R. H., McGrath, P. y Dubner, R. (1978): «Ratio scales of sensory and affective verbal pain descriptors», *Pain*, 5, 5-18.
- Grönblad, M., Järvinen, E., Hurri, H., Hupli, M. y Karaharju, E. O. (1994): «Relationship of the Pain Disability Index (PDI) and the Oswestry Disability Questionnaire (ODQ) with

- three dynamic physical tests in a group of patients with chronic low-back and leg pain», *Clinical Journal of Pain*, 10, 197-203.
- Grushka, M. y Sessle, B. J. (1984): «Applicability of the McGill Pain Questionnaire to the differentiation of "toothache" pain», *Pain*, 19, 49-57.
- Hasegawa, M., Mishima, M., Matsumoto, I., Sasaki, T., Kimura, T., Baba, Y., Senami, K., Kanemura, K., Takano, O. y Shibata, T. (2001): «Confirming the theoretical structure of the Japanese version of the McGill Pain Questionnaire in chronic pain», *Pain Medicine*, 2, 52-59.
- Hefft, M. W. y Parker, S. R. (1984): «An experimental basis for revising the graphic rating scale for pain», *Pain*, 19, 153-161.
- Huskinson, E. C. (1976): «Assessment of clinical trials», *Clinics in Rheumatic Diseases*, 2, 37-49.
- Jensen, M. P., Brant-Zawadski, M., Obuchowski, N., Modic, M. y Malakasian, J. (1994): «Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people with back pain», *New England Journal of Medicine*, 331, 69-73.
- y Karoly, P. (1992): «Self-report scales and procedures for assessing pain in adults», en D. C. Turk y R. Melzack (eds.): *Handbook of pain assessment* (pp. 135-151), Nueva York, Guilford.
- , — y Braver, S. (1986): «The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods», *Pain*, 27, 117-126.
- , —, O'Riordan, E. F., Bland, F. y Burns, R. S. (1989): «The subjective experience of acute pain: An assessment of the utility of 10 indices», *Clinical Journal of Pain*, 5, 153-159.
- Karoly, P. y Jensen, M. P. (1987): *Multimethod assessment of chronic pain*. Nueva York, Pergamon.
- Kerns, R. D. y Jacob, M. C. (1992): «Assessment of the psychosocial context in the experience of pain», en D. C. Turk y R. Melzack (eds.): *Handbook of pain assessment* (pp. 235-253). Nueva York, Guilford.
- , Turk, D. C. y Rudy, T. E. (1985): «The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI)», *Pain*, 23, 345-356.
- Kirkaldy-Willis, W. H. y Burton, C. V. (1992): *Managing low back pain* (3.^a ed.). Nueva York, Churchill Livingstone.
- Klepac, R. K., Dowling, J. y Hauge, G. (1981): «Sensitivity of the McGill Pain Questionnaire to intensity and quality of laboratory pain», *Pain*, 10, 129-207.
- Kovacs, F. M., Llobera, J., Gil, M. T., Abreira, V., Gestoso, M. y Fernández, C. (2002): «Validation of the Spanish version of the Rolan-Morris questionnaire», *Spine*, 27, 538-542.
- Kremer, E. F., Block, A. y Atkinson, J. H. (1983): «Assessment of pain behavior: factors that distort self-report», en R. Melzack (ed.): *Pain management and assessment* (pp. 165-171). Nueva York, Raven Press.
- Lahuerta, J., Smith, B. A. y Martínez-Lage (1982): «An adaptation of the McGill Pain Questionnaire to the Spanish language», *Schmerz*, 3, 132-134.
- Lázaro, C., Bosch, F., Torrubia, R. y Baños, J.-E. (1994): «The development of a Spanish Questionnaire for assessing pain: preliminary data concerning reliability and validity», *European Journal of Psychological Assessment*, 10, 145-151.
- Linton, S. J. (1985): «A critical look at techniques for a behavioral assessment of chronic pain patients», *Behavioral Engineering*, 9, 94-105.
- (2000): «A review of psychological risk factors in back and neck pain», *Spine*, 25, 1148-1156.
- Love, N. K., Walker, S. N. y McCallaun, R. C. (1991): «Confirming the theoretical structure of the McGill Pain Questionnaire in acute clinical pain», *Pain*, 46, 53-60.
- Loeser, J. D. y Egan, K. J. (1988): *Managing the chronic pain patient*. Nueva York, Raven Press.
- Madrid-Arias, J. L. (1980): «Evaluación y medida de la sensación dolorosa en el hombre», en M. M. Puig (ed.): *Fisiopatología y tratamiento del dolor*. Murcia, Sandoz.
- Margolis, R. B., Chibnall, J. T. y Tait, R. C. (1988): «Test-retest reliability of the pain drawing instrument», *Pain*, 33, 49-51.
- Masedo, A. I. y Esteve, R. (2000): «Some empirical evidence regarding the validity of the Spanish Version of the McGill Pain Questionnaire (MPQ-SV)», *Pain*, 85, 451-456.
- Mayer, T. G. y Gatchel, R. J. (1988): *Functional restoration for spinal disorders*. The

4. Instrumentos para la evaluación de la experiencia de dolor...

- sports medicine approach*. Filadelfia, Lea & Febiger.
- Melzack, R. (1975): «The McGill Pain Questionnaire. Major properties and scoring methods», *Pain*, 1, 227-299.
- (1987): «The short-form McGill Pain Questionnaire», *Pain*, 30, 191-197.
- y Katz, J. (1992): «The McGill Pain Questionnaire: Appraisal and current status», en D. C. Turk y R. Melzack (eds.): *Handbook of pain assessment* (pp. 152-168). Nueva York, Guilford.
- y — (1999): «Pain measurement in persons in pain», en P. D. Wall y R. Melzack (eds.): *Textbook of pain* (4.ª ed., pp. 409-426). Londres, Churchill Livingstone.
- , Terrence, C., Fromm, G. y Amsel, R. (1986): «Trigeminal neuralgia and atypical facial pain: Use of the McGill Pain Questionnaire for discrimination and diagnosis», *Pain*, 27, 297-302.
- y Törgerson, W. S. (1971): «On the language of apin», *Anesthesiology*, 34, 50-59.
- y Wall, P. D. (1965): «Pain mechanisms: A new theory», *Science*, 50, 971-979.
- Merskey, H. y Bogduk, N. (eds.) (1994): *Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms* (2.ª ed.). Seattle, IASP Press.
- Miró, J. (1993): «Dolor crónico y MMPI: una revisión selectiva desde la perspectiva clínica», *Psiquis*, 14, 305-312.
- (1997): «Evolución del concepto de dolor: Un análisis histórico», *Boletín de Psicología*, 9, 7-24.
- (1998): «Disability prevention: The case of back pain», *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 207-215.
- y Jensen, M. P. (2001): «Predictive validity of the MMPI among chronic pain patients», *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 2, 161-173.
- y Raich, R. M. (1990): «Dolor orgánico vs. dolor funcional», *Revista de Psicología de la Salud*, 2, 33-44.
- Pearce, J. y Morley, S. (1989): «An experimental investigation of the construct validity of the McGill Pain Questionnaire», *Pain*, 39, 115-121.
- Penzo, W. (1989): *El dolor crónico. Aspectos psicológicos*, Barcelona, Martínez Roca.
- Price, D. D., Harkins, S. y Baker, C. (1987): «Sensory-affective relationship among different types of clinical and experimental pain», *Pain*, 28, 297-307.
- , McGrath, D. N., Raffi, A. y Buckingham, B. (1983): «The validation of visual analogue scales as ratio scale measures for chronic and experimental pain», *Pain*, 17, 45-56.
- Ransford, A. O., Cairns, D. y Mooney, V. (1976): «The pain drawing as an aid to the psychologic evaluation of patients with low-back pain», *Spine*, 1, 127-134.
- Rasmussen, J. L. (1989): «Analysis of likert-scale data: A reinterpretation of Gregoire and Driver», *Psychological Bulletin*, 105, 167-170.
- Seymour, R. A. (1982): «The use of pain scales in assessing the efficacy of analgesics in post-operative dental pain», *European Journal of Clinical Pharmacology*, 23, 441-444.
- Tait, R. C., Chibnall, J. T., y Margolis, R. B. (1990): «Pain extent: relations with psychological state, pain severity, pain history, and disability», *Pain*, 41, 295-301.
- Tamburini, M., Selmi, S., Conno, F. y Ventafrida, V. (1987): «Semantic descriptors of pain», *Pain*, 25, 187-193.
- Toomey, T. C., Gover, V. F., y Jones, B. N. (1983): «Spatial distributions of pain: A descriptive characteristic of chronic pain», *Pain*, 17, 289-300.
- Turk, D. C., Meichenbaum, D. y Genest, M. (1983): *Pain and Behavioral Medicine: A Cognitive-Behavioral Perspective*. Nueva York, Guilford Press.
- y Rudy, T. E. (1987): «Towards a comprehensive assessment of chronic pain patients», *Behaviour Research and Therapy*, 25, 237-249.
- , — y Salovey, P. (1985): «The McGill Pain Questionnaire reconsidered: Confirming the factor structures and examining appropriate uses», *Pain*, 21, 385-397.

5. Evaluación psicológica en VIH y sida¹

Carmina R. Fumaz, Albert Tuldrà y M.^a José Ferrer

1. Introducción

En este capítulo pretendemos ofrecer una visión general de la situación actual del VIH y sida y de las necesidades que han ido apareciendo en cuanto a la evaluación psicológica de las personas seropositivas. La evaluación psicológica, al igual que la enfermedad en sí misma, ha evolucionado notablemente y dista mucho de ser aquella que podíamos encontrar años atrás. El éxito de los tratamientos ha permitido que podamos hablar no sólo de prolongación de la vida, sino de calidad de la misma. Disponemos de instrumentos psicométricos que pueden aportarnos datos sobre cuál es la calidad de vida de las personas que viven con la infección por VIH. Sin embargo, la nueva realidad también genera dificultades que necesitan ser evaluadas: la necesidad de una correcta adhesión al tratamiento, el proceso de adaptación a una enfermedad que hasta el momento sigue siendo crónica y que puede generar ansiedad, depresión y alteraciones del estado anímico, el impacto emocional de los efectos secundarios, en ocasiones verdaderamente difíciles de sobrellevar, etc. Esperamos que la información proporcionada sea útil al lector.

¹ Agradecimientos: los autores agradecen a Marta Barceló y Eva Romeu su ayuda y aportaciones en la revisión del manuscrito.

1.1 Situación actual del VIH y sida, y su tratamiento

El uso generalizado de las terapias antirretrovirales de gran actividad (TARGA) en el tratamiento de la infección por VIH ha producido unos beneficios, ampliamente demostrados, en cuanto a la disminución de los casos de sida y la frecuencia de infecciones oportunistas, así como al aumento de la supervivencia de los afectados (Palella, Delaney, Moorman, Loveless, Fuhrer, Satten, Aschman y Holmberg, 1998). La eficacia de los TARGA permite controlar la evolución del virus, manteniendo la cantidad de virus en sangre bajo niveles detectables e impidiendo el deterioro del sistema inmunitario (O'Brien, Hartigan, Martin, Esinhart, Hill, Benoit, Rubin, Simberkoff y Hamilton, 1996; Mellors, Muñoz, Giorgi, Margolick, Tassoni, Gupta, Kingsley, Todd, Saah, Detels, Phair y Rinaldo, 1997).

Sin embargo, a pesar de los innegables beneficios que este tipo de tratamientos han aportado, ciertas consecuencias asociadas al uso prolongado de las terapias han venido a ensombrecer el panorama actual. Por una parte, se ha demostrado que, para que estos tratamientos mantengan el control del virus de forma suficientemente eficaz, deben ser tomados ininterrumpidamente, esto es, a diario, manteniendo el máximo respeto no sólo por el número de tomas y de comprimidos/cápsulas, sino por las condiciones de posología asociadas al tratamiento. La adhesión a la terapia antirretroviral, término que ha sustituido al de «cumplimiento», ya que implica la participación activa y voluntaria del paciente en el manejo de su terapia, ha demostrado ser clave a la hora de obtener la máxima eficacia de los fármacos pautados (Vanhove, Schapiro, Winters, Merigan y Blaschke, 1996). Los tratamientos antirretrovirales precisan un cumplimiento superior al 90-95% (Paterson, Swindells, Mohr, Brester, Vergis, Squier, Wagener y Singh, 2000) para conseguir ser totalmente eficaces y evitar el riesgo de aparición de mutaciones que harían al virus resistente a determinados fármacos. Las consecuencias de una adhesión incorrecta son la emergencia de mutaciones que confieren resistencias a los distintos fármacos antirretrovirales, posibilidad de resistencias cruzadas entre fármacos de una misma familia que pueden limitar los recursos terapéuticos futuros de la persona, transmisión a terceras personas de cepas de VIH resistentes e importante coste económico (Vanhove y cols., 1996).

Junto al problema de la adhesión, el uso prolongado de los antirretrovirales ha suscitado otros inconvenientes. Los fármacos pueden ser altamente tóxicos (Mehta, Moore y Graham, 1997; Max y Sherer, 2000; D'Arminio Monforte, Lepri, Rezza, Pezzotti, Antinori, Phillips, Angarano, Colangeli, De Luca, Ippolito, Caggese, Soscia, Filice, Gritti, Narciso, Tirelli y Moroni, 2000), provocando unos efectos secundarios que en ocasiones minan la calidad de vida de los pacientes (*WHO Chron*, 1947; Bullinger, Anderson, Cella y Aaronson, 1993). Paradójicamente, esto sucede en un momento en que muchas de las personas seropositivas al VIH gozan de un excelente es-

tado inmunológico. La mayoría de ellas desconoce lo que es una infección oportunista y no ha sentido dolor debido a la aparición de algún problema de salud asociado al VIH. Un estado inmunológico de estas características debería permitirles tener una vida dentro de los parámetros de salud que permiten el acceso y la consecución de un trabajo, una vida familiar y social. Sin embargo, la aparición de efectos adversos al inicio del tratamiento y la prolongación de éstos a medio y largo plazo puede provocar en los pacientes serias molestias que repercuten en su calidad de vida y estado emocional (Fumaz, Tuldrà, Ferrer, Paredes, Bonjoch, Jou, Negro, Romeu, Sira, Tural y Clotet, 2002) y al mismo tiempo, puede también determinar que el paciente no tome los fármacos con el rigor necesario para que el tratamiento sea eficaz. Algunos estudios han demostrado que la adhesión y la calidad de vida están significativamente asociadas, aunque su relación causal no está clara (Mannheimer, Friedland, Matts, Child y Chesney, 2001). No debemos olvidar que actualmente el TARGA suele prescribirse a personas asintomáticas (Nieuwkerk, Gisolf, Colebunders, Wu, Danner y Sprangers, 2000), que no tienen una percepción de amenaza de salud y que a menudo ven cómo, tras el inicio del tratamiento, empiezan a padecer una serie de molestias que pueden provocar la falsa impresión de un «empeoramiento» en su estado de salud. Así pues, resultará muy difícil mantener el consumo diario de la medicación si ésta genera considerables molestias a nivel de efectos adversos e intromisión en la vida cotidiana.

Entre los efectos adversos asociados al uso de los TARGA destacan las molestias gastrointestinales, diarreas, cefaleas, erupción cutánea y alteraciones del sistema nervioso central, tales como irritabilidad, cambios del estado anímico y distimia (Staszewski, Morales-Ramírez, Tashima, Rachlis, Skiest, Stanford, Stryker, Johnson, Labriola, Farina, Manion y Ruiz, 1999; Bonfanti, Ricci, Landonio, Valsecchi, Timillero, Faggion y Quirino, 2001; Fumaz y cols., 2002). Tampoco podemos olvidar que muchas de las personas seropositivas al VIH también están coinfectadas por el virus de la hepatitis C y, aunque actualmente se dispone de tratamientos que cada vez reportan resultados más esperanzadores en cuanto a eficacia, estos fármacos también pueden producir serias alteraciones en el estado emocional y favorecer la aparición de trastornos psiquiátricos (Debien, De Chouly, De Lenclave, Foutrein y Billy, 2001; Bonaccorso y cols., 2002).

La toxicidad de los tratamientos ha llevado a los clínicos a replantearse la idea que imperaba sobre la necesidad de iniciar el tratamiento de la forma más temprana posible. Actualmente se está discutiendo cuál es el momento idóneo para el inicio de la terapia y cómo este inicio debe ajustarse a la situación clínica de cada paciente (Harrington y Carpenter, 2000). También se están valorando nuevos enfoques terapéuticos, como las interrupciones estructuradas de tratamiento (Gulick, 2002).

Como efecto secundario a destacar, es importante detenerse en el ya conocido como síndrome de lipodistrofia. Hace ya algunos años, en la comu-

nidad clínica se empezaron a describir algunos casos de alteración en la distribución del tejido adiposo corporal (Ruane, 1997; Hengel, Geary, Vuchetich, Swartz y Brachman, 1998). En general, se trata de un acúmulo de tejido adiposo central (tronco, mamas y cuello) y una pérdida de masa grasa en cara y extremidades, si bien se conocen casos de acúmulo de grasa subcutánea muy localizados (Carr, Samaras, Burton, Law, Freund, Chisholm y Cooper, 1998). En algunos pacientes, los cambios en la composición corporal se asocian a alteraciones metabólicas (Dong, Gruta, Legg, Balano y Goldschimnt, 1998; Mulligan, Tai, Algren, Chernoff, Lo y Schambelan, 1998). La aparición de la lipodistrofia se ha relacionado con el uso de determinados fármacos antirretrovirales (Silva, Skolnik, Gorbach, Spiegelman, Wilson, Fernández-DiFranco y Knox, 1998; Carr, 1999; Mallal, John, Moore, James y McKinnon, 2000), siendo una de las estrategias más habituales para su tratamiento la sustitución de dichos fármacos por otros, con resultados más o menos afortunados (Negredo, Paredes, Bonjoch, Francia, Domingo, Jou, Romeu, Tural, Sirera, Tuldrà, Fumaz, Garcés, Gel, Johnston, Arnó, Cruz, Balagué, Arrizabalaga, Ruiz, Arribas, Ruiz y Clotet, 1999; Bonnet, Yovanovitch, Mularczyk, Hervé, Labau, Perret, Bernard, Izopet y Massip, 2000). Otros abordajes terapéuticos han consistido en la interrupción programada del tratamiento con el objeto de observar alguna reversibilidad en la sintomatología del síndrome (Hatano, Miller, Yoder, Yanovski, Sebring, Jones y Davey, 2000). No obstante, algunos investigadores han definido este síndrome como una característica propia de la infección por VIH, que ha salido a la luz debido a la supervivencia prolongada gracias a los tratamientos (Buss y Duff, 1999).

Como puede apreciarse, la etiología y el abordaje clínico del síndrome de lipodistrofia presentan aún muchos interrogantes. De lo que no cabe ninguna duda es del considerable impacto que la alteración y el deterioro físico que comporta este síndrome causa en el estado psicológico de las personas afectadas. La imagen corporal está estrechamente asociada al bienestar emocional y los cambios físicos que se producen en las personas que sufren este síndrome pueden producir elevado estrés, ansiedad e incluso desembocar en un síndrome depresivo (Fumaz, Tuldrà, Ferrer, Paredes y Clotet, 1999; Goetzenich, Schwenk, Corzillius, Wolf, Mauss, Beckmann, Jaeger, Breuer, Knechten, Locher y Adam, 1999; Collins, Wagner y Walmsley, 2000; Forrester, Whittaker y Workman, 2000). Otras áreas susceptibles de padecer las consecuencias de la alteración y el deterioro del aspecto físico son aquellas que hacen referencia a la interacción y el contacto social, pudiendo llegar a conductas de evitación. Esta problemática adquiere aún mayor relevancia si el paciente mantiene oculta su condición de seropositividad (Fumaz, Tuldrà, Ferrer, Negredo, Gel, Bonjoch, Ruiz y Clotet, 2001). Un estudio realizado en individuos con y sin sintomatología de lipodistrofia mostró diferencias significativas respecto a una mayor incidencia de trastornos mentales en personas con lipodistrofia y alertó de la necesidad

de una mayor monitorización de estos pacientes (Gallego, Blanco, Gordillo, De la Cruz, García-Benayas, Castillo, López, González-Lahoz, 2000). La reparación del deterioro físico a través de cirugía estética puede paliar en parte los déficits en la calidad de vida (Serra, 2000), pero estas intervenciones no son siempre posibles o sus resultados positivos no están aún del todo confirmados.

Debido a los enormes cambios producidos por los avances clínicos y a la aparición de los efectos adversos antes mencionados, la realidad social, familiar y relacional de los pacientes es sumamente distinta a la presentada unos pocos años atrás. La infección por VIH ha pasado a ser contemplada como una enfermedad crónica. Dicha cronicidad implica la necesidad por parte del paciente de desarrollar estrategias de afrontamiento válidas ante las distintas situaciones que van apareciendo asociadas a la enfermedad (Bayes, 1995). Asimismo, esta cronicidad ha permitido que problemáticas emocionales, incluso previas en ocasiones al diagnóstico de la infección por VIH, emerjan, cuando antes no tenían cabida debido a la presencia de la enfermedad y a la amenaza y llegada de la muerte.

1.2 Aspectos relacionados con la evaluación psicológica

Dada la compleja realidad descrita en el apartado anterior, consideramos que la evaluación psicológica en la infección por VIH y/o sida debe centrarse fundamentalmente en los siguientes aspectos:

- a) La adhesión al tratamiento antirretroviral y las variables psicológicas que pueden influir en ella.
- b) La calidad de vida relacionada con la salud (considerando especialmente el impacto de efectos secundarios tales como la lipodistrofia).
- c) Los procesos de ansiedad y depresión que pueden darse y que a menudo enmascaran dificultades en el proceso general de adaptación a la enfermedad.

La exploración psicológica requiere idealmente una recogida de datos generales del paciente, que puede orientarnos acerca de su situación individual, familiar y social, del soporte existente ante la enfermedad y también de las creencias sobre la infección y todo lo que ésta conlleva. Esta recogida de datos o anamnesis puede establecerse acorde a diferentes modelos. En este capítulo presentamos un ejemplo de anamnesis tomando como referencia el modelo que se utiliza en el Hospital de día de VIH del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol.

1.2.1 Evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral y variables psicológicas relacionadas

Como hemos comentado, uno de los aspectos de mayor importancia en la actualidad en la intervención psicológica en la infección por el VIH es garantizar una correcta adhesión a los tratamientos farmacológicos. Para ello es importante la existencia de instrumentos que permitan la evaluación de la propia adhesión, pero también serían de utilidad aquellos que permitieran predecir la futura adhesión.

En el momento actual existen proyectos para validar este último aspecto, en función de diversos factores relacionados con el propio tratamiento, el estado del paciente, algunas de sus características, etc. (Badia, 2001). Pero antes de la predicción, carecemos de instrumentos validados que evalúen la propia adhesión al tratamiento referida por el paciente. La estimación de «*qué se toma el paciente*» se puede realizar de distintas formas, todas ellas con ventajas e inconvenientes. A continuación resumimos los métodos más habituales de recogida de información en este sentido.

a) *Información verbal referida por el paciente al clínico.* Es probablemente el método más utilizado a causa de su aplicabilidad. Sin embargo, no existe un sistema estandarizado para preguntar al paciente. Algunos autores han realizado propuestas de preguntas que podrían guiar al profesional en la evaluación de la adhesión (Morisky, Green y Levine, 1986), pero a pesar de su indudable utilidad clínica, estas evaluaciones no permiten una cuantificación porcentual del cumplimiento.

El inconveniente principal del autoinforme del paciente es que generalmente existe una tendencia a sobreestimar el propio cumplimiento y que no hay garantías de la veracidad de la información. Sin embargo, a pesar de estas limitaciones es un método que siempre debería utilizarse en la práctica clínica, respetando algunas reglas que mejoren su fiabilidad. Existen muchas formas de preguntar, y algunas probablemente pueden ser absolutamente ineficaces. Las preguntas no deben ser culpabilizadoras y es positivo que denoten comprensión. No es lo mismo preguntar cuántas veces alguien no ha tomado su medicación, que cuántas veces *no ha podido* tomar su tratamiento. También es indicado interrogar al paciente sobre un periodo de tiempo determinado, lo más reciente posible. Esto permitirá un mayor detalle y precisión. Si es necesario, se puede ampliar progresivamente este periodo. Los pacientes con una alta adhesión al tratamiento antirretroviral, recuerdan con precisión las ocasiones que han dejado de consumir alguna dosis, aunque haga tiempo, mientras que las personas con problemas de adhesión aportarán una información más útil si el periodo sobre el que preguntamos es más limitado.

Cuando la adhesión referida se realiza con una encuesta que permite la cuantificación, parece gozar de una fiabilidad aceptable en la medida que

coincide consistentemente con otros sistemas de evaluación en apariencia más objetivos. Haubrich (1999) encuentra una clara relación entre el incremento de la adhesión referida y la disminución de la carga viral. En otro estudio, en el que se comparaba la correlación entre niveles de fármaco en sangre y la información proporcionada por el paciente, la coincidencia era cercana al 90% (Tuldrà, Ferrer, Fumaz, Bayes, Paredes, Burger y Clotet, 1999). También se ha podido encontrar una elevada correlación entre el recuento de medicación dispensada, los dispositivos microelectrónicos (comentados más adelante) y la adhesión referida (Wagner y Rabkin, 1999) a pesar de que, generalmente, el registro electrónico muestra valores inferiores (Wagner y Rabkin, 1999; Arnsten, Demas y Gourevitch, 2000).

Otra de las ventajas complementarias que permite el autoinforme es cuantificar el respeto a las condiciones de posología (Eldred, Wu, Chaisson y Moore 1998; Muma, Ross, Parcel y Pollard, 1995; Haubrich, Little, Currier, Forthal, Kemper, Beall, Johnson, Dube, Hwang y McCutchan, 1999; Tuldrà y cols., 1999).

Actualmente se está validando en España un cuestionario dirigido únicamente a la evaluación de la adhesión (Tuldrà, 2000). A pesar de su provisionalidad, adjuntamos una descripción de las características del cuestionario SERAD, la plantilla de recogida de datos y las preguntas-guía para el entrevistador en el apartado referido a pruebas de evaluación.

b) *Autorregistro de las tomas.* El paciente debe apuntar la medicación que consume, la hora y aquellos otros datos que se consideren relevantes en un registro preparado para tal fin. Los autorregistros permiten una descripción detallada de cómo la persona toma el tratamiento farmacológico a lo largo del tiempo. Es un método considerablemente eficaz, que aporta mayor detalle y precisión que al anterior. Tiene el inconveniente de que por sí mismo puede incrementar la adhesión, lo cual puede no interesar en una investigación, ya que no serían datos representativos de una realidad y, por otra parte, no es aplicable en el caso de algunos pacientes (por no saber leer/escribir, no querer llevar a cabo ese control...) (Meichenbaum y Turk, 1997). Pero los autoinformes permiten la cuantificación y un detalle especial del respeto a la posología.

c) *Recuento de la medicación dispensada.* Es el método utilizado habitualmente en los ensayos clínicos. El paciente debe retornar la medicación sobrante y a partir de ella se calcula el consumo. Sin embargo, este sistema requiere un considerable esfuerzo, ya que supone: hacer el recuento, conocer exactamente el día de inicio del tratamiento, asegurarse de que no se ha consumido más medicación a causa de vómitos, o que ninguna otra persona ha utilizado la medicación de aquel frasco, entre otros. Por otra parte, puede ser manipulado por el paciente con el fin de simular una correcta adhesión. Finalmente, decir que es un método que permite la

cuantificación pero no informa del respeto a las condiciones de posología (Singh, Squier, Sivek, Wagener, Hong Nguyen y Yu, 1996; Knobel, Carmona, Grau, Pedro-Botet y Díez, 1998; López, Fernández, Pérez y Girón, 1998).

d) *Sistemas electrónicos de recuento (MEMS[®], eDEMS[®])*. Se trata de frascos con un dispositivo microelectrónico que registra el número de pastillas extraídas e incluso la hora (Lynn Besch, 1995). Tiene como inconveniente que la extracción no asegura el consumo. Además, su elevado coste los hace impensables fuera de una investigación. Permite la cuantificación del consumo, del respeto a los intervalos temporales pero no de las condiciones de alimentación (Vanhove y cols., 1996; Kastrissios, Suárez y Katzenstein, 1998; Arnsten, Demas y Gourevitch, 2000).

e) *Análisis del fármaco en sangre o marcadores bioquímicos*. Como ya se ha señalado, la determinación de la presencia del fármaco en plasma u otras localizaciones es el método más objetivo para verificar la información que nos da el sujeto. Sin embargo, tiene importantes limitaciones como puede ser el hecho de que sólo informan del momento en que se ha obtenido la muestra de análisis. Además, la muestra deberá obtenerse por sorpresa para evitar que la persona consuma el tratamiento al saber que será evaluada. En el tratamiento antirretroviral no siempre se dispone de un metabolito o índice analítico que sufra variaciones claras. En el caso de la *zidovudina* se ha utilizado el aumento en el volumen corpuscular medio como marcador (Wall, Sorensen y Batki, 1995; Muma y cols., 1995; Singh y cols., 1996). Si lo que se pretende es la determinación directa de los niveles plasmáticos, nos encontramos con la dificultad técnica de llevar a cabo dicha determinación, con el coste que supone y con la falta de valores de referencia claros que permitan determinar de forma más o menos cuantitativa la adhesión del paciente (Langmann, Schirmer, Schlör, Klinker y Richter, 1997; Burger, De Graaff, Wuis, Koopmans y Hekster, 1997). Sin embargo, éste es un sistema que se ha utilizado con una cierta frecuencia en investigación, ya sea de forma aislada o combinada con el autoinforme (Tuldrà y cols., 1999; Kastrissios y cols., 1998). En otras ocasiones, ante la imposibilidad de disponer de un marcador directo causado por el propio fármaco, en algunas patologías se han utilizado estrategias como introducir un marcador artificial de fácil detección como puede ser la *riboflavina* (Babiker, Cooke y Gillet, 1989; Babiker, Jerrom y McInerney, 1994). La obtención de muestras es otra dificultad, dada la invasividad de las extracciones sanguíneas. Alternativas a ésta pueden ser las muestras de orina o incluso el pelo (Bernard, Peytavin, Vuagnat, De Truchis y Perronne, 1998). A pesar de la evidente ventaja de la objetividad, este método no permite una cuantificación comparable a la de los anteriores.

f) *Eficacia terapéutica del fármaco.* En este caso se infiere la adhesión en función de la evolución clínica del paciente. Es un método útil en escasas ocasiones (Epstein y Cluss, 1982). Además, carece de sentido en ensayos clínicos. En la infección por VIH, sin embargo, la evolución de la carga viral puede resultar un buen indicador de adhesión, a pesar de que debe utilizarse con las debidas precauciones y limitaciones.

En investigación, todos estos métodos pueden complementarse con el seguimiento de la adhesión del paciente por parte de otro profesional distinto a su médico habitual. De esta forma, en una situación de confidencialidad, podría existir más facilidad para que el afectado expresara sus problemas para seguir el tratamiento y las dosis que no ha tomado. El método ideal debería aportar una información cuantificable, tanto del consumo de los fármacos como de las condiciones de posología, debería ser fiable, rápido, económico y replicable en distintos momentos temporales o localizaciones geográficas. Ante la situación expuesta, parece claro que esto no es posible, por lo que deberemos renunciar a alguno de estos aspectos. Sin embargo, es necesaria una cierta unificación en los sistemas de evaluación utilizados tanto en la práctica clínica como en investigación que permita una cuantificación y la comparación de los datos.

A nuestro entender, el sistema que reúne el mayor número de estas características es el autoinforme del paciente. La fiabilidad es probablemente su limitación más importante. Sin embargo, existen muchas formas de evaluar. No es lo mismo preguntar al paciente en una entrevista médica si «*ha tomado la medicación*», donde la respuesta «*sí*» es más que previsible, que pedirle que diga el tipo de problemas que ha tenido para seguir su tratamiento, el número de ocasiones en que no ha podido consumir su tratamiento, etc. (Tuldrà, Ferrer y Rodríguez, 1998). Cuando se respetan una serie de condiciones en la encuesta al paciente, su fiabilidad no parece tan limitada si tenemos en cuenta su correlación con la evolución de la carga viral o su coincidencia con niveles de fármaco en plasma (Haubrich y cols., 1999; Tuldrà y cols., 1999).

Dentro del manejo de la medicación antirretroviral, ya sea a su inicio o durante el mantenimiento del tratamiento, es útil explorar algunas variables que pueden servir de guía al clínico a la hora de valorar si es adecuado el inicio de éste y si su mantenimiento se puede seguir con el rigor que precisa.

Las escalas análogo-visuales resultan un método sencillo y de fácil comprensión que permiten obtener información sobre aspectos tales como la capacidad percibida por parte del paciente para iniciar o mantener el tratamiento, y el esfuerzo que le supone seguirlo una vez ha sido iniciado (Tuldrà y cols., 2000; Fumaz y cols., 2002). Respecto a la capacidad subjetiva percibida por el paciente, el estudio de esta variable se basa en la teoría de la autoeficacia de Bandura (1982). La pregunta puede ser formulada en los siguientes términos: «*¿En qué medida se ve capaz de iniciar el trata-*

miento tal como se lo ha prescrito su médico?». Si el paciente puntúa bajo en la escala, es un claro indicador de que, siempre que sea permisible desde un punto de vista clínico, es mejor posponer el inicio de la terapia hasta que el paciente perciba que puede hacerlo con el rigor necesario. En cuanto a la capacidad subjetiva para mantener el tratamiento, la pregunta se formula en los siguientes términos: «*Actualmente, ¿en qué medida se ve capaz de seguir el tratamiento tal como se lo ha prescrito su médico?*». De nuevo, si el paciente puntúa bajo en la escala, es un útil indicador de que es necesario indagar cuáles pueden ser los factores que dificultan el consumo e intentar proporcionar estrategias que faciliten su resolución.

1.2.2 Evaluación de la calidad de vida

Desde que la Organización Mundial de la Salud definiera en el año 1947 la salud no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, el concepto de calidad de vida, y especialmente el de calidad de vida relacionada con la salud, se ha extendido ampliamente en el área del cuidado de la salud y también en la investigación. Recientemente esta misma organización ha redefinido la calidad de vida como la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de los valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses. Así, la calidad de vida no es equivalente a estado de salud, estilo de vida, satisfacción con la vida, estado mental o bienestar, sino que más bien es un concepto multidimensional que incorpora la percepción del individuo sobre esos y otros conceptos de la vida.

Gracias a la eficacia de los TARGA se ha podido apostar por la idea de que no sólo es importante prolongar la duración de la vida, sino también la calidad de la misma.

Los estudios de calidad de vida en VIH y sida resultan útiles por varias razones:

- Mejoran la valoración global de la enfermedad.
- Completan la historia natural de la enfermedad.
- Actúan como variable complementaria en la investigación de nuevos fármacos y estrategias terapéuticas, tanto en estudios de cohortes como en ensayos clínicos.
- Actúan como variable en estudios de seguimiento.
- La calidad de vida puede ser un valor pronóstico en adhesión.

En este último caso, un trabajo reciente demostró que ambos parámetros estaban claramente asociados aunque no podía establecerse una relación causal: los pacientes que referían una adhesión del 100% en cuanto a con-

sumo de medicación obtenían puntuaciones significativamente más elevadas en cuanto a calidad de vida que aquellos que se hallaban entre el 80-99% y < 80% (Mannheimer y cols., 2001).

Como instrumentos específicos para evaluar la calidad de vida en VIH podemos destacar los siguientes (Badia y Baró, 1999):

a) *The Multidimensional Quality of Life Questionnaire for Persons with HIV-AIDS* (MQOL-HIV) (Smith, Avis, Mayer y Swislow, 1997). El cuestionario evalúa las siguientes dimensiones: salud mental y física, funcionamiento cognitivo, físico, sexual y social, apoyo social, estatus económico, intimidad de pareja y cuidado médico.

b) *Cuestionario MOS-VIH* (Wu y cols., 1991; Wu, Revicki, Jacobson y Malitz, 1997). Desarrollado a partir del *Medical Outcomes Study Health Survey*. La versión más reciente consiste en 35 ítems que cubren diez dimensiones de salud: dolor, función física, salud mental, percepción general de salud, función de rol, función cognitiva y social, energía/fatiga, preocupaciones sobre la salud y calidad de vida. Adicionalmente se incluye un ítem sobre salud transitoria.

c) *Cuestionario HIV-Patient Reported Status and Experience Survey* (HIV-PARSE) (Berry, Bozzette, Hays, Stewart y Kanouse, 1994). Incorpora evaluaciones sobre la percepción del estado de salud actual, función cognitiva/preocupación, función física, social y de rol, dolor, energía/fatiga, bienestar emocional y calidad de vida.

d) *Cuestionario HIV Overview of Problems-Evaluation System* (HOPES) (Schag, Ganz, Kahn y Petersen, 1992). Basado en una adaptación del *Cancer Rehabilitation Evaluation System* (CARES), contiene 142 ítems que se traducen en una escala global y en escalas parciales (física, psicológica, sexual, pareja, interacción con el médico y miscelánea).

e) *The European Organisation for Research and Treatment Cancer Core Quality of life Questionnaire for HIV-AIDS patients* (EORTC QLQ C-30-HIV) (De Boer, Sprangers, Aaronson, Lange y Van Dam, 1994). Aunque originalmente fue desarrollado para pacientes con cáncer, posteriormente se consideró aplicable en pacientes VIH+ sintomáticos y pacientes con sida. El cuestionario se organiza en cinco escalas que miden función física, de rol, emocional, cognitiva y social, tres preguntas sobre síntomas y seis ítems adicionales sobre dificultad para respirar, problemas para dormir, pérdida de apetito, diarrea, estreñimiento y estatus económico.

f) *Functional Assessment of Human Immunodeficiency virus* (FAHI) (Cella, McCain, Peterman, Mo y Wollen, 1996). Incluye una subescala

con 17 ítems sobre VIH referidos a: bienestar físico, funcional, social y cognitivo, bienestar emocional viviendo con el VIH y bienestar general.

g) *Health Assessment Questionnaire* (AIDS-HAQ), de la Universidad de Stanford de Lubeck (1992). Ha sido desarrollado como *AIDS Time Oriented Health Outcome Study* (ATHOS), al que le han sido incorporadas dimensiones específicas para el VIH/sida (Lubeck y Fries, 1993).

Entre los instrumentos psicométricos mencionados, dos han sido validados en España para evaluar la calidad de vida en los pacientes VIH-1+. Nos referimos concretamente al MOS-HIV y al MQOL-HIV (Badia, Herdman y Rovira, 1997a, 1997b). A continuación describimos brevemente cada uno de ellos y adjuntamos una reproducción parcial de los mismos.

— *Versión española del cuestionario MOS-HIV*. Basado en el *Medical Outcomes Study Questionnaire* (Wu y cols., 1991). La versión española validada corresponde a la versión 2.1 del cuestionario original. Consta de 35 preguntas agrupadas en 11 escalas: percepción de la salud general, dolor, función física, función de rol, función social, salud mental, energía, problemas de salud, función cognitiva, calidad de vida y salud transitoria, con un número de ítems por dimensiones variable. El marco temporal hace referencia a las últimas dos semanas y son contestadas sobre la base de diferentes escalas ordinales de 2, 3, 5 ó 6 posibles respuestas. Algunas preguntas (1, 2, 3, 8b, 8d, 9a, 9d, 11b, 11c, 12 y 13) se puntúan invirtiendo el orden de las posibles opciones de respuesta. Así, las puntuaciones más altas siempre indican un mejor estado de salud. La puntuación para cada escala se obtiene a partir de la suma de la puntuación en cada ítem de la escala. Para hacer posible la comparación entre escalas se transforman las puntuaciones obtenidas y la puntuación transformada va de 0 (peor estado de salud posible) a 100 (mejor estado de salud posible). También es posible obtener dos valores resumen de salud física (ISF) y salud mental (ISM). La versión española del MOS-HIV puede ser autoadministrada o administrada por un entrevistador, si se considera necesario. Su administración requiere unos 15 minutos. A continuación adjuntamos una reproducción parcial del cuestionario (véase cuadro 5.1). El MOS-HIV es el cuestionario sobre calidad de vida más ampliamente utilizado en el campo del VIH y/o sida (Casado, Consiglio, Podzamczar y Badia, 2001; Miners, Sabin, Mocroft, Youle, Fisher y Johnson, 2001; Knippels, Goodkin, Weiss, Wilkie y Antoni, 2002).

— *El Multidimensional Quality of Life-HIV Questionnaire* (MQOL-HIV) (Smith y cols., 1997). Este cuestionario tiene la finalidad de evaluar la calidad de vida de las personas VIH+, asintomáticas o con sida. La mayoría de los instrumentos de calidad de vida para pacientes con infección por VIH fueron desarrollados para personas sintomáticas, pero se desconocía su capacidad para medir la calidad de vida de los pacientes asintomáticos.

Cuadro 5.1 Reproducción parcial del cuestionario de calidad de vida MOS-VIH

1. En general, usted diría que su salud es:

Excelente	1 <input type="checkbox"/>
Muy buena	2 <input type="checkbox"/>
Buena	3 <input type="checkbox"/>
Regular	4 <input type="checkbox"/>
Mala	5 <input type="checkbox"/>

2. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las dos últimas semanas?

No, ninguno	1 <input type="checkbox"/>
Sí, muy poco	2 <input type="checkbox"/>
Sí, un poco	3 <input type="checkbox"/>
Sí, moderado	4 <input type="checkbox"/>
Sí, mucho	5 <input type="checkbox"/>
Sí, muchísimo	6 <input type="checkbox"/>

3. Durante las dos últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluye tanto el trabajo fuera de casa como las tareas domésticas)?

Nada	1 <input type="checkbox"/>
Un poco	2 <input type="checkbox"/>
Regular	3 <input type="checkbox"/>
Bastante	4 <input type="checkbox"/>
Mucho	5 <input type="checkbox"/>

4. Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le dificulta hacer esas actividades? Si es así, ¿cuánto?
(marque una casilla en cada pregunta)

	SÍ me dificulta mucho	SÍ me dificulta un poco	NO no me dificulta nada
a. El tipo o la cantidad de esfuerzos intensos que puede hacer, como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. El tipo o la cantidad de esfuerzos moderados que puede hacer, como mover una mesa, coger o llevar la bolsa de la compra o jugar a los bolos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Subir una cuesta o varios pisos por la escalera.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Agacharse, levantar algo o inclinarse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Caminar una sola manzana (unos 100 metros).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Comer, bañarse, usar el lavabo o vestirse por sí mismo/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El cuestionario está formado por 40 ítems distribuidos en 10 dimensiones: salud mental, salud física, funcionamiento físico, funcionamiento social, apoyo social, funcionamiento cognitivo, estatus económico, intimidad de la pareja, funcionamiento sexual y asistencia médica. El marco temporal se refiere a las dos últimas semanas y disponen de siete categorías de respuesta que van de 1 (nunca) a 7 (siempre) más una octava opción de «no procede» en los ítems 29-32. Algunas preguntas (1, 2, 4, 5-8, 13-15, 21-28, 32, 34-39) se puntúan de forma inversa. Para cada dimensión se obtiene una puntuación que va de 4 a 28, siendo las puntuaciones elevadas aquellas

Cuadro 5.2 Reproducción parcial del cuestionario de calidad de vida MQOL

Durante las dos últimas semanas:

1. Se sintió deprimido/a.
2. Se sintió ansioso/a.
3. Se sintió necesitado/a.
4. Se preocupó por cosas.
5. Tuvo problemas de salud.
6. Estuvo demasiado cansado/a para hacer lo que deseaba.
7. La náusea le causó molestias.
8. Le molestaron sensaciones de hormigueo.
9. Pudo realizar actividades en el hogar.
10. Se pudo movilizar de un lugar a otro, tal como para efectuar compras o visitas al doctor.
11. Pudo subir varios tramos de escaleras sin ayuda.
12. Pudo practicar deportes extenuantes como correr o levantar pesas.
13. Se sintió aislado/a.
14. Se ha retirado de las actividades sociales.
15. Le faltaron energías para socializar con amigos.
16. Pasó momentos preciosos con amigos.
17. Ha recibido suficiente apoyo emocional de las personas allegadas a usted.
18. Tenía a alguien que pudiera ayudarle en caso de emergencia.
19. Tenía a alguien a quien hablarle acerca de sus problemas.
20. Tenía a alguien que podría ofrecerle buenos consejos.

Opciones de respuesta de los ítems						
Nunca	Rara vez	Algunas veces	La mitad de las veces	Con frecuencia	Muy a menudo	Siempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

que indican un mejor estado de salud. También se puede obtener un índice global (que irá de 28 a 80 puntos) multiplicando la dimensión de salud mental por dos y sumándole la puntuación en salud física. El cuestionario puede ser autoadministrado o administrado por un entrevistador, según el criterio de éste. Su pasación dura unos 15 minutos aproximadamente (véase cuadro 5.2).

Los instrumentos desarrollados para evaluar la calidad de vida de las personas VIH-1+ siguen midiendo parámetros que resultan útiles, ya que la incapacidad o limitaciones que puede relatar una persona seropositiva en la actualidad se deberá a la intolerancia o toxicidad del TARGA prescrito. Sin embargo, se plantean importantes retos futuros en cuanto a inclusión de nuevos aspectos relevantes. El mismo Albert W. Wu (2000) mencionaba recientemente la necesidad de adaptar las intervenciones clínicas, psicoterapéuticas y sociales a la nueva realidad, que implica incluir dimensiones tales como imagen corporal y funcionamiento sexual entre los parámetros a evaluar en calidad de vida.

Dentro de la evaluación de la calidad de vida hemos querido destacar en especial la evaluación específica del impacto psicológico de la lipodistrofia. Aunque actualmente no se dispone de un instrumento validado para este fin, creemos que una alternativa válida puede ser el uso de escalas análogo-visuales donde pueda reflejarse el nivel de preocupación y limitación que las alteraciones físicas producen en distintas áreas de la vida cotidiana (Fumaz y cols., 2001).

1.2.3 Estado emocional, ansiedad y depresión

Estado emocional. La evaluación del estado emocional es fundamental en el manejo del VIH y/o sida al encontrarnos ante una enfermedad crónica en la que el paciente atraviesa diferentes procesos y momentos. La importancia de evaluar esta variable nos la dan estudios como el de Tuldrà (2000), que mostró cómo aquellos pacientes que manifestaban un peor estado emocional, presentaban a su vez peores niveles de adhesión al tratamiento antirretroviral.

El *Profile of Mood State Questionnaire* (POMS) puede considerarse como el cuestionario más ampliamente utilizado en el campo del VIH para evaluar el estado emocional (Singh y cols., 1996; Inouye, Flannelly y Flannelly, 2001). El POMS proporciona información sobre cinco subescalas: depresión, vigor, tensión, cólera y fatiga, y su brevedad y fácil manejo lo convierten en un instrumento ágil y sencillo.

Procesos de ansiedad y depresión. El cuestionario que se ha utilizado de forma más extensa en VIH para evaluar procesos depresivos es el *Beck Depression Inventory* (BDI), que delimita los siguientes niveles: normalidad (ausencia de síntomas), leve, moderada y severa. El BDI ha sido utili-

zado tanto en el contexto de estudios clínicos como de práctica clínica habitual (Breitbart, Passik, McDonald, Rosenfeld, Smith, Kaim, Funesti-Esch, 1998). Otros estudios han utilizado conjuntamente el BDI y el *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (Savard, Laberge, Gauthier, Ivers y Bergeron, 1998) o el BDI y el *Hamilton Depresión Rating Scale* (HDRS) (Cockram, Judd, Mijch y Norman, 1999; Ferrando, Rabkin, De Moore y Rabkin, 1999). A la hora de evaluar síntomas de ansiedad, los cuestionarios más frecuentes en cuanto a uso en el campo de la infección por VIH y/o sida son, de nuevo, el *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) y el *State Trait Anxiety Inventory* (STAI) (Savard y cols., 1998; Zinkernagel, Taffe, Rickenbach, Amiet, Ledergerber, Volkart, Rauchfleisch, Kiss, Werder, Vernazza y Battegay, 2001).

2. Conclusiones

Una nueva etapa se inició con la aparición de los antirretrovirales para el control de la infección por VIH y/o sida. Demostrada ampliamente su eficacia a nivel clínico y virológico, nuevos retos han surgido en el manejo de la enfermedad. La psicología debe dar respuesta a muchos de estos retos. Nos hallamos ante una enfermedad que ha devenido crónica y ante unos tratamientos complejos, que a menudo interfieren en el día a día de las personas que deben tomarlo y que, en muchas ocasiones y como hemos podido ver antes, ocasionan trastornos que alteran severamente la calidad de vida y el funcionamiento general. La amenaza de muerte ha dado paso a ilusiones, esperanzas y futuro, pero también al lógico cansancio que viene implícito en la cronicidad. Este cansancio a menudo se plasma en trastornos depresivos y de ansiedad y en una dificultad general para adherirse al tratamiento con el rigor que éste requiere. Son numerosas las situaciones que requerirán una intervención psicológica: desde el momento inicial del diagnóstico, pasando por las distintas fases de adaptación a la enfermedad, hasta proporcionar estrategias de afrontamiento válidas ante todo lo que supone esta enfermedad hoy día (situaciones sociales aún difíciles, alteraciones en la calidad de vida, efectos adversos tales como la lipodistrofia...). Para poder intervenir adecuadamente, es necesario antes haber evaluado con corrección. Los instrumentos que presentamos en este capítulo son algunas de las herramientas de que disponemos en la actualidad pero es necesario seguir trabajando en la elaboración de cuestionarios que reflejen adecuadamente la nueva situación de las personas seropositivas al VIH. Estos instrumentos deben incluir factores tales como funcionamiento sexual o imagen corporal. El conocimiento adecuado de la compleja realidad que esta enfermedad implica es la clave del futuro de nuestras intervenciones.

3. Pruebas de evaluación

Anamnesis

La anamnesis que presentamos a continuación se lleva a cabo a partir de un protocolo de tres visitas, de media hora de duración cada una de ellas, la primera de las cuales tiene lugar coincidiendo con la primera visita médica al hospital. Estas entrevistas, además de proporcionar la información necesaria, permitirán una primera toma de contacto entre el profesional y el paciente. Es recomendable propiciar un clima de confianza que permita al paciente poder exteriorizar todas aquellas preocupaciones referentes a la enfermedad, su tratamiento, etc. Asimismo, esa confianza permitirá posteriormente el trabajo de otros temas, tales como la adhesión al tratamiento. Idealmente, las entrevistas serán conducidas por un psicólogo. En el caso de que el centro no disponga de este profesional, los datos pueden ser recogidos por otro profesional, experto en el campo del VIH.

En las entrevistas se recoge información acerca de los siguientes aspectos:

1. Datos sociodemográficos del paciente: edad, fecha de nacimiento, años de estudios, profesión y situación laboral (esta información nos permitirá conocer si existen posibles dificultades a la hora de seguir el tratamiento actual o futuro, referentes a aspectos tales como horarios dificultosos, turnos de trabajo, etc.).
2. Datos clínicos: antecedentes patológicos y situación actual, fecha de diagnóstico del VIH, vía de transmisión, forma de diagnóstico (voluntaria, acto clínico u otros), fecha de diagnóstico de sida (si procede), recuento de linfocitos CD4 actuales y fecha, carga viral actual y fecha, pauta diaria de medicación y fecha de inicio, tratamiento previo, adhesión referida.
3. Situación social: genograma, existencia de pareja estable (seropositividad o no de la pareja), relaciones con la familia de origen, personas informadas sobre el diagnóstico, referente de soporte para el VIH y acontecimientos vitales estresantes durante el último año.
4. Vivencia de la condición de seropositividad, estrategias de afrontamiento de que se dispone (ya sea a nivel cognitivo, nivel conductual y elementos de soporte), vivencia de la sexualidad y posibles dificultades. Nivel de información sobre medidas preventivas, conductas preventivas de transmisión y reinfección, nivel de información sobre el proceso de infección.
5. Personalidad/ Psicopatología: en este apartado se incluirán los resultados obtenidos en las pruebas psicométricas que se consideren pertinentes de realizar en un futuro. Esta evaluación complementaria puede incluir dimensiones referentes a personalidad, depresión, ansiedad, estados de ánimo, psicopatología (Eje I DSM, Eje II DSM). Este apartado también recoge información sobre consumo actual o pasado de sustancias tóxicas.
6. Observaciones neuropsicológicas: se incluirán datos sobre exploraciones neurológicas, si se considera oportuno realizarlas.
7. Observaciones generales: el entrevistador recogerá todas aquellas observaciones que no tengan cabi-

FECHA SIDA:
IO/fechas:

CD4 actuales/fecha:
CV actual/fecha:

Pauta diaria de medicación:

Fecha inicio:

Tratamiento previo: Sí () No ()
Seguimiento de la adhesión: Sí () No ()
Adhesión referida:

3. Situación social

Genograma:

Pareja estable:
Relaciones familia origen:

Secreto VIH/personas informadas:

Referente de soporte para el VIH:

Acontecimientos vitales estresantes:

4. Vivencia seropositividad/Estrategias de afrontamiento/Sexualidad/Prácticas de salud

¿Qué le supone ser VIH+?/¿Qué le supone tener el sida? Principales preocupaciones referidas.

Estrategias de afrontamiento:

Nivel cognitivo, conductual, elementos de soporte

Nivel de información sobre medidas preventivas:

Conductas preventivas transmisión/reinfección:

Nivel de información sobre el proceso de infección:

Sexualidad:

Conductas preventivas de salud:

5. Personalidad/Psicopatología

Perfil de personalidad:

Depresión/Ansiedad/Estados de ánimo:

Psicopatología:

Eje I DSM:

Eje II DSM:

Consumo de tóxicos:

6. Observaciones neuropsicológicas:

7. Observaciones:

8. Orientación/Plan:

Cuestionario SERAD.

(Tuldrà, A., 2000)

Ficha técnica

Nombre: Cuestionario SERAD.

Siglas: SERAD.

Autor (dirección): Albert Tuldrà. Fundació de Lluita contra la SIDA; Unidad VIH; Hospital Universitari «Germanys Trias i Pujol». Ctra. de Canyet, s/n, 08916, Badalona. Correo electrónico: atuldra@ns.hugtip.scs.es.

Datos de publicación: En proceso de validación con el apoyo de la Fundación para la investigación y la prevención del SIDA en España (FIPSE). Proyecto 2155/00.

Descripción/tipo de evaluación: Adhesión al tratamiento antirretroviral.

Objetivos: Evaluar la adhesión al tratamiento antirretroviral que refiere el propio paciente.

Ámbitos de medida/áreas/problemas evaluados: El cuestionario proporciona información sobre el consumo de medicación y sobre los motivos de no consumo. También evalúa el respeto por las condiciones de posología y los motivos de no respeto de las mismas.

Población: Personas VIH+ que toman tratamiento antirretroviral.

Tiempo de administración: Media 210" (DE = 90").

Momento más adecuado para pasar la prueba: Preferiblemente antes de la visita médica donde se informa de los resultados analíticos de la evolución de la infección por VIH.

Profesionales que pueden pasar la prueba: Cualquier profesional de la salud entrenado en su pasación.

Datos psicométricos: Actualmente está en fase de validación.

Descripción

El cuestionario SERAD, en el momento de realizar esta edición, está finalizando su validación en España. Su creación surge de la necesidad de disponer de un instrumento para evaluar la adhesión que permite la cuantificación de la misma y la comparabilidad entre centros y con otros métodos de evaluación de la adhesión (recuento de medicación dispensada, botes con dispositivos microelectrónicos de recuento y niveles de fármaco en sangre). La idea se crea desde una unidad clínica a partir de los instrumentos que se habían ido utilizando de forma interna. Colabora técnicamente en su validación la Facultad de Psicología de la Universitat Autònoma de Barcelona. La validación se está realizando en 12 centros hospitalarios de España. Su finalidad es tanto clínica como para investigación.

Se trata de un instrumento heteroadministrado que recoge en una plantilla la

pauta habitual de consumo de antirretrovirales del paciente, las ocasiones en que ha dejado de tomarlo, y los motivos. En la fase piloto de su validación este instrumento ha demostrado su correlación con otros métodos, como son el recuento de la medicación dispensada y la presencia de niveles plasmáticos en sangre. Presentamos a continuación algunos datos técnicos del cuestionario SERAD.

El cuestionario de evaluación de la adhesión SERAD consta de los siguientes elementos:

a) *Matriz de recogida de datos + guía de motivos de falta de adhesión.* La matriz de recogida de datos permite resumir la información sobre la medicación que está consumiendo el paciente, su horario habitual de tratamiento, las faltas de adhesión referidas tanto al no consumo como al no respeto de las condiciones de posología y los motivos. Adjunto a esta matriz se encuentra un listado de los mo-

tivos más usuales de falta de adhesión que permite codificar en la matriz los mismos.

b) *Hoja de cálculo de resultados.* Guía el cálculo de los porcentajes de adhesión y las causas de mala adhesión a partir de los resultados obtenidos en la matriz de recogida de datos.

c) *Hoja de resumen de resultados.* Permite resumir los resultados obtenidos del cuestionario para facilitar su lectura en futuras revisiones.

Normas de aplicación

La evaluación con el cuestionario SERAD debería realizarse previamente a la visita médica donde se informa de los resultados analíticos o, si es el mismo clínico que realiza la pasación, antes de informar al paciente de sus resultados. De esta forma se favorece la sinceridad del paciente, que, en caso de conocer unos resultados analíticos favorables, puede disminuir la veracidad de su autoinforme. En la entrevista debería facilitarse un clima de sinceridad, en el que el paciente sienta que la pretensión del evaluador no es tanto interrogar sobre su falta de cumplimiento como conocer las dificultades que ha tenido, con el máximo detalle posible para poder ayudarle.

En ese sentido puede ser de utilidad una introducción como la siguiente: «Generalmente, las personas que como usted toman tratamientos complejos, tienen dificultades para seguirlos». A veces es causa de efectos secundarios, otros por olvido, o simplemente por cansancio. Para poder ayudarle e identificar las posibles dificultades que usted haya podido tener, ahora le haré unas preguntas sobre cómo se toma su tratamiento y las veces en que quizá no ha podido tomar exactamente la medicación como habíamos quedado».

Recogida de datos

La recogida de datos se realiza con la *matriz de recogida de datos*. Esta matriz contiene tres grupos básicos de información:

a) *Horario habitual de toma de medicación.* Deberemos preguntar al paciente: «Habitualmente, ¿qué horario sigue para tomarse su medicación?, es decir, ¿a qué horas acostumbra a tomarse cada medicamento?». Esta información se recogerá de la siguiente forma:

COLUMNA A: apuntaremos la hora en que acostumbra a consumir cada fármaco. COLUMNA B: nombre del medicamento. COLUMNA C: número de pastillas, comprimidos o mililitros que consume de aquel fármaco en aquella toma.

A	B	C
HORA	MEDICACIÓN	N.º PASTILLAS/ TOMA
8.00	Epivir	1
8.00	Zerit	1
8.00	Crixivan	2
8.30	DESAYUNO	

b) *Faltas de adhesión, de respeto a las condiciones de consumo y motivos de la última semana.* Para evaluar la falta de adhesión nos centraremos primero en la última semana. Es positivo facilitar el recuerdo de la persona fijando el periodo al que vamos a hacer referencia. Es decir, «desde el último jueves hasta hoy...». También resulta útil pedirle que recuerde algo que hizo aquel día: «¿Recuerda qué hizo el jueves pasado?».

La pregunta para identificar la falta de adhesión en la última semana sería:

5. Evaluación psicológica en VIH y sida

A	B	C	D	E	F	G
HORA	MEDICACIÓN	N.º PASTILLAS/ TOMA		N.º de veces que no consume dicha toma	Σ total pastillas no consumidas por toma	Motivos de no consumo (ej. a3; b1)
8.00	Epivir	1	<input type="checkbox"/>	2		a1 d 1
8.00	Zerit	1	<input type="checkbox"/>			a1 d 1
8.00	Crixivan	2	<input type="checkbox"/>			a1 d 1
8.30	DESAYUNO					

«Desde el martes/miércoles/... pasado, ¿recuerda no haber podido consumir alguna dosis de medicación, por el motivo que sea?».

Si la respuesta es afirmativa, se tratará de detallar qué tomas se saltaron (siguiendo el horario previamente registrado). Esta información se recogerá de la siguiente forma:

COLUMNA E: se anotará un número, indicando las ocasiones en que no ha consumido exactamente aquella toma durante la última semana (no debe apuntarse el número de pastillas perdidas). A medida que nos describa las dosis perdidas, iremos preguntando el motivo, que codificaremos en la columna G («MOTIVOS DE NO CONSUMO»).

COLUMNA G: la codificación se hará según las letras que aparecen junto a los posibles motivos (en la parte derecha del cuestionario). El sistema de codificación es simple: se apunta la letra correspondiente y a su lado el número de veces que ha sido la causante de la falta de adhesión. Si, por ejemplo, han existido dos faltas en la misma toma por distintos motivos, codificaremos las dos letras correspondientes con un «1» a su lado.

Identificadas las faltas de adhesión, preguntaremos sobre la falta de respeto a las condiciones de posología:

«Como usted sabe, esta medicación, aparte de necesitar ser consumida, necesita que se respeten unos horarios o en ocasiones que sea consumida con o sin comida. Desde el martes/miércoles/jueves/... pasado, ¿recuerda haber adelantado o retrasado más de 2 horas sobre el horario habitual alguna toma? ¿Quizá el fin de semana o los días de fiesta?»

COLUMNA H (n.º de veces que no se respetan las condiciones de toma): se anotará el número de veces que haya existido una diferencia horaria de ± 2 horas, excepto en el caso de «SUSTIVA», en que esa diferencia pasa a ser $\pm X$ horas.

Si la persona está consumiendo algún fármaco que debe tomarse en ayuno, deberá valorarse también el respeto a las condiciones de consumo sin alimentos. Es decir, deberá preguntarse si en alguna ocasión se ha consumido alguno de estos fármacos durante la hora anterior a una comida o durante las dos hora posteriores. En el caso de haber existido, se anotarán en la casilla correspondiente de la colum-

na H, como si de una falta de horario se tratara.

De la misma forma que en el caso de falta de consumo, anotaremos los motivos por los que no se ha respetado el horario o las condiciones de alimentación en la columna I «motivos de no respeto» situada a la derecha.

c) *Faltas de adhesión, de respeto a las condiciones de consumo y motivos del último mes.* Finalizada esta evaluación, realizaremos la misma pero para el periodo del último mes (incluyendo también la última semana).

Finalizada la evaluación, es el momento de comentar con el paciente las posibles estrategias para solucionar la falta de adhesión o de respeto de las condiciones de posología.

ATENCIÓN: es importante asegurarse de que el horario habitual es correcto, a pesar de que se haya seguido estrictamente.

Recuadro lateral: «Aparte de este último mes, desde la última visita ¿cuántas veces recuerda no haber podido tomar su medicación?».

Este recuadro pretende detectar las tomas de medicación perdidas desde la última visita del paciente y que no están incluidas en el último mes. El nivel de precisión es mucho más ambiguo a causa de las dificultades de recordar olvidos más allá de un mes.

Deberá marcarse el intervalo de dosis perdidas correspondiente y codificar los motivos de pérdida de dosis al igual que en las columnas G, I, L, N.

Corrección e interpretación

Antes de realizar los cálculos para la corrección deben completarse algunas columnas:

COLUMNA D: deberán marcarse los cuadritos que correspondan a una fila que contenga en la columna «C» alguna cantidad de medicación.

COLUMNA F: el valor de cada casilla se obtiene multiplicando el valor de la columna C por el de la columna E de la fila correspondiente.

COLUMNA K: el valor de cada casilla se obtiene multiplicando el valor de la columna C por el de la columna J de la fila correspondiente.

Al pie de algunas de las columnas existen unas casillas con la denominación «TOTAL». En ellas debe realizarse el sumatorio de toda la columna.

Las casillas «TOTAL» de las columnas G, I, L, N, «motivos de no consumo», se resumen contando el número de veces que aparece cada letra en la columna. Luego debe sumarse el número total de motivos globalmente en aquella columna.

Finalmente, la obtención de los valores de adhesión puede realizarse fácilmente siguiendo las indicaciones de la *Hoja de cálculo de resultados*.

Esta corrección proporciona diez valores:

- 1) *Porcentaje de adhesión de la última semana.*
- 2) *Causas de no adhesión en la última semana, valoradas porcentualmente.*
- 3) *Porcentaje de no respeto a las condiciones de posología en la última semana.*
- 4) *Causas de no respeto a las condiciones de posología en la última semana, valoradas porcentualmente.*
- 5) *Porcentaje de adhesión en el último mes.*
- 6) *Causas de no adhesión en el último mes, valoradas porcentualmente.*
- 7) *Porcentaje de no respeto a las condiciones de posología en el último mes.*

- 8) *Causas de no respeto a las condiciones de posología en el último mes, valoradas porcentualmente.*
- 9) *Aproximación al número de veces que no se ha consumido la medicación aparte de estos periodos temporales.*
- 10) *Causas de no consumo de la medicación aparte de estos periodos temporales.*

El cuestionario incluye una «Hoja de resumen de resultados» con el fin de trasladar los resultados obtenidos en la corrección a una hoja-resumen.

**CUESTIONARIO SERAD
PREGUNTAS ENTREVISTADOR
ÚLTIMA SEMANA**

COLUMNAS A/B/C: «Habitualmente, ¿qué horario sigue para tomarse su medicación?, es decir, ¿a qué horas acostumbra a tomarse cada medicamento?».

COLUMNA E: «Esta última semana, desde el martes/miércoles/... pasado, ¿recuerda no haber podido consumir alguna dosis de medicación, por el motivo que sea?».

COLUMNA G: «¿Recuerda el motivo por el que no pudo tomar la dosis de la mañana/mediodía/...?» (*Apuntar código motivo y número de veces*).

COLUMNA H: «Como usted sabe, esta medicación, aparte de necesitar ser consumida, necesita que se respeten unos horarios o en ocasiones que sea consumida con o sin comida. Esta última semana,

desde el martes/miércoles/jueves/... pasado, ¿recuerda haber adelantado o retrasado más de 2 horas sobre el horario habitual alguna toma? ¿Quizá el fin de semana o los días de fiesta?».

COLUMNA I: «¿Recuerda el motivo por el que no pudo respetar el horario de la dosis de la mañana/mediodía/...?».

Finalizada esta evaluación, realizaremos la misma pero para el periodo del último mes. Este periodo incluye también la última semana, de manera que el evaluador deberá asegurarse de que si el paciente refiere nuevas dosis perdidas, deberán apuntarse sumadas a las referidas en la evaluación de la última semana.

**PREGUNTAS ENTREVISTADOR
ÚLTIMO MES**

COLUMNA J: «Este último mes, ¿recuerda no haber podido consumir alguna dosis de medicación, por el motivo que sea?».


COLUMNA L: «¿Recuerda el motivo por el que no pudo tomar la dosis de la mañana/mediodía/...?» (*Apuntar código motivo y número de veces*).

COLUMNA M: «Este último mes, ¿recuerda haber adelantado o retrasado más de 2 horas sobre el horario habitual alguna toma? ¿Quizás algún fin de semana o los días de fiesta?».

COLUMNA N: «¿Recuerda el motivo por el que no pudo respetar el horario de la dosis de la mañana/mediodía/...?».

Instrumentos de evaluación en Psicología de la Salud

Código paciente:	Fecha evaluación:
------------------	-------------------

				ÚLTIMA SEMANA					
A	B	C	D	E	F	G	H	I	
HORA	MEDICACIÓN	N.º PASTILLAS		N.º de veces que no consume dicha toma	Σ total pastillas no consumidas por toma	Motivos de no consumo (ej. a3; b1)	N.º de veces que no respetan condiciones de toma	Motivos de no respeto (ej. a3; f1)	
			<input type="checkbox"/>						
			<input type="checkbox"/>						
			<input type="checkbox"/>						
	<i>DESAYUNO</i>								
			<input type="checkbox"/>						
			<input type="checkbox"/>						
			<input type="checkbox"/>						
			<input type="checkbox"/>						
	<i>COMIDA</i>								
			<input type="checkbox"/>						
			<input type="checkbox"/>						
			<input type="checkbox"/>						
			<input type="checkbox"/>						
			<input type="checkbox"/>						
	<i>CENA</i>								
			<input type="checkbox"/>						
			<input type="checkbox"/>						
			<input type="checkbox"/>						
			<input type="checkbox"/>						
Tiempo de pasación: 	TOTAL C	<input type="checkbox"/>	TOTAL D	TOTAL E	TOTAL F	A _G I _G B _G J _G	TOTAL H	A _I I _I B _I J _I	
						C _G K _G D _G L _G		C _I K _I D _I L _I	
						E _G M _G F _G N _G		E _I M _I F _I N _I	
						G _G O _G H _G		G _I O _I H _I	

4. Referencias

- Arnstén, J., Demas, P., Gourevitch, M., Buono, D., Farzadegan, H. y Schoenbaum, E. (2000): «Adherence and viral load in HIV-infected drug users: comparison of self-report and medication event monitors (MEMS)». 7th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. San Francisco (Abstract 69).
- Babiker, I., Cooke, P. R. y Gillet, M. G. (1989): «How useful is riboflavin as a tracer of medication compliance?», *Journal of behavioral medicine*, 12, 25-38.
- , Jerrom, D. W. A. y McInerney, D. (1994): «Measuring medication compliance using repeated pill counts and riboflavin tracer assay», *International journal of methods psychiatry research*, 4, 13-17.
- Badia, X., Herdman, M. y Rovira, S. (1997a): «Traducción y adaptación cultural al español del cuestionario MOS-HIV para la evaluación de la calidad de vida en pacientes infectados por el VIH». Informe final. Instituto de Salud Pública de Cataluña (mimeografía).
- , — y — (1997b): «Traducción y adaptación cultural al español del cuestionario MQOL-HIV para la evaluación de la calidad de vida en pacientes infectados por el VIH». Informe final. Instituto de Salud Pública de Cataluña (mimeografía).
- y Baró, E. (1999): «The measurement of Health-Related Quality of Life in prospective drug therapy studies in HIV-infected patients», *AIDS Review*, 1, 213-220.
- (2001): «Cuestionario reducido predictivo de adherencia relacionada con el tratamiento antirretroviral». Validación. Beca otorgada por Fipse. Convocatoria 2001.
- Bandura, A. (1982): «Self-efficacy mechanisms in human agency», *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bayés Sopena, R. (1995): *Sida y Psicología*. Barcelona, Martínez Roca.
- Bernard, L., Peytavin, G., Vuagnat, A., De Truchis, P. y Perronne, C. (1998): «Indinavir concentrations in hair from patients receiving highly active antiretroviral therapy», *Lancet*, 352, 1757-1758.
- Berry, S., Bozzette, S., Hays, R., Stewart, A. y Kanouse, D. (1994): «Measuring patient report health status and experience in advanced HIV disease: The HIV-PARSE Survey instrument». Santa Mónica, California, RAND MR-342-NIAIS/SDAC.
- Bonaccorso, S., Marino, V., Puzella, A., Pasquín, M., Biondi, M., Artini, M., Almerighi, C., Verkerk, R., Meltzer, H. y Maes, M. (2002): «Increased depressive ratings in patients with hepatitis C receiving interferon-alpha-based immunotherapy are related to interferon-alpha-induced changes in the serotonergic system», *Journal of clinical psychopharmacology*, 22(1), 86-90.
- Bonfanti, P., Ricci, E., Landonio, S., Valsecchi, L., Timillero, I., Faggion, I. y Quirino, T. (2001): «Predictors of protease inhibitor-associated adverse events», *Biomedicine & pharmacotherapy*, 55 (6), 321-323.
- Bonnet, E. P. P., Yovanovitch, J. D., Mularczyk, M. B., Hervé, R., Labau, E., Perret, B., Bernard, J., Izopet, J. y Massip, P. (2000): «Switching from Protease Inhibitors to Efavirenz does not improve Clinical Lipodystrophy and Hyperlipidaemia in HIV-infected patients». 40th Interscience Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. Toronto (Abstract 1538).
- Breitbart, W., Passik, S., McDonald, M. V., Rosenfeld, B., Smith, M., Kaim, M. y Funesti-Esch, J. (1998): «Patient-related barriers to pain management in ambulatory AIDS patients», *Pain*, 76 (1-2), 9-16.
- Bullinger, M., Anderson, R., Cella, D. y Aaronson, N. (1993): «Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models», *Quality of Life Research*, 2, 451-459.
- Burger, D. M., De Graaff, M., Wuis, E. W., Koopmans, P. P. y Hekster, Y. A. (1997): «Determination of Indinavir, and HIV-protease inhibitor, in human plasma by reverse-phase high-performance liquid chromatography», *Journal of chromatography. B, Biomedical sciences and applications*, 703, 235-241.
- Buss, N. y Duff, F. (1999): «Lipodystrophy may be a consequence of prolonged survival», *British Medical Journal*, 318, 122.
- Carr, A., Samaras, K., Burton, S., Law, M., Freund, J., Chisholm, D. J. y Cooper D. A. (1998): «A syndrome of peripheral lipodystrophy, hyperlipidaemia and insulin

- resistance in patients receiving HIV protease inhibitors», *AIDS Review*, 12, F51-F58.
- (1999): «HIV Protease Inhibitor-induced Lipodystrophy Syndrome», *AIDS Review*, 1, 29-36.
- Casado, A., Consiglio, E., Podzameczer, D. y Badia, X. (2001): «Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) and health-related quality of life in naïve and pretreated HIV-infected patients», *HIC Clinical Trials*, 2 (6), 477-483.
- Cella, D., McCain, N., Peterman, A., Mo, F. y Wollen, D. (1996): «Development and validation of the Functional Assessment of Human Immunodeficiency Virus Infection (FAHI) quality of life instrument», *Quality of Life Research*, 5, 450-461.
- Cockram, A., Judd, F. K., Mijch, A. y Norman, T. (1999): «The evaluation of depression in inpatients with HIV disease», *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 33 (3), 344-352.
- Collins, E., Wagner, C. y Walmsley, S. (2000): «Psychosocial impact of body changes in lipodystrophy», *Antiviral Therapy*, 5 (5), 44.
- D'Arminio Monforte, A., Lepri, A. C., Rezza, G., Pezzotti, P., Antinori, A., Phillips, A. N., Angarano, G., Colangeli, V., De Luca, A., Ippolito, G., Caggese, L., Soscia, F., Filice, G., Gritti, F., Narciso, P., Tirelli, U. y Moroni, M. (2000): «Insights into the reasons for discontinuation of the first highly active antiretroviral therapy (HAART) regimen in a cohort of antiretroviral naïve patients». I.C.O.N.A. Study Group. *AIDS*, 14 (5), 499-507.
- Debien, C., De Chouly de Lenclave, M. B., Foutrein, P. y Billy, D. (2001): «Alpha-interferon and mental disorders», *Encéphale*, 27(4), 308-317.
- De Boer, J., Sprangers, M., Aaronson, N., Lange, J. y Van Dam, F. (1994): «The feasibility, reliability and validity of the EORTC QLQ-C30 in assessing the quality of life of patients with asymptomatic HIV infection or AIDS (CDC IV)», *Psychology and Health*, 9, 65-77.
- Dong, B. J., Gruta, C., Legg, J., Balano, K. y Goldschmidt, R. H. (1998): «Diabetes and Use Protease Inhibitors». The 5th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Chicago (Abstract 416).
- Eldred, L., Wu, A., Chaisson, R. E. y Moore, R. D. (1998): «Adherence to Antiretroviral and Pneumocystis Prophylaxis in HIV Disease», *Journal of acquired immune deficiency syndrome human retrovirology*, 18, 117-125.
- Epstein, L. H. y Cluss, P. A. (1982): «A behavioral medicine perspective on adherence to long-term medical regimens», *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 50, 950-971.
- Ferrando, S. J., Rabkin, J. G., De Moore, G. M. y Rabkin, R. (1999): «Antidepressant treatment of depression in HIV-seropositive women», *Journal of clinical psychiatry*, 60 (11), 741-746.
- Forrester, J., Whittaker, W. y Workman, C. (2000): «Peripheral fat depletion (lipodystrophy) and other body shape changes- impact on psychosocial quality of life», *The XIII International AIDS 2000*. Durban (Abstract WePeD4566).
- Fumaz, C. R., Tuldrà, A., Ferrer, M. J., Paredes, R. y Clotet, B. (1999): «Impact of PIsparing HAART regimens on adherence, quality of life and emotional status of HIV-positive patients suffering lipodystrophy». 1st International Workshop on Adverse Drug reactions and lipodystrophy in HIV. San Diego (Abstract 057).
- , —, —, Negrodo, E., Gel, S., Bonjoch, A., Ruiz, L. y Clotet, B. (2001): «Calidad de vida y principales preocupaciones asociadas al síndrome de lipodistrofia en pacientes VIH-1+ con supresión viral a largo plazo». VI Congreso Nacional sobre el Sida. Valencia (Abstract CPO18p1).
- , —, —, Paredes, R., Bonjoch, A., Jou, T., Negrodo, E., Romeu, J., Sirera, G., Tural, C. y Clotet, B. (2002): «Quality of life, emotional status and adherence in patients treated with efavirenz versus protease inhibitors-containing regimens», *Journal of acquired immune deficiency syndrome*, 29 (3), 244-253.
- Gallego, Blanco, F., Gordillo, V., De la Cruz, J., García-Benayas, Castillo E., López, P. y González-Lahoz (2000): «Mental disorders related to lipodystrophy body-shape changes in HIV-positive patients with homosexual risk behaviour», *Antiviral Therapy*, 5 (5), 45.

- Goetzenich, A., Schwenk, A., Corzillius, M., Wolf, E., Mauss, S., Beckmann, R., Jaeger, H., Breuer, P., Knechten, H., Locher, L. y Adam, A. (1999): «Impact of lipodystrophy on quality of life». 7th European Conference on Clinical Aspects and Treatment of HIV-Infection. Lisboa [Late breaker 1211].
- Grupo de Estudio del SIDA de la Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas, Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, Secretaría del Plan Nacional del SIDA (1999): «Recomendaciones para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral». <http://www.msc.es/sida/asistencia/adherencia1.htm>.
- Gulick, R. M. (2002): «Structured Treatment Interruption in patients infected with HIV: A new approach to therapy», *Drugs*, 62 (2), 245-253.
- Harrington, M. y Carpenter, C. C. (2000): «Hit HIV-1 hard, but only when necessary», *Lancet*, 355 (9221), 2147-2152.
- Hatano, H., Miller, K. D., Yoder, C. P., Yanovski, J. A., Sebring, N. G., Jones, E. C. y Davey, R. T. Jr. (2000): «Metabolic and anthropometric consequences of interruption of highly active antiretroviral therapy», *AIDS*, 14, 1935-1942.
- Haubrich, R. H., Little, S. J., Currier, J. S. Fortnal, D. N., Kemper, C. A., Beall, G. N., Johnson, D., Dube, M. P., Hwang, J. Y. y McCutchan, J. A. (1999): «The value of patient-reported adherence to antiretroviral therapy in predicting virologic and immunologic response». California Collaborative Treatment Group, *AIDS*, 13, 1099-1107.
- Hengel, R. L., Geary, J. A. M., Vuchetich, M. A., Swartz, A. S. y Brachman, P. S. (1998): «Multiple Symmetrical Lipomatosis Associated with Protease Inhibitor Therapy». The 5th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Chicago (Abstract 407).
- Inouye, J., Flannelly, L. y Flannelly, K. L. (2001): «The effectiveness of self-management training for individuals with HIV/AIDS», *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care: JANAC*, 12 (5), 71-82.
- Kastrissios, H., Suárez, J. R., Katzenstein, D., Girard, P., Sheiner, L. B. y Blaschke, T. F. (1998): «Characterizing patterns of drug-taking behavior with a multiple drug regimen un an AIDS clinical trial», *AIDS*, 12 (17), 2295-2303.
- Knippels, H. M., Goodkin, K., Weiss, J. J., Wilkie, F. L. y Antoni, M. H. (2002): «The importance of cognitive self-report in early HIV-1 infection: validation of a cognitive functional status subscale», *AIDS*, 16 (2), 259-267.
- Knobel, H., Carmona, A., Grau, S., Pedro-Botet, J. y Díez, A. (1998): «Adherence and effectiveness of Highly Active Antiretroviral Therapy», *Archives of Internal Medicine*, 158, 1953.
- Langmann, P., Schirmer, D., Schlör, C., Klincker, H. y Richter, E. (1997): «Simultaneous determination of saquinavir and ritonavir in plasma with a newly developed HPLC method. Abstract 458». 6th European Conference on Clinical Aspects and Treatment of HIV-Infection. Hamburgo, 11-15 octubre.
- López, A., Fernández, C., Pérez, E. y Girón, J. A. (1998): «Adherence to the antiretroviral treatment in asymptomatic HIV-infected patients», *AIDS*, 12, 685-686.
- Lubeck, D. y Fries, J. (1993): «Assessment of quality of life in early stage HIV-infected persons: Data from the AIDS Time-Oriented Health Outcome Study (ATHOS)», *Quality of Life Research*, 6, 494-506.
- Lynn Besch, C. (1995): «Compliance in clinical trials», *AIDS*, 9, 1-10.
- Mallal, S. A., John, M., Moore, C. B., James, I. R. y McKinnon, E. J. (2000): «Contribution of nucleoside analogue reverse transcriptase inhibitors to subcutaneous fat wasting in patients with HIV infection», *AIDS*, 14, 1309-1316.
- Mannheimer, S., Friedland, G., Matts, J., Child, C. y Chesney, M. (2001): «Antiretroviral adherence correlates with quality of life». 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Chicago (Abstract 485).
- Max, B. y Sherer, R. (2000): «Management of the adverse effects of antiretroviral therapy and medication adherence», *Clinical infectious disease*, 30 (2), 96-116.
- Meichenbaum, D. y Turk, D. (1997): *Facilitating treatment adherence: a practioner's guidebook*. NuevaYork, Plenum.

- Mehta, S., Moore, R. D. y Graham, N. M. H. (1997): «Potential factors affecting adherence with HIV therapy», *AIDS*, 11, 1665-1670.
- Mellors, J. W., Muñoz, A., Giorgi, J. V., Margolick, J. B., Tassoni, C. J., Gupta, P., Kingsley, L. A., Todd, J. A., Saah, A. J., Detels, R., Phair, J. P. y Rinaldo, C. R. Jr. (1997): «Plasma viral load and CD4+ lymphocytes as prognostic markers of HIV-1 infection», *Annals of internal medicine*, 126, 946-954.
- Miners, A. H., Sabin, C. A., Mocroft, A. Youle, M., Fisher, M. y Johnson M. (2001): «Health-related quality of life in individuals infected with HIV in the era of HAART», *HIV Clinical trials*, 2 (6), 484-492.
- Morisky, D. E., Green, L. W. y Levine, D. M. (1986): «Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence», *Medical Care*, 24, 67-74.
- Mulligan, K., Tai, V. W., Algren, H., Chernoff, D. N., Lo, J. C. y Schambelan, M. (1998): «Evidence of Unique Metabolic Effects of Protease Inhibitors». The 5th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Chicago (Abstract 414).
- Muma, R. D., Ross, M. W., Parcel, G. S. y Pollard, R. B. (1995): «Zidovudine adherence among individuals with HIV infection», *AIDS Care*, 7, 439-447.
- Negredo, E., Paredes R., Bonjoch, A., Francia, E., Domingo, P., Jou, A., Romeu, J., Tural, C., Sirera, G., Tuldrà, A., Fumaz, C. R., Garcés, B., Gel, S., Johnston, S., Arnó, A., Cruz, L., Balagué, M., Arrizabalaga, J., Ruiz, I., Arribas, J. R., Ruiz, L. y Clotet, B. (1999): «Benefit of switching the protease inhibitors by nevirapine in PI-experienced patients suffering acquired HIV-related lipodystrophy syndrome. Interim analysis at 3 months of follow-up», *Antiviral Therapy*, 4 (3), 23-28.
- Nieuwkerk, P. T., Gisolf, E. H., Colebunders, R. Wu, A. W., Danner, S. A. y Sprangers, M. A. (2000): «Quality of life in asymptomatic- and symptomatic HIV infected patients in a trial of ritonavir/saquinavir therapy», *AIDS*, 14 (2), 181-187.
- O'Brien, W. A., Hartigan, P. M., Martin, D., Esinhart, J., Hill, A., Benoit, S., Rubin, M., Simberkoff, M. S. y Hamilton, J. D. (1996): «Changes in plasma HIV-1 RNA and CD4+ lymphocyte counts and the risk of progression to AIDS», *The New England Journal of Medicine*, 334, 426-431.
- Palella, F. J., Delaney, K. M., Moorman, A. C., Loveless, M. O., Fuhrer, J., Satten, G. A., Aschman, D. J. y Holmberg, S. D. (1998): «Declining morbidity and mortality among patients with advanced Human Immunodeficiency Virus infection», *The New England Journal of Medicine*, 338, 853-860.
- Paterson, D. L., Swindells, S., Mohr, J., Brestler, M., Vergis, E. N., Squier, C., Wagener, M. M. y Singh, N. (2000): «Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection», *Annals of Internal Medicine*, 133 (1), 21-30.
- Ruane, P. J. (1997): «Atypical accumulation of fatty tissue». 37th International Conference on Antimicrobial Agents and Chemotherapy. Toronto (Abstract 185).
- Savard, J., Laberge, B., Gauthier, J. G. Ivers, H. y Bergeron, M. G. (1998): «Evaluating anxiety and depression in HIV-infected patients», *Journal of Personality Assessment*, 71 (3), 349-67.
- Schag, C., Ganz, P., Kahn, B. y Petersen, L. (1992): «Assessing the needs and quality of life of patients infection: Development of the HIV overview of problems-evaluation system (HOPES)», *Quality of Life Research*, 1, 397-413.
- Serra, M. (2000): «Risk factors for lipodystrophy and impact on the quality of life after treatment with metacrylate», *Antiviral Therapy*, 5 (5), 68.
- Silva, M., Skolnik, P. R., Gorbach, S. L. Spiegelman, D., Wilson, I. B., Fernández-Di-Franco, M. G. y Knox, T. A. (1998): «The effect of protease inhibitors on weight and body composition in HIV-infected patients», *AIDS*, 12, 1645-1651.
- Singh, N., Squier, C., Sivek, C., Wagener, M., Hong Nguyen, M. y Yu, V. L. (1996): «Determinants of compliance with antiretroviral therapy in patients with human immunodeficiency virus: prospective assessment with implications for enhancing compliance», *AIDS Care*, 8, 261-269.
- (2000): «Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection», *Annals of Internal Medicine*, 133 (1), 21-30.

- Smith, K. W., Avis, E. N., Mayer, K. H. y Swislow, L. (1997): «Use of the Mqol-HIV with asymptomatic HIV-positive patients», *Quality of Life Research*, 6, 555-560.
- Staszewski, S., Morales-Ramírez, J., Tashima, K. T., Rachlis, A., Skiest, D., Stanford, J., Stryker, R., Johnson, P., Labriola, D. F., Farina, D., Manion, D. J. y Ruiz, N. M. (1999): «Efavirenz plus zidovudine and lamivudine, efavirenz plus indinavir, and indinavir plus zidovudine and lamivudine in the treatment of HIV-infection in adults», *The New England Journal of Medicine*, 341 (25), 1865-1873.
- Tuldrà, A., Ferrer, M. J. y Rodríguez, C. (1998): «Adherence To Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART): Elements For Intervention And Research», *AIDS Cyber Journal*, 1, 128-139.
- , — Fumaz, C. R. Bayes, R., Paredes, R., Burger, D. M. y Clotet, B. (1999): «Monitoring adherence to HIV-therapy (letter)», *Archives of internal medicine*, 159, 1376-1377.
- (2000): «Comprobación de la fiabilidad, utilidad y aplicabilidad de un cuestionario de evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral referida por el paciente». Beca otorgada por Fipse. Convocatoria 2000.
- , Fumaz, C. R., Ferrer, M. J., Bayes, R., Arno, A., Balague, M., Bonjoch, A., Jou, A., Negrodo, E., Paredes, R., Ruiz, L., Romeu, J., Sirera, G., Tural, C., Burger, D. y Clotet, B. (2000): «Prospective randomized two-arm controlled study to determine the efficacy of a specific intervention to improve long-term adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy», *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 25, 221-228.
- Vanhove, G. F., Schapiro, J. M., Winters, M. A., Merigan, T. C. y Blaschke, T. F. (1996): «Patient compliance and drug failure in protease inhibitor monotherapy», *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 24, 1955-1956.
- Wagner, G. J. y Rabkin, J. G. (1999): «Measuring medication adherence: is assessment of missed doses sufficient?», *AIDS*, 13, 2491-2492.
- Wall, T. L., Sorensen, J. L., Batki, S. L. Delucchi, K. L., London, J. A. y Chesney, M. A. (1995): «Adherence to zidovudine (AZT) among HIV-infected methadone patients: a pilot study of supervised therapy and dispensing compared to usual care», *Drug and alcohol dependence*, 37, 261-269.
- WHO (1947): «The constitution of World Health Organization», *WHO Chron*, 1, 29.
- Wu, A. W., Rubin, H. R., Mathews, W. C., Ware, J. E., Brysk, L. T., Hardy, W. D., Bozzette, S. A., Spector, S. A. y Richman, D. D. (1991): «A health status questionnaire using 30 items from the Medical Outcomes Study: Preliminary validation in persons with early HIV infection», *Medical Care*, 29, 786-798.
- Wu, A. W., Revicki, D. A., Jacobson, D. y Malitz, F. E. (1997): «Evidence for reliability, validity and usefulness of the Medical Outcomes Study HIV Health Survey (MOS-HIV)», *Quality of Life Research*, 6, 481-493.
- Wu, A. W. (2000): «Quality of life assessment comes of age in the era of highly active antiretroviral therapy», *AIDS*, 14, 1449-1451.
- Zinkernagel, C., Taffe, P., Rickenbach, M., Amiet, R., Ledergerber, B., Volkart, A. C., Rauchfleisch, U., Kiss, A., Werder, V., Vernazza, P. y Battegay, M., The Swiss HIV Cohort Study (2001): «Importance of mental health assessment in HIV-infected outpatients», *Journal of acquired immune deficiency syndrome*, 28 (3), 240-249.

6. Evaluación psicológica y calidad de vida en el paciente oncológico

Eva Juan Linares

1. Introducción

El estudio de los aspectos psicológicos de los pacientes con cáncer constituye el eje en torno al cual se desarrolla la actividad de la psicología oncológica. Un campo particularmente relevante es el que se ocupa de la calidad de vida de los enfermos (Ibáñez y Andreu, 1988). La evaluación y el cuidado de la calidad de vida del paciente oncológico constituyen un punto de referencia básico de su tratamiento. Muchos casos de cáncer se diagnostican en fases avanzadas de la enfermedad, cuando ya sólo son posibles tratamientos paliativos que persiguen, básicamente, mantener la calidad de vida de los enfermos o evitar al máximo su deterioro. Por todo ello, los oncólogos han señalado repetidamente la necesidad de disponer de unos buenos elementos de valoración de la calidad de vida a fin de tener un elemento más de decisión a la hora de elegir el posible tratamiento a aplicar.

Con el fin de intentar responder a esta demanda, el presente capítulo ofrece una revisión crítica de las diferentes estrategias e instrumentos propuestos y utilizados dentro de la psicología oncológica para valorar la calidad de vida en pacientes con cáncer. Quisiéramos aprovechar para recomendar el excelente trabajo de Badía, Salamero y Alonso (1999) sobre una recopilación de diferentes medidas de calidad de vida en salud disponibles en español, al que consideramos como un buen complemento en general del presente libro.

1.1 Concepto e importancia de la calidad de vida en la oncología

La calidad de vida en enfermos de cáncer es un concepto que provoca mucho interés, pero a su vez es muy difícil de definir y de acotar, pues hay muchos factores que influyen en él, como la cultura, la religión, las experiencias previas y la percepción que el individuo tenga de la enfermedad. Por lo tanto, considerar cuáles son los factores más importantes resulta una tarea muy ardua, aunque posible.

Los primeros ensayos clínicos en los que se pretendió medir la calidad de vida de los pacientes de cáncer de forma unidimensional fueron los trabajos de Karnofsky (Karnofsky y Buchenal, 1949) y los de Zubrod (Zubrod, Schneiderman, Frei Brindley, Gold, Shnider y cols., 1960). En estos estudios se aplicaron unas escalas para la medida de la calidad de vida que continúan utilizándose en la actualidad. La más conocida de ellas entre los médicos oncólogos es la de Karnofsky (Karnofsky y Buchenal, 1949).

A partir de los años ochenta empezaron a aparecer instrumentos que medían la calidad de vida de los enfermos oncológicos de una forma multidimensional. El más importante fue el *Functional Living Index Cancer* (FLIC), de Schipper, Clinch, McMurray y Levitt (1984). Actualmente ya ha sido superado porque el FLIC daba una puntuación única y, por tanto, era demasiado reduccionista. Sin embargo, el FLIC todavía se utiliza en algunos casos para obtener una puntuación global y rápida de calidad de vida del sujeto, motivo por el cual lo incluimos en la recopilación de los instrumentos más utilizados en la valoración de la calidad de vida de enfermos oncológicos en los estudios españoles.

Posteriormente fueron desarrollándose otros instrumentos que medían la calidad de vida, los más relevantes de los cuales son descritos más adelante, pero ninguno ha sido aceptado de una forma generalizada por los diferentes centros oncológicos de Europa.

Sin embargo, la Organización Europea para la Investigación y Terapia del Cáncer (EORTC) ha respondido a este interés mediante la creación de un grupo de trabajo llamado *Quality of Life Study Group* (Aaronson, Ahmezdaí, Bullinger, Cull, Duez, Filiberty y cols., 1991) y ha llegado a un consenso sobre lo que el concepto de calidad de vida en ensayos oncológicos debería medir (Aaronson y cols., 1991):

- Los síntomas físicos propios del cáncer.
- Los síntomas debidos al tratamiento anticanceroso.
- Los aspectos funcionales.
- Los aspectos psicológicos.
- Los aspectos sociales y familiares.

Además, la medida de calidad de vida debe ser simple y de fácil comprensión (Geddes, 1991). En la actualidad, parece que el instrumento que

ha desarrollado la EORTC, denominado «EORTC QLQ C-30», es el más extendido y utilizado por los diferentes centros oncológicos de Europa, debido a que es el único instrumento que está validado de forma transcultural, habiéndose estandarizado en las diferentes culturas europeas.

El pronóstico de un paciente con cáncer muchas veces es pobre, como por ejemplo sucede en la mayoría de los casos con cáncer de pulmón, y, por tanto, la calidad de vida es tan importante como la cantidad de vida alargada. Por esta razón, es muy necesario utilizar medidas que sean válidas y fiables para poder detectar y posteriormente mejorar todo lo que sea posible la calidad de vida de estos enfermos. Además, disponer de una medida de calidad de vida en pacientes de cáncer es importante, a nuestro entender, porque permite (Font, 1988):

- Conocer el impacto de la enfermedad y/o el tratamiento a un nivel relevante, diferente y complementario al nivel del organismo.
- Un mejor conocimiento del enfermo, de su evolución y de su adaptación a la enfermedad.
- Conocer mejor los efectos secundarios de los tratamientos.
- Evaluar mejor las terapias paliativas.
- Eliminar resultados nulos de determinados ensayos clínicos.
- Ampliar los conocimientos sobre la evolución de la enfermedad.
- Ayudar en la toma de decisiones médicas.
- Potenciar la comunicación médico/paciente.
- Facilitar la rehabilitación de los pacientes.

En el caso de enfermos con cáncer en estadios avanzados, creemos que la evaluación de la calidad de vida merece una atención particular. Como ya hemos mencionado, en un gran número de casos es en estos momentos de la enfermedad en los que se suele hacer su diagnóstico. El diagnóstico conlleva la administración de tratamientos muy agresivos que provocan una gran morbilidad y cuyos efectos curativos son casi siempre ineficaces, aunque su valor paliativo a nivel sintomático (por ejemplo, para reducir el dolor) resulta muy valioso. Por tanto, para los médicos resulta importante evaluar la calidad de vida para poder tenerla en cuenta a la hora de realizar juicios de valor adecuados en cuanto al tipo de tratamiento que van a aplicar.

En resumen, el concepto de calidad de vida puede definirse como la valoración subjetiva que el paciente hace de diferentes aspectos de su vida en relación con su estado de salud. Es decir, en qué medida considera el paciente que la enfermedad o su tratamiento han afectado a aspectos concretos de su vida: a nivel biológico/fisiológico, conductual, psicológico, laboral, familiar y social (Font, 1988).

Desde esta perspectiva hemos planteado una breve revisión crítica que proponemos en las páginas siguientes y en las que, como veremos, se de-

muestra que los investigadores no siempre han seguido estas directrices a la hora de valorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer.

Pero antes presentaremos muy brevemente una visión general sobre otros aspectos psicológicos de interés a evaluar en pacientes oncológicos.

1.2 Evaluación psicológica en enfermos de cáncer

Previamente a la evaluación de la calidad de vida del enfermo con cáncer es importante realizar una entrevista clínica con el mismo, con la finalidad de obtener los datos relevantes y conocer lo más exhaustivamente posible la situación del sujeto con relación a la enfermedad que está sufriendo. A continuación se relacionan los elementos básicos que, a nuestro juicio, debe contener una entrevista clínica para un paciente de este tipo:

- 1) Recogida de datos personales.
- 2) Motivo de la consulta.
- 3) Recogida de datos médicos oncológicos. Se pide al paciente o a sus familiares un informe médico sobre el diagnóstico y los tratamientos a que ha sido sometido.
- 4) Situación actual de la enfermedad: fase de curación, de tratamiento, de recidiva o situación terminal.
- 5) Tipo de tratamiento psicofarmacológico (dosis y tiempo de consumo).
- 6) Evaluación del conocimiento del paciente sobre la enfermedad y el tipo de tratamiento que recibe: conocimiento completo, parcial o nulo.
- 7) Observación del enfermo de: su apariencia física (descuidada o cuidada), su conducta emocional (llanto, euforia, etc.) y el contacto visual con el terapeuta (adecuado, inadecuado o nulo).
- 8) Evaluación del estado de estrés del enfermo y de la posible presencia de un trastorno de adaptación.
- 9) Recogida de los datos de calidad de vida a través del instrumento más específico posible.
- 10) Evaluación del tipo de estrategias de afrontamiento que está utilizando el sujeto.

Debemos señalar que, además de la calidad de vida, uno de los aspectos más importantes a evaluar en los enfermos de cáncer es la presencia de trastornos desadaptativos manifestados a través de una elevada ansiedad o un estado de ánimo depresivo. Otro de los aspectos psicológicos más comunes es el estrés asociado al diagnóstico de cáncer y al tratamiento oncológico recibido. Para detectar estos síntomas, en la actualidad existen varias pruebas o cuestionarios, como, por ejemplo, la escala de ansiedad y depresión de Hamilton (Hamilton, 1959). No obstante, lo más importante es

la rapidez y la precisión en la valoración psicológica del paciente oncológico. Por ello, es muy recomendable la utilización de escalas análogas visuales (EVA), en las cuales el paciente indique la intensidad (de 0 a 10) de sintomatología ansiosa y depresiva que presenta (Gil y Sirgo, 1999), además de recoger la sintomatología o problemas que dificultan la adaptación del paciente a su enfermedad y al tratamiento oncológico.

Todo este cuadro desadaptativo en el paciente oncológico es resultado de un inadecuado afrontamiento a la enfermedad. Dependiendo de cómo perciba el enfermo la enfermedad, nos encontramos con diferentes estilos de afrontamiento, que se pueden evaluar con instrumentos específicos para la evaluación de las estrategias de afrontamiento de los enfermos, como el cuestionario de ajuste al cáncer MAC (Watson, Greer y Young, 1988). Si el sujeto considera la enfermedad como un desafío, luchará para superarla. La amenaza entraña un estado de incertidumbre tanto acerca de la capacidad de control personal sobre la capacidad para vencerla como sobre las posibilidades de un futuro, lo cual suele llevar a la preocupación ansiosa. La negación puede conducir a una estrategia de evitación activa frente a la enfermedad. Por último, la pérdida lleva o bien al fatalismo (resignación y dejarlo todo en manos de otras personas) o al desamparo/desesperanza, «nadie ni nada puede hacer algo por mí, estoy irremediabilmente perdido y no tengo salvación posible» (Romero Retes, Ibáñez Guerra y Monsalve, 2000).

1.3 Instrumentos usados para valorar la calidad de vida en enfermos de cáncer

En la siguiente tabla (Juan, 1997) presentamos los instrumentos más utilizados para valorar la calidad de vida en investigaciones que han evaluado a pacientes con distintos tipos de cáncer. Como puede verse, la variedad de instrumentos de evaluación es bastante amplia (véase cuadro 6.1).

La mayor parte de estos instrumentos utiliza escalas categóricas de 4 ó 5 puntos para que el enfermo valore diferentes ítems que, a su vez, se agrupan en distintos factores. Instrumentos como el *Karnofsky Performance Scale* (KPS; Escala Funcional Karnofsky) o el *Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status* (ECOG; Escala del Estatus Funcional del Grupo Oncológico Cooperativo del Este) utilizan escalas de valoración en las que el médico asigna una puntuación al paciente en función de las características funcionales que observa en el mismo.

En general, las características psicométricas de la mayor parte de los instrumentos que evalúan calidad de vida de forma específica en cáncer, son satisfactorias. Con respecto al QLI de Spitzer y cols. (1981), diferentes estudios han encontrado índices de consistencia interna que oscilan entre $\alpha = 0,77$ (Middelboe, Oversen, Mortensen y Bech, 1995) y $\alpha = 0,88$ (Youngblood, Williams, Eyles, Waring y Runyon, 1994).

Cuadro 6.1 Instrumentos para valorar la calidad de vida

Instrumentos	Autor	Aspectos que evalúa
<i>Quality of Life Index (QLI)</i>	Spitzer, Dobson, Hall y cols. (1981)	Calidad de vida
<i>Functional Assessment Cancer Therapy Scale (FACT-G)</i>	Cella, Tulsky, Gray, Sarofian, Linn, Banomi y cols. (1993)	Calidad de vida
<i>European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ C-30)</i>	Aaronson, Ahmezda, Bergman, Cull, Duez, Filiberty y cols. (1993)	Calidad de vida
<i>Functional Living Index Cancer (FLIC)</i>	Schipper, Clinch, McMurray y Levitt (1984)	Calidad de vida
<i>Rotterdam Symptom Checklist (RSCL)</i>	De Haes, Van Knippenberg y Neijt (1990)	Calidad de vida
<i>Karnofsky Performance Scale (KPS)</i>	Karnofsky y Buchenal (1949)	Funcionalidad
<i>Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status (ECOG)</i>	Zubrod y cols. (1960)	Funcionalidad

Cella y colaboradores (1993) encontraron que el FACT-G presentaba una fiabilidad test-retest de $r = 0,92$, y una validez de criterio de $r = 0,56$ al correlacionarlo con el ECOG de Zubrod y cols. (1960). También informaron de que su estructura factorial responde a una adecuada validez de constructo.

El trabajo de Osoba, Zee, Pater, Warr y Latreille (1994) sobre las cualidades psicométricas del EORTC QLQ C-30 de Aaronson y cols. (1993) también informaba a favor de su validez de constructo, encontrando además que su consistencia interna fue de $\alpha = 0,78$, y su validez de criterio al correlacionarlo con el ECOG, de $r = 0,85$.

Middelboe y cols. (1995) encontraron que la consistencia interna del FLIC de Schipper y cols. (1984) era de $\alpha = 0,93$. Ganz, Haskell, Figlin, La Soto y Siau (1988) analizaron su validez de criterio utilizando el KPS de Karnofsky y Buchenal (1949) como criterio, observando una correlación de 0,33, que es un poco baja, aun cuando alcanza la significación estadística ($p < 0,01$).

Finalmente, con respecto al (RSCL) de De Haes y cols. (1985), De Haes y Welvaart (1985) encontraron una consistencia interna de $\alpha = 0,80$.

Como se puede observar, tanto el KPS como el ECOG son instrumentos ya clásicos (debido a su antigüedad y a su utilización normalizada en la práctica oncológica clínica) que son utilizados de forma sistemática en los estudios que evalúan la calidad de vida en enfermos con cáncer y cuyo uso principal en la actualidad es ser el instrumento criterio para evaluar la validez de criterio de los instrumentos de calidad de vida ya mencionados. Debido a estos motivos no se analizan los datos de fiabilidad de estos dos instrumentos en dichos estudios.

1.4 Valoración y conclusiones

Como se ha podido observar en el apartado anterior, algunos cuestionarios, aun cuando parecen realmente evaluar la calidad de vida en enfermos de cáncer, lo hacen de una forma unidimensional, como el KPS y el ECOG, que valoran únicamente un aspecto de la misma: la capacidad funcional.

Cabe destacar que hasta el año 1984 no aparece el primer instrumento para valorar la calidad de vida en enfermos de cáncer de forma multidimensional pero con un única puntuación global: el *Functional Living Index of Cancer* (FLIC) de Schipper y cols. (1984). De hecho, junto con el FLIC, sólo podemos considerar como verdaderas escalas multifuncionales de valoración de la calidad de vida en enfermos de cáncer el *Rotterdam Symptom Checklist* (RSCL) de De Haes y cols. (1990), el *Functional Assessment Cancer Therapy Scale* (FACT-G) de Cella y cols. (1993) y el EORTC QLQ C-30 de Aaronson y cols. (1993). Por esta razón y por ser los instrumentos más utilizados, creemos que son los más importantes en el campo de la evaluación de la calidad de vida de los enfermos con cáncer, por lo que los vamos a describir detalladamente en el apartado 2.

En conjunto parece que a la hora de evaluar la calidad de vida en enfermos de cáncer existen diferentes opciones, de las que la más adecuada parece ser aquella que permite evaluarla de forma estandarizada y, si es posible, especificando en qué tipo de cáncer se evalúa, pues cada tipo de cáncer tiene sus síntomas específicos que deben tenerse en cuenta.

Sin embargo, debemos señalar que existen instrumentos de evaluación de calidad de vida en enfermos de cáncer españoles de gran calidad y especificidad para evaluar la población española, entre los que cabe destacar el «Inventario de Calidad de Vida, ICV», de García Riaño e Ibáñez (1992), o los instrumentos que usan escalas analógico visuales (que como ya hemos dicho son muy útiles para recoger información de forma rápida en situaciones de intervención hospitalaria), como es el caso del instrumento de evaluación de la calidad de vida de los enfermos con cáncer de Font (1989) y una adaptación de éste para evaluar la calidad de vida de los enfermos con cáncer de pulmón (CVCP) de Juan, Blasco, Font, Pallarés y Sanz (1999).

2. Pruebas de evaluación

Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y Terapia del Cáncer.

EORTC QLQ-C30 (Aronson, N. K., *et al.*, 1993)

Ficha técnica

Nombre: *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* (Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y Terapia del Cáncer).

Siglas: EORTC QLQ-C30.

Autor (dirección): N. K. Aaronson y cols. Division of Psychosocial Research and Epidemiology. The Netherlands Cancer Institute. Plesmanlaan, 121, 1066CX Amsterdam, Netherlands.

Datos de publicación: «The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a Quality of Life instrument for use in international clinical trials in oncology», *Journal of the National Cancer Institute*, 85, 365-376. 1993.

Adaptación española: Arrarás, Arias, Tejedor, Pruja, Marcos, Martínez, y Valerdi (2002) / Dr. J. I. Arrarás, Servicio de Oncología, Hospital de Navarra, c/ Irunlarrea, 3, 31008 Pamplona, España. Correo electrónico: jjarraras@correo.cop.es.

Objetivos: Evaluar la calidad de vida de los pacientes oncológicos en ensayos clínicos en los que puedan incluirse pacientes de diferentes países.

Áreas evaluadas: 5 escalas funcionales (funcionamiento físico, social, emocional, cognitivo y de rol); 3 escalas de síntomas (fatiga, dolor, y náuseas y vómitos); 1 escala global de calidad de vida; ítems individuales relacionados con los síntomas de la enfermedad y su tratamiento.

Población: Enfermos con diversos tipos de cáncer.

Tiempo de administración: 20 minutos, aproximadamente.

Momento más adecuado para pasar la prueba: En todas las fases de la enfermedad.

Procedimiento de puntuación: 28 ítems se evalúan mediante escalas Likert de respuesta ordinal con 4 categorías y los ítems 29 y 30 que tienen 7 opciones de respuesta.

Profesionales que pueden pasar la prueba: Autoadministración o entrevista por un profesional de la salud.

Datos psicométricos: En el estudio de Arrarás y cols. (1996), el resultado del análisis factorial concordó con la estructura de la mayoría de las escalas. Siete escalas presentaron coeficientes α entre 0,65 y 0,85 y dos valores inferiores a 0,60. Osoba y cols. (1994) informan de una consistencia interna global de $\alpha = 0,78$ y de validez de criterio al correlacionarlo con el ECOG de $r = 0,85$.

Descripción

El cuestionario fue creado por el grupo de Calidad de Vida de la *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC), formado por oncólogos, cirujanos, hematólogos, psiquiatras, psicólogos y metodólogos de la investigación, entre otros, que provienen de Europa, Estados Unidos, Canadá y Japón. El cuestionario es específico para enfermos con cáncer,

ha sido diseñado para que lo conteste el paciente o un profesional de la salud, tiene una estructura multidimensional y puede ser utilizado en estudios multinacionales por ser un instrumento cuya característica principal es que se ha estandarizado en diferentes países.

El QLQ-C30 contiene áreas que están relacionadas con la salud general y el funcionamiento físico, social y emocional que pueden verse afectadas por la enfer-

medad y el tratamiento en los enfermos de cáncer. Además, se incluyen ítems que valoran síntomas y efectos secundarios de los tratamientos, pensados para evaluar la calidad de vida en ensayos clínicos y descubrir cómo afectan algunos tratamientos a la calidad de vida de los enfermos.

Una primera versión, el QLQ-C36, constaba de 36 ítems. Después de un estudio de validación (Aaronson y cols., 1991), se introdujeron algunos cambios y se redujo el cuestionario a 30 ítems, dando lugar al EORTC QLQ-C30. Osoba y cols. (1994) encontraron una consistencia interna global de $\alpha = 0,78$ y un índice de correlación con el ECOG de Zubrod y cols. (1960) de $r = 0,85$. En la adaptación española inicial se modificó el QLQ-C30 sustituyendo 3 ítems por otros nuevos (Arrarás y cols., 1996).

Los 30 ítems del cuestionario se agrupan en cinco escalas funcionales (la física, la social, la emocional, la cognitiva y la de rol); tres escalas de síntomas (fatiga, dolor y náuseas y vómitos); una escala global de calidad de vida; e ítems individuales relacionados con los síntomas de la enfermedad y su tratamiento (disnea, insomnio, pérdida de apetito, estreñimiento, diarrea e impacto financiero). El cuestionario se complementa con módulos específicos para cada tipo de neoplasia que contienen áreas de la calidad de vida específicas que se pueden ver influidas por la enfermedad o su tratamiento. Estos módulos se han creado siguiendo unas líneas desarrolladas por el grupo EORTC (Sprangers, Cull, Bjordal y cols., 1993). El QLQ-C30 ha sido traducido al español siguiendo un procedimiento de traducción-retrotraducción y siguiendo las directrices establecidas dentro del grupo de la EORTC.

En la actualidad se han creado los siguientes módulos: cáncer de mama QLQ-BR23, pulmón QLQ-LC13, esófago QLQ-OES 24, cabeza y cuello QLQ-HyN 37, cuidados paliativos, colorectal, satisfac-

ción con los cuidados recibidos, leucemia QLQ-LEU, y ovario o próstata. Algunos de los módulos han sido ya validados en España, como el de pulmón y el de mama (Arrarás, 1998; Arrarás y cols., 1998a; Arrarás y cols., 1998b).

También se estudió la validez comprobándose de cuatro maneras: 1) las correlaciones entre las escalas resultaron significativas y moderadas, indicando que se trataba de áreas relacionadas pero independientes; 2) validez discriminante: algunas escalas e ítems del cuestionario diferenciaron grupos de pacientes según distintas variables clínicas: pérdida de peso, nivel de toxicidad, estadio tumoral y tipo de tratamiento; 3) algunas escalas e ítems del cuestionario también diferenciaron entre grupos de pacientes cuyo estado funcional había mejorado entre ambas mediciones; y 4) el resultado del análisis factorial concordó con la estructura de la mayoría de las escalas. Tras este estudio se realizaron dos versiones más de la traducción y se efectuaron pequeños cambios en la versión española. La versión que presentamos aquí es la más reciente (Arrarás y cols., 2002).

En cuanto a la fiabilidad del instrumento, podemos decir que siete escalas presentaron coeficientes α de Cronbach entre 0,65 y 0,85. Dos escalas presentaron valores inferiores a 0,60 (Arrarás, 1998).

Es interesante destacar que con este instrumento contamos con investigadores y muestras de diferentes países debido al afán de estandarizarlo, lo que, por un lado, enriquece enormemente el contenido del cuestionario y, por otro, permite que pueda aplicarse en diferentes países con resultados comparables entre sí. La aplicación de los módulos de la EORTC en ensayos clínicos permitirá conocer la sensibilidad al cambio en tratamientos e intervenciones oncológicas y psicológicas de diferentes tipos de cáncer.

Normas de administración

Las respuestas a los ítems se refieren a la semana anterior, excepto en la escala de funcionamiento físico del paciente cuyo marco temporal es el presente. Todos los ítems presentan un formato de escalas tipo Likert de cuatro categorías de respuesta ordinal, excepto en los ítems 29 y 30, que corresponden a la escala global de calidad de vida y que tienen siete opciones de respuesta.

Corrección e interpretación

Una mayor puntuación en las escalas funcionales indica una mejor calidad de vida, y una mayor puntuación en las escalas de síntomas, una peor calidad de vida.

La forma de corregir las diferentes escalas es mediante las siguientes fórmulas:

- 1) Escala Física (PF): $PF = (1 + 2 + 3 + 4 + 5) / 5$; $XPF = 100 - [(PF-1) \times 100/3]$
- 2) Escala Emocional (EF): $EF = (21 + 22 + 23 + 24) / 4$; $XEF = 100 - [(EF-1) \times 100/3]$
- 3) Escala Rol (RF): $RF = (6 + 7) / 2$; $XRF = 100 - [(RF-1) \times 100]$
- 4) Escala Cognitiva (CF): $CF = (20 + 25) / 2$; $XCF = 100 - [(CF-1) \times 100/3]$
- 5) Escala Social (SF): $SF = (26 + 27) / 2$; $XSF = 100 - [(SF-1) \times 100/3]$
- 6) Escala Global (QL): $QL = (29+30)/2$; $XQL = (QL-1) \times 100/6$
- 7) Fatiga (FA): $FA = (10 + 12 + 18) / 3$; $XFA = (FA-1) \times 100/3$
- 8) Náuseas y vómitos (NV): $NV = (14 + 15) / 2$; $XNV = (NV-1) \times 100/3$
- 9) Dolor (PA): $PA = (9 + 19) / 2$; $XPA = (PA-1) \times 100/3$
- 10) Ítems individuales: $XDY = (DY-1) \times 100/3$ (disnea); $XSL = (SL-1) \times 100/3$ (problemas de sueño); $XAP = (AP-1) \times 100/3$ (pérdida de apetito); $XCO = (CO-1) \times 100/3$ (estreñimiento); $XDI = (DI-1) \times 100/3$ (diarrea); $XFI = (FI-1) \times 100/3$ (dificultades financieras)

Prueba**Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y Terapia del Cáncer, EORTC QLQ-C30 (versión 3.0 de Arrarás, J. I., et al., 2002)**

Estamos interesados en conocer algunas cosas de usted y su salud. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, rodeando con un círculo el número que mejor se aplique a su caso. No hay contestaciones «acertadas» o «desacertadas». La información que nos proporcione será estrictamente confidencial.

Por favor, ponga sus iniciales:

Su fecha de nacimiento (día, mes, año):

Fecha de hoy (día, mes, año):

1. ¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?
En absoluto Un poco Bastante Mucho
2. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo largo?
En absoluto Un poco Bastante Mucho
3. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de casa?
En absoluto Un poco Bastante Mucho
4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentada en una silla durante el día?
En absoluto Un poco Bastante Mucho
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio?

Durante la semana pasada:

6. ¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?
En absoluto Un poco Bastante Mucho
7. ¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio?
En absoluto Un poco Bastante Mucho
8. ¿Tuvo asfixia?
En absoluto Un poco Bastante Mucho
9. ¿Ha tenido dolor?
En absoluto Un poco Bastante Mucho
10. ¿Necesitó parar para descansar?
En absoluto Un poco Bastante Mucho
11. ¿Ha tenido dificultades para dormir?
En absoluto Un poco Bastante Mucho
12. ¿Se ha sentido débil?
En absoluto Un poco Bastante Mucho
13. ¿Le ha faltado el apetito?
En absoluto Un poco Bastante Mucho
14. ¿Ha tenido náuseas?
En absoluto Un poco Bastante Mucho
15. ¿Ha vomitado?
En absoluto Un poco Bastante Mucho
16. ¿Ha estado estreñido?
En absoluto Un poco Bastante Mucho
17. ¿Ha tenido diarrea?
En absoluto Un poco Bastante Mucho
18. ¿Estuvo cansado?
En absoluto Un poco Bastante Mucho
19. ¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?
En absoluto Un poco Bastante Mucho

Escalas de Evaluación Funcional de la Terapia del Cáncer.

Functional Assessment of Cancer Therapy Scales, FACT (Cella, D. F.; Tulskey, D. S.; Gray, G.; Sarofian, B.; Linn, E.; Bonomi, A., y cols., 1993)

Ficha técnica

<p>Nombre: <i>Functional Assessment of Cancer Therapy Scales</i> (Escalas de Evaluación Funcional de la Terapia del Cáncer).</p> <p>Siglas: FACT.</p> <p>Autor (dirección): Cella, Tulskey, Gray, Sarofian, Linn, Bonomi y cols. Rush-Presbyterian-St. Luke's medical Center. The Rush Cancer Institute. 1725 West Harrison, Suite 863. Chicago, IL 60612.</p> <p>Datos de publicación: «The functional assessment of cancer therapy scale: development and validation of the general measure», <i>Journal of Clinical Oncology</i>, 11 (3), 570-579.</p> <p>Adaptación española: Cella, Hernández, Bonomi, Corona, Vaquero, Shimoto y Báez (1998).</p> <p>Objetivos: Es una versión general que evalúa la calidad de vida de cualquier tipo de enfermo con cáncer para conocer el impacto del tratamiento y la enfermedad en ésta.</p> <p>Áreas evaluadas: Estado físico general de salud; ambiente familiar y social; relación con el doctor; estado emocional; capacidad de funcionamiento personal.</p> <p>Población: Enfermos con diversos tipos de cáncer.</p> <p>Tiempo de administración: 5 minutos.</p> <p>Momento más adecuado para pasar la prueba: En todas las fases de la enfermedad.</p> <p>Procedimiento de puntuación: 34 ítems con escalas tipo Likert con un rango de 0 a 4.</p> <p>Profesionales que pueden pasar la prueba: Autoadministración o entrevista por parte del personal sanitario.</p> <p>Datos psicométricos: Cella y sus colaboradores al realizar el análisis de validez encontraron seis factores (dos de ellos muy similares conceptualmente y que forman el factor «capacidad de funcionamiento personal») que explicaban el 51% de la varianza. En cuanto a la consistencia interna, se encontraron las siguientes α de Cronbach: escala de estado físico general de salud 0,82, escala de capacidad de funcionamiento personal 0,86, escala de estado emocional 0,74, escala de ambiente familiar y social 0,69, escala de relación con el doctor 0,65, y la α total de 0,89. Buena sensibilidad al cambio.</p>
--

Descripción

La primera versión de este cuestionario fue creado por Cella y sus colaboradores en 1993. Está diseñado para evaluar la calidad de vida subjetiva de los enfermos con distintos tipos de cáncer y en diferentes estadios de la enfermedad. Por su fácil cumplimentación, el paciente lo puede rellenar sin necesidad de ayuda del personal sanitario, además, por su brevedad y su simplicidad responde a las restricciones realistas de una prueba clínica. Su estructura es multidimensional y tiene como objetivo evaluar el impacto del tratamiento y de la enfermedad en la cali-

dad de vida de los enfermos (Cella y cols., 1993).

El FACT-G, versión española, contiene 34 ítems distribuidos en 5 áreas relacionadas con la calidad de vida: «el estado físico general de salud», «el ambiente familiar y social», «la relación con el doctor», «el estado emocional» y «la capacidad de funcionamiento personal». Al final de cada dimensión hay un ítem que pregunta sobre la influencia de esa área en su calidad de vida total puntuada con una escala análoga numérica de 0 a 10 (Cella y cols., 1998).

Para desarrollar el FACT-G, versión original (Cella y cols., 1993), se hizo en cinco fases:

1. Generación de los ítems.
2. Revisión y reducción de ítems.
3. Construcción de la escala y experimento piloto.
4. Evaluación inicial.
5. Evaluación adicional.

Al realizar el análisis factorial en una muestra de 545 enfermos con diferentes tipos de cáncer, se obtuvieron 6 factores significativos que explicaban un 51% de la varianza total. Como resultado de este análisis factorial se crearon cinco subescalas: «el estado físico general de salud» (factor 1), «el ambiente familiar y social» (factor 2), «la relación con el doctor» (factor 5), «el estado emocional» (factor 3) y «la capacidad de funcionamiento personal» (factores 4 y 6). Los factores 4 y 6 se combinaron en una sola subescala debido a su similitud conceptual y a la elevada correlación entre ambos factores ($r = 0,25$) (Cella y cols., 1993).

El análisis de fiabilidad se evaluó mediante el α de Cronbach, consiguiendo las siguientes consistencias internas satisfactorias: «el estado físico general de salud» (0,82), «el ambiente familiar y social» (0,69), «la relación con el doctor» (0,65), «el estado emocional» (0,74) y «la capacidad de funcionamiento personal» (0,80). La consistencia interna total fue de 0,89 (Cella y cols., 1993).

La validez divergente también fue evaluada en un estudio previo con una muestra de 316 pacientes. Se obtuvieron unas correlaciones de Pearson bastante elevadas: con el FLIC una $r = 0,79$; con el Brief-Poms una $r = -0,65$ (Cella, Jacobsen, Orav y cols., 1987) y con el ECOG una $r = -0,56$.

La sensibilidad del FACT-G en función de los cuatro estadios de la enfermedad se vio de forma significativa en la subescala física ($p < 0,01$), en la subescala funcional ($p < 0,0001$) y en la total ($p < 0,01$). Con respecto a lo que se esperaba, estas puntuaciones fueron mucho más bajas en los

pacientes en estadio IV, pues presentaban unas puntuaciones muy bajas en el área física. También se encontraron diferencias significativas ($p < 0,0001$), dependiendo de si se trataba de pacientes ambulatorios o internos para la escala global y las subescalas a excepción la escala «relación con el doctor» (Cella y cols., 1993).

La sensibilidad al cambio también fue evaluada en una muestra de 70 pacientes con diferentes diagnósticos de cáncer, a los cuales se les administró una vez el cuestionario y otra a los tres o siete días (prueba test-retest), los resultados fueron los siguientes: «el estado físico general de salud» ($r = 0,88$), «el ambiente familiar y social» ($r = 0,82$), «la relación con el doctor» ($r = 0,83$), «el estado emocional» ($r = 0,82$), «la capacidad de funcionamiento personal» ($r = 0,84$) y la puntuación total ($r = 0,92$). La sensibilidad al cambio es una importante capacidad para cualquier instrumento de evaluación de la calidad de vida, pues significa poder evaluar las diferencias relacionadas al tratamiento o las diferencias relacionadas a la enfermedad en un ensayo clínico. En una muestra de 104 enfermos con cáncer de mama, de pulmón y de colon que recibían quimioterapia, se les administró el FACT y el ECOG una vez y a los dos meses. Los sujetos fueron categorizados en tres grupos, de acuerdo con los cambios de su ECOG a lo largo de los dos meses: el grupo de los que su funcionalidad empeoró ($n = 27$), el grupo de los que su funcionalidad no cambió ($n = 60$) y el grupo de los que su funcionalidad mejoró ($n = 17$). Un análisis de varianza multivariado confirmó un efecto significativo ($p = 0,002$) indicando que el FACT podía distinguir claramente los tres grupos. Y, como se esperaba, las subescalas más sensibles al cambio fueron la física ($p < 0,001$) y la funcional ($p < 0,01$). También fue algo sensible al cambio la subescala emocional ($p < 0,05$), pero no la social ni la de la relación con el doctor. En resumen, el

FACT-G tiene la característica de no perder la sensibilidad para diferenciar distintos estadios de la enfermedad, la funcionalidad, la localización del paciente y el cambio clínico del paciente a lo largo del tiempo (Cella y cols., 1993).

Finalmente, decir que el FACT en la actualidad tiene distintas versiones, tanto en inglés como en español, específicas para distintos tipos de cáncer y para enfermos infectados de HIV (Kornblith y Holland, 1994).

Normas de administración

Las respuestas a los ítems se refieren a los últimos siete días, excepto en los ítems 8, 16, 19, 26 y 34, en los que se pregunta cómo influye cada dimensión específica en el total de la calidad de vida del sujeto cuyo marco temporal es el presente. Todos los ítems presentan un formato de escalas tipo Likert de cinco categorías de respuesta ordinal (con un rango de respuestas de 0-4), excepto en los ítems 8, 16, 19, 26 y 34, que corresponden a la escala global de cada una de las cinco dimensiones contempladas en el cuestionario y que tienen diez opciones de respuesta.

Corrección e interpretación

Una mayor puntuación en las escalas indica una mejor calidad de vida. El rango de puntuaciones se encuentra entre 0-4. Sin embargo, en los ítems que hacen referencia a la percepción de influencia de cada dimensión en la calidad de vida, a mayor puntuación indica que su calidad de vida en este aspecto es peor.

La forma de corregir las diferentes escalas es mediante las siguientes fórmulas:

1) Subescala estado físico: la puntuación de cada uno de los 7 ítems por

separado se resta de 4 (por ejemplo: 4 – puntuación del ítem 1) y después de obtener las 7 puntuaciones se hace la siguiente fórmula para sacar la puntuación total de la dimensión (el ítem 1a se suprime de la puntuación): $T = [(suma\ de\ los\ ítems) \times 7 / (n.^{\circ}\ de\ ítems\ contestados)]$.

- 2) Subescala ambiente familiar y social: sólo la puntuación de los ítems 9 y 13 se resta de 4. En los ítems 10, 11, 12, 14 y 15 se obtiene la puntuación directa. Posteriormente se aplica la misma fórmula que en la subescala anterior: $T = [(suma\ de\ los\ ítems) \times (7 / (n.^{\circ}\ de\ ítems\ contestados))]$.
- 3) Subescala relación con el doctor: se corrige sumando directamente las puntuaciones de los ítems 17 y 18.
- 4) Subescala estado emocional: se restan de 4 los ítems 20, 22, 23 y 24. El ítem 21 tiene la puntuación directa y el ítem 25 no se puntúa. Después de recoger las puntuaciones se aplica la siguiente fórmula: $T = [(suma\ de\ los\ ítems) \times (5 / (n.^{\circ}\ de\ ítems\ contestados))]$.
- 5) Subescala capacidad de funcionamiento personal: se corrige sumando directamente las puntuaciones de los ítems 27, 28, 29, 30, 31, 32 y 33. En el caso de que el paciente no haya contestado a alguna pregunta se debe aplicar la fórmula: $T = [(suma\ de\ los\ ítems) \times (7 / (n.^{\circ}\ de\ ítems\ contestados))]$.
- 6) La puntuación global del cuestionario se obtiene sumando los totales de cada subescala.
- 7) Por separado se recoge la puntuación de cada uno de los ítems 8, 16, 19, 26 y 34, que hacen referencia a la influencia de cada subescala sobre la calidad de vida global. El rango está entre 0-10.

6. Evaluación psicológica y calidad de vida en el paciente oncológico

Dependiendo de lo cierto que haya sido para usted cada afirmación durante los últimos siete días, marque, por favor sólo uno de los números que aparecen en cada línea.

RELACIÓN CON EL DOCTOR

17. Tengo confianza en mi(s) doctor(es).
 Nada Un poco Algo Mucho Muchísimo
18. Mi doctor está disponible para contestar mis preguntas.
 Nada Un poco Algo Mucho Muchísimo
19. Repasando las dos preguntas anteriores, ¿cuánto diría que influye su RELACIÓN CON SU DOCTOR en su calidad de vida (su vida actual)?
- | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | | | | | | | Muchísimo | |

ESTADO EMOCIONAL

20. Me siento triste.
 Nada Un poco Algo Mucho Muchísimo
21. Me siento orgulloso(a) de como estoy enfrentando mi enfermedad.
 Nada Un poco Algo Mucho Muchísimo
22. Estoy perdiendo las esperanzas en la lucha contra mi enfermedad.
 Nada Un poco Algo Mucho Muchísimo
23. Me siento nervioso(a).
 Nada Un poco Algo Mucho Muchísimo
24. Me preocupa morir.
 Nada Un poco Algo Mucho Muchísimo
25. Me preocupa que mi enfermedad empeore.
 Nada Un poco Algo Mucho Muchísimo
26. Repasando las seis preguntas anteriores, ¿cuánto diría que influye su ESTADO EMOCIONAL en su calidad de vida (su vida actual)?
- | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | | | | | | | Muchísimo | |

CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO PERSONAL

27. Puedo trabajar (incluya trabajo en el hogar).
 Nada Un poco Algo Mucho Muchísimo
28. Me satisface mi trabajo (incluya trabajo en el hogar).
 Nada Un poco Algo Mucho Muchísimo
29. Puedo disfrutar la vida.
 Nada Un poco Algo Mucho Muchísimo
30. He aceptado mi enfermedad.
 Nada Un poco Algo Mucho Muchísimo
31. Duermo bien.
 Nada Un poco Algo Mucho Muchísimo
32. Disfruto mis pasatiempos de siempre.
 Nada Un poco Algo Mucho Muchísimo
33. Estoy contento(a) con mi vida (calidad de vida) actual.
 Nada Un poco Algo Mucho Muchísimo
34. Repasando las siete preguntas anteriores, ¿cuánto diría que influye su CAPACIDAD DE FUNCIONAMIENTO PERSONAL en su calidad de vida (su vida actual)?
- | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| | | | | | | | | | Muchísimo | |

Listado de Síntomas de Rotterdam.

Rotterdam Symptom Check List, RSCL (De Haes, J. C., y Welvaart, K., 1985)

Ficha técnica

Nombre: *Rotterdam Symptom Check List* (Listado de Síntomas de Rotterdam).

Siglas: RSCL.

Autor: J. C. De Haes y K. Welvaart. Department of Medical Psychology. University Hospital (AMC). Meibergdreef 9, 1105 AZ Amsterdam. Holanda.

Datos de publicación: «Quality of life after breast cancer surgery», *Journal Surgery of Oncology*, 28, 123-125, 1985.

Versión española: Agra y Badía (1998) / Dra. Yolanda Agra, Unidad de Investigación - Área 4. Atención Primaria Insalud, C/ José Arcones Gil, 11, 28017 Madrid. Teléfono: 34-1-4084165. Fax: 34-1-3681865. Correo electrónico: yolanda.agra@area4.servicom.es.

Objetivos: Medir el impacto de los síntomas en la calidad de vida de los pacientes con cáncer que participan en ensayos clínicos.

Áreas evaluadas: Síntomas físicos, síntomas psicológicos, actividades de la vida diaria y calidad de vida en general.

Población: Enfermos con diversos tipos de cáncer.

Tiempo de administración: 15 minutos, aproximadamente.

Momento más adecuado para pasar la prueba: En todas las fases de la enfermedad.

Procedimiento de puntuación: 39 ítems con escalas Likert ordinales (1-4 para las dimensiones de síntomas físicos, psicológicos y de actividades diarias y 1-7 para la pregunta sobre la calidad de vida en general).

Profesionales que pueden pasar la prueba: Autoadministración o entrevista por cualquier profesional de la salud.

Datos psicométricos: Según Agra y Badía (1998), buena validez convergente con el KPS; Consistencia interna total de $\alpha = 0,80$, con una oscilación para las escalas de 0,74-0,90; buena sensibilidad al cambio de las escalas de síntomas físicos.

Descripción

El RSCL fue originalmente desarrollado por De Haes y Welvaart (1985), con la intención de medir el impacto de los síntomas en la calidad de vida en pacientes con cáncer que participaban en ensayos clínicos donde se administraban distintos tratamientos oncológicos.

La versión española del RSCL (Agra y Badía, 1998), al igual que la original, consta de 39 ítems repartidos en cuatro escalas: síntomas físicos (23 ítems), síntomas psicológicos (7 ítems), actividades de la vida diaria (8 ítems) y calidad de vida en general (1 ítem). La escala de síntomas físicos está formada a su vez por cuatro subescalas: fatiga (6 ítems), síntomas gas-

trointestinales (5 ítems), dolor (6 ítems) y síntomas de quimioterapia (5 ítems).

El método de adaptación seguido fue la traducción y la retrotraducción de la versión original inglesa. En el proceso se llegaron a desarrollar hasta seis versiones españolas distintas antes de conseguir la versión final. Se realizaron dos estudios piloto para comprobar la comprensión de los ítems y las categorías de respuesta para detectar posibles problemas de interpretación (Badía y cols., 1999).

Para evaluar la validez del instrumento se hizo un estudio preliminar (Agra y Badía, 1998) con un total de 118 pacientes, en el que además se administró el *Nottingham Health Profile* (NHP) y el KPS de Karnofsky y Buchenal (1949) para evaluar

la validez convergente-discriminante y su sensibilidad en distintas poblaciones. El cuestionario fue capaz de discriminar pacientes según su estado funcional medido con el KPS. Se observó que a medida que la puntuación en el estado funcional empeoraba, también lo hacía la calidad de vida medida por el RSCL. La matriz de correlaciones de Spearman mostró una asociación significativa entre la dimensión física del RSCL y las dimensiones «energía» y «emoción» del NHP. También mostró una correlación significativa entre la dimensión «síntomas psicológicos» del RSCL y «emoción» del NHP, así como con la dimensión «actividad» del RSCL y «energía» y «movilidad» del NHP y entre «calidad de vida general» del RSCL y «energía» y «emoción» del NHP.

Para el análisis de fiabilidad se calculó el α de Cronbach para el total de los ítems y se obtuvo un valor de 0,80 (con un rango de 0,74 a 0,90 para las escalas del cuestionario) (Agra y Badía, 1998). No se encontraron diferencias significativas entre los cuestionarios administrados por entrevista y los autoadministrados.

En un estudio posterior (Agra y Badía, 1999), llevado a cabo en una muestra de 477 sujetos (162 pacientes oncológicos terminales, 256 sujetos de la población general y 59 pacientes en tratamiento con quimioterapia), se analizó la estructura interna del cuestionario y de nuevo su sensibilidad en distintas poblaciones. En la muestra de pacientes oncológicos terminales se extrajeron cinco factores que explicaron el 43% de la varianza y en la muestra de población general se extrajeron también cinco factores que explicaron el 52% de la varianza. En ambas submuestras, los ítems se agruparon en dos dimensiones claramente diferenciadas: una psicológica y otra física, replicando la estructura del cuestionario encontrada en otros estudios. El análisis de la capacidad discriminante del instrumento fue evaluada nuevamente, con el

análisis de las diferencias en las puntuaciones del cuestionario según la situación clínica (pacientes oncológicos terminales vs. pacientes generales) y funcional (medida mediante el KPS), observándose que en la muestra de pacientes oncológicos terminales, su peor estado funcional implicaba una peor percepción de salud y una menor capacidad para realizar actividades. En este estudio, el α de Cronbach de las tres submuestras de pacientes estudiadas (pacientes oncológicos terminales, sujetos de la población general y pacientes en tratamiento con quimioterapia) osciló entre 0,76 y 0,91 para las cuatro escalas y de 0,29 a 0,79 para las cuatro subescalas de síntomas físicos.

El análisis de la sensibilidad al cambio del cuestionario fue realizado en la muestra de pacientes en tratamiento de quimioterapia calculando el tamaño del efecto para conocer la magnitud del cambio. Se encontraron diferencias de puntuación entre la situación basal y el primer y segundo ciclo de quimioterapia de la muestra para todas las escalas y subescalas de síntomas físicos del cuestionario, excepto para la escala psicológica, que permaneció estable a lo largo del tratamiento. La subescala quimioterapia, además, presentó diferencias entre el primer y el segundo ciclo del tratamiento. Concretamente, el tamaño del efecto fue muy elevado para la escala física (con valores de 0,58 y 0,96 entre el pretratamiento y el primer y segundo ciclo, respectivamente), la subescala quimioterapia (1,60 entre pretratamiento y segundo ciclo) y la subescala gastrointestinal (1,32 y 1,22 entre pretratamiento y primer y segundo ciclo, respectivamente) y moderado para el resto (Agra y Badía, 1999).

Normas de administración

Las categorías de respuesta para todos los ítems son ordinales, de tipo Likert, y

hay cuatro para las dimensiones de síntomas físicos, psicológicos y de actividades diarias, mientras que la pregunta sobre la calidad de vida en general tiene siete alternativas de respuesta cualitativa. El cuestionario está diseñado para ser autoadministrado o administrado vía entrevista y requiere unos 15 minutos para su cumplimentación.

Corrección e interpretación

El *Rotterdam Symptom Check List* (RSCL) proporciona una puntuación para cada escala (física, psicológica y global) y para cada subescala (fatiga, dolor gastrointestinal y quimioterapia). Las puntuaciones de cada (sub)escala constituyen la suma de las puntuaciones de los ítems de que se compone la escala. El RSCL no tiene una puntuación global.

En el caso de los primeros 30 ítems, la puntuación puede ir de 1 a 4 según la respuesta emitida por el paciente. La puntuación 1 indica la mejor situación y la puntuación 4 indica la peor situación. Los ítems que van del 31 al 38 tienen una puntuación que también puede ir de 1 a 4 según la respuesta emitida por el paciente. La puntuación 1 indica la peor situación y la puntuación 4 indica la mejor situación. El ítem 39 tiene una puntuación que va de 1 a 7, son respuestas cualitativas que van de «excelente» a «muy mala».

La puntuación de cada (sub)escala se obtiene restando a la suma de los valores de las categorías marcadas en cada ítem que constituye la (sub)escala, la suma de dichos ítems si la puntuación de los mismos fuese uno. Este valor se divide por la diferencia entre la suma de los ítems con la máxima puntuación posible y la suma

de los ítems con la mínima puntuación posible; este valor final se multiplica por cien. Por lo tanto, el rango de puntuación es de 0 a 100.

La expresión matemática para todas las (sub)escalas, excepto la global, es:

$$E = (S_{xi} - S_{x1} / S_{x4} - S_{x1}) \times 100, \text{ donde:}$$

- E: (sub)escala.
 - S_{xi} : suma de puntuaciones de los ítems incluidos en la correspondiente (sub)escala.
 - S_{x1} : suma de todos los ítems de la (sub)escala si la puntuación de cada ítem es igual a 1.
 - S_{x4} : suma de todos los ítems de la (sub)escala si la puntuación de cada ítem es igual a 4.
- La expresión matemática para la escala global es:
- $$E = (S_{xi} - S_{x1} / S_{x7} - S_{x1}) \times 100, \text{ donde:}$$
- S_{x7} : suma de todos los ítems de la (sub)escala si la puntuación de cada ítem es igual a 7.

Los ítems integrantes de cada escala y subescala son los siguientes:

- 1) Escala física: 1, 3, 5, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30.
- 2) Escala psicológica: 2, 4, 6, 9, 11, 17, 19.
- 3) Escala de actividad: del 31 al 38.
- 4) Escala global: 39
- 5) Subescala de fatiga: 3, 7, 12, 25, 29, 30.
- 6) Subescala de dolor: 5, 8, 18, 20, 23.
- 7) Subescala gastrointestinal: 1, 10, 14, 15, 21.
- 8) Subescala de quimioterapia: 22, 24, 26, 27, 28.

Prueba

Listado de Síntomas de Rotterdam, RSCL (versión castellana, Agra, Y., y Badía, X., 1998)

<i>Durante la semana pasada ¿ha tenido usted...?</i>				
1. Falta de apetito.	En absoluto <input type="checkbox"/>	Un poco <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
2. Irritabilidad.	En absoluto <input type="checkbox"/>	Un poco <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
3. Cansancio.	En absoluto <input type="checkbox"/>	Un poco <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
4. Preocupación.	En absoluto <input type="checkbox"/>	Un poco <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
5. Dolor muscular.	En absoluto <input type="checkbox"/>	Un poco <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
6. Ánimo deprimido.	En absoluto <input type="checkbox"/>	Un poco <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
7. Falta de fuerzas (flojedad).	En absoluto <input type="checkbox"/>	Un poco <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
8. Dolor lumbar (dolor de riñones).	En absoluto <input type="checkbox"/>	Un poco <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
9. Nerviosismo.	En absoluto <input type="checkbox"/>	Un poco <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
10. Náuseas.	En absoluto <input type="checkbox"/>	Un poco <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
11. Esperanza por el futuro.	En absoluto <input type="checkbox"/>	Un poco <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
12. Dificultad para dormir.	En absoluto <input type="checkbox"/>	Un poco <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
13. Dolores de cabeza.	En absoluto <input type="checkbox"/>	Un poco <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
14. Vómitos.	En absoluto <input type="checkbox"/>	Un poco <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
15. Mareos.	En absoluto <input type="checkbox"/>	Un poco <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
16. Disminución del interés sexual.	En absoluto <input type="checkbox"/>	Un poco <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
17. Estado de tensión (estrés).	En absoluto <input type="checkbox"/>	Un poco <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
18. Molestias abdominales (estómago).	En absoluto <input type="checkbox"/>	Un poco <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
19. Ansiedad.	En absoluto <input type="checkbox"/>	Un poco <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
20. Estreñimiento.	En absoluto <input type="checkbox"/>	Un poco <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
21. Diarrea.	En absoluto <input type="checkbox"/>	Un poco <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
22. Acidez /ardor de estómago.	En absoluto <input type="checkbox"/>	Un poco <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>
23. Escalofríos (tiritona).	En absoluto <input type="checkbox"/>	Un poco <input type="checkbox"/>	Bastante <input type="checkbox"/>	Mucho <input type="checkbox"/>

Índice de Vida Funcional en Cáncer.

Functional Living Index-Cancer, FLIC (Schipper, H., et al., 1984)

Ficha técnica

Nombre: *Functional Living Index-Cancer* (Índice de Vida Funcional en Cáncer).

Siglas: FLIC.

Autor (dirección): H. Schipper, J. Clinch, A. McMurray y M. Levitt. Department of Medicine. St. Boniface General Hospital, 409 Tache Avenue, Winnipeg, Manitoba, Canadá R2H 2AS.

Datos de publicación: «Measuring the quality of life of cancer patients: the Functional Living Index-Cancer: development and validation», *Journal of Clinical Oncology*, 2 (5), 1984.

Adaptación española: Cruzado y Olivares (1996) / Departamento de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. Tel.: 91 3943126. Correo electrónico: meolivares@correo.cop.es.

Objetivos: Obtener una puntuación global de la funcionalidad de la calidad de vida de los enfermos oncológicos.

Áreas evaluadas: Vocación / actividad, afecto / estado psicológico, interacción social / sensación somática y náusea.

Población: Enfermos con diversos tipos de cáncer.

Tiempo de administración: Máximo 15 minutos.

Momento más adecuado para pasar la prueba: En todas las fases de la enfermedad.

Procedimiento de puntuación: 22 ítems con escalas tipo Likert con un rango de 1 a 7.

Profesionales que pueden pasar la prueba: Autoadministración.

Datos psicométricos: Schipper y sus colaboradores analizaron la validez concurrente con el Índice Karnofsky $r = 0,69$, con el GHQ $r = 0,76$ y con la escala de depresión de Beck $r = 0,77$. Buena sensibilidad al tratamiento.

Descripción

El FLIC es un instrumento de evaluación de calidad de vida específico para cáncer y detecta diferencias en el estado funcional global de la calidad de vida de la persona. Contempla los aspectos del día a día que representan el constructo global de la calidad de vida. Los ítems son de aplicación general, fáciles y consistentes en su interpretación y poco numerosos para facilitar una administración reiterada, de forma que puede evaluarse al paciente a lo largo del tiempo en diversas ocasiones. Es sensible a los diferentes grados de enfermedad e intensidades de intervención terapéutica.

Se han realizado cinco versiones previas de la original hasta conseguir la ver-

sión aquí presentada en forma de versión española. Los 22 ítems de este instrumento se dividen en cuatro factores: vocación; actividad, afecto; estado psicológico, interacción social; y sensación somática. A los enfermos que reciben quimioterapia se les administra una versión que contiene una pregunta sobre la «náusea». Estos factores proporcionan una idea de la funcionalidad global de los pacientes.

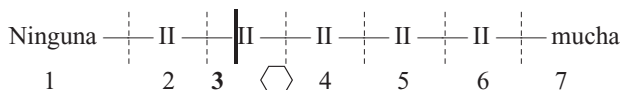
Al analizar la validez concurrente del FLIC con otras escalas, se obtuvieron correlaciones superiores a 0,53, siendo las más altas las del Índice Karnofsky (0,69), el Cuestionario de Salud General, GHQ (0,76) (Goldberg y Hellier, 1979) y la Escala de Depresión de Beck (0,77) (Beck, Ward, Mendelson y cols., 1961).

Normas de administración

El FLIC está diseñado para ser autoadministrado sin intervención de otros profesionales. Cada ítem del cuestionario es contestado mediante una escala Likert con un rango de 1 a 7. Los pacientes contestan el cuestionario marcando un trazo vertical sobre la línea de puntuación en la zona que responde mejor a su estado.

Corrección e interpretación

Para recoger la puntuación de cada ítem, cada intervalo de la escala Likert se divide por la mitad y la respuesta se puntúa redondeando al entero más cercano. En el ejemplo siguiente se puede observar cómo la respuesta del sujeto (franja gruesa vertical) es valorada con un «3».



La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de todos los ítems y dividiendo la suma entre 22. Antes de sumar la puntuación de los ítems

hay que invertir la puntuación de los siguientes: 1, 4, 5, 7, 8, 11, 15, 16, 17, 19. Cuanto más elevada es la puntuación mejor es la calidad de vida.

Prueba

Índice de Vida Funcional en Cáncer, FLIC (versión castellana, Cruzado, J. A. y Olivares, M. E., 1996)

NOMBRE:
 EDAD:
 N.º DE HISTORIA:
 FECHA:
 DIAGNÓSTICOS:

1. Se siente deprimido, ¿con qué frecuencia?
 Nunca — II — II — II — II — II — continuamente
 1 7
2. ¿Cómo cree usted que soluciona las situaciones cotidianas del día a día?
 Mal — II — II — II — II — II — muy bien
 1 7
3. ¿Cuánto tiempo se pasa pensando sobre su enfermedad?
 Continuamente — II — II — II — II — II — nunca
 1 7
4. ¿Es capaz de seguir haciendo, de forma cotidiana, las actividades de ocio como las hacía siempre?
 Capaz — II — II — II — II — II — incapaz
 1 7
5. ¿Cómo le ha afectado la sensación de náuseas en la realización de sus actividades diarias?
 Nada — II — II — II — II — II — mucho
 1 7
6. ¿Cómo se siente hoy?
 Extremadamente mal — II — II — II — II — II — extremadamente bien
 1 7

6. Evaluación psicológica y calidad de vida en el paciente oncológico

7. ¿Se siente hoy capaz de hacer la comida o pequeños arreglos de la casa?
Muy capaz — II — II — II — II — II — incapaz
1 7
8. ¿En qué grado su enfermedad ha supuesto privaciones para sus familiares?
Ninguna privación — II — II — II — II — II — tremenda privación
1 7
9. Indique cuándo se siente desanimado.
Siempre — II — II — II — II — II — nunca
1 7
10. Indique la satisfacción que obtuvo con su trabajo y/o labores de la casa en el mes pasado.
Muy insatisfecho — II — II — II — II — II — muy satisfecho
1 7
11. ¿Cuánta incomodidad (sensación de desagrado) ha sentido hoy?
Ninguna — II — II — II — II — II — mucha
1 7
12. Indique, en su opinión, cuántos problemas o trastornos ha causado su enfermedad en sus familiares en las dos últimas semanas.
Muchos — II — II — II — II — II — ninguno
1 7
13. ¿Cuánto interfiere el dolor en sus actividades diarias?
Tremenda privación — II — II — II — II — II — ninguna privación
1 7
14. Indique el grado en el que su enfermedad le ha supuesto una privación personal en las dos últimas semanas.
Tremenda privación — II — II — II — II — II — ninguna privación
1 7
15. ¿Cuántas de sus actividades domésticas (cotidianas) es capaz de realizar sin ayuda?
Todas — II — II — II — II — II — ninguna
1 7
16. Indique cuánto tiempo ha estado dispuesto a pasar con sus familiares en las dos últimas semanas.
Mucho — II — II — II — II — II — poco
1 7
17. ¿Cuántas náuseas ha sentido en las dos últimas semanas?
Ninguna — II — II — II — II — II — muchas
1 7
18. Indique si siente miedo hacia el futuro, y cuánto.
Mucho — II — II — II — II — II — nada
1 7
19. Indique cuánto tiempo ha estado dispuesto a pasar con sus amigos en las dos últimas semanas.
Mucho — II — II — II — II — II — poco
1 7
20. ¿Qué cantidad de dolor ha sido causado por su enfermedad en las dos últimas semanas?
Ninguna — II — II — II — II — II — poca
1 7
21. Indique el grado de confianza en el tratamiento que está recibiendo.
Ninguna — II — II — II — II — II — mucha
1 7
22. ¿Cómo cree que es su apariencia personal en el día de hoy?
Mala — II — II — II — II — II — buena
1 7

3. Referencias

- Aaronson, N. K., Ahmezda, S., Bergman, M., Cull, A., Duez, N. J., Filiberty, A., Flechtner, H., Fleishman, S. B., De Haes, J. C. J. M., Kaasa, S., Klee, M., Osoba, D., Razavi, D., Rofe, P. B., Schraub, S., Sneeuw, K., Sullivan, M. y Takeda, F. (1993): «The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology», *Journal of National Cancer Institute*, 85, 365-376.
- , —, Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., Filiberty, A., Flechtner, H., Fleishman, S. B., De Haes, J. C. J. M., Kaasa, S., Klee, M., Osoba, D., Razavi, D., Rofe, P. B., Schraub, S., Sneeuw, K., Sullivan, M. y Takeda, F. (1991): «The EORTC core quality questionnaire: interim results of an international field study», en D. Osoba (ed.): *Effect of cancer in quality of life*. Boston, CRC Press, pp. 185-203.
- Aaronson, N. K., Cull, A., Kaasa, S. y Sprangers M. A. G. (1994): «The EORTC modular approach to quality of life assessment in Oncology», *International Journal of Mental Health*, 23 (2), 75-96.
- Agra, Y. y Badía, X. (1998a): «Spanish version of the Rotterdam Symptom Check List: cross-cultural adaptation and preliminary validity in a sample of terminal cancer patients», *Psycho-Oncology*, 7, 229-239.
- y — (1999): «Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española del *Rotterdam Symptom Check List* para medir la calidad de vida en pacientes oncológicos», *Revista Española de Salud Pública* (en prensa).
- Arrarás, J. I. (1998): *Calidad de vida en cáncer de pulmón y de mama según la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer – EORTC*. Pamplona (tesis doctoral), Newbook.
- , Illarramendi J. J. y Valerdi, J. J. (1996): «El cuestionario de calidad de vida de la EORTC. Estudio estadístico de validación con una muestra española», *Revista de Psicología y Salud*, 7, 1, 13-34.
- , Arias, F., Garrido, E. y cols. (1998a): «Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer de pulmón no reseccable de Navarra, con los cuestionarios de la EORTC». Resumen del I Congreso Nacional de Psicooncología. Asociación Española contra el Cáncer.
- , Dueñas, D., Garrido, E. y cols. (1998b): «Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama de Navarra, con los cuestionarios de la EORTC». Resumen del I Congreso Nacional de Psicooncología. Asociación Española contra el Cáncer.
- , Arias, F., Tejedor, M., Pruja, E., Marcos, M., Martínez, E. y Valerdi, J. J. (2002): «The EORTC QLQ-C30 (versión 3.0) quality of life questionnaire. Validation study for Spain with head and neck cancer patients», *Psycho-Oncology* (en prensa).
- Badía, X., Salamero, M. y Alonso, J. (1999): *La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español*. Barcelona, Edimac (2.ª ed.).
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M. y cols. (1961): «An inventory for measuring depression», *Arch. Gen. Psychiatry*, 4, 561-571.
- Cella, D. F., Jacobsen, P. B., Orav, E. J. y cols. (1987): «A brief POMS measure of distress for cancer patients», *Journal of Chronic Diseases*, 40, 939-942.
- , Tulsky, D. S., Gray, G., Sarofian, B., Linn, E., Bonomi, A., Silberman, M., Yellen, S. B., Winicour, P., Brannon, J., Eckberg, K., Lloyd, S., Purl, S., Blendowski, C., Goodman, M., Barnicle, M., Stewart, I., McHole, M., Banomi, P., Kaplan, E., Taylor, S., Thomas, C. R. y Harris, J. (1993): «The functional assessment of cancer therapy scale: Development and validation of general measure», *Journal of Clinical Oncology*, 11 (3), 570-579.
- , Hernández, L., Bonomi, A. E., Corona, M., Vaquero, M., Shiomoto, G. y Báez, L. (1998): «Spanish language translation and initial validation of the Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) quality of life instrument», *Medical Care*, 36 (9), 1407-1418.
- Cruzado, J. A. y Olivares, M. E. (1996): «Intervención psicológica en pacientes con cáncer», en A. M. Buceta y A. M. Bueno (eds.): *Tratamiento psicológico de hábitos y enfermedades*. Psicología. Madrid, Pirámide.

6. Evaluación psicológica y calidad de vida en el paciente oncológico

- De Haes, J. C. y Welvaart, K. (1985): «Quality of life after breast cancer surgery», *Journal Surgery of Oncology*, 28, 123-125.
- , Van Knippenberg, F. C. E. y Neijt, J. P. (1990): «Measuring psychological and physical distress in cancer patients: structure and application of the Rotterdam Symptom Checklist», *British Journal of Cancer*, 62, 1034-1070.
- Font, A. (1988): *Valoración de la calidad de vida en pacientes de cáncer*. Tesis doctoral no publicada. Bellaterra, Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona.
- Ganz, P. H., Haskell, C. H., Figlin, R. A., La Soto, N. y Siau, J. (1988): «Estimating the quality of life in a clinical trial of patients with metastatic lung cancer using the Karnofsky Performance status and the Functional Living Index-Cancer», *Cancer*, 61, 849-856.
- García Riaño, D. e Ibáñez, E. (1992): «Calidad de vida en enfermos físicos», *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 19 (4), 148-161.
- Geddes, D. M. (1991): «Quality of Life in Lung Cancer», *Respiratory Medicine*, 85, 7-11.
- Gil, F. y Sirgo, A. (1999): «Modelo de interconsulta: guía de intervención en psico-oncología», Cortés Funes y cols. (eds.): *Oncología Médica* (pp. 1713-1716). Madrid, Nova Sidonia.
- Goldberg, D. P., Hellier, V. F. (1979): «A scaled version of the General Health Questionnaire», *Psychol. Med.*, 9, 139-145.
- Hamilton, M. (1959): «The assessment of anxiety states by rating», *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.
- Ibáñez, E. y Andreu, Y. (1988): «Calidad de vida y Psicología Oncológica», *Anuario de Psicología*, 38 (1), 7-21.
- Juan, E. (1997): *Adaptación de un instrumento para valorar la calidad de vida en enfermos con cáncer de pulmón*. Trabajo de investigación no publicado. Barcelona, Universitat Autònoma de Barcelona.
- , Blasco, T., Font, A., Pallarés, C. y Sanz, A. (1999): «Un nuevo instrumento para valorar la calidad de vida en cáncer de pulmón: estudio preliminar», *Oncología*, 3 (22), 43-47.
- Karnofsky, D. A. y Buchenal, J. H. (1949): «Clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer», en C. M. Macleod (ed.): *Evaluation of Chemotherapeutic Agents* (pp. 191-205). Nueva York, Columbia Press.
- Kornblith, A. B. y Holland, J. C. (1994): *Handbook of neasures for Psychological, Social and Physical Function in Cancer. Vol. I: Quality of Life*. Nueva York, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center.
- Middelboe, T., Oversen, L., Mortensen, E. L. y Bech, P. (1995): «The relationship between self-reported general health and observed depression and anxiety in cancer patients during chemotherapy», *Nord Journal Psychiatry*, 49 (1), 25-32.
- Osoba, D., Zee, B., Pater, J., Warr, D. y Latreille, J. (1994): «Psychometric properties and responsiveness of the EORTC quality of life questionnaire (QLQ C-30) in patients with breast, ovarian and lung cancer», *Quality of Life Research*, 3, 353-364.
- Romero, R., Ibáñez, E. y Monsalve, V. (2000): «La terapia psicológica adyuvante en enfermas con cáncer de mama: un estudio preliminar», en F. Gil (ed.): *Manual de Psico-oncología* (pp. 15-37). Madrid, Nova Sidonia.
- Schag, C. A. y Heinrich, R. L. (1988): *Cancer Rehabilitation Evaluation System: CARES Manual*. CARES Consultants, Los Angeles.
- Schipper, H., Clinch, J., McMurray, A. y Levitt, M. (1984): «Measuring the quality of life of cancer patients: The Functional Living Index-Cancer. Development and validation», *Journal of Clinical Oncology*, 2, 472-483.
- Spitzer, W. O., Dobson, A. J., Hall, J. y cols. (1981): «Measuring the quality of life of cancer patients: A concise QL-index for use by physicians», *Journal of Chronic Disease*, 34, 385-397.
- Sprangers, M., Cull, A., Bjordal, K. y cols. (1993): «The European Organization for Research and Treatment of Cancer approach to Quality of life assesment. Guidelines for developing questionnaire modules», *Quality of life Research*, 2, 287-295.
- Watson, M., Greer, S. y cols. (1988): «Development of a questionnaire measure of adjustment to cancer. The MAC scale», *Psychological Medicine*, 18, 203-209.

Youngblood, M., Williams, P. D., Eyles, H., Waring, J. y Runyon, S. (1994): «A comparison of two methods of assessing cancer therapy-related symptoms», *Cancer Nursing*, 17 (1), 37-44.

Zubrod, C. G., Schneiderman, M., Frei, E., Brindley, C., Gold, G. L., Shnider, B., Orieto, C., Gorman, J., Jones, R., Jonsson, G., Colsky, J., Chalmers, T., Ferguson, B.,

Dederick, M., Holland, J., Selawry, O., Regelson, W., Lasagna, L. y Owens, P. H. (1960): «Appraisal of methods for the study of chemotherapy of cancer in man: Comparative therapeutic trial of nitrogen mustard and triethylene thiophosphoramide», *Journal of Chronic Diseases*, 11, 7-33.

7. Evaluación psicológica en diabetes

Gemma Peralta

1. Introducción

La diabetes es una de las enfermedades crónicas que más requiere la colaboración de la psicología, tanto para contribuir a la adaptación de la persona al tratamiento como para favorecer una evolución más adecuada.

En los últimos años se han hecho numerosas investigaciones sobre las variables psicológicas que pueden incidir sobre la diabetes. A continuación se muestra la evolución a lo largo de la historia sobre este tipo de investigaciones.

- A principios del siglo xvii, Willis (1679) y Maudsley (1899) sugirieron la relación entre la diabetes y la psicopatología. Según estos autores, los estados prolongados de depresión y/o ansiedad, parecían ser en numerosos casos, la causa de la diabetes. Esta hipótesis se ha demostrado que es errónea, pero sí se ha observado que el estrés psicológico, puede actuar como desencadenante de la enfermedad.
- Las primeras teorías que se propusieron para explicar la relación entre diabetes y psicología fueron desde el enfoque psicoanalítico. Teóricos como Dunbar (1947) propusieron tipos específicos de personalidad para diferentes enfermedades. En muchos estudios empíricos que se han llevado a cabo, no se ha conseguido identificar características de la personalidad específicas que se consideren típicas de las personas con diabetes. Otros autores, como Alexander (1950), señalaron que

conflictos inconscientes podían ser la causa de enfermedades específicas, que se llamaron «psicosomáticas». Este enfoque no demostró ser de utilidad en el tratamiento de los pacientes y, por tanto, se hizo necesario un nuevo marco de referencia.

En la búsqueda de nuevas aportaciones de la psicología al estudio y tratamiento de la diabetes, partiendo de un enfoque científico y utilizando una metodología rigurosa, nos centramos en los estudios realizados en los últimos 15 años, donde se pueden identificar tres líneas de investigación: (a) la detección de la psicopatología en los pacientes con diabetes y su influencia en la evolución de la enfermedad; (b) la influencia de las características de la personalidad sobre el control metabólico de la enfermedad, y (c) la intervención psicológica orientada a mejorar la adaptación a la enfermedad, la calidad de vida y el control metabólico. A continuación pasamos a desarrollar de forma breve estos aspectos.

a) *La detección de la psicopatología en los pacientes con diabetes.* Cuando se estudian enfermedades crónicas, existe un acuerdo general respecto a que los trastornos depresivos son los que aparecen con más frecuencia y además su prevalencia es mayor entre estos pacientes que entre la población general (Katon, 1982; Schulberg y Burns, 1988; Lustman, Griffith, Gavard y Clouse, 1992). Estos datos se mantienen en el caso de la diabetes, pero en muchos estudios se pone en evidencia la dificultad que existe entre diagnosticar los síntomas de depresión y los síntomas de la diabetes, como pérdida de peso, cansancio, hipersomnia, etc. (Lustman, Griffith, Clouse y Cryer, 1986; Popkin y Callies, 1987; Popkin, Callies y Lentz, 1988; Jacobson, 1993). No hay estudios que confirmen que la prevalencia de depresión sea mayor en pacientes con diabetes que entre los pacientes que sufren otras enfermedades crónicas. Sin embargo, sí que se evidencia que cuando aparece un trastorno depresivo en una persona con diabetes, empeora el control de la glicemia.

b) *La influencia de la personalidad sobre el control metabólico.* Las variables de personalidad que se han identificado como relevantes varían mucho en función del marco teórico del que se trate. Así pues, autores que se han basado en el modelo de la personalidad de Eysenck (Gordon, Fisher y cols., 1993), indican una correlación positiva entre las puntuaciones de neuroticismo y los niveles de hemoglobina glicosilada, aunque no está muy claro el mecanismo que explique esta relación. Otros grupos, como los de Lustman, Bradley y McGill (1995), utilizaron el modelo tridimensional de personalidad de Cloninger para verificar si las personas con diabetes con características extremas de la personalidad tendrían un peor control metabólico. Observaron que las características de alta dependencia de la recompensa y alta evitación del daño, guardaban una relación significativa con

los peores controles glicémicos. En el caso concreto de la diabetes, la presencia de estas características dificulta notablemente el establecimiento de una buena relación sanitario-paciente y el seguimiento continuado de las pautas de tratamiento.

Por último, Orlandini y Pastore (1995) han evaluado la relación entre el control glicémico y las alteraciones de la personalidad basadas en los trastornos del eje II del DSM-III-R. Se ha observado que las características que predicen peores niveles de hemoglobina glicosilada son: inestabilidad emocional, baja autoestima, relaciones basadas en la dependencia, facilidad para el descontrol de impulsos y dificultades para tolerar la frustración.

c) *La intervención psicológica orientada a mejorar la adaptación a la enfermedad.* El proceso de adaptación a la enfermedad es difícil, dado que supone la interacción entre la psicología individual del paciente, el entorno social y el entorno familiar. Las variables psicológicas de mayor relevancia en el proceso de adaptación a la diabetes son: (1) las atribuciones del paciente sobre la enfermedad, (2) el nivel de ansiedad asociado a la enfermedad y (3) las estrategias de afrontamiento del sujeto.

1. Se intenta evaluar el papel de las atribuciones que efectúa el paciente sobre los síntomas, gravedad de la enfermedad, vulnerabilidad a las consecuencias negativas, costes y beneficios del tratamiento y percepción de autoeficacia para llevar a cabo las actividades de autocuidado. En la diabetes, las técnicas de reestructuración cognitiva y resolución de problemas permitirán modificar los pensamientos catastrofistas de la enfermedad y corregir falsas apreciaciones.
2. Las personas con mayores niveles de ansiedad pueden tener un control metabólico más deficiente. En la diabetes, la técnica más estudiada para reducir estos niveles de activación han sido la relajación muscular, acompañada o no de *biofeedback*.
3. De las estrategias de afrontamiento que posea una persona depende su manera de enfrentarse al estrés asociado a la diabetes. Esta enfermedad plantea a diario situaciones que algunas personas pueden percibir como muy amenazadoras y pueden carecer de los recursos eficaces para hacerles frente. Las técnicas que han demostrado mayor eficacia para afrontar con éxito las situaciones difíciles han sido el entrenamiento en asertividad y habilidades sociales, así como el entrenamiento en autoobservación para detectar riesgos que han de llevar a una actuación inmediata (como es en el caso de las hipoglucemias).

Es cada vez más evidente que si se consigue modificar aspectos relacionados con el funcionamiento psicológico del paciente, la evolución que la persona realice en el proceso de la enfermedad será más favorable.

1.1 ¿Cómo se debe estructurar la evaluación?

Normalmente en la primera etapa, después del diagnóstico, se le enseñan al individuo las variables básicas del tratamiento: administración de insulina, lugares de pinchazo, conocimiento de la dieta a seguir y cómo combinar los nutrientes básicos (sobre todo hidratos de carbono), controles capilares (cómo y cuándo realizarlos), información sobre el ejercicio, entrenamiento en la detección de las hipoglucemias y cómo actuar, cuidado de los pies, qué hacer en momentos de enfermedades agudas (resfriado...). Todos estos aspectos esenciales suelen estar dentro del programa básico de educación diabetológica que el paciente deberá aprender.

El aprendizaje de estas conductas suele realizarse a través de clases informativas que el paciente recibe tras ser diagnosticado. En ocasiones se combinan técnicas para realizar el aprendizaje, como instrucciones, modelado, contingencias positivas, economía de puntos o contratos de conducta, fijación de objetivos distribuidos de forma progresiva y continuada. Inicialmente suele darse mucha prioridad a la adquisición de conocimientos por parte del paciente en lo que se refiere a las variables del tratamiento y luego a la implantación de hábitos de conducta. Al principio se valora la adhesión al tratamiento conductual, pero después el criterio de valoración se centra en los aspectos de control clínico: resultados de controles capilares, hemoglobina glucosilada, glucosuria, microalbuminuria, controles oculares, etc. La aportación de la psicología en este momento inicial es básica, aunque todavía poco instaurada. En el momento inicial del diagnóstico cabe tener en cuenta, antes de que la persona empiece a realizar el aprendizaje de las variables del tratamiento, si se encuentra ante un estado de ansiedad elevado o estado depresivo, que pueda obstaculizar el aprendizaje de dichas variables (véanse cuadros 7.1 y 7.2). Normalmente, esta valoración del estado de ánimo suele hacerse mediante entrevista clínica, haciendo re-

Cuadro 7.1 Manifestaciones de ansiedad según las áreas cognitiva, fisiológica y conductual

Área cognitiva	Área fisiológica	Área conductual
Pensamientos de peligro. Futuro, mal humor, irritabilidad. Temor a la finalidad. Alerta constante al empeoramiento.	Manifestaciones funcionales. Alteraciones del ritmo del sueño. Llanto de impotencia o sobrecarga. Trastornos del apetito.	Hiperactivación. Inquietud psicomotriz. Evitación de situaciones conflictivas. Disminución de las relaciones sociales.

Cuadro 7.2 Manifestaciones depresivas según las áreas cognitiva, fisiológica y conductual

Área cognitiva	Área fisiológica	Área conductual
Pensamientos negativos de pérdida.	Alteraciones en el ritmo del sueño.	Inhibición, bloqueo o evitación de la respuesta.
Expectativas futuras negativas.	Alteraciones del apetito.	Pasividad.
Desesperanza.	Disminución de la libido.	Postergación de objetivos.
	Llanto por tristeza o desesperanza.	

ferencia a qué pensamientos están produciéndose, qué emociones o sensaciones físicas se están dando y qué conducta se desencadena como consecuencia de las dos variables anteriores. De esta forma podremos ver qué aspectos están afectados (pensamiento-emociones-conducta) y cuál de los dos estados está presente (ansiedad-depresión). Con mayor frecuencia, el estado de ansiedad va asociado a la diabetes tipo I y el estado depresivo a la diabetes tipo II.

1.2 Aspectos esenciales a evaluar

Cabe diferenciar, una estructura distinta, si se trata de una persona con diabetes tipo I (insulino-dependiente) recién diagnosticada, o si la evaluación se realiza a una persona con diabetes tipo II, que ya tiene un tiempo de evolución.

A) Si se trata de un debut o diagnóstico reciente

1. Inicialmente la evaluación la centramos en conocer cómo ha vivido los síntomas previos al diagnóstico, cómo los percibió y de qué pensó que se trataba. Solemos preguntar quién le dio el diagnóstico (médico especialista, médico de medicina general...), pues posiblemente el enfoque o lenguaje utilizado puede variar, según el especialista. En este sentido, es importante conocer cómo lo recibió, qué sintió tras ser diagnosticado o qué está sintiendo si la entrevista con el psicólogo se da justo después del diagnóstico inicial.
2. A continuación analizaremos las creencias previas que tiene respecto a la enfermedad. Estas creencias o ideas respecto al trastorno han podido formarse porque dentro de su entorno familiar o social haya habido alguna persona con diabetes y le haya servido para crear un

modelo previo de cómo puede tratarse o evolucionar la enfermedad. Este aspecto es importante porque se ha observado que si la persona tiene creencias previas negativas respecto a la diabetes, formadas por personas cercanas con una evolución negativa de la enfermedad, influyen enormemente en el estado emocional inicial, más que en los casos donde no se da ningún referente previo del trastorno.

3. Tras conocer las creencias previas existentes, nos centramos en qué temores pueden estar surgiendo en ese momento actual. Se intenta observar hacia qué aspectos centra sus temores, si hacia la evolución futura de cómo puede ir siguiendo o hacia aspectos de su forma de vida que estaba llevando a cabo y ahora deberá modificar, evolución de su salud, o, por el contrario, lo centra hacia aspectos del pasado que, a partir de ahora, le van a ser más difíciles de realizar, o va a tener que modificar. Normalmente, en la diabetes tipo I podemos observar con más frecuencia que los temores se centran más en pensar cómo puede ser su evolución con el paso del tiempo.
4. En cuarto lugar, nos interesa conocer qué expectativas tiene acerca de cómo puede ser su evolución. Normalmente, este punto es mejor conocerlo cuando a la persona ya se le han explicado los puntos básicos de cómo ha de llevar a cabo el tratamiento y una vez los haya puesto en práctica. Es entonces cuando mejor puede realizar ciertas expectativas. Sin embargo, también es importante conocer qué objetivos estaba llevando a cabo en ese momento de su vida antes del diagnóstico, qué es lo que quería conseguir a medio y largo plazo, pues en este tipo de trastorno es necesario que la persona no abandone sus objetivos de vida y se haga lo posible para que pueda realizar aquellos que tenía dibujados, adaptando el tratamiento a su estilo de vida, en todo lo que sea posible.
5. En el momento del diagnóstico es necesario conocer cómo está llevando la familia dicho diagnóstico. En concreto nos interesa analizar: (a) nivel de autonomía del que dispone la persona afectada en su entorno familiar, si los hábitos básicos están establecidos o, por el contrario, la madre o el padre deben insistir mucho en que se realicen o lleven a cabo; (b) qué roles hay establecidos, si se trata de una persona independiente o muy dependiente... La enfermedad no debe crear relaciones de dependencia extremas con respecto a los miembros de la familia y debe evitarse que éstos desarrollen un rol de extrema vigilancia sobre las pautas de control del tratamiento, puesto que esto puede generar tensiones elevadas; (c) cómo reaccionaron o afrontaron sucesos anteriores ocurridos en el entorno familiar; (d) cómo es la comunicación emocional en la familia, es decir, si se establece comunicación referida a cómo se sienten cada uno de ellos, cuáles son sus preocupaciones, cuáles los aspectos que valoran de cada uno de ellos, etc. Esto nos permitirá observar si dentro del am-

biente familiar se exteriorizan emociones de temor o preocupación, pudiendo de esta forma ayudar o favorecer la adherencia al tratamiento, o si por el contrario estas emociones quedan sumergidas.

6. Es de utilidad conocer si la persona lleva a cabo una vida social activa, o, por el contrario, no tiene establecido un contacto social frecuente. El apoyo social es una de las variables asociadas a un mejor control de la enfermedad. En el caso de ser una persona activa socialmente, es importante definir con precisión las pautas que ha de poner en práctica en sus viajes, salidas, excursiones, etc., para poder seguir llevando a cabo una continuidad de ellas. La privación del contacto social al que pudiera dar lugar el tratamiento de la diabetes, le podría ocasionar una sensación altamente negativa. Es importante poder evaluar qué habilidades sociales emplea o realiza incluida la asertividad. En las personas en las que no se contemple una vida social activa, puede ser de utilidad el iniciar contactos con grupos de personas con diabetes que puedan servir de punto de referencia.
7. Nos interesa también conocer cómo se ha enfrentado a otros problemas que ha pasado, para ver qué tipo de estrategias de afrontamiento pone en marcha (*coping*). Para ello podemos utilizar el cuestionario adaptado de *coping*, de David L. Tobin (1983). Con este cuestionario observaremos qué pensamientos y conductas de afrontamiento utiliza el individuo ante situaciones estresantes (ver Cuestionario *coping*).

- B) Si se trata de una persona a la que ya se ha diagnosticado hace tiempo

Evaluáramos igualmente los puntos 1 y 2 citados previamente. Respecto al punto 3, puede ser de interés valorar el nivel de estrés del niño o joven con diabetes con el inventario de estrés percibido para niños con diabetes (ver *Inventario de estrés de niños con diabetes*).

Por otra parte, deberíamos conocer cuáles son los objetivos de vida actuales y las expectativas actuales que tiene de su evolución (punto 4). También valoráramos el punto 5 referente a la familia, pero en las familias que ya llevan un tiempo en contacto con el tratamiento, puede ser de utilidad, si se detectan niveles de tensión o ansiedad, evaluar este nivel de estrés con el inventario de estrés percibido para padres de niños con diabetes (ver *Inventario de estrés de padres de niños con diabetes*).

El *Cuestionario de interacción social* puede ser de interés para conocer el nivel de actividad social de la persona (punto 6).

Respecto al punto 7, en las personas que ya llevan un tiempo desde el diagnóstico de la enfermedad y, por tanto, en contacto con las variables del

tratamiento, es interesante conocer el significado que le dan a la enfermedad, al trastorno en sí. Esta variable cognitiva no solemos evaluarla si la persona no lleva en contacto con el tratamiento, un periodo mínimo de unos seis meses aproximadamente. Los diferentes significados que el individuo da a la enfermedad pueden ser:

- De pérdida: las verbalizaciones que da el individuo, cuando a la enfermedad le asigna este significado, son de echar de menos cosas que antes hacía y ahora no. La visión de la persona está sobre todo centrada en el antes, haciendo referencia a las pérdidas que cree que ha tenido por la enfermedad.
- De peligro: las verbalizaciones están centradas mayoritariamente en las consecuencias negativas del trastorno en un futuro a corto, medio o largo plazo. La persona tiene su atención centrada constantemente en los peligros o riesgos que pueden ocurrirle.
- De reto: el significado que aquí da el individuo a la enfermedad está centrado en la fijación de metas u objetivos que le son un desafío. Su atención se centra en la definición de metas u objetivos que pueden ser difíciles de conseguir, ocasionándole una motivación para llevarlos a cabo. La persona que da a la enfermedad un significado de reto tiene necesidad de probar su valía y llegar a comprobar que puede superar los obstáculos.
- De ganancia: la persona que da un significado de ganancia a su enfermedad centra sobre todo sus verbalizaciones en los aspectos positivos que ha obtenido desde el diagnóstico. Por ejemplo, la mayor atención de la familia, de llevar un estilo de vida más saludable...

Conocer el significado que el individuo está dando a su enfermedad ayudará a la comprensión de las actitudes que se derivan de esa interpretación.

A continuación nos interesa conocer dónde sitúa el lugar de control (*locus of control*) de la enfermedad, para observar también cuál es la actitud que está en juego. Para ayudarnos a conocer esta variable podemos utilizar el cuestionario *locus of control* que mostramos más adelante.

En las personas recién diagnosticadas de diabetes sería aconsejable realizar la valoración de los aspectos psicológicos previamente citados antes que comenzar de forma intensa con todas las variables del tratamiento que debe aprender. Es adecuado priorizar en cada persona cuáles son los aspectos esenciales que debe aprender en primer lugar, para gradualmente ir realizando la enseñanza de todas las pautas del tratamiento. Normalmente suelen ser prioritarios, al inicio del tratamiento, enseñar al individuo cómo debe administrarse la insulina y qué dosis, cómo medir los hidratos de carbono y cómo realizar los controles capilares. Más adelante y en la medida que vaya estando más receptivo al aprendizaje, se le irá dando información

de cómo tratar las hipoglucemias, qué hacer en los días de trastornos agudos (constipados, diarreas...), cómo combinar y hacer pauta de ejercicio, etc.

En la actualidad, una de las variables de más interés, a valorar en las enfermedades crónicas es la autoeficacia (*self-efficacy*), pues ha demostrado un efecto positivo en los cambios de comportamiento. Esta variable ha sido estudiada y desarrollada por Bandura, disponiendo de instrumentos de medida o escalas de valoración en inglés respecto a la diabetes.

La evaluación de la autoeficacia percibida por parte del individuo, es decir, conocer en qué medida la persona se siente capaz de llevar a cabo de forma adecuada las pautas del tratamiento, se suele hacer mediante preguntas abiertas o registro. Así, por ejemplo, para evaluar la autoeficacia respecto a los pilares básicos en los que se basa el tratamiento, es decir, la administración de insulina, la realización de autocontroles, las pautas de alimentación, la realización de ejercicio físico y la detección de las hipoglucemias, utilizamos autorregistros como el que presentamos a continuación (véase cuadro 7.3).

Cuadro 7.3 Ejemplo de un autorregistro de autoeficacia percibida

Pautas de tratamiento	¿En qué medida se siente capaz de llevar a cabo...? (Puntuación 0-10)
• Administración de insulina.	—
• Realización de controles capilares.	—
• Seguir las pautas de alimentación indicadas, combinando el sistema de raciones de hidratos de carbono.	—
• Realización de ejercicio físico.	—
• Detección de las hipoglucemias.	—

Por último, es importante conocer si detecta las hipoglucemias o bien, en el último año, ha necesitado de ayuda externa para detectarlas y actuar para remontarlas. En el caso de que así fuera, podría realizarse el programa de hipoglucemias basado en el análisis realizado por Gil Roales-Nieto y Vílchez (1993). Existen numerosas evidencias de que los pacientes no reconocen de forma uniforme las crisis hipoglucémicas, confundiendo la sintomatología y manteniendo una confianza excesiva en su control de estos episodios, que muchas veces no se corresponde con la realidad. Los autores citados anteriormente han diseñado un programa de discriminación de los estados hipoglucémicos con los siguientes objetivos:

- Mejorar la detección de los síntomas específicos indicadores de un estado hipoglucémico en el caso de cada paciente en particular.

- Mejorar la interpretación correcta de los síntomas detectados como señales de hipoglucemia, y actuar en consecuencia para remontar el estado.

En este programa, el paciente va realizando autorregistros donde debe valorar síntoma por síntoma, si está presente o ausente, y realizar una estimación subjetiva del valor de su glucosa en ese momento y luego pasar a la comprobación real del nivel, a través del autoanálisis. Este tipo de autorregistro del estado de hipoglucemia favorece que el paciente se implique de forma activa en la autoobservación y análisis e interpretación de los resultados.

2. Pruebas de evaluación

Inventario de Estrategias de Afrontamiento.

Coping Strategies Inventory, CSI (Tobin, D. L., 1983)

Ficha técnica

Nombre: *Coping Strategies Inventory*/ Inventario de Estrategias de Afrontamiento.

Siglas: CSI.

Autor (dirección): D. L. Tobin. Department of Psychology, Ohio University, 1983.

Datos de publicación: Tobin, D. L. (1983). *Coping Strategies Inventory*. Department of Psychology Ohio University.

Adaptación española: Peralta, Figuerola, Recassens, Tous y Raich (1992) / Gemma Peralta, Fundación *Rosend Carrasco i Formiguera*. C/ Dr. Carulla, 26-28, 1.º, 1.ª, 08017 Barcelona, Tel.: 93 2054411. Correo electrónico: gemmaP@girona.com.

Descripción/tipo de evaluación: Autoinforme/entrevista.

Objetivos: Evaluar las técnicas de afrontamiento.

Ámbitos de medida/áreas/problemas evaluados: Técnicas de afrontamiento centradas en el cambio y técnicas de afrontamiento centradas en el estancamiento.

Población: Población general. En la Fundación *Rosend Carrasco i Formiguera* (Barcelona) lo utilizamos en la población de Diabetes Mellitus tipo I, entre 12 y 70 años.

Tiempo de administración: Máximo 1 hora. No tiene límite de tiempo.

Momento más adecuado para pasar la prueba: En el momento en que recibe el diagnóstico, para observar qué tipo de afrontamiento utiliza ante los conflictos. Y durante el tratamiento, para observar igualmente las técnicas de afrontamiento.

Procedimientos de puntuación: Escala tipo Likert. Se obtiene una puntuación para las técnicas de afrontamiento centradas en el cambio y otra para las técnicas de afrontamiento centradas en el estancamiento.

Profesionales que pueden pasar la prueba: Cualquier profesional dentro del campo sanitario. No necesita de entrenamiento previo.

Datos psicométricos: En una muestra clínica de 42 pacientes con diabetes tipo I, en nuestro medio hemos podido comprobar que los individuos con hemoglobinas A1c superiores a 8% acostumbran a utilizar con más frecuencia las técnicas de afrontamiento centradas en el estancamiento vs. las centradas en el cambio. Los individuos con hemoglobinas A1c inferiores a 8% utilizaban con mayor frecuencia las técnicas centradas en el cambio vs. las de estancamiento.

Descripción

Este cuestionario valora las técnicas de afrontamiento que emplea el individuo ante los problemas. Diferencia entre las técnicas de afrontamiento centradas en el cambio y las técnicas de afrontamiento centradas en el estancamiento. La prueba inicial consta de 88 ítems que el sujeto ha de valorar con una escala de 5 puntos en función de la situación problemática vivida. En la adaptación que aquí presenta-

mos se han seleccionado entre cinco y seis ítems representativos de cada subescala, quedando una escala con un total de 43 ítems (Peralta, Figuerola, Recassens, Tous y Raich, 1992).

Este cuestionario ha sido analizado en una muestra de 42 pacientes de la Unidad de Diabetes de la Fundació *Rosend Carrasco i Formiguera*, en Barcelona, en un estudio realizado en 1991 (Peralta y cols., 1992). El objetivo de este estudio fue evaluar si el tipo de técnica

de afrontamiento que utilizaba el individuo con diabetes insulino dependiente, delante de situaciones conflictivas, podía determinar el grado de control metabólico. Los pacientes evaluados fueron: 18 mujeres y 24 hombres, con diabetes tipo I, con un rango de edad de 16 a 43 años y que llevaban entre 4 a 18 años de evolución de la enfermedad sin presentar complicaciones clínicas crónicas. Según el valor de hemoglobina HbA1 (hemoglobinas inferiores a un 8% indicarían que la persona lleva un control aceptable de los niveles de glucosa en sangre, en las últimas ocho semanas, y los niveles de hemoglobina superiores a 8% indicarían que el nivel medio de glucosa en sangre, en las últimas ocho semanas, anteriores al análisis, es elevado y por tanto el control inadecuado), se clasificaron en dos grupos: (A) grupo con HbA1 < 8%, control aceptable, y (B) grupo con HbA1 > 8%, control deficiente.

En los resultados, en primer lugar, se analizaron de forma aislada los dos factores y encontramos que: los factores que determinan las técnicas de afrontamiento centradas en el cambio (resolución de problemas, reestructuración cognitiva, contacto social y expresión emocional) no muestran diferencias significativas entre los grupos A y B. Respecto a los factores que determinan las técnicas de afrontamiento centradas en el estancamiento (evitación de problemas, pensamientos de esperanza, retractación social y autocrítica), sólo el factor de evitación de problemas es significativamente diferente entre los grupos. Posteriormente se procedió a un análisis global de los factores, y encontramos que la utilización de los factores de cambio es más elevada en el grupo

A ($m = 65,0$; $de = 8,6$) que en el B ($m = 43,3$; $de = 7,1$; $p < 0,01$). ($m =$ media; $de =$ desviación estándar).

Normas de aplicación

Las normas de utilización quedan especificadas en la hoja del cuestionario. El paciente debe describir una situación conflictiva relatando: qué ocurrió, lugar en el que ocurrió, las personas implicadas, por qué fue importante para él o ella y qué hizo ante esa situación. La situación puede ser alguna que haya ocurrido hace un tiempo o alguna que esté ocurriendo en la situación actual.

Corrección e interpretación

En esta prueba cada ítem es valorado con la siguiente escala: (1) en absoluto, (2) un poco, (3) algo, (4) mucho y (5) muchísimo.

En la hoja de corrección se anota la puntuación que el sujeto ha dado a cada ítem. La prueba tiene ocho subescalas y para cada una de ellas se obtiene una puntuación total sumando la puntuación de los ítems que incluye. A continuación sumando la puntuación de las diferentes subescalas obtenemos dos puntuaciones totales: (1) técnicas de afrontamiento centrada en el cambio, que incluye las subescalas de *resolución de problemas*, *reestructuración cognitiva*, *contacto social* y *expresión de las emociones* y (2) técnicas de afrontamiento centrada en el estancamiento, que incluye la subescalas de *evitación de problemas*, *pensamientos de esperanza*, *retractación social* y *autocrítica*. En la tabla siguiente se muestran los ítems que configuran cada una de las subescalas.

- A. RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS:
Ítems 1, 17, 9, 25, 33.
- B. REESTRUCTURACIÓN COGNITIVA:
Ítems 2, 10, 18, 26, 34.
- C. CONTACTO SOCIAL:
Ítems 3, 11, 19, 27, 35.
- D. EXPRESIÓN DE LAS EMOCIONES:
Ítems 4, 12, 20, 28, 36.
- E. EVITACIÓN DE PROBLEMAS:
Ítems 5, 13, 21, 29, 37, 41.
- F. PENSAMIENTOS DE ESPERANZA:
Ítems 6, 14, 22, 30, 38, 42.
- G. RETRACTACIÓN SOCIAL:
Ítems 7, 15, 23, 31, 39.
- H. AUTOCRÍTICA:
Ítems 8, 16, 24, 32, 40, 43.
- TÉCNICAS DE AFRONTAMIENTO CENTRADAS EN EL CAMBIO:

— Resolución de problemas.	()	Suma total de los ítems de cada escala
— Reestructuración cognitiva.	()	»
— Contacto Social.	()	»
— Expresión de las emociones.	()	»

SUMA TOTAL ____
 - TÉCNICAS DE AFRONTAMIENTO CENTRADAS EN EL ESTANCAMIENTO:

— Evitación de problemas.	()	Suma total de los ítems de cada escala
— Pensamientos de esperanza.	()	»
— Retracción social.	()	»
— Autocrítica.	()	»

SUMA TOTAL ____

Para interpretar las puntuaciones totales de las subescalas resolución de problemas, reestructuración cognitiva, contacto social, expresión de las emociones y retractación social, todas ellas de 5 ítems, y delimitar si el sujeto utili-

za con frecuencia o no cada una de ellas, seguimos las siguientes indicaciones:

- De 5 a 10 puntos → Técnica que utiliza con muy poca frecuencia.

- De 11 a 15 puntos → Técnica que utiliza con una frecuencia moderada.
- De 16 a 25 puntos → Técnica que utiliza frecuentemente.

Para las subescalas pensamientos de esperanza, evitación de problemas y auto-crítica, con 6 ítems cada una de ellas, las indicaciones serán:

- De 6 a 12 puntos → Técnica que utiliza con muy poca frecuencia.
- De 13 a 18 puntos → Técnica que utiliza con una frecuencia moderada.
- De 19 a 30 puntos → Técnica que utiliza frecuentemente.

Para interpretar la puntuación total de las técnicas de afrontamiento centradas en el cambio, se siguen los siguientes criterios:

- Puntuaciones entre 20 y 40 → Tipo de afrontamiento que utiliza con muy poca frecuencia.

- Puntuaciones entre 41 y 60 → Tipo de afrontamiento que utiliza con una frecuencia moderada.
- Puntuaciones entre 61 y 100 → Tipo de afrontamiento que utiliza frecuentemente.

Para interpretar la puntuación total de las técnicas de afrontamiento centradas en el estancamiento, se siguen los siguientes criterios:

- Puntuaciones entre 23 y 46 → Tipo de afrontamiento que utiliza con muy poca frecuencia.
- Puntuaciones entre 47 y 69 → Tipo de afrontamiento que utiliza con una frecuencia moderada.
- Puntuaciones entre 70 y 115 → Tipo de afrontamiento que utiliza frecuentemente.

Prueba**Inventario de Estrategias de Afrontamiento** (versión castellana reducida de Peralta, G., *et al.*, 1992)

El propósito de este cuestionario es descubrir las clases de situaciones que trastornan a las personas en sus vidas diarias y cómo las afrontan.

Tómese un poco de tiempo y piense en un acontecimiento o situación que le haya sucedido durante estos últimos meses o último año y fuera realmente muy estresante para usted.

Por estresante entendemos una situación que le ha trastornado, ya sea porque le ha provocado sensaciones desagradables o bien por el esfuerzo que tuvo que hacer para afrontarla.

Esta situación puede haber ocurrido dentro de su familia, con sus amigos, en la escuela, en el trabajo...

Por favor, describa este acontecimiento estresante en el espacio situado más abajo. Describa lo que pasó, indicando:

- Lugar en el que ocurrió.
- Las personas implicadas.
- El porqué fue importante para usted.
- Lo que usted hizo.

La situación puede ser alguna que esté ocurriendo actualmente o bien que ya haya sucedido. No se preocupe de la redacción, describa los hechos tal como le vayan viniendo a la mente.

De nuevo tómese unos minutos para pensar en la situación escogida. Después de haber leído los ítems o frases siguientes, contéstelos basándose en cómo maneja su situación. Por favor, lea cada ítem y determine la respuesta que mejor represente su manera de afrontar el acontecimiento en cuestión.

Utilice la hoja de respuesta según la siguiente escala:

- 1) En absoluto
- 2) Un poco
- 3) Algo
- 4) Mucho
- 5) Muchísimo

- | | |
|---|---------------------------|
| 1. Concentré toda mi atención en lo que tenía que hacer, en el siguiente paso. | 1.....2.....3.....4.....5 |
| 2. Intenté ver la situación desde otro punto de vista. | 1.....2.....3.....4.....5 |
| 3. Busqué alguien que supiera escucharme. | 1.....2.....3.....4.....5 |
| 4. Busqué formas de desahogarme. | 1.....2.....3.....4.....5 |
| 5. Seguí como si nada hubiese pasado. | 1.....2.....3.....4.....5 |
| 6. Confíe en que el problema se arreglase por sí solo. | 1.....2.....3.....4.....5 |
| 7. Procuré guardar para mis adentros lo que sentía. | 1.....2.....3.....4.....5 |
| 8. Me dije que si no hubiese sido tan descuidado, cosas como éstas no habrían ocurrido. | 1.....2.....3.....4.....5 |

9. Afronté el problema.	1.....2.....3.....4.....5
10. Intenté ver el lado positivo de la situación.	1.....2.....3.....4.....5
11. Hablé con alguien acerca de lo que estaba sintiendo.	1.....2.....3.....4.....5
12. Exterioricé mis emociones.	1.....2.....3.....4.....5
13. Intenté olvidarlo todo.	1.....2.....3.....4.....5
14. Deseé no haber estado nunca implicado en esa situación.	1.....2.....3.....4.....5
15. Pasé más tiempo solo.	1.....2.....3.....4.....5
16. Me di cuenta de que yo mismo había creado el problema.	1.....2.....3.....4.....5
17. Elaboré un plan de acción y lo seguí.	1.....2.....3.....4.....5
18. Me dije a mí mismo cosas que me ayudaron a hacerme sentir mejor.	1.....2.....3.....4.....5
19. Pasé más tiempo con la gente que me gustaba.	1.....2.....3.....4.....5
20. Atendí mis sentimientos y simplemente dejé que salieran.	1.....2.....3.....4.....5
21. No me dejé influir, rechacé pensar demasiado en ello.	1.....2.....3.....4.....5
22. Confié en que la situación se alejaría o se arreglaría de algún modo.	1.....2.....3.....4.....5
23. Evité estar con la gente.	1.....2.....3.....4.....5
24. Me criticqué por lo ocurrido.	1.....2.....3.....4.....5
25. Luché por resolver el problema.	1.....2.....3.....4.....5
26. Miré las cosas desde una perspectiva diferente e intenté hacer lo mejor dentro de las opciones posibles.	1.....2.....3.....4.....5
27. Pedí consejo a un amigo o a un familiar.	1.....2.....3.....4.....5
28. Mis sentimientos fueron reprimidos, por eso explotaron.	1.....2.....3.....4.....5
29. Decidí que en realidad el problema era de otro y no mío.	1.....2.....3.....4.....5
30. Deseé que la situación nunca hubiese empezado.	1.....2.....3.....4.....5
31. No hablé del problema con otras personas.	1.....2.....3.....4.....5
32. Vi que era personalmente responsable de mis dificultades y me aleccioné a mí mismo.	1.....2.....3.....4.....5
33. Simplemente me tomé las cosas una por una.	1.....2.....3.....4.....5
34. Me pregunté sobre lo que era realmente importante y descubrí que, después de todo, las cosas no eran tan malas.	1.....2.....3.....4.....5
35. Hablé con alguien que estaba en situación similar.	1.....2.....3.....4.....5
36. Me enfurecí y estallé.	1.....2.....3.....4.....5
37. Clarifiqué la situación y me negué a tomarla demasiado en serio.	1.....2.....3.....4.....5
38. Tuve la esperanza de que si esperaba el tiempo necesario seguro que las cosas se arreglarían por sí solas.	1.....2.....3.....4.....5
39. No permití que otros supieran cómo me sentía.	1.....2.....3.....4.....5
40. Me reproché por haber permitido que eso ocurriera.	1.....2.....3.....4.....5
41. Cada vez que pensaba en aquello me preocupaba, así que simplemente dejé de pensar en ello.	1.....2.....3.....4.....5
42. Deseaba que la situación desapareciera o que de alguna forma se acabara.	1.....2.....3.....4.....5
43. Era por mi culpa y tenía que sufrir las consecuencias.	1.....2.....3.....4.....5

Escala de Lugar de Control.

Locus of Control Scale, LCSM (Wallston, K. A., y Strudler, B., 1981)

Ficha técnica

Nombre: *Locus of Control Scale*/ Escala de Lugar de Control.

Siglas: LCSM.

Autor (dirección): Kenneth A. Wallston y Barbara Strudler Wallston. School of Nursing, Vanderbilt University, Nashville, TN 37240.

Datos de publicación: Wallston, K. A. y Strudler, W. B. (1981): «Health Locus of control scales», *Research with the locus of control construct*, 1, 189-243.

Descripción/tipo de evaluación: Autoinforme.

Objetivos: Evalúa dónde sitúa el individuo el lugar de control de su propia salud.

Ámbitos de medida/áreas/problemas evaluados: Esta escala ha sido utilizada para evaluar diferentes aspectos en relación con la salud. Desde comportamientos preventivos para la salud, la disminución del hábito tabáquico, la reducción de peso, higiene dental y adherencia a tratamientos (hipertensión...).

Población: Edad superior a 13 años.

Tiempo de administración: Aproximadamente, entre 15-20 minutos.

Momento más adecuado para pasar la prueba: Cuando la persona ya lleva un tiempo de contacto con el tratamiento de la enfermedad, al menos pasados los seis meses iniciales. En la Fundación Rossend Carrasco y Formiguera la pasamos siempre a partir del primer año de vivencia de la enfermedad.

Procedimiento de puntuación: Escala tipo Likert.

Profesionales que pueden pasar la prueba: Cualquier profesional dentro del campo sanitario. No requiere de entrenamiento previo por parte del profesional.

Datos Psicométricos: (No disponibles).

Descripción

Esta prueba evalúa dónde sitúa la persona el lugar de control de su salud, si a nivel interno o a nivel externo. La persona que establezca un lugar de control interno, pensará que la evolución de su salud dependerá sobre todo de los cuidados que ella tenga al respecto y la que lo establezca a nivel externo, pensará que para evolucionar de forma adecuada en su salud, dependerá de los cuidados de los demás, de las señales externas que pueda tener (medicación, atención sanitaria...).

En diferentes estudios ha sido demostrado que el *locus of control* interno ha ido asociado a un mejor control de la enfermedad, ya que el individuo se implica más y se considera el responsable de los resultados.

En el año 1994, Wallston, Stein y Smith publicaron la Forma C de la escala (una medida de condición específica de *locus of control*). Fue estudiada en una muestra de 588 pacientes con una de las cuatro afecciones: artritis reumatoide, dolor crónico, diabetes y cáncer. La Forma C ha sido validada en artritis y dolor crónico.

Normas de aplicación

Las instrucciones de la prueba quedan incluidas en la misma. La persona ha de valorar en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada uno de los ítems a partir de una escala de 6 puntos:

- Completamente de acuerdo (se le asigna una puntuación de 6).

- Bastante de acuerdo (se le asigna una puntuación de 5).
- Algo de acuerdo (se le asigna una puntuación de 4).
- Algo en desacuerdo (se le asigna una puntuación de 3).
- Bastante en desacuerdo (se le asigna una puntuación de 2).
- Completamente en desacuerdo (se le asigna una puntuación de 1).

Corrección e interpretación

Los ítems que valoran un *locus of control interno* son: 1, 5, 10, 12, 16 y 17. Las puntuaciones de estos ítems comprendidas entre 24 y 36 puntos, indicarían un *locus of control* interno, es decir, que la persona piensa que él mismo puede hacer lo

posible por vencer el obstáculo de salud, o al menos, controlarlo. Las puntuaciones inferiores a 24 indicarían que el individuo no sitúa de forma interna esta variable de control.

Los ítems que valoran un *locus of control externo* son: 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15 y 18. Las puntuaciones obtenidas en estos ítems entre 48 y 72, indicarían un *locus of control* externo, es decir, que la persona piensa que por sí misma no puede controlar las variables de la salud y piensa que su evolución o afrontamiento de un hecho negativo depende sólo de variables externas (suerte, personal sanitario, farmacología, etc.). Las puntuaciones inferiores a 48 indicarían que el individuo no sitúa de forma externa esta variable de control.

Prueba

Escala de Lugar de Control. *Locus of Control Scale (LCSM)* (Wallston, K. A., y Strudler, B., 1981)

- ✓ En este cuestionario se presentan algunos enunciados referidos al mantenimiento o a la pérdida de la salud y a la recuperación o evitación de complicaciones en la enfermedad.
- ✓ Nos gustaría conocer en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada uno de estos enunciados.
- ✓ Para manifestar su parecer respecto de cada información marque con una cruz aquel punto de la escala que mejor refleje su opinión. Dado que se trata de que exprese con sinceridad sus creencias personales en este momento, no hay respuestas correctas ni erróneas, todas son igualmente válidas.
- ✓ Ejemplo: «Es bueno tener amigos».

- Completamente de acuerdo..... ✕
- Bastante de acuerdo..... 5
- Algo de acuerdo..... 4
- Algo en desacuerdo..... 3
- Bastante en desacuerdo..... 2
- Completamente en desacuerdo..... 1

Así, por ejemplo, en este caso, esta persona estaría completamente de acuerdo en que es bueno tener amigos, pues la señal que ha hecho estaría en la casilla «completamente de acuerdo».

Le rogamos, por favor, responda cuidadosamente a todas estas cuestiones, pero sin detenerse demasiado en cada una de ellas.

1. Si empeoro, es mi propia conducta la que determina el tiempo que tardaré en recuperarme. 1.....2.....3.....4.....5...6
2. Haga lo que haga, si tengo que tener complicaciones, las tendré. 1.....2.....3.....4.....5...6
3. La mejor forma de evitar tener complicaciones consiste en mantener contactos regulares con mi médico. 1.....2.....3.....4.....5...6
4. La mayoría de cosas que afectan a mi salud suceden de forma imprevista. 1.....2.....3.....4.....5...6
5. Si me cuido puedo evitar tener complicaciones. 1.....2.....3.....4.....5...6
6. Mi recuperación de una complicación dependerá, normalmente, del cuidado que me dispensen otras personas (por ejemplo, médicos, enfermeras, familiares y amigos). 1.....2.....3.....4.....5...6
7. Aunque me cuide, es fácil que tenga complicaciones. 1.....2.....3.....4.....5...6
8. El que me mantenga sano o tenga complicaciones, depende del destino. 1.....2.....3.....4.....5...6
9. Siempre que me siento mal, debería consultar a un médico. 1.....2.....3.....4.....5...6
10. Yo puedo controlar mi propia salud. 1.....2.....3.....4.....5...6
11. El que me mantenga como estoy o surjan complicaciones, depende, en gran medida de lo que hagan los miembros de mi familia. 1.....2.....3.....4.....5...6
12. Cuando tengo complicaciones, yo soy el culpable. 1.....2.....3.....4.....5...6
13. La rapidez con que me recuperaré de una complicación depende, en gran medida, de la suerte. 1.....2.....3.....4.....5...6
14. Mi salud depende de lo que hagan los profesionales sanitarios. 1.....2.....3.....4.....5...6
15. Mi buena salud es, en gran medida, cosa de suerte. 1.....2.....3.....4.....5...6
16. Mi salud depende, sobre todo, de lo que yo haga. 1.....2.....3.....4.....5...6
17. Si me comporto adecuadamente, puedo mantener mi salud. 1.....2.....3.....4.....5...6
18. En relación con mi salud, debo hacer únicamente lo que mi médico me dice que haga. 1.....2.....3.....4.....5...6

Registro de hipoglucemia

(Gil Roales-Nieto, J., y Vílchez, R., 1993)

Descripción

Existen abundantes evidencias de que los pacientes con diabetes no reconocen de manera uniforme las hipoglucemias, confundiendo sintomatología y manteniendo con frecuencia una confianza excesiva en el control de los estados hipoglucémicos. Se ha evidenciado que el perfil de síntomas de hipoglucemia que presenta cada paciente puede ser muy personalizado, de modo que aparecen marcadas diferencias entre pacientes en cuanto al tipo de síntomas que emplean para sentirse hipoglucémicos.

Los pacientes con diabetes aprenden rápidamente que los episodios hipoglucémicos son altamente aversivos. Varios estudios han demostrado que la génesis de miedos de corte fóbico a las hipoglucemias, se produce con frecuencia en adultos, adolescentes y niños con diabetes (por ejemplo, Cox, Irvine, Gonder-Frederick, Nowacek y Butterfield, 1987) y una vez generado el miedo a las hipoglucemias prevalece a lo largo de los años. Una de las pautas de control del miedo a las hipoglucemias consiste en el mantenimiento de niveles de glucosa en sangre fuertemente hiperglucémicos, mediante la alteración de las pautas de la dieta (Surwit, Feinglos y Scovern, 1983).

Estos hechos confluyen en señalar la necesidad, o cuando menos la conveniencia, de entrenar a los pacientes con diabetes, en el control de sus reacciones ante las hipoglucemias, de manera que éstas no se conviertan en una circunstancia temida y puedan ser evitadas, y si llegan a producirse, el paciente pueda discriminar perfectamente su ocurrencia y actuar de forma correcta para compensar su estado.

El reconocimiento por parte del paciente de sus estados hipoglucémicos es posible, bien a través de la realización de

controles glucémicos en sangre capilar, que le indican con exactitud cuál es su nivel de glucemia en ese momento, o bien a través de la percepción de sintomatología que producen los estados hipoglucémicos. El método más utilizado en la actualidad para enseñar al paciente con diabetes, en la detección de la hipoglucemia, consiste en instruirle sobre qué señales son indicativas de hipoglucemias. Se le da un listado de unos síntomas y se pretende que con el recordatorio de éstos, el paciente detectará y actuará para normalizar la hipoglucemia (el listado de síntomas que suele darse es: temblores, sudoración, palpitaciones, confusión, dificultad en el habla y falta de coordinación). Este procedimiento de instrucción tiene limitaciones, ya que este listado de síntomas puede no corresponderse en su totalidad con los que el paciente llegará a sentir en el momento de la hipoglucemia, además de que este listado de síntomas aprendido de memoria no lleva a la credibilidad de que el paciente sea capaz de discriminar su ocurrencia.

Varios equipos de investigación han llevado a cabo estudios en la consecución de programas de intervención cuyo objetivo sea mejorar la capacidad del paciente con diabetes para discriminar la aparición de síntomas hipoglucémicos, como para evaluar tales cambios como señales de riesgo. Por una parte, el equipo de investigación de la Universidad de Virginia (Cox, Gonder-Frederick, Julian y Clarke, 1992) y, por otra, el de la Universidad de Granada (De la Fuente y Gil Roales-Nieto, 1990; Gil Roales-Nieto, 1992) han elaborado programas de intervención de este tipo.

Las características generales de dichos programas son su abordaje íntegro del proceso del modelo de control de la hipoglucemia, su atención a la especificidad de cada paciente en cuanto a su perfil de

síntomas y su orientación hacia la potenciación del autocuidado y autocontrol por parte del paciente.

El registro que se muestra a continuación es el utilizado en este programa de aprendizaje a realizar con el paciente en la detección de señales indicativas de hipoglucemia.

Este procedimiento es aplicable a personas con diabetes tipo I y tipo II, pero posiblemente serán los tipo I los más necesitados de este trabajo. Los objetivos generales de la intervención son:

- Lograr que el paciente sea sensible a las señales de su organismo, en especial a las relacionadas con un descenso severo de la glucosa en sangre.
- Lograr que discrimine la aparición de las señales vinculadas a la hipoglucemia.
- Establecer qué señales o síntomas específicos son sus propias señales de hipoglucemia.

Este programa de intervención está pensado para poder ser llevado a cabo

en condiciones ambulatorias, aun cuando pueda empezarse durante los periodos de hospitalización típicos de diabetes recién diagnosticadas o de regulaciones periódicas. Su puesta en marcha y desarrollo deben ser coordinados con la actuación del personal de enfermería especializado en educación diabetológica y es deseable su implicación total en el programa al lado del psicólogo especializado, responsable del desarrollo de la intervención.

En nuestra práctica clínica este programa de detección de las hipoglucemias ha sido puesto en práctica en aquellos pacientes que en el periodo de un año, han sufrido como mínimo dos estados de hipoglucemia con necesidad de ayuda externa para poder remontar el episodio (familiar o personal cercano que ha tenido que administrar glucagón). Los resultados iniciales obtenidos son muy alentadores y la implicación del paciente en este programa es muy notable (para ver puesta en marcha y programa detallado consultar bibliografía específica citada previamente).

Prueba

Registro de hipoglucemia (Gil Roales-Nieto, J., y Vílchez, R., 1993)

SÍNTOMAS O SENSACIONES	¿PRESENTE?	INTENSIDAD
1. Siento mi boca muy seca.	()	1 2 3
2. Me siento cansado o débil.	()	1 2 3
3. Siento algo de dolor o malestar en el estómago.	()	1 2 3
4. Me siento lento o perezoso.	()	1 2 3
5. Me siento mareado o aturdido.	()	1 2 3
6. Tengo mal sabor de boca, como si estuviera dulce o pastosa.	()	1 2 3
7. Me siento muy despierto y lleno de energía.	()	1 2 3
8. Me duele la cabeza.	()	1 2 3
9. Siento mi nariz muy seca.	()	1 2 3
10. Me siento nervioso o intranquilo.	()	1 2 3
11. Estoy sediento.	()	1 2 3
12. Siento mis piernas o brazos como si estuvieran entumecidos o dormidos.	()	1 2 3
13. Tengo temblores.	()	1 2 3
14. Me siento angustiado o frustrado.	()	1 2 3
15. Siento que mi corazón late más deprisa.	()	1 2 3
16. Siento hormigueo en mis piernas o brazos.	()	1 2 3
17. Se me nubla la vista.	()	1 2 3
18. Me cuesta hablar, me noto atolondrado al hablar, me cuesta encontrar las palabras.	()	1 2 3
19. Siento calor en la cara.	()	1 2 3
20. Noto que sudo demasiado.	()	1 2 3
21. Tengo deseo de orinar.	()	1 2 3
22. Siento que tengo hambre.	()	1 2 3
23. Noto mucha saliva en la boca.	()	1 2 3
24. Tengo dificultades para concentrarme y pensar.	()	1 2 3
25. Me cuesta trabajo respirar.	()	1 2 3
26. Me encuentro enfadado o irritado.	()	1 2 3
27. Tengo sueño o me siento adormilado.	()	1 2 3
28. Indique otras sensaciones o síntomas que esté teniendo en este preciso momento y que no estén recogidas en la lista anterior.	()	1 2 3
.....	()	1 2 3
.....	()	1 2 3
.....	()	1 2 3

Trate de estimar cómo cree que tiene su nivel de azúcar en sangre en este preciso momento. Para ello, debe elegir una de las siguientes posibilidades, marcándola con una X en la casilla correspondiente.

1. Creo que mi azúcar está alto (más de 180 mg/dl) ()

2. Creo que mi azúcar está normal (entre 80 y 180 mg/dl) ()

3. Creo que mi azúcar está bajo (menos de 80 mg/dl) ()

✓ Creo que mi azúcar en sangre ahora es de..... mg/dl

✓ Mi nivel de glucosa en sangre es de..... mg/dl

Indique sus datos personales, fecha y hora:

Nombre

Fecha Hora

Otras pruebas específicas para niños con diabetes

Antes de finalizar este apartado de pruebas creemos que es importante dejar constancia en este capítulo del trabajo realizados por diversos investigadores en nuestro país, los cuales han elaborado y validado una batería de tests para padres de pacientes pediátricos insulino-dependientes (Méndez, Olivares, López-Pina, Hidalgo, Ros, Bermejo, y Beléndez, 1996) y otra batería específica para niños con diabetes (Méndez, Olivares, Sánchez, Velandrino, López-Pina, Martínez, García, Marín, Hidalgo, Gómez, Ros, Bermejo y Beléndez, 1996). A continuación hacemos una breve referencia a algunas de estas pruebas.

▪ **Inventario de estrés percibido para padres de niños con diabetes (IEPPND;** Méndez, Olivares, López-Pina, Hidalgo, Ros, Bermejo y Beléndez, 1996).

Se trata de un autoinforme que tiene como objetivo evaluar el estrés de los padres de niños con diabetes, concretamente trata de detectar qué situaciones del tratamiento pueden poner al padre ante reacciones emocionales que les desborden. Es un autoinforme de fácil aplicación que incluye preguntas con respuestas continuas que van de 0 a 4, haciendo referencia al grado de nerviosismo ocasionado por cada afirmación. Se interpreta la puntuación total obtenida y se diferencia entre niveles de estrés: muy altos, altos, moderados y sin estrés. A continuación reproducimos algunos ítems incluidos en la prueba.

Inventario de estrés percibido para padres de niños con diabetes, IEPPND (Méndez, F. X.; Olivares, J.; López-Pina, J. A.; Hidalgo, M. D.; Ros, M. C.; Bermejo, R. M., y Beléndez, M., 1996)

A continuación hay una serie de situaciones relacionadas con la diabetes de su hijo y su tratamiento que le pueden causar estrés o nerviosismo. Para contestar utilice la siguiente escala:

0	1	2	3	4
Nada nervioso	Algo nervioso	Moderadamente nervioso	Bastante nervioso	Muy nervioso

Rodee con un círculo el número que refleja cómo se siente usted.

¿USTED SE PONE NERVIOSO CUANDO...?

Está pendiente del horario de la inyección de insulina.	0.....1.....2.....3...4
Le ofrecen a su hijo alimentos que no debe comer.	0.....1.....2.....3...4
Su hijo hace mucho ejercicio.	0.....1.....2.....3...4
Usted intenta coordinar la insulina, el ejercicio y la comida.	0.....1.....2.....3...4
Piensa que usted no reconoce los síntomas de una hipoglucemia.	0.....1.....2.....3...4
Piensa que reconoce los síntomas de hiperglucemia.	0.....1.....2.....3...4
Piensa en los problemas de salud de su hijo.	0.....1.....2.....3...4

Tiene discusiones con su hijo por la diabetes.	0.....1.....2.....3....4
Piensa que, haga lo que haga, los niveles de análisis de glucosa en sangre suben y bajan.	0.....1.....2.....3....4
Piensa que no tiene los conocimientos necesarios para cuidar la diabetes de su hijo.	0.....1.....2.....3....4

▪ **Inventario de estrés percibido para niños con diabetes** (IEPND; Méndez, Olivares, Sánchez, Velandrino, López-Pina, Martínez, García, Marín, Hidalgo, Gómez, A., Ros, Bermejo y Beléndez, 1996).

El inventario de estrés percibido para niños con diabetes también es un autoinforme que evalúa el estrés percibido por los niños con diabetes. Concretamente evalúa la tensión ocasionada por las diferentes variables del tratamiento (autocuidado, manejo de situaciones...). Se adm-

nistra en un tiempo aproximado de 15-20 minutos y en aquellos casos en que se observe que el niño tiene un estado de ansiedad ocasionado por diferentes situaciones del tratamiento. Las puntuaciones se obtienen a partir de una escala continua que va de 1 (nunca/casi nunca) a 3 (bastante/muchas veces). Y se analiza la puntuación total de la escala resultado de sumar las respuestas a cada ítem. La interpretación permite diferenciar entre niveles de estrés bajos/moderados/altos. Reproducimos parcialmente un ejemplo de la prueba.

Inventario de estrés percibido para niños con diabetes, IEPND (Méndez, F. X.; Olivares, J.; Sánchez, J., *et al.*, 1996; reproducción parcial)

Después de la línea de puntos vas a leer unas frases que hablan de situaciones relacionadas con tu diabetes. Lee despacio cada frase y piensa si te ponen nervioso.

Para contestar rodea con un círculo al número que se parezca más a las veces que esa situación te pone nervioso.

Los números significan:

1 = NUNCA O CASI NUNCA
 2 = A VECES
 3 = BASTANTE O MUCHAS VECES

Recuerda que no hay respuestas buenas o malas, simplemente es lo que tú piensas.

¿Te pones nervioso cuando tienes que hacerte el control delante de alguien que conoces poco?	...1....2....3
¿Te pones nervioso cuando piensas que te puedes hacer daño al pincharte con el boli?	...1....2....3
¿Te pones nervioso cuando tu padre o tu madre te preguntan por los resultados de los controles de azúcar?	...1....2....3
¿Te pones nervioso cuando vas a un cumpleaños y te ofrecen algo de comer que te sube el azúcar?	...1....2....3

¿Te pones nervioso cuando piensas que tienes un horario para todo, para comer, para hacer deporte, para pincharte, etc.?	1....2....3
¿Te pones nervioso cuando tu familia o amigos están comiendo helado, dulces o golosinas que tú no debes comer?	1....2....3
¿Te pones nervioso cuando vas a la revisión del médico de todos los años?	1....2....3
¿Te pones nervioso cuando tu profesor hace algún comentario en la clase sobre tu diabetes?	1....2....3
¿Te pones nervioso cuando alguien te pregunta qué es la diabetes?	1....2....3
¿Te pones nervioso cuando tienes que llevarle al médico o a la enfermera tu libreta de controles?	1....2....3

▪ **Cuestionario de interacción social para niños con diabetes (CISND;** Méndez, Olivares, Sánchez, Velandrino, López-Pina, Martínez, García, Marín, Hidalgo, Gómez, Ros, Bermejo, y Beléndez, 1996).

Y finalmente comentamos un tercer autoinforme, el Cuestionario social para niños con diabetes (CISND), que tiene como objetivo evaluar la interacción social de los niños diabéticos. Concretamente evalúa una serie de situaciones en las que se cuenta lo que pueden hacer o decir tu familia, amigos, personal sanitario, etc., con respecto a la diabetes. Se trata de ver u observar qué dice o hace el niño/a ante esas situaciones. Esta prueba suele utilizarse en aquellos momentos en que se observe que el niño puede tener dificultades en las habilidades sociales o que evita el

contacto social, incluso cuando observemos que no quiere comunicar lo que le ocurre. Los ítems admiten tres tipos de respuestas: a (-1), b (0) o c (+1). Las respuestas negativas (-1) significan que, en ese momento, no ha hecho ni dicho lo que piensa, siente y opina. En esa situación ha actuado de forma pasiva, no ha hecho nada, dándole mayor importancia a lo que los demás dicen sin pensar en él mismo. La alternativa b (0) significa que, en esa situación, ha expresado sus propios pensamientos, sentimientos y opiniones, teniendo en cuenta los de los demás. Ha actuado como una persona con habilidades sociales. Y la alternativa c (+1) significa que ha dicho lo que piensa, siente y opina sin tener en cuenta a los demás. Pone sus deseos por encima de todo el mundo. En esa situación ha sido descarado, exigente y sólo ha pensado en él mismo.

Cuestionario de interacción social para niños con diabetes, CISND (Méndez, F. X.; Olivares, J.; Sánchez, J., *et al.*, 1996; reproducción parcial)

Para contestar haz un círculo a la frase que se parezca más a la respuesta que tú darías. Lee las preguntas muy despacio. Sólo puedes señalar una respuesta en cada pregunta.

Recuerda que no hay respuestas buenas ni malas, simplemente es lo que tú haces.

1. Es de noche y todavía no te has hecho el control de azúcar. Tu padre te pregunta: «¿Te has hecho ya el control!». ¿Qué le contestarías a tu padre?
 - a) No le diría nada.
 - b) Diría: «No, no lo he hecho. Ahora voy a hacérmelo».
 - c) Diría: «Qué pesado eres, siempre encima de mí».

3. Tus padres te riñen porque te has comido un bocadillo a escondidas. ¿Qué dirías?
 - a) Me encerraría en mi habitación.
 - b) Diría: «Ha sido sin querer, tenía mucha hambre».
 - c) Me enfadaría y diría: «No quiero saber nada de insulina ni de comida».

4. Vas a la comunión de tu primo y en el banquete ponen tarta de postre. Tú le pides al camarero que te traiga fruta y él te dice: «¡Prueba la tarta, está muy rica!», ¿qué harías?
 - a) Comería tarta.
 - b) Diría: «Sí, tiene buena pinta, pero no debo comer porque tengo diabetes».
 - c) Le diría que él debe traerme lo que yo le pida.

5. Tus amigos se ríen de ti porque vas mucho a la asociación de diabéticos. ¿Cómo les contestarías?
 - a) Me callaría.
 - b) Les explicaría que allí aprendo muchas cosas para cuidarme mejor.
 - c) Me enfadaría y les diría que ellos no tienen ni idea de la diabetes.

8. En clase notas que te está bajando el azúcar. ¿Qué harías?
 - a) No diría nada porque me da vergüenza decírselo al profesor.
 - b) Le diría al profesor lo que me pasa y le pediría permiso para comer algo.
 - c) Me saldría de clase sin decir nada.

3. Referencias

- Alexander, F. (1950): *Psychosomatic medicine: its principles and applications*, New Cork, Norton.
- Beléndez M., Ros M., Bermejo, R. (1999): *Diabetes Infantil. Guía para padres, educadores y adolescentes*. Madrid, Pirámide.
- Cox, D. J., Gonder-Frederick, L., Julian, D. y Clarke, W. L. (1992): *Blood Glucose Awareness Training-2*. Charlottesville, Va., University of Virginia Health Sciences Center.
- , Irvine, A., Gonder-Frederick, L., Nowacek, G. y Butterfield, J. (1987): «Fear of hypoglycemia: quantification, validation and utilization», *Diabetes Care*, 10, 617-621.
- De la Fuente A. M. y Gil Roales-Nieto, J. (1990): «Errores en la discriminación de los niveles de glucosa en sangre en diabéticos insulino dependientes: efectos diferenciales de distintos tipos de entrenamientos con feedback». II Congreso Oficial de Psicólogos, Valencia.
- Díaz, L. y De Pablo, J. (1997): «Psicología y Diabetes: pasado, presente y futuro», *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 24, 93-99.
- Dunbar, F. (1947): *Emotions and bodily changes*. Nueva York, Columbia, University Press.
- Gil Roales-Nieto, J. (1988): «Blood glucose discrimination in insulin-dependent diabetics. Training in feedback and external cues», *Behavior Modification*, 12, 116-132.
- (1990a): «¿Cómo debe comportarse un diabético para aminorar los efectos de su enfermedad?», en A. Polaino-Lorente y J. Gil Roales-Nieto: *La diabetes* (pp. 122-139). Barcelona, Martínez Roca.
- (1990b): «Programas de educación en diabetes», en A. Polaino-Lorente y J. Gil Roales-Nieto: *La diabetes* (pp. 162-200), Barcelona, Martínez Roca.
- (1992): «Precisión en la estimación del NGS en base a señales internas en diabéticos adolescentes». Mimeografiado. Facultad de Psicología, Universidad de Granada.
- y Vílchez Joya, R. (1993): *Diabetes: Intervención psicológica*. Eudema Psicología.
- Gordon, D., Fisher, S. G., Wilson, M., Fergus, E., Paterson, K. R., Semple, C. G. (1993): «Psychological factors and their relationship to diabetes control», *Diabetic Medicine*, 10, 530-534.
- Jacobson, A. (1993): «Depression and Diabetes», *Diabetes Care*, 16, 1621-1623.
- Jacobson, A. M., Adler, A. G., Wolfsdorf, J. I., Anderson, B., Derby, L. (1990): «Psychological Characteristics of adults with IDDM. Comparison of patients in poor and good glycemic», *Diabetes Care*, 13, 375-381.
- Katon W. (1982): «Depresión: somatic symptoms and medical disorders in primary care», *Compr. Psychiat.*, 23, 274-287.
- Lorente, A. y Gil Roales-Nieto, J. (1990): *La diabetes*. Barcelona, Martínez Roca.
- Lustman, P., Bradley, F. y McGill, J. (1995): «Relationship of personality. Characteristics to glucose regulation in adults with diabetes», *Psychosomatic Medicine*, 53, 105-312.
- , Griffith, L., Clouse, R., Cryer, P. (1986): «Psychiatric illness in Diabetes: relationship to symptoms and glucose control», *Journal of Ner. Ment. Dis.*, 174, 736-742.
- , Griffith, L., Gavard, J., Clouse, R. (1992): «Depression in adults with Diabetes», *Diabetes Care*, 15, 1631-1639.
- Maudsley, H. (1899): *The pathology of mind*. Nueva York, Appleton.
- Méndez, F. X., Olivares, J., López-Pina, J. A., Hidalgo, M. D., Ros, M. C., Bermejo, R. M. y Beléndez, M. (1996): «Elaboración y validación de una batería de tests para padres de pacientes pediátricos insulino-dependientes». Proyecto de investigación en Humanidades y Ciencias Sociales de la Consejería de Cultura y Educación (Programa Séneca del Plan Regional de Investigación, Desarrollo tecnológico y del Conocimiento). Referencia: HUM 96/06.
- , —, Sánchez, J., Velandrino, J. A., López-Pina, J. A., Martínez, F., García, J. M., Marín, F., Hidalgo, M. D., Gómez, A., Ros, M. C., Bermejo, R. M. y Beléndez, M. (1996): «Elaboración y validación de una batería de tests para niños con diabetes mellitus insulino-dependientes». Proyecto de Investigación del Programa Sectorial de Promoción General del Conocimiento del Ministerio de Educación y Cultura. Referencia: PB96-1094.

- Orlandini, A. y Pastore, M. R., (1995): «Effects of personality on metabolic control in IDDM patients», *Diabetes Care*, 18, 206-209.
- Peralta, G., Figuerola, D., Recassens, A., Tous, R. M. y Raich, R. M. (1992): «Control metabòlic i coping a la Diabetes Mellitus insulínodpendent». Congreso de L'Associació Catalana de Diabetes, Actas del Congreso de L'Associació Catalana de Diabetes, 24.
- Popkin, M. K. y Callies, A. L. (1987): «Psychiatric consultation to inpatients with early onset type I diabetes mellitus in a University Hospital», *Archive of General Psychiatric*, 44, 169-171.
- , — y Lentz, R. D. (1988): «Prevalence of major depression, simple phobia, and other psychiatric disorders in patients with long-standing type I diabetes mellitus», *Archive of General Psychiatric*, 45, 64-68.
- Schulberg, H. C. y Burns, B. J. (1988): «Mental disorders in primary care: epidemiologic, diagnostic, and treatment research directions», *General Hospital of Psychiatric*, 10, 79-87.
- Surwit, R. Feinglos, M. y Scovern, A. (1983): «Diabetes and Behavior: A paradigm for Health Psychology», *American Psychologist*, 38, 255-262.
- Tobin, D. L. (1983): *Coping Strategies Inventory*. Department of Psychology Ohio University, 1983.
- Turk D. L. y Speers M.A. (1983): «Diabetes Mellitus: a cognitive functional analysis of stress», en T. Burish y L. Bradley (eds.): *Coping with chronic disease*. Londres, Academic Press.
- Wallston, B. S., Wallston, K. A., Kaplan, G. D., y Maides, S. A. (1976): «Development and Validation of the health locus of control (HLC) scale», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 580-585.
- Wallston, K. A., Wallston, B. S. y Devellis, R. (1978): «Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales», *Health Education Monographs*, 6, 161-170.
- y Strudler Wallston, B. (1981): «Health Locus of control scales», *Research with the locus of control construct*, 1, 189-243.
- , Stein M. J., Smith C. A. (1994): «Form C of the MHLC scales: a condition – specific measure of locus of control», *Journal of Personality Assessment*, 63, 534-53.
- Willis, T. (1679): «Pharmaceutice rationalis: or exercitation of the operation of medicines in human bodies», en *The works of Thomas Willis*. Londres, Dring, Harper y Leigh.

8. Instrumentos de evaluación en trastornos del comportamiento alimentario y obesidad

Rosa M.^a Raich, David Sánchez-Carracedo
y Marisol Mora

1. Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) incluyen la bulimia y la anorexia nerviosa, la ingesta compulsiva y los denominados trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE). La obesidad no está incluida en la categoría de TCA en los sistemas clasificatorios actuales, pero su investigación y tratamiento guarda mucha relación con la investigación y tratamiento de los TCA, de forma que la investigación y trabajo clínico realizado sobre obesidad puede beneficiar a los profesionales que están trabajando con TCA y viceversa (Saldaña, 1994). Además, muchos de los instrumentos de evaluación utilizados en obesidad y TCA son los mismos o guardan muchas similitudes entre sí, razones por las cuales hemos agrupado a ambos en este mismo capítulo. Los problemas de imagen corporal guardan también una estrecha relación tanto con los TCA como con la obesidad, por lo que también hemos incluido en este capítulo aspectos relacionados con su evaluación.

En la génesis y desencadenamiento de los trastornos alimentarios y de la obesidad intervienen factores psicológicos, biológicos y sociales, por lo que una evaluación eficaz deberá ser múltiple y tenerlos a todos en cuenta.

Como particularidades de la evaluación en los TCA, no debe olvidarse la tendencia de las personas que sufren anorexia nerviosa a falsear la información suministrada sobre su problema, lo que obliga a complementar los datos obtenidos directamente de estas personas con datos procedentes de

otras fuentes, como familiares, personal sanitario (si está hospitalizada), cuidadores y maestros si es posible.

A continuación describimos brevemente las principales áreas de evaluación en TCA y obesidad. Para un mayor detalle del proceso y áreas de evaluación en TCA y en Imagen Corporal puede consultarse Raich (1996) y Raich (2000). Con respecto a la obesidad puede consultarse Saldaña y Sánchez-Carracedo (1989) y Saldaña, Tomás y Sánchez-Carracedo (1994).

1.1 Medidas antropométricas y otros parámetros médicos

Aunque el papel del peso como criterio diagnóstico decisivo de TCA ha ido perdiendo fuerza con el tiempo, no cabe duda de que su evaluación resulta imprescindible. En el caso de la obesidad, la evaluación del nivel de sobrepeso resulta un indicador básico. Cuando la pérdida ponderal de peso se sitúa en torno al 25-30% del peso ideal, surgen riesgos importantes para la vida por desnutrición, deshidratación, alteraciones electrolíticas o arritmias cardíacas, por lo que en estos casos resulta recomendable la hospitalización. En el caso de la obesidad, los niveles de sobrepeso moderados y altos (por encima de un 40% sobre el peso ideal) son los que guardan una mayor relación con problemas de salud. Para calcular el nivel de infrapeso y/o sobrepeso ha de aplicarse la fórmula del índice de peso relativo:

$$\text{IPR} = (\text{peso real} \times 100 / \text{peso ideal}) - 100$$

El peso ideal se obtiene a partir de alguna de las tablas normalizadas de pesos según estatura, edad, sexo y complexión. Las tablas de la Metropolitan Life Insurance Company, elaboradas en 1959 y 1983 con población americana, son unas de las más utilizadas. Presentan pesos ideales según sexo, estatura y complexión física (pequeña, mediana y grande) para el grupo de edad de 20-59 años. Dado que en la población americana, la prevalencia de obesidad es más elevada que en España, es probable que los índices obtenidos sobrevaloren el nivel de infrapeso para pacientes procedentes de nuestro país. Por ello es preferible trabajar con tablas construidas con población española. Disponemos de las tablas de Alastrué, Sitges, Jaurrieta y Sitges (1982), construidas con una amplia muestra barcelonesa. Tienen la desventaja de que la estatura máxima a partir de la cual se ofrecen pesos para las mujeres, es de 1,74 m, por lo que no es posible obtener pesos ideales para mujeres más altas con estas tablas. Otro déficit es que no ofrece pesos ideales según el tipo de constitución. Hay otro tipo de tablas más indicadas para niños y adolescentes en fase de crecimiento, que contemplan la edad cronológica exacta de la persona y determinan unas curvas de crecimiento. Unas de las más utilizadas son las del National Center for Health Statistics —NCHS— (Hamill, Drizd, Johnson, Reed, Roche y Moore,

1979) realizadas con muestras de 2-18 años. En nuestro país disponemos de las curvas de crecimiento de 0-18 años desarrolladas por el equipo técnico del Instituto de Investigación sobre Crecimiento de la Fundación F. Obergozo (Hernández, Castellet, Narvaiza, Rincón, Ruiz, Sobradillo y Zurimendi, 1988) con muestras de Vizcaya. Las muestras vascas presentan en los centiles de estatura más elevados pesos correspondientes de hasta dos kilos más que las muestras americanas. Para un análisis detallado de las características, pros y contras de las tablas estandarizadas de peso y altura y de las curvas de crecimiento, consultar Saldaña y cols. (1994). Muy recientemente los medios de comunicación se han hecho eco de la aparición del informe Enkin 1998-2000 realizado sobre 3.965 personas de entre 2 y 25 años de toda España, elaborado por la Asociación Española de Pediatría (AEP), la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC) y la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) y que se incluye en *Nuevas Curvas de Referencia para la Tipificación Ponderal* que establecen el crecimiento de la población infantil y juvenil, y que está previsto sea utilizado en breve como referencia por los pediatras españoles (*El País*, 2002).

En el caso de la obesidad, resulta recomendable la evaluación de la cantidad de tejido graso de la persona. Las técnicas más precisas para su evaluación, como las técnicas densitométricas o los análisis bioquímicos posteriores a la inhalación de ciertos gases, presentan el inconveniente de ser demasiado costosas y poco prácticas. Otro procedimiento indirecto mucho más práctico, aunque requiere de entrenamiento en su aplicación, consiste en la medida del grosor del pliegue cutáneo mediante un calibrador (*caliper*), siendo la medida del tríceps la más utilizada. Las tablas de Alastrué y cols. (1983) presentan diferentes valores normativos de pliegues cutáneos. También puede resultar de interés la evaluación de circunferencias corporales, como el ratio cintura/cadera, que en el caso de valores superiores a 1 en hombres y a 0,75 en mujeres podrían indicar un patrón de acumulación de grasa abdominal (obesidad androide), más peligrosa desde el punto de vista de los mayores riesgos de salud asociados que conlleva.

En la actualidad existe mayor tendencia a emplear el índice de masa corporal de Quetelet (IMC) como indicador del estado nutricional del individuo y como evaluación del grado de obesidad y/o infrapeso. El índice consiste en una relación entre el peso expresado en kilos y la talla al cuadrado expresada en metros cuadrados y es aplicable a los dos sexos y a la edad adulta hasta los 65 años. Además de su sencillez de cálculo, ha sido asumido por la OMS (Organización Mundial de la Salud) como el método preferible para la evaluación del peso relativo y del estado nutricional en los adultos. A continuación presentamos la clasificación para los adultos de los diferentes niveles de delgadez y de obesidad (OMS, 1995, 1998; NIH, 1998) según el IMC.

	IMC (kg/m ²)
Delgadez extrema	<16,0
Delgadez grado II	16,0 – 16,9
Delgadez grado I	17,0 – 18,4
Delgadez	< 18,5
Límites normales	18,5 – 24,9
Sobrepeso	≥25,0
Preobesidad	25,0 – 29,9
Obesidad grado I	30,0 – 34,9
Obesidad grado II	35,0 – 39,9
Obesidad extrema III	≥ 40

Las pacientes con anorexia nerviosa suelen obtener IMC inferiores a 17 y las pacientes con bulimia nerviosa suelen obtener IMC entre 20 y 25 o incluso un poco por encima de la normalidad.

Con respecto a los criterios de obesidad, la SEEDO estableció en su conferencia de consenso del año 2000 unos nuevos valores. La amplia gama de sobrepeso (IMC = 25 – 29,9 kg/m²), en la cual se incluye una gran parte de la población adulta, se divide en dos categorías con una nomenclatura específica. También se introduce un nuevo grado de obesidad (grado IV, obesidad extrema) para pacientes con IMC \geq 50 kg/m², los cuales serían tributarios de indicaciones especiales de procedimientos de cirugía aconsejables (SEEDO, 2000). A continuación mostramos en una tabla estos criterios de la SEEDO (2000) para la clasificación del sobrepeso y la obesidad según el IMC.

	IMC (kg/m ²)
Peso insuficiente	< 18,5
Normopeso	18,5 – 24,9
Sobrepeso grado I	25,0 – 26,9
Sobrepeso grado II (preobesidad)	26,9 – 29,9
Obesidad de tipo I	30,0 – 34,9
Obesidad de tipo II	35,0 – 39,9
Obesidad de tipo III (mórbida)	40 – 49,9
Obesidad de tipo IV (extrema)	> 50

En la entrevista inicial conviene recoger la historia de peso de la persona: peso máximo alcanzado con su actual estatura, peso mínimo, fluctuaciones del mismo desde el inicio del trastorno, etc., por las importantes implicaciones que esta historia tiene en la génesis, mantenimiento y pronóstico de estos trastornos.

Los aspectos médicos y de deterioro de salud asociados a los TCA y a la obesidad deberían ser evaluados por médicos especialistas. En el caso de los TCA, estos datos pueden ayudar a determinar la necesidad o no de hospitalización. En el caso de la obesidad, la observación de problemas de salud debería ser el principal determinante para adoptar la decisión de iniciar o no un tratamiento para perder peso. La constatación de las enormes dificultades que supone conseguir pérdidas de peso importantes y estables, desaconsejaría un tratamiento orientado a la reducción del peso únicamente por razones estéticas en aquellos casos donde el nivel de sobrepeso no estuviera directamente asociado a problemas médicos.

1.2 Evaluación psicológica de los TCA

1.2.1 Evaluación de la conducta alimentaria

Dentro de este apartado resulta de especial relevancia la exploración de aspectos como el seguimiento de dietas, la velocidad de ingesta, el papel de los alimentos prohibidos, los episodios de descontrol alimentario y los sistemas de control del peso, y las cogniciones distorsionadas sobre la ingesta.

Con respecto al seguimiento de dietas han de considerarse cuestiones tales como la historia de dietas, el tipo de dietas realizadas, el volumen calórico promedio aproximado, si la persona afectada ha establecido o no una cuota calórica diaria, el tipo de alimentos que configuran la dieta, la regularidad de los horarios de comidas y la presencia o no de los periodos de ayuno y sus características.

La velocidad de ingesta suele ser otro aspecto alterado que deberá ser contemplado, especialmente en el caso de las anoréxicas, donde la ingestión de alimentos transcurre a un ritmo muy lento y se acompaña de conductas anómalas como repartir la comida por el plato, trocearla, aplastarla, quitarle la grasa, masticarla y escupirla, dejar pasar largos intervalos de tiempo observando la comida sin ingerirla, etc.

Resulta de interés evaluar si la persona afectada excluye o no de su dieta algunos alimentos y las características de los mismos; son los denominados alimentos prohibidos. En la bulimia nerviosa, su ingesta puede disparar un episodio bulímico.

Reviste un interés especial la evaluación de los episodios de descontrol alimentario, siendo recomendable recabar información sobre su frecuencia, los alimentos que típicamente se ingieren y el volumen calórico promedio de los atracones. Además, cara a obtener información de especial utilidad para la intervención, conviene detectar aquellos factores que afectan al desencadenamiento de estos episodios, así como a las consecuencias posteriores, tanto las emocionales como las conductuales. Muy importante resulta la evaluación detallada de las conductas compensatorias y diversas estrate-

gias de control del peso, tales como la provocación del vómito, uso de laxantes, diuréticos, enemas, ejercicio físico, etc.

Finalmente, también resulta de interés recoger información sobre las cogniciones distorsionadas sobre la ingesta.

Estas informaciones pueden obtenerse mediante entrevistas a las personas afectadas y a los familiares, y a través de los autorregistros alimentarios de las personas afectadas y los realizados por observadores externos.

1.2.2 Evaluación de las alteraciones de la imagen corporal

El constructo de imagen corporal es multidimensional (Sands, 2000), por lo que deberemos evaluar las siguientes dimensiones:

- *Dimensión perceptiva*, que hace referencia al grado de precisión con que la persona percibe la forma y tamaño de su cuerpo considerado globalmente y de partes de él.
- *Dimensión cognitivo-actitudinal*, que incluye creencias que la persona tiene acerca de su cuerpo y partes de éste y las actitudes que éstas despiertan hacia el propio cuerpo.
- *Dimensión conductual*, que es una traducción lineal al plano del comportamiento de lo que ocurre en el plano perceptivo y cognitivo-actitudinal. Cuando este componente se encuentra alterado, pueden tener lugar conductas de evitación de situaciones y lugares que pueden implicar mostrar el cuerpo, rituales de comprobación (pesarse múltiples veces) y rituales de búsqueda de confirmación (pedir insistentemente *feedback* a otras personas acerca de cómo les sienta la ropa o cómo ven las partes de su cuerpo que les desagradan).

En la revisión de Raich (2000), los diferentes procedimientos de evaluación del componente perceptivo de la imagen corporal se pueden dividir en dos grandes categorías: procedimientos de estimación de partes corporales y procedimientos de estimación del cuerpo en su globalidad. Entre los primeros se incluyen los métodos analógicos y el trazado de imagen, y entre los procedimientos de estimación global, los métodos de distorsión de imagen y las siluetas.

Con respecto a los procedimientos de estimación de partes corporales, los métodos analógicos consisten en pedirle a la persona evaluada que efectúe una estimación de la amplitud frontal o lateral de un segmento corporal a partir de dos puntos luminosos cuya distancia puede ampliarse o reducirse a voluntad por el propio sujeto. La discrepancia entre la estimación realizada de esta manera y las medidas reales obtenidas a través de un calibrador corporal permite calcular un índice de precisión perceptiva del tamaño. Éste sería el denominador común de los procedimientos analógicos, a partir

de estas directrices generales se han ideado variantes comentadas ampliamente en otro lugar (Raich, 2000). Los métodos de trazado de imagen son similares a los anteriores, pero no utilizan puntos luminosos como procedimiento de estimación, sino dos piezas de madera que el sujeto aproxima o aleja (haciéndolos coincidir con la amplitud, frontal o lateral, que atribuye a un área corporal) o un cordón sostenido con ambas manos, de manera que la distancia entre los dos dedos que lo sostiene representa la longitud estimada de un segmento corporal. Por medio de un calibrador corporal se toman las medidas reales y se calcula el siguiente índice de precisión perceptiva: $IPP = [(estimación \text{ (cm)} / medida \text{ real (cm)})] \leftrightarrow 100$. Un IPP de 100 indica que la estimación corresponde exactamente con la medida real, lo cual es una excepción incluso en personas sanas. Se considera sobrestimación significativa un $IPP > 120$, mientras que un $IPP < 80$ indicaría una subestimación significativa. IPP dentro de este intervalo se consideran precisión perceptiva. Generalmente se le pide a la persona que efectúe estimaciones de aquellos segmentos corporales que más le preocupan y hacia los que muestra mayor insatisfacción, pues suelen ser las áreas corporales que se perciben con mayor imprecisión.

Los procedimientos de estimación global presentan a la persona evaluada su propia imagen, de forma que a través de un simple dispositivo, la persona puede modificar a voluntad sus dimensiones corporales. Las diferentes modalidades en que puede presentarse el cuerpo del propio individuo dan lugar a los diferentes procedimientos de estimación global: distorsión por vídeo, distorsión a través de espejos o distorsión de fotografías a través de lentes anamórficas. La desviación de la imagen modificada presentada por el sujeto de su imagen real permite calcular un índice de precisión perceptiva.

Tal como señala Raich (2000), no existe por el momento un procedimiento óptimo de evaluación de la precisión perceptiva de las medidas corporales. Parece que los métodos de estimación global son algo más fiables que los procedimientos de estimación de partes, pero ninguno de los dos sirve para discriminar personas con alteraciones de la imagen corporal significativas, de personas sanas. Los métodos de evaluación que mejor discriminan entre personas sanas y personas con alteraciones de la imagen corporal son los procedimientos que evalúan la insatisfacción (componente cognitivo-actitudinal). En la evaluación de este componente de la imagen corporal y en la evaluación del componente conductual se emplean diferentes instrumentos, cuestionarios, registros, escalas y entrevistas, en las que nos detendremos más adelante.

1.2.3 Psicopatología asociada, personalidad y motivación para el cambio

Resulta frecuente la comorbilidad de los trastornos alimentarios con trastornos afectivos y con el trastorno obsesivo compulsivo, comorbilidad que

debería ser evaluada. Asimismo, hoy día recibe especial atención el estudio de la comorbilidad de los trastornos de personalidad con los trastornos alimentarios (Marino y Zanarini, 2001; Palme y Palme, 1999; Carroll, Toyouz y Beaumont, 1996; Kennedy, McVey y Katz, 1990). La baja autoestima se considera como un factor implicado en el origen del trastorno (Mora, 1995). En los estudios efectuados con personas con trastorno alimentario, frecuentemente se emplea el *Rosenberg Self-Esteem Scale* (Rosenberg, 1965), que aunque no ofrece información específica sobre aspectos de la autoestima relevantes en estos trastornos, proporciona una medida global y unidimensional de autoestima.

Merece una mención especial el *Eating Disorders Inventory* (Inventario de trastornos alimentarios; EDI; Garner, Olmstead y Polivy, 1983), el cual evalúa las características psicológicas propias de pacientes con trastorno alimentario, así como las características de personalidad relevantes en estos trastornos. Disponemos del EDI-2 (Garner, 1991), revisión adaptada y comercializada por TEA ediciones (Garner, 1998).

Un tópico fundamental a evaluar en los TCA es la motivación de las personas afectadas para iniciar un tratamiento, sobre todo en personas con anorexia nerviosa, dada su falta de cooperación habitual con el tratamiento. De hecho, la motivación para la recuperación es un claro predictor de resultado (Herzog, Keller y Lavori, 1988).

1.3 Evaluación conductual de la obesidad

1.3.1 Área biomédica y balance energético

La exploración biomédica resulta imprescindible para descartar causas orgánicas de la obesidad y determinar los riesgos de salud asociados. Habrá que recoger información sobre la historia del problema y la historia familiar de obesidad, así como determinar el grado de obesidad tal y como se ha descrito en apartados anteriores. La determinación del balance energético (relación entre el aporte y el gasto energético), básicamente realizado mediante el control de la evolución del peso y el análisis de los registros alimentarios, resultará clave para conocer los requerimientos energéticos de la persona y poder ajustar la dieta a sus características individuales (ver Saldaña y Sánchez-Carracedo, 1989).

1.3.2 Hábitos alimentarios y patrones de actividad física

Resulta de especial interés para el tratamiento conocer no sólo *qué* come la persona con obesidad, sino también *cómo*. El análisis detallado de los registros alimentarios y la información extraída de entrevistas con la persona

afectada y allegados nos ayudará a determinar los principales problemas de su alimentación (excesos, déficits, etc.), así como a detectar hábitos alimentarios inadecuados, como pudieran ser el picar con frecuencia entre horas, horarios irregulares, comer rápido y masticar poco, escasa atención a las sensaciones de hambre y saciedad, frecuente respuesta ante estimulación externa de los alimentos (su aspecto, sabor, olor...), etc. Esta información permitirá introducir estrategias para el cambio de estos hábitos y para llevar una dieta más equilibrada.

La evaluación de la actividad física es un componente al que recientemente se le está dando un mayor valor que en épocas pasadas. Y ello se debe en parte a la constatación de que la adhesión a los programas de cambio de actividad física en los tratamientos de obesidad se ha mostrado como uno de los mejores indicadores de éxito de la intervención (Grilo, Brownell y Stunkard, 1993). Hay que recoger información tanto de la actividad física estructurada (número de horas y tipo de ejercicio físico realizado) como de la cotidiana (subir o no escaleras, caminar, actividades diarias, horas de televisión y/o ordenador, etc.). En general, conviene recoger información sobre aquellas actividades que puedan indicarnos si la persona tiene un patrón de vida sedentario o no. El uso de podómetros y/o sensores electrónicos de movimiento proporciona un indicador objetivo de la cantidad de desplazamiento diario que realiza la persona.

Resulta muy conveniente también recoger información sobre el nivel de aptitud física. Un sistema muy utilizado consiste en la valoración del ajuste cardiorrespiratorio mediante la realización de algún ejercicio físico de intensidad, duración y dureza prefijadas. De fácil uso en la clínica resulta la prueba de bicicleta estática o el denominado «test del escalón», consistente en hacer subir y bajar a la persona un escalón de unos 20 cm a ritmo de metrónomo durante unos tres minutos. Se evalúa la tasa cardiaca en los 30-60 segundos posteriores al ejercicio y se compara con valores normativos. También puede evaluarse la tasa cardiaca en estado de reposo, durante y después del ejercicio, registrando el tiempo que la persona tarda en recuperar la tasa cardiaca inicial tras la realización del ejercicio. Esta medida constituye un buen indicador de aptitud física y permite además valorar la adhesión al tratamiento. Estas pruebas deben ser realizadas bajo control médico.

1.3.3 Evaluación psicológica, cognitiva y socio-ambiental

Con respecto al funcionamiento psicológico, y especialmente debido al rechazo social que la obesidad genera en nuestra sociedad, conviene evaluar aspectos como la presencia o no de ansiedad social, depresión y problemas de imagen corporal. Resulta conveniente recoger información sobre el papel que los estados emocionales desempeñan en la regulación de la ingesta

de la persona. La evaluación de otros aspectos, como la asertividad o el ajuste marital pueden ser de interés para valorar recursos a tener en cuenta en el tratamiento (por ejemplo, muchos niños obesos que inician un tratamiento deben hacer frente a presiones familiares que los incitan a continuar con los hábitos antiguos por no entender el sentido de la intervención). Con respecto al área socio-ambiental, hay que recoger información sobre los hábitos familiares y sociales en lo referente a la alimentación (de especial relevancia en la obesidad infantil, donde el tratamiento suele implicar cambios en los hábitos familiares), situando el énfasis en los criterios de compra, selección, almacenamiento, cocinado y consumo de alimentos. La regulación de la alimentación como respuesta a situaciones sociales o a la estimulación externa medio-ambiental también puede proporcionar información de gran utilidad para el tratamiento. Finalmente, también resulta conveniente recoger información sobre aspectos como la atribución causal que la persona hace de su problema, las actitudes que tiene hacia el mismo o su motivación y expectativas para el cambio.

Concluiremos señalando que la mayor parte de estas informaciones se recogen vía entrevistas y autorregistros. Muchos de los autoinformes desarrollados para evaluar algunos de estos aspectos en obesidad presentan problemas de fiabilidad y validez, han sido realizados con muestras anglosajonas y no están adaptados a nuestro país. Aquellos autoinformes que sí han sido adaptados a nuestro país y que presentan buenas cualidades psicométricas son comentados ampliamente en el siguiente apartado.

2. Pruebas de evaluación

En este apartado presentamos algunas de las pruebas de evaluación más utilizadas en este campo, todas ellas en sus adaptaciones españolas.

Examen de Trastornos Alimentarios.

Eating Disorder Examination, EDE (Fairburn, C. G., y Wilson, G. I., 1993)

Ficha técnica

Nombre: *Eating Disorder Examination* (Examen de Trastornos Alimentarios).

Siglas: EDE.

Autor (dirección): C. G. Fairburn y G. I. Wilson (no disponible).

Datos de publicación: *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment*. Nueva York, The Guilford Press. 1993.

Adaptación española: Raich, Mora, Sánchez-Carracedo y Torras, 2000; Raich, Mora, Torras y Sánchez-Carracedo, 2000. Departament de Psicologia de la Salut i Psicologia Social, Universitat Autònoma de Barcelona, Edifici B, 08193 Bellaterra (Barcelona). Correo electrónico: rosa.raich@uab.es.

Objetivos: Diagnóstico de anorexia, bulimia e ingesta compulsiva de acuerdo a los criterios del DSM-IV.

Descripción/ tipo de evaluación: Entrevista.

Ámbitos de medida/áreas/problemas evaluados: Además de permitir efectuar un diagnóstico de trastornos alimentarios, la entrevista proporciona información sobre frecuencia y severidad de los síntomas clave.

Población: Personas con posible trastorno alimentario.

Tiempo de administración: Entre 30 y 45 minutos.

Momento más adecuado para pasar la prueba: Evaluación diagnóstica inicial.

Procedimiento de puntuación: Escala tipo Likert.

Profesionales que pueden pasar la prueba: Psicólogos y psiquiatras previamente entrenados en su administración.

Datos psicométricos: Con respecto a la entrevista original, cuatro estudios favorables a la fiabilidad interevaluadores; consistencia interna entre 0,68-0,90; buena capacidad para discriminar diferentes niveles del espectro del trastorno alimentario; elevada validez concurrente con la frecuencia del vómito autorregistrada; resulta sensible al cambio tras la aplicación de una intervención. / Respecto a la adaptación, buena capacidad ($p < 0,05$) para discriminar entre controles y casos diagnosticados de TCA; consistencia interna entre 0,80 y 0,85.

Descripción

Las ventajas de las entrevistas frente a los cuestionarios son bien conocidas. Permiten evaluar parámetros difíciles de valorar a través de cuestionarios de una manera precisa. En el contexto de los trastornos alimentarios esto ocurre particularmente con aspectos como la evaluación de los denominados «atracones»,

o de la preocupación por el peso y la figura.

Con vistas a evaluar la eficacia de los tratamientos psicológicos en problemas bien definidos, el uso de entrevistas estructuradas está considerado como el método más fiable y recomendable para llevar a cabo el diagnóstico clínico y la identificación de los trastornos objeto de estudio (Chambless y Hollon, 1998).

La EDE es una entrevista estructurada que está considerada como uno de los mejores instrumentos para la evaluación de los trastornos alimentarios. Se han efectuado 12 versiones sucesivas en las que se ha ido depurando el instrumento. La entrevista evalúa la frecuencia de las conductas clave de los TCA (varias formas de sobreingesta, vómito autoinducido, abuso de laxantes y diuréticos) y la severidad de otros importantes aspectos de las características psicopatológicas de los TCA. Ofrece un perfil de cuatro subescalas: restricción, preocupación por la figura, preocupación por el peso y preocupación por la ingesta. Una quinta subescala, la de bulimia, fue eliminada en las últimas versiones por no añadir información adicional relevante. Las subescalas representan las principales áreas de la psicopatología específica de estos trastornos. La asignación racional de los ítems fue comprobada empíricamente a través de un análisis de consistencia interna de las subescalas (Cooper, Cooper y Fairburn, 1989). La consistencia inter-

na de las subescalas se situó entre 0,68 y 0,90.

Quizá sea el instrumento que ofrece una valoración más pormenorizada y exhaustiva de los episodios bulímicos. Distingue entre cuatro tipos de sobreingesta, mutuamente excluyentes, aunque es posible que una misma persona realice episodios de varias de estas categorías. Esta clasificación se basa en dos criterios: pérdida de control durante el episodio e ingesta de una gran cantidad objetiva de comida. La pérdida de control se operativiza como que «la persona evaluada tiene dificultad para impedir el comienzo del episodio o experimenta dificultad para detenerlo si éste ha comenzado». El volumen de ingesta se considera como «una gran cantidad objetiva de comida» si excede claramente la cantidad que suelen consumir otras personas de su mismo grupo social en esas circunstancias. Esta determinación debe realizarla el entrevistador siguiendo directrices específicas. Cruzando estos dos criterios se obtienen cuatro posibilidades que se muestran a continuación:

	<i>Pérdida de control</i>	<i>No hay pérdida de control</i>
<i>Gran cantidad objetiva de comida ingerida</i>	Episodio bulímico objetivo	Episodio de sobreingesta objetivo
<i>No gran cantidad objetiva de comida ingerida</i>	Episodio bulímico subjetivo	Episodio de sobreingesta subjetivo

Sus características psicométricas son aceptables. Se han efectuado cuatro estudios de fiabilidad interevaluadores y los resultados apoyan su uso (ver Fairburn y Wilson, 1993). No se dispone de momento de datos sobre la fiabilidad test-retest. Los índices de consistencia interna oscilan entre 0,68 y 0,90 (Beaumont, Kopec-Schrader, Talbot, y Touyz, 2000; Cooper y cols., 1989). Cuatro estudios prueban

que la EDE tiene una adecuada validez discriminante, de forma que tanto las subescalas como la puntuación global en la entrevista son capaces de discriminar diferentes niveles del espectro del trastorno alimentario como pacientes con bulimia nerviosa, mujeres con sobrepeso, personas sometidas a dieta y controles normales (Cooper y cols., 1989; Fairburn y Cooper, 1992; Rosen, Vara, Wendt y Lei-

tenberg, 1990; Wilson y Smith, 1989). Con respecto a la validez concurrente, las correlaciones de algunos ítems con datos de autoinforme derivados de diarios alimentarios fueron moderadas, aunque presenta una elevada correlación con la frecuencia del vómito autorregistrada por las personas afectadas (Rosen y cols., 1990). Finalmente, resulta sensible al cambio tras la aplicación de una intervención (cfr. Fairburn y Wilson, 1993).

Resulta recomendable combinar la entrevista con los datos procedentes de autorregistros en la evaluación inicial de línea de base.

La EDE permite efectuar diagnósticos para la anorexia, bulimia nerviosa e ingesta compulsiva a partir de los criterios del DSM-IV (APA, 1994). Sobre la base de estos criterios se especifican las puntuaciones y las respuestas que debe dar el sujeto evaluado al conjunto de ítems que

sirven para asignar el diagnóstico correspondiente.

Disponemos de una adaptación española efectuada por el equipo de R. M. Raich con población universitaria (Raich, Mora, Sánchez-Carracedo y Torras, 2000; Raich, Mora, Torras y Sánchez-Carracedo, 2000). Se obtuvieron cuatro factores que explicaron el 71% de la varianza total. Aunque muy parecida, la solución factorial obtenida no se ajustó del todo a la asignación racional de los ítems a las cuatro subescalas propuesta por Cooper y cols. (1989). Las cuatro subescalas de la adaptación discriminaron correctamente con un nivel de significación $p < 0,05$ entre el grupo universitario (control) y un grupo de pacientes diagnosticadas de TCA. A continuación mostramos las medias y desviaciones estándar encontradas en la adaptación, así como los índices de consistencia interna de las diferentes subescalas.

SUBESCALA	Grupo universitario		Grupo pacientes		α
	m	de	m	de	
Preocupación por la ingesta	0,91	1,23	4,56	1,29	0,82
Preocupación por el peso	2,13	1,85	4,71	1,52	0,85
Preocupación por la figura	2,01	1,75	4,73	1,27	0,85
Restricción	1,57	1,49	3,47	1,36	0,80
EDE total	1,65	1,44	4,37	1,03	

Como puede observarse, la consistencia interna de las cuatro subescalas fue mayor que la obtenida en los estudios con la escala original.

Normas de aplicación

La entrevista incluye un apartado de *Indicaciones para el entrevistador* donde se ofrecen especificaciones detalladas de los tópicos a evaluar y el esquema de valoración que se ha de seguir. Se dispone también de material para el entrevistado. Una

característica de la entrevista es que se centra en el/los último/s mes/tres meses para controlar fallos de memoria.

Cada uno de los ítems tiene una o más preguntas obligadas que deben formularse poniendo énfasis en palabras o frases subrayadas. Las preguntas de uso obligado pueden complementarse con cuestiones adicionales importantes a juicio del entrevistador. La mayoría de los ítems son valorados en escalas de frecuencia de 7 puntos con descriptores verbales acerca de lo que significa cada una de las puntuaciones.

Como en todas las entrevistas estructuradas, resulta conveniente un entrenamiento previo en su administración. La administración de la entrevista puede durar entre 30 y 45 minutos.

Corrección e interpretación

Todos los ítems se puntúan en una escala tipo Likert de 0-6. Ofrece diferentes puntuaciones:

- Puntuaciones en los ítems individuales de la entrevista (de 0-6).
- Puntuaciones en las subescalas: se calculan a partir del promedio de las respuestas dadas a los ítems que configuran cada una de ellas. Los promedios van de 0 a 6, y son índices que cuanti-

fican la gravedad de los parámetros que representa cada escala.

- Puntuación global de la gravedad de la psicopatología del TCA. Se promedia a partir de las puntuaciones globales de las cuatro subescalas.

Aunque el objetivo de la EDE es efectuar un diagnóstico según criterios DSM-IV, las puntuaciones nos proporcionan una idea de la gravedad de la sintomatología de algunos aspectos del trastorno alimentario. Pueden tomarse como referencia criterio las puntuaciones obtenidas en las muestras de referencia de la adaptación de Raich y cols. (2000). Puntuaciones por encima de una desviación estándar de la media podrían interpretarse como un nivel elevado de la característica que mide la subescala en cuestión.

Prueba

A continuación transcribimos algunos de los ítems de la adaptación española de la EDE a modo de muestra. Los interesados en conseguir una versión completa pueden ponerse en contacto con sus autores (ver ficha técnica).

Examen de Trastornos Alimentarios, EDE (versión castellana, Raich, R. M., *et al.*, 2000)

1. CONTROL SOBRE LA INGESTA
 - ¿Has procurado (controlar la ingesta) disminuir la comida a fin de adelgazar?
 - ¿De qué manera lo haces?
 - ¿Cuántas veces en este último mes?
 - (0) Ningún día
 - (1)
 - (2) Menos de la mitad de los días
 - (3)
 - (4) Más de la mitad de los días
 - (5)
 - (6) Todos los días
2. EVITACIÓN DE LA INGESTA
 - ¿Ha habido días en que no has comido absolutamente nada durante 8 horas o más (por ejemplo, desde las 9 de la mañana hasta las 5 de la tarde)?
 - ¿Con qué frecuencia? ¿Tiene relación con querer adelgazar?
 - (0) Ningún día
 - (1)
 - (2) Menos de la mitad de los días
 - (3)

- (4) Más de la mitad de los días
 - (5)
 - (6) Todos los días
3. ESTÓMAGO VACÍO
- ¿Has deseado tener el estómago vacío? ¿Por qué razones? ¿Tiene que ver con tu peso?
 - ¿Con qué frecuencia?
- (0) Ningún día
 - (1)
 - (2) Menos de la mitad de los días
 - (3)
 - (4) Más de la mitad de los días
 - (5)
 - (6) Todos los días
4. EVITACIÓN DE CIERTAS COMIDAS
- ¿Has intentado evitar comer algunos alimentos o comidas que te gustan pero... engordan?
 - ¿Cuántos días lo has conseguido?
- (0) Ningún día
 - (1)
 - (2) Menos de la mitad de los días
 - (3)
 - (4) Más de la mitad de los días
 - (5)
 - (6) Todos los días
5. NORMAS O REGLAS DIETÉTICAS
- ¿Has probado decirte qué habías de comer o qué no habías de comer? Ponme un ejemplo.
 - ¿Por qué razón o razones has decidido seguirlas?
 - Durante estas últimas cuatro semanas, ¿cuántos días has tratado de cumplir con estas normas o reglas que tú mismo/a te habías fijado?
- (0) Ningún día
 - (1)
 - (2) Menos de la mitad de los días
 - (3)
 - (4) Más de la mitad de los días
 - (5)
 - (6) Todos los días

Examen del Trastorno Dismórfico Corporal.

Body Dysmorphic Disorder Examination, BDDE (Rosen, J. C., y Reiter, J. T., 1995)

Ficha técnica

Nombre: *Body Dysmorphic Disorder Examination* (Examen del Trastorno Dismórfico Corporal).
Siglas: BDDE.
Autor (dirección): J. C. Rosen y J. T. Reiter. Department of Psychology, University of Vermont, Burlington, VT 05405 (802), 656-2680.
Datos de publicación: *Development of the Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE)*. Documento no publicado. University of Vermont, 1995.
Adaptación española: Raich, Torras y Mora (1997) / Departament de Psicologia de la Salut i Psicologia Social, Universitat Autònoma de Barcelona, Edifici B, 08193 Bellaterra (Barcelona). Correo electrónico: rosa.raich@uab.es.
Descripción/tipo de evaluación: Entrevista.
Objetivos: Evaluación del trastorno dismórfico corporal.
Ámbitos de medida/áreas/problemas evaluados: Básicamente evalúa sintomatología dismórfica. El análisis factorial efectuado en la adaptación española arroja un solo factor.
Población: Personas con posible trastorno dismórfico.
Tiempo de administración: de 30 minutos a 1 hora.
Momento más adecuado para pasar la prueba: Evaluación inicial.
Procedimiento de puntuación: Escala continua y análisis cualitativo.
Profesionales que pueden pasar la prueba: Psicólogos y psiquiatras previamente entrenados en su administración.
Datos psicométricos: La fiabilidad test-retest en la versión original fue de 0,94 y la consistencia interna, de 0,95. Se obtuvo una fiabilidad interevaluadores de 0,87, una validez concurrente con el *Body Shape Questionnaire* de 0,77 y de 0,80 con el *Body Image Avoidance Questionnaire*. La consistencia interna de la adaptación española fue similar a la del original (0,94). La fiabilidad interevaluadores se mostró satisfactoria, aunque los autores no informan de la cifra (Raich, Herrera, Rovira y Torres, 1997).

Descripción

El BDDE es una entrevista estructurada para la evaluación del trastorno dismórfico, tanto para hombres como para mujeres. El protocolo de la entrevista consta de 33 preguntas, una hoja de evaluación y una hoja de respuestas para el entrevistado.

Las personas de la muestra estudiada que presentaban un trastorno dismórfico presentaban una $m = 83,9$ y una $de = 14,8$ (rango de 0 a 198).

La entrevista ha sido adaptada por Raich y cols. (1997). La muestra empleada en la adaptación estuvo constituida por

155 estudiantes mujeres de 4.º y 5.º cursos de Psicología de la Universidad Autónoma de Barcelona. Por tratarse de una muestra no clínica, las puntuaciones medias en el instrumento fueron más bajas que las obtenidas por Rosen y Reiter (1995): $m = 43,7$ y $de = 30,9$ (rango de 2 a 137). No obstante, tratándose de una muestra distinta, las facultades psicométricas del instrumento no han menguado. La entrevista ha mostrado, tanto en su versión original como en la adaptación española, unos buenos índices de bondad psicométrica. Se obtuvo una consistencia interna de 0,95 en la versión original del instrumento y de 0,94 en la adaptación es-

pañola de Raich y cols. (1997). La fiabilidad test-retest fue de 0,94 (Rosen y Reiter, 1995). La fiabilidad interevaluadores fue de 0,89 en el estudio de Rosen y Reiter (1995) y la fiabilidad entre siete entrevistadores que participaron en la administración de la adaptación española de la BDDE, se ha hallado satisfactoria, aunque los autores no proporcionan la cifra (Raich y cols., 1997). La validez concurrente con el BSQ fue de 0,77 y de 0,80 con el BIAQ, lo cual refleja que evalúan constructos muy similares relacionados con las alteraciones cognitivas y conductuales de la imagen corporal.

Normas de aplicación

Inicialmente, la persona evaluada debe indicar qué aspecto de su apariencia física le ha disgustado más en las últimas cuatro semanas y describirla. Si el defecto se halla presente, el entrevistador debe decidir si la preocupación es anormal o desproporcionada. Se intenta esclarecer si el pensamiento es delirante o no y qué remedios se han utilizado para eliminarlo o disminuirlo. El resto de ítems investigan diferentes síntomas presentes en las últimas cuatro semanas.

Como en todas las entrevistas estructuradas, resulta conveniente un entrenamiento previo en su administración. Aproximadamente su administración puede llevar de 30 minutos a 1 hora. En cada

apartado de la entrevista se ofrecen una serie de indicaciones para el entrevistador, donde se le proveen especificaciones de los aspectos a evaluar en aquel apartado, además del esquema de valoración a la hora de puntuar las respuestas de la persona evaluada. La mayoría de los apartados tienen una o más preguntas de uso obligado que deberán plantearse en todas las circunstancias, lo que podrá ampliarse con preguntas adicionales que el entrevistador considere oportunas. La mayoría de los ítems se evalúan en escalas de frecuencia de 7 puntos (0-6), con descriptores verbales acerca de lo que significa cada puntuación.

Corrección e interpretación

Cada ítem puede puntuarse de 0 a 6. Se efectúa el sumatorio de todos los ítems exceptuando los ítems 1, 2, 3, 22, 33 y 34 (ítems en los que interesa información cualitativa básicamente y en los que no se ofrece esquema de valoración cuantitativa) a partir de lo cual se obtiene una puntuación global. Según los estudios de Rosen y Reiter (1995), el punto de corte se encuentra en una puntuación mayor o igual a 60. Una puntuación superior al punto de corte indica que el sujeto evaluado en cuestión presenta síntomas cognitivos y conductuales de alteración significativa de la imagen corporal.

Prueba

A continuación mostramos uno de los ítems del BDDE con las preguntas de uso obligado, así como las indicaciones para el entrevistador. El lector interesado en la entrevista completa debe ponerse en contacto con los autores (ver ficha técnica).

Examen del Trastorno Dismórfico Corporal, BDDE (versión castellana, Raich, R. M., *et al.*, 1997)

N.º 1 DESCRIPCIÓN DEL DEFECTO EN LA APARIENCIA FÍSICA

- ¿Ha habido algo en tu apariencia física que te disgustara en las últimas cuatro semanas?
- (Si es que no) «Si tuvieras que nombrar algo de tu apariencia física que te ha disgustado en las cuatro últimas semanas, ¿qué sería?»
- (o) «si no ha habido nada que te disgustara completamente, ¿qué aspecto de tu apariencia te ha gustado menos que otros?»
- ¿Dónde está exactamente la parte que te disgusta de tu apariencia física?
- ¿Qué pasa con _____ (nombrar la parte que le disgusta) que no te gusta?
- ¿Qué tiene de malo _____ (nombrar la parte que le disgusta)?
- ¿Cómo es de _____ (nombrar característica del fallo que el sujeto identifica, ejemplo «saliente») la _____ (nombrar la parte que le disgusta)?

Indicaciones para el entrevistador

El sujeto debe nombrar una parte del cuerpo. Si se queja de rasgos del cuerpo entero o de grandes regiones, hay que pedir que localice su queja tanto como le sea posible; por ejemplo: «¿qué parte de tu cuerpo es o tienes demasiado gorda (... desproporcionada, deformada, demasiado grande)?». Hay que pedir al sujeto que describa la/s parte/s que le disgusta/n detalladamente. Aunque deberían recogerse comentarios evaluativos del tipo «es horrible», «asqueroso», etc., el entrevistador ha de asegurarse de solicitar al sujeto que describa por qué el rasgo es «horrible» o «asqueroso» en términos más objetivos.

Test de Actitudes Alimentarias.

Eating Attitudes Test, EAT (Garner, D. M., y Garfinkel, P. E., 1979)

Ficha técnica

Nombre: *Eating Attitudes Test* (Test de Actitudes Alimentarias).

Siglas: EAT.

Autor (dirección): D. M. Garner y P. E. Garfinkel. Clarke Institute of Psychiatry, 250 College Street, Toronto, Ontario MST 1R8, Canadá.

Datos de publicación: «The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa», *Psychological Medicine*, 9, 273-279.

Adaptación española: Castro, Toro, Salamero y Guimerà (1991). Josep Toro; Sección de Psiquiatría Infantil y Adolescente, Subdivisión de Psiquiatría, Hospital Clínico y Provincial de Barcelona, Villarroel, 170, 08036 Barcelona, España.

Descripción/tipo de evaluación: Autoinforme.

Objetivos: Detección de personas con riesgo de tener un trastorno alimentario.

Ámbitos de medida/áreas/problemas evaluados: Dieta, bulimia y preocupación por la comida, control oral.

Población: Preferiblemente jóvenes y adolescentes, tanto mujeres como hombres.

Tiempo de administración: 10-15 minutos.

Momento más adecuado para pasar la prueba: *Screening*.

Procedimiento de puntuación: Escala tipo Likert.

Profesionales que pueden pasar la prueba: Requiere entrenamiento previo.

Datos psicométricos: La versión original presenta una fiabilidad 0,79 para el grupo de anorexia y de 0,94 para el grupo control; validez concurrente 0,87 con el criterio del grupo de anoréxicas; buena sensibilidad a los efectos de una intervención. La versión española discriminó correctamente ($p < 0,0001$) entre anoréxicas y controles; sensibilidad del 91% y especificidad del 69,2% para un punto de corte de 20; consistencia interna de $\alpha = 0,93$ para el total y de $\alpha = 0,92$ para el grupo de anoréxicas; validez concurrente de $r = 0,63$ con el BDI; buena sensibilidad a los efectos de una intervención.

Descripción

Es una de las medidas más utilizadas para la evaluación de las características anoréxicas: miedo a engordar, motivación para adelgazar y patrones alimentarios restrictivos. La versión original consta de 40 ítems que se contestan en una escala de frecuencia de 6 puntos que va de «nunca» a «siempre».

Esta medida resulta idónea para identificar problemas alimentarios en poblaciones no clínicas, por lo que se considera como un buen instrumento de *screening*. Sin embargo, existen dificultades cuando se utiliza para discriminar y evaluar a la población bulímica. Es capaz de detectar

bulímicas en población general, pero no es capaz de discriminar entre anorexia y bulimia nerviosa.

El estudio original se validó con grupos de mujeres con anorexia nerviosa y con grupos controles. El instrumento presentó buenas cualidades psicométricas, con una fiabilidad de 0,79 para el grupo de anoréxicas y de 0,94 para la muestra global, y una elevada validez concurrente ($r = 0,87$; $p < 0,001$) obtenida al correlacionarlo con el criterio del grupo de mujeres anoréxicas. El EAT discriminó bien entre anoréxicas clínicamente recuperadas y anoréxicas en tratamiento, lo que muestra que resulta sensible a los efectos producidos como consecuencia de una intervención.

Se contemplaron diferentes muestras. La muestra de pacientes anoréxicas obtuvo una puntuación de $58,9 \pm 13,3$; la de controles normales femenina $15,6 \pm 9,3$; la de controles normales masculina $8,6 \pm 5,3$; la de sujetos obesos $16,5 \pm 9,6$; y la de anoréxicas clínicamente recuperadas $11,4 \pm 5,1$. Tan sólo el 7% del total de grupos controles obtuvo puntuaciones elevadas que resultaron equivalentes a las puntuaciones más bajas de las mujeres anoréxicas. Para evitar el mayor número posible de falsos negativos, los autores han recomendado como punto de corte una puntuación de 30. En el análisis factorial original se obtuvieron siete factores (preocupación por la comida, deseo de adelgazar, abuso del vómito y de laxantes, dieta, comer despacio, alimentación clandestina y presión social percibida para ganar peso), aunque los autores señalan que el tamaño reducido de la muestra no resulta adecuado para realizar un análisis de este tipo.

Garner, Olmstead, Bohr y Garfinkel (1982) realizaron un nuevo análisis factorial administrando el cuestionario a una muestra de 140 pacientes anoréxicas en tratamiento. Se derivaron empíricamente tres factores: «dieta», «bulimia y preocupación por la comida» y «control oral». Wells, Coope, Gabb y Pears (1985) realizaron otro análisis factorial con 749 estudiantes adolescentes y obtuvieron un factor principal al que llamaron «dieta», muy similar al obtenido por Garner y cols., (1982). Además, encontraron otros dos factores que denominaron «preocupación por la comida» y «presión social sobre la alimentación». Eisler y Szukler (1985) también realizaron un análisis factorial del EAT con 3.000 chicas estudiantes inglesas, encontrando cinco factores: «dieta», «preocupación por la comida», «vómito», «presión social» y «alimentación social».

La adaptación española fue realizada por Castro, Toro, Salamero y Guimerà

(1991) con un grupo de mujeres con diagnóstico de anorexia nerviosa y otro grupo control. La adaptación discriminó adecuadamente entre ambos grupos (grupo anorexia $m = 45, 2 (22,8)$; grupo control $m = 18, 1 (10,4) / p < 0,0001$). Se obtuvo una sensibilidad del 67,9% y una especificidad del 85,9% para el punto de corte propuesto por los autores de la versión original (30). No obstante, los autores recomiendan un punto de corte de 20, por proporcionar una mayor sensibilidad (91%), aunque la especificidad empeora algo (69,2%). La recomendación del punto de corte de 20 también viene avalada por encontrar que las anoréxicas españolas puntuaron más bajo que el grupo de la versión original. El índice de consistencia interna fue de $\alpha = 0,93$ para la muestra total y de $\alpha = 0,92$ para el grupo de anoréxicas. La validez concurrente con el BDI fue de $r = 0,63$.

Del análisis factorial realizado se obtuvieron tres factores: «dieta y preocupación por la comida», «presión social percibida y malestar con la alimentación» y «trastornos psicobiológicos». Los tres factores encontrados explicaron el 41% de la varianza total. El primer factor, «dieta y preocupación por la comida», agrupó la totalidad de los ítems del factor «dieta» encontrado por Garner y cols., (1992) y la mayor parte de los ítems del factor equivalente de los trabajos de Eisler y Szukler (1985) y de Wells y cols., (1985), lo que sugiere que es el factor mejor establecido hasta la fecha. Los otros dos factores presentan menos homogeneidad con respecto a las agrupaciones factoriales encontradas en otros trabajos.

Al volver a evaluar a un grupo de pacientes tras su recuperación clínica, las puntuaciones del EAT se situaron en el rango normal, lo que indica que también la adaptación española presenta una buena sensibilidad a la intervención.

Normas de aplicación

La contestación del instrumento puede llevar unos 10-15 minutos, aproximadamente. Consta de una serie de afirmaciones que la persona evaluada debe leer y calificar en una escala de frecuencia con seis alternativas de respuesta, que van de «nunca» a «siempre».

Corrección e interpretación

Los ítems directos puntúan de la siguiente forma; nunca = 0, casi nunca = 0, algunas veces = 0, bastantes veces = 1, casi siempre = 2 y siempre = 3. Los ítems indirectos puntúan de forma inversa a los directos. Los ítems indirectos son el 1, 18, 19, 23, 27 y 39; el resto son directos.

Los ítems que componen las subescalas de la adaptación española son los siguientes:

- *Dieta y preocupación por la comida*: 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 25, 27, 29, 30, 31, 32, 34, 36, 37, 38, 39
- *Presión social percibida y malestar con la alimentación*: 3, 8, 12, 24, 26, 33, 34, 5
- *Trastornos psicobiológicos*: 13, 19, 28, 29, 35, 40

El punto de corte propuesto por los autores de la versión original es de 30. En la adaptación española, este punto de corte proporciona una sensibilidad moderada (67,9%) y una especificidad mayor (85,9%). Por ello, los autores recomiendan un punto de corte de 20, el cual, aunque empeora algo la especificidad (69,2%), mejora notablemente la sensibilidad (91%), lo cual resulta preferible en un instrumento de *screening* como es el EAT.

Prueba

Test de Actitudes Alimentarias, EAT-40 (versión castellana, Castro y cols., 1991)

Instrucciones: Responde marcando con una X la respuesta que consideres más adecuada a tu caso. Es muy importante que contestes a todas las preguntas. Gracias por tu colaboración.

	NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	BASTANTES VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
1. Me gusta comer con otras personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Preparo comidas para otros pero yo no me las como.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Me da mucho miedo pesar demasiado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Procuero no comer aunque tenga hambre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Me preocupo mucho por la comida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. A veces me he «atracado» de comida sintiendo que era incapaz de parar de comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Corto mis alimentos en trozos pequeños.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Evito especialmente comer alimentos con muchos hidratos de carbono (pan, arroz, patatas).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Me siento lleno/a después de las comidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Noto que los demás preferirían que yo comiese más.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Vomito después de haber comido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Me siento muy culpable después de comer.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Hago mucho ejercicio para quemar calorías.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Me peso varias veces al día.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Me gusta que la ropa me quede ajustada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Disfruto comiendo carne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Me levanto pronto por las mañanas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Cada día como los mismos alimentos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Tengo la menstruación regular.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Tardo en comer más que las otras personas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Disfruto comiendo en restaurantes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Tomo laxantes (purgantes).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Procuero no comer alimentos con azúcar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Como alimentos de régimen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Tengo la sensación de que los alimentos controlan mi vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Me controlo durante las comidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Noto que los demás me presionan para que coma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Paso demasiado tiempo pensando y preocupándome por la comida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Tengo estreñimiento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Me siento incómodo/a después de comer dulces.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Me comprometo a hacer régimen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Me gusta sentir el estómago vacío.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Cuestionario de Alimentación.

Three Factor Eating Questionnaire, TFEQ (Stunkard, A. J., y Messick, S., 1985)

Ficha técnica

Nombre: *Three Factor Eating Questionnaire* (Cuestionario de Alimentación de Stunkard y Messick).
Siglas: TFEQ.
Autor (dirección): A. J. Stunkard y S. Messick.
Datos de publicación: «The Three Factor Eating Questionnaire to measure dietary restraint, desinhibition and hunger», *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 71-83.
Adaptación española: Sánchez-Carracedo, D. Raich, R. M., Figueras, M., Torras, J. y Mora, M. (1999). Department de Psicologia de la Salut i Psicologia Social, Universitat Autònoma de Barcelona, Edifici B, 08193 Bellaterra (Barcelona). Correo electrónico: david.sanchez@uab.es.
Descripción/ tipo de evaluación: Autoinforme.
Objetivos: Evaluación de la restricción alimentaria.
Ámbitos de medida/áreas/problemas evaluados: Restricción (I), desinhibición (II) y hambre (III).
Población: Población general, población obesa y con TCA.
Tiempo de administración: 20-25 minutos.
Momento más adecuado para pasar la prueba: *Screening*.
Procedimiento de puntuación: Combina escala categórica y continua.
Profesionales que pueden pasar la prueba: Requiere entrenamiento previo.
Datos psicométricos: Buena consistencia interna del original 0,93 (I), 0,91 (II) y 0,85 (III); discrimina entre comedores restrictivos y comedores «libres» / Consistencia interna de la adaptación española 0,89 (I) 0,86 (II); discrimina entre personas con y sin alteraciones alimentarias; buenos índices de validez concurrente ($r = 0,64$ entre EAT total y factor I, $r = 0,68$ entre subescala «dieta» del EAT y factor I, $r = 0,72$ con el EDI total, $r = 0,72$ entre la subescala «motivación para adelgazar» del EDI y el factor I, $r = 0,65$ entre la subescala «bulimia» y el factor II, $r = 0,72$ entre el BSQ y el factor I y $r = 0,45$ entre el BSQ y el factor II. Ambos factores del TFEQ discriminaron correctamente entre grupos con y sin alteraciones alimentarias detectados vía la entrevista EDE.

Descripción

Es una de las medidas de restricción alimentaria más empleadas en la actualidad. El TFEQ fue creado como un instrumento alternativo para la evaluación de los constructos subyacentes a la teoría de la restricción (Herman y Mack, 1975) que solventara los problemas de validez predictiva y de constructo de la *Restraint Scale* (RS; Herman y Polivy, 1980). Además de los buenos índices de consistencia interna, varios estudios proporcionan un soporte a favor de su fiabilidad y validez (Collins, Lapp, Helder y Saltzberg, 1992; Laessle, Tuschl, Kotthaus y Pirke, 1989; Marcus, Wing y Lamparski, 1985; Ward-

le, Marsland, Sheikh, Quinn, Fedoroff y Ogden, 1992). Se ha sugerido que el TFEQ podría evaluar mejor dieta actual y exitosa, mientras que la RS evaluaría dieta crónica y no exitosa (Allison, Kalinsky y Gorman, 1992; Heatherton, Herman, Polivy, King, y McGree, 1988; Laessle y cols. 1989; Lowe, 1993; Ridgway y Jeffrey, 1998).

El análisis factorial arrojó tres subescalas: «restricción cognitiva de la conducta de comer», «desinhibición» y «hambre». A continuación reproducimos el patrón de correlaciones entre las diferentes subescalas y las puntuaciones obtenidas por los diferentes grupos considerados en la escala original.

Grupo	Total n = 98			Comedores restrictivos n = 53			Comedores libres n = 45		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III
Escala (20 ítems) I	—	—	—	—	—	—	—	—	—
(20 ítems) II	0,43*	—	—	-0,45*	—	—	0,19	—	—
(15 ítems) III	-0,04	0,40*	—	-0,10	0,36*	—	-0,06	0,73*	—
Media	10,5	10,0	7,1	14,3	13,8	7,2	6,0	5,6	7,0
Desv. estándar	6,2	5,9	4,1	3,6	4,2	3,9	5,5	4,3	4,3
α	0,93	0,91	0,85	0,79	0,84	0,83	0,92	0,84	0,87

Formalmente hablando, el TFEQ está estructurado en dos partes, definidas por la estructura de las opciones de respuesta. La primera de ellas la constituyen los 36 primeros ítems. En ellos, el informador tiene que contestar si la frase es, en su caso, falsa o verdadera. La segunda parte está constituida por 15 ítems, cada uno acompañado de su propia escala de frecuencia de cuatro opciones de respuesta. El informador debe rodear el número que está encima de la respuesta que considera apropiada a su caso. El ítem 50 constituye una excepción, pues su escala tiene seis opciones de respuesta y no hace referencia a una escala de frecuencia, sino al nivel de restricción, yendo desde «como cuando quiero y donde quiero» hasta «constantemente limito lo que como, nunca cedo». Finalmente, el ítem 51 hace referencia a en qué medida una frase describe adecuadamente la propia conducta alimentaria y tiene cuatro alternativas de respuesta que van desde «no me describe» a «me describe perfectamente».

Sánchez-Carracedo, Raich, Figueras, Torras y Mora (1999) realizaron recientemente una adaptación preliminar española con una muestra de 335 estudiantes universitarias. El análisis factorial no reprodujo la estructura factorial hallada por Stunkard y Messick (1985). Se obtuvieron dos factores que explicaron el 30% de la variabilidad total. Fueron denominados: «Restricción» (consistencia interna

$\alpha = 0,89$; correlación con el total de la escala $r = 0,74$, $p < 0,001$; $m = 6,42$, $de = 5,05$) y «Desinhibición» (consistencia interna $\alpha = 0,86$; correlación con el total de la escala $r = 0,76$, $p < 0,001$; $m = 7,54$, $de = 5,29$). La correlación entre ambos factores es de 0,12, la cual, aunque baja, resultó significativa ($p < 0,05$). El tercer factor del análisis original, el factor «Hambre», no se replicó en esta muestra. Los ítems que lo constituían en la escala original quedan incluidos en el factor «Desinhibición» en la muestra de la adaptación española.

La adaptación ha obtenido buenos índices de validez concurrente; $r = 0,64$ para la correlación de la adaptación española del EAT (Castro y cols., 1991) con el factor I de Restricción ($r = 0,68$ con la subescala «Dieta» del EAT); con respecto a la adaptación española del EDI (Guimerà y Torrubia, 1987), $r = 0,72$ para la correlación de la subescala «Motivación para adelgazar» con el factor I de Restricción y 0,65 para la correlación entre la subescala «Bulimia» con el factor II de Desinhibición; con respecto a la adaptación española del BSQ (Raich, Mora, Soler, Ávila, Clos y Zapater, 1996), $r = 0,72$ con el factor I de Restricción y $r = 0,45$ para la correlación con el factor II de Desinhibición.

También se obtuvieron buenos índices de validez discriminante. Ambos factores del TFEQ discriminaron correctamente entre grupos con y sin alteraciones ali-

mentarias detectados vía la entrevista EDE (Fairburn y Wilson, 1993) (factor I; $t = 8,05$, $p < 0,0001$, $gl = 303$ / factor II; $t = 4,62$, $p < 0,0001$, $gl=307$).

A pesar de las diferencias entre las estructuras factoriales de la prueba original y la adaptación española, cuando se compararon las puntuaciones del grupo de comedores restrictivos de la escala original con el de alteraciones alimentarias de la adaptación, no se encontraron diferencias significativas en ninguno de los dos factores del TFEQ (factor I; $t = 1,02$, $p = 0,16$, $gl = 22$ / factor II; $t = 0,55$, $p = 0,29$, $gl = 19$). Lo mismo sucedió al comparar las puntuaciones del grupo de comedores «libres» de la escala original con el de sin alteraciones alimentarias de la adaptación (factor I; $t = 0,99$, $p = 0,16$, $gl = 55$ / factor II; $t = 0,8$, $p = 0,21$, $gl = 43$).

Normas de aplicación

Su administración puede llevar 15-20 minutos, aproximadamente. La persona debe leer cada afirmación y contestar «verdadero» o «falso» en los ítems de la primera parte, o bien en la escala de frecuencia de los ítems de la segunda parte, indicando en cada caso lo que mejor se adapte a su situación.

Corrección e interpretación

Los 36 primeros ítems puntúan 1 para verdadero y 0 para falso en los ítems directos y 0 para verdadero y 1 para falso en los ítems indirectos. Los ítems indirectos de la parte I son el 10, 16, 21, 25, 30 y 31 y los directos el resto. Los 15 ítems de la segunda parte se codifican igualmente con 0 y 1, puntuando con 1 las contestaciones 3 y 4 y con 0 las contestaciones 1 y 2 de los ítems directos. En los ítems indirectos se puntúa con 0 las contestaciones 1 y 2, y con 1 las con-

testaciones 3 y 4. El único ítem indirectos de la parte II es el 47; el resto son directos. El ítem 50 constituye una excepción, pues su escala tiene seis opciones de respuesta; las opciones 0, 1 y 2 puntúan 0 y las opciones 3, 4 y 5 puntúan 1. Las tres subescalas del original están compuestas por los siguientes ítems:

- *Restricción*: 1, 6, 10, 14, 18, 21, 23, 28, 30, 32, 33, 35, 37, 38, 40, 42, 43, 44, 46, 48 y 50.
- *Desinhibición*: 1, 2, 7, 9, 11, 13, 15, 16, 20, 25, 27, 31, 36, 45, 49 y 51.
- *Hambre*: 3, 5, 8, 12, 17, 19, 22, 24, 26, 29, 34, 39, 41 y 47.

En el estudio original, el grupo de comedores restrictivos puntuó 14,3 (3,6) en la subescala Restricción, 13,8 (4,2) en la subescala Desinhibición y 7,2 (3,9) en la subescala Hambre. El grupo de comedores libres puntuó 6,00 (5,5) en la subescala Restricción, 5,6 (4,3) en la subescala Desinhibición y 7,0 (4,3) en la subescala Hambre. Pueden tomarse estos intervalos ($m \pm 1$ de) como orientación para interpretar una puntuación concreta.

Con respecto a la adaptación preliminar española, se encontró una estructura factorial diferente. Los ítems 4, 11, 17, 25, 31, 47 del original fueron eliminados y la distribución de los ítems restantes en las dos subescalas encontradas fue la siguiente:

- *Restricción*: 6, 10, 14, 18, 21, 23, 28, 30, 32, 33, 35, 37, 38, 40, 42, 43, 44, 46, 48, 50.
- *Desinhibición*: 1, 2, 3, 5, 7, 8, 9, 12, 13, 15, 16, 19, 20, 22, 24, 26, 27, 29, 34, 36, 39, 41, 45, 49, 51.

En esta adaptación, el grupo con alteraciones alimentarias puntuó 15,4 (0,81) en la subescala Restricción y 14,75 (6,44) en la subescala Desinhibición. El grupo sin alteraciones alimentarias puntuó 4,82

(4,07) en la subescala Restricción y 6,64 (4,79) en la subescala Desinhibición. También podrían tomarse estos intervalos ($m \pm 1$ de) como orientación para interpretar una puntuación concreta, aunque hay que recordar que los autores de la

adaptación señalan que sería deseable una validación con población general y muestras clínicas más amplias para acabar de contrastar la estructura factorial obtenida por esta adaptación preliminar.

Prueba

Cuestionario de Alimentación de Stunkard y Messick, TFEQ (versión castellana, Sánchez-Carracedo, D., *et al.*, 1999)

PARTE I	
1. Cuando huelo un bistec «chisporroteante» o veo un jugoso trozo de carne, encuentro muy difícil abstenerme de comer, incluso si he acabado de hacer una comida.	V F
2. Habitualmente como demasiado en situaciones sociales, como fiestas y «picnics».	V F
3. Habitualmente estoy tan hambrienta que como más de tres veces al día.	V F
4. Cuando he consumido mi cuota de calorías, estoy bien como para no comer más.	V F
5. Hacer dieta es demasiado duro para mí porque me pongo demasiado hambrienta.	V F
6. Tomo pequeñas raciones deliberadamente como método para controlar mi peso.	V F
7. A veces hay cosas que saben tan bien que continuo comiendo aun cuando ya no estoy hambrienta.	V F
8. Ya que estoy frecuentemente hambrienta, a veces desearía que, mientras como, un experto me dijera que ya he tenido bastante o que puedo comer alguna cosa más.	V F
9. Cuando me siento ansiosa, me encuentro a mí misma comiendo.	V F
10. La vida es demasiado corta para preocuparse por la dieta.	V F
11. Puesto que mi peso sube y baja, he ido reduciendo las dietas más de una vez.	V F
12. A menudo me siento tan hambrienta que tengo que comer algo ya.	V F
13. Cuando estoy con alguien que se está atracando, me suelo atracar yo también.	V F
14. Tengo una idea bastante buena del número de calorías de alimentos comunes.	V F
15. Algunas veces, cuando empiezo a comer parece que no puedo parar.	V F
16. No me es difícil dejar algo en el plato.	V F
17. A ciertas horas del día, me pongo hambrienta porque me he acostumbrado a comer entonces.	V F
18. Mientras estoy a dieta, si ingiero comidas que no están permitidas, conscientemente como menos durante un periodo de tiempo para compensarlo.	V F
19. Estar con alguien que está comiendo a menudo me pone lo bastante hambrienta como para comer yo también.	V F
20. Cuando me siento triste, frecuentemente me excedo comiendo.	V F
21. Disfruto demasiado comiendo como para estropearlo contando calorías o vigilando mi peso.	V F
22. Cuando veo un verdadero manjar, a menudo tengo que comer inmediatamente.	V F
23. Frecuentemente paro de comer cuando no estoy realmente llena como un medio consciente de limitar la cantidad de comida que como.	V F
24. Me pongo tan hambrienta que mi estómago a menudo parece un pozo sin fondo.	V F
25. Mi peso apenas ha cambiado en los últimos diez años.	V F
26. Estoy siempre tan hambrienta que me es difícil parar de comer antes de haber acabado la comida del plato.	V F
27. Cuando me siento sola, me consuelo comiendo.	V F

8. Instrumentos de evaluación en trastornos del comportamiento...

- | | | |
|--|---|---|
| 28. Conscientemente me reprimo en las comidas para no ganar peso. | V | F |
| 29. Algunas veces me pongo muy hambrienta al final de la tarde o por la noche. | V | F |
| 30. Como todo lo que quiero y cuando quiero. | V | F |
| 31. Aun sin pensarlo, comer me lleva mucho tiempo. | V | F |
| 32. Calculo las calorías como un medio consciente de controlar el peso. | V | F |
| 33. No como algunos alimentos porque me engordan. | V | F |
| 34. Estoy siempre lo bastante hambrienta como para comer en cualquier momento. | V | F |
| 35. Pongo mucha atención en los cambios de mi figura. | V | F |
| 36. Cuando estoy a dieta, si como alimentos no permitidos, a menudo me abandono (« <i>splurge</i> ») y como otros alimentos altos en calorías. | V | F |

PARTE II

Instrucciones

Por favor, responde a las siguientes preguntas rodeando el número que está encima de la respuesta que consideras apropiada a tu caso.

- | | | | | |
|---|---------------------|-----------------------------|------------------------------|----------------|
| 37. ¿Con qué frecuencia haces dieta en un esfuerzo consciente de controlar tu peso? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Raramente | Algunas veces | Habitualmente | Siempre |
| 38. ¿Afectaría a tu forma de vivir la vida una fluctuación de peso de 2 kg? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | En nada | Levemente | Moderadamente | Muchísimo |
| 39. ¿Con qué frecuencia sientes hambre? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Sólo en las comidas | Algunas veces entre comidas | Frecuentemente entre comidas | Casi siempre |
| 40. ¿Tienes sentimientos de culpa por atracarte para ayudarte a controlar tu ingesta? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Nunca | Raramente | A menudo | Siempre |
| 41. ¿Cuán difícil sería para ti parar de comer a media cena y no comer durante las próximas cuatro horas? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Fácil | Levemente difícil | Moderadamente difícil | Muy difícil |
| 42. ¿Cuán consciente eres de lo que estás comiendo? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Nada | Levemente | Moderadamente | Extremadamente |
| 43. ¿Con qué frecuencia evitas <i>abastecerte</i> de comidas tentadoras? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Casi nunca | Rara vez | Habitualmente | Casi siempre |
| 44. ¿Cuán propensa eres a comprar alimentos bajos en calorías? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | No soy propensa | Levemente propensa | Moderadamente propensa | Muy propensa |
| 45. ¿Comes sensiblemente enfrente de otros y te abandonas (« <i>splurge</i> ») sola? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | Nunca | Raramente | A menudo | Siempre |
| 46. ¿Cuán propensa eres a comer lentamente para reducir la cantidad de comida que ingieres? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | No soy propensa | Levemente propensa | Moderadamente propensa | Muy propensa |

47. ¿Con qué frecuencia te saltas postres porque no estás más hambrienta?			
1	2	3	4
Casi nunca	Rara vez	Por lo menos 1 vez por semana	Casi cada día
48. ¿Cuán propensa eres a comer menos deliberadamente cuando tú quieres?			
1	2	3	4
No soy propensa	Levemente propensa	Moderadamente propensa	Muy propensa
49. ¿Continúas atracándote aunque no estés hambrienta?			
1	2	3	4
Nunca	Raramente	Algunas veces	Por lo menos 1 vez por semana
50. En una escala del 0 al 5, donde 0 significa no restricción en la ingesta (comer todo lo que tú quieras, cuando quieras) y 5 restricción total (constante limitación de la ingesta y nunca rendirse), ¿qué número te darías a ti misma?			
0 Comer todo lo que tú quieres cuando tú quieres.			
1 Habitualmente comer todo lo que tú quieres, cuando tú quieres.			
2 A menudo comer todo lo que tú quieres, cuando tú quieres.			
3 Limitar la ingesta a menudo, pero también rendirse con frecuencia.			
4 Habitualmente limitar la ingesta, raramente rendirse.			
5 Limitar constantemente la ingesta, nunca rendirse.			
51. ¿En qué medida esta frase describe tu conducta alimentaria? «Comienzo a hacer dieta por la mañana, pero debido a la cantidad de cosas que pasan durante el día, por la noche me rindo y como lo que quiero, prometiéndome volver a comenzar la dieta mañana».			
1	2	3	4
No se me aplica	Se me aplica algo	Bastante buena descripción de mí	Me describe perfectamente

Cuestionario de la Figura Corporal.

Body Shape Questionnaire, BSQ (Cooper, P. J.; Taylor, M. J.; Cooper, Z., y Fairburn, C. G., 1987)

Ficha técnica

Nombre: *Body Shape Questionnaire* (Cuestionario de la Figura Corporal).

Siglas: BSQ.

Autor (dirección): P. J. Cooper y cols. Department of Psychiatry, University of Cambridge. Addenbrooke's Hospital, Hills Road. Cambridge CB2 2QQ, Inglaterra.

Datos de publicación: «The development and validation of the Body Shape Questionnaire», *International Journal of Eating Disorders*, 6, 1987, 485-494.

Adaptación Española: Raich, Mora y cols. (1996). / Correspondencia a R. M. Raich: Departament de Psicologia de la Salut i Psicologia Social, Universitat Autònoma de Barcelona, Edifici B, 08193 Bellaterra (Barcelona). Correo electrónico: rosa.raich@uab.es.

Descripción/tipo de evaluación: Autoinforme.

Objetivos: Evaluación de las alteraciones actitudinales de la imagen corporal.

Ámbitos de medida/áreas/problemas evaluados: Insatisfacción corporal y preocupación por el peso.

Población: Preferiblemente mujeres jóvenes y adolescentes.

Tiempo de administración: 10 minutos, aproximadamente.

Momento más adecuado para pasar la prueba: Evaluación inicial y en seguimientos.

Procedimiento de puntuación: Escala continua tipo Likert.

Datos psicométricos: Buena validez discriminante de la versión original al comparar bulímicas con mujeres de un grupo control ($t = 11,7$, $gl = 571$, $p < 0,0001$); en el grupo de bulímicas, el BSQ correlacionó moderadamente con el EAT ($r = 0,35$, $p < 0,02$) y muy alto con la subescala de Insatisfacción corporal del EDI ($r = 0,66$, $p < 0,001$); correlación con las subescalas de Preocupación por la figura y Preocupación por el peso de la EDE de 0,76 y 0,61, respectivamente. En la adaptación española, índices de consistencia interna entre 0,95 y 0,97; correlación de $r = 0,71$ con el EAT y de $r = 0,78$ con la subescala de Insatisfacción corporal del EDI; discrimina bien entre grupos de mujeres «preocupadas» y pacientes diagnosticadas de TCA ($p < 0,001$); buena sensibilidad al cambio tras un tratamiento de la imagen corporal.

Descripción

El cuestionario consta de 34 ítems que evalúan básicamente insatisfacción corporal y preocupación por el peso. El propósito de los autores fue construir un instrumento que evaluase las alteraciones actitudinales de la imagen corporal asociadas a la anorexia y a la bulimia nerviosa, así como sus antecedentes y consecuentes. La muestra original empleada en su elaboración estuvo compuesta por 38 pacientes diagnosticadas de bulimia nerviosa y tres grupos controles; 331 mujeres asistentes a una clínica de planificación familiar, 119 mujeres estudiantes en tera-

pia ocupacional y 85 estudiantes universitarias. El instrumento demostró buena validez discriminante entre el grupo de bulímicas y los tres grupos de control (m bulímicas = $136,9 \pm 22,5$); m control = $81,5 \pm 28,4$; $t = 11,7$, $gl = 571$, $p < 0,0001$). Fue capaz de discriminar, además, entre un subgrupo de mujeres preocupadas por su peso y su figura, dentro del grupo control global, y un subgrupo de mujeres no preocupadas extraídas del mismo grupo (grupo «preocupado» $m = 109,0 \pm 21,2$; grupo «no preocupado» $m = 55,9 \pm 14,4$, $t = 19,6$, $gl = 172$, $p < 0,0001$).

Para probar la validez concurrente, en el caso del subgrupo de bulímicas se

correlacionaron las puntuaciones globales obtenidas en el BSQ con las puntuaciones en la subescala de Insatisfacción corporal del EDI y con la puntuación total en el EAT; en el caso de la muestra de estudiantes en terapia ocupacional se realizó una comparación con las puntuaciones totales en el EAT. Entre las bulímicas, el BSQ correlacionó moderadamente alto con el EAT ($r = 0,35$, $p < 0,02$) y muy alto con la subescala de Insatisfacción corporal del EDI ($r = 0,66$, $p < 0,001$). En la muestra de estudiantes en terapia ocupacional, el BSQ correlacionó muy alto con la puntuación total del EAT ($r = 0,61$, $p < 0,001$).

En otros estudios se han aportado datos adicionales de la potencia psicométrica del BSQ. Loeb, Pike, Walsh y Wilson (1994) correlacionaron las puntuaciones totales del BSQ con las subescalas de Preocupación por la figura y Preocupación por el peso de la EDE, obteniendo correlaciones de 0,76 y 0,61, respectivamente.

Los autores señalan que el BSQ es un mejor instrumento para evaluar la extensión de la psicopatología que un medio para la detección de casos, dado que no constituye una medida de trastorno alimentario, sino de una de las dimensiones de este trastorno.

El equipo de Rosa M. Raich ha llevado a cabo cinco estudios distintos para validar el BSQ realizados con diferentes muestras de estudiantes universitarias, con pacientes diagnosticadas de TCA y con mujeres que participaron en un tratamiento para el trastorno de la imagen corporal (Rosa, Mora y cols., 1996).

Las diferentes muestras de estudiantes (una de $n = 153$ y otra de $n = 248$) obtuvieron puntuaciones medias comprendidas entre $74,88 \pm 31,14$ y $84,75 \pm 30,42$. Los índices de consistencia interna oscilaron entre 0,95 y 0,97. El BSQ correlacionó significativamente con el EAT ($r = 0,71$) y con la subescala de Insatisfacción corporal del EDI ($r = 0,78$), siendo estos índi-

ces superiores a los hallados por el estudio original.

El análisis factorial realizado con las muestras de estudiantes universitarias encontró un único factor que explicaba el 48,7% de la varianza total. Ello confirma la gran coherencia de la prueba, reafirmada por su elevada consistencia interna.

Al igual que en el estudio de Cooper y cols. (1987), se seleccionó una submuestra dentro del grupo de estudiantes universitarias con una elevada preocupación por su peso y su imagen ($n = 80$). En este grupo, la puntuación obtenida fue de $109,56 \pm 29,44$, prácticamente la misma a la encontrada por Cooper y cols., (1987) con la muestra de mujeres «preocupadas». La adaptación fue capaz de discriminar entre este grupo y un grupo de 45 pacientes diagnosticadas de TCA (m grupo TCA = $135,02 \pm 35,81$; m grupo «preocupado» = $109,56 \pm 29,44$; $p < 0,001$). De nuevo, la puntuación obtenida por el grupo con TCA fue muy parecida a la encontrada por Cooper y cols. (1987) con la muestra de bulímicas.

Finalmente, la adaptación mostró una buena sensibilidad al cambio tras un tratamiento de la imagen corporal en 18 mujeres con alteraciones en este componente (medida pre $m = 128,48 \pm 22,96$; medida post $m = 74,65 \pm 28,15$; $p < 0,001$).

Normas de aplicación

Su administración puede llevar 10 minutos aproximadamente. Todas las preguntas van referidas al último mes. La persona debe leer cada afirmación y contestar en una escala de frecuencia de 6 puntos (1-6) lo que mejor represente su realidad.

Corrección e interpretación

Todos los ítems del BSQ están redactados en sentido directo. La puntuación total se

8. Instrumentos de evaluación en trastornos del comportamiento...

obtiene sumando las puntuaciones de los 34 ítems. El rango se sitúa entre 34 y 204. Para interpretar las puntuaciones, pueden tomarse como referencia las puntuaciones obtenidas por las diferentes muestras con las que se realizó la adaptación.

Tanto en el trabajo original de Cooper y cols. (1987) como en la adaptación española de Raich, Mora y cols. (1996), los grupos de mujeres preocupadas por su peso y su figura obtuvieron puntuaciones en torno a 109. Tomando como referencia las puntuaciones más bajas obtenidas por

las diferentes muestras globales de estudiantes universitarias, la puntuación equivalente a una desviación estándar por encima de la media es de aproximadamente 105. Por esa razón, puntuaciones entre 105 y 109 podrían considerarse como puntos de corte para detectar en un *screening* mujeres con posibles problemas con su imagen corporal. De hecho, el equipo de Rosa M. Raich viene utilizando como punto de corte la puntuación de 105 en sus últimos trabajos por estas razones (Raich y cols., 2000).

Prueba

Cuestionario de la Figura Corporal, BSQ (versión castellana, Raich, R. M.; Mora, M., et al., 1996)

Nos gustaría saber cómo te has sentido respecto a tu figura en el **último mes**. Por favor, lee cada pregunta y rodea el número que consideres que corresponde a la respuesta más adecuada. Contesta a todas las preguntas.

1. Cuando te aburres, ¿te preocupas por tu figura?
1 2 3 4 5 6
Nunca Raramente Algunas veces A menudo Muy a menudo Siempre
2. ¿Has estado tan preocupada por tu figura que has pensado que debías ponerte a dieta?
1 2 3 4 5 6
Nunca Raramente Algunas veces A menudo Muy a menudo Siempre
3. ¿Has pensado que tus muslos, caderas o nalgas (culo) son demasiado grandes en proporción con el resto de tu cuerpo?
1 2 3 4 5 6
Nunca Raramente Algunas veces A menudo Muy a menudo Siempre
4. ¿Has tenido miedo a convertirte en *gorda* (o más gorda)?
1 2 3 4 5 6
Nunca Raramente Algunas veces A menudo Muy a menudo Siempre
5. ¿Te ha preocupado el que tu carne no sea suficientemente firme?
1 2 3 4 5 6
Nunca Raramente Algunas veces A menudo Muy a menudo Siempre
6. ¿Sentirte llena (después de una comida) te ha hecho sentir gorda?
1 2 3 4 5 6
Nunca Raramente Algunas veces A menudo Muy a menudo Siempre
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que incluso has llorado por ello?
1 2 3 4 5 6
Nunca Raramente Algunas veces A menudo Muy a menudo Siempre
8. ¿Has evitado correr para que tu carne no botara, saltara?
1 2 3 4 5 6
Nunca Raramente Algunas veces A menudo Muy a menudo Siempre

9. ¿Estar con chicos/as delgados/as te ha hecho fijar en tu figura?	1	2	3	4	5	6
Nunca Raramente Algunas veces A menudo Muy a menudo Siempre						
10. ¿Te has preocupado por el hecho de que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?	1	2	3	4	5	6
Nunca Raramente Algunas veces A menudo Muy a menudo Siempre						
11. ¿El solo hecho de comer una pequeña cantidad de alimento te ha hecho sentir gorda?	1	2	3	4	5	6
Nunca Raramente Algunas veces A menudo Muy a menudo Siempre						
12. ¿Te has fijado en la figura de otros chicos/as y has comparado la tuya con la de ellos desfavorablemente?	1	2	3	4	5	6
Nunca Raramente Algunas veces A menudo Muy a menudo Siempre						
13. ¿Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando estás mirando la televisión, leyendo o manteniendo una conversación)?	1	2	3	4	5	6
Nunca Raramente Algunas veces A menudo Muy a menudo Siempre						
14. Estar desnuda, por ejemplo cuando te duchas, ¿te ha hecho sentir gorda?	1	2	3	4	5	6
Nunca Raramente Algunas veces A menudo Muy a menudo Siempre						
15. ¿Has evitado llevar vestidos que marcasen tu figura?	1	2	3	4	5	6
Nunca Raramente Algunas veces A menudo Muy a menudo Siempre						
16. ¿Te has imaginado cortando partes grasas de tu cuerpo?	1	2	3	4	5	6
Nunca Raramente Algunas veces A menudo Muy a menudo Siempre						
17. Comer caramelos, pasteles u otros alimentos altos en calorías, ¿te ha hecho sentir gorda?	1	2	3	4	5	6
Nunca Raramente Algunas veces A menudo Muy a menudo Siempre						
18. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, a una fiesta) porque te has sentido mal respecto a tu figura?	1	2	3	4	5	6
Nunca Raramente Algunas veces A menudo Muy a menudo Siempre						
19. ¿Te has sentido excesivamente gorda y llena?	1	2	3	4	5	6
Nunca Raramente Algunas veces A menudo Muy a menudo Siempre						
20. ¿Te has sentido acoplejado por tu cuerpo?	1	2	3	4	5	6
Nunca Raramente Algunas veces A menudo Muy a menudo Siempre						
21. La preocupación por tu figura, ¿te ha inducido a ponerte a dieta?	1	2	3	4	5	6
Nunca Raramente Algunas veces A menudo Muy a menudo Siempre						
22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo, por la mañana)?	1	2	3	4	5	6
Nunca Raramente Algunas veces A menudo Muy a menudo Siempre						
23. ¿Has pensado que tienes la figura que tienes a causa de tu falta de autocontrol?	1	2	3	4	5	6
Nunca Raramente Algunas veces A menudo Muy a menudo Siempre						
24. ¿Te ha preocupado que la otra gente vea <i>micelines</i> alrededor de tu cintura?	1	2	3	4	5	6
Nunca Raramente Algunas veces A menudo Muy a menudo Siempre						

8. Instrumentos de evaluación en trastornos del comportamiento...

25. ¿Has pensado que no es justo que otras chicas sean más delgadas que tú?	1	2	3	4	5	6
Nunca Raramente Algunas veces A menudo Muy a menudo Siempre						
26. ¿Has vomitado para sentirte más delgada?	1	2	3	4	5	6
Nunca Raramente Algunas veces A menudo Muy a menudo Siempre						
27. Estando en compañía de otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo, en un autobús, en el cine...)?	1	2	3	4	5	6
Nunca Raramente Algunas veces A menudo Muy a menudo Siempre						
28. ¿Te ha preocupado que tu carne tenga aspecto de <i>piel de naranja o celulitis</i> ?	1	2	3	4	5	6
Nunca Raramente Algunas veces A menudo Muy a menudo Siempre						
29. Verte reflejada en un espejo, ¿te hace sentir mal respecto a tu figura?	1	2	3	4	5	6
Nunca Raramente Algunas veces A menudo Muy a menudo Siempre						
30. ¿Has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuánta grasa hay?	1	2	3	4	5	6
Nunca Raramente Algunas veces A menudo Muy a menudo Siempre						
31. ¿Has evitado situaciones en las cuales la gente pudiera ver tu cuerpo (por ejemplo, piscinas, duchas, vestidores...)?	1	2	3	4	5	6
Nunca Raramente Algunas veces A menudo Muy a menudo Siempre						
32. ¿Has tomado laxantes para sentirte más delgada?	1	2	3	4	5	6
Nunca Raramente Algunas veces A menudo Muy a menudo Siempre						
33. ¿Te has fijado más en tu figura cuando estás en compañía de otra gente?	1	2	3	4	5	6
Nunca Raramente Algunas veces A menudo Muy a menudo Siempre						
34. ¿La preocupación por tu figura te hace pensar que deberías hacer ejercicio?	1	2	3	4	5	6
Nunca Raramente Algunas veces A menudo Muy a menudo Siempre						

Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal. CIMEC-40 y CIMEC-26 (Toro, J.; Salamero, M., y Martínez, E., 1994)

Ficha técnica

Nombre: Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal.

Siglas: CIMEC-40, CIMEC-26.

Autor (dirección): J. Toro y cols. Departament de Psiquiatria, Facultat de Medicina, Universitat de Barcelona, Casanova 143, E-08036 Barcelona.

Datos de publicación: Toro, J., Salamero, M. y Martínez, E. (1994): «Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 147-151.

Descripción/tipo de evaluación: Autoinforme.

Objetivos: Evaluación de la presión percibida por el individuo de los medios de comunicación y del entorno social inmediato para adelgazar.

Ámbitos de medida/áreas/problemas evaluados: Preocupación por la imagen corporal (I); Influencia de los anuncios II); Influencia de los mensajes verbales (III); Influencia de los modelos sociales (IV); Influencia de las situaciones sociales (V).

Población: Mujeres jóvenes y adolescentes entre 12 y 24 años.

Tiempo de administración: 15-20 minutos, aproximadamente.

Momento más adecuado para pasar la prueba: *Screening* y seguimientos.

Procedimiento de puntuación: Escala tipo Likert.

Datos psicométricos: Consistencia interna del CIMEC-40: grupo anoréxicos = 0,94, grupo normal = 0,92; consistencia interna del CIMEC-26: grupo anoréxicos = 0,93, grupo normal = 0,91 / Buena discriminación entre grupos de anoréxicas y normales ($p < 0,001$) / CIMEC-40: sensibilidad del 81,4% y especificidad del 55,9%; CIMEC-26: la sensibilidad fue del 83,1% y la especificidad del 64,4%

Descripción

El CIMEC fue elaborado para la evaluación del impacto que diferentes agentes sociales pueden tener en el desarrollo de las actitudes hacia el propio cuerpo y constituye el primer cuestionario que ha intentado evaluar las influencias socioculturales en el desarrollo de los trastornos alimentarios. Es de los pocos instrumentos de evaluación de aspectos de interés en los trastornos del comportamiento que ha sido elaborado directamente con muestras de nuestro país y en español. Fue aplicado a una población de 675 jóvenes adolescentes de la ciudad de Barcelona, de los cuales se seleccionaron un total de 59 que fueron emparejados en edad y nivel socioeconómico con otro grupo de 59 anoréxicas diagnosticadas según criterios DSM-III-R, 10 de las cuales estaban hos-

pitalizadas y 49 en régimen ambulatorio. El cuestionario, compuesto inicialmente por 40 ítems, ha mostrado una buena capacidad para discriminar entre pacientes anoréxicas y controles ($t = 5,11$, $gl = 103,6$; $p < 0,001$). Un análisis más detallado mostró que estas diferencias significativas se mostraban en 26 ítems, lo cual ha dado lugar a la versión CIMEC-26 que presenta una mayor capacidad para discriminar entre grupos de pacientes y grupos normales ($t = 6,44$, $gl = 100,3$; $p < 0,001$).

Un análisis factorial del CIMEC-26 reveló la existencia de cinco factores que explicaban el 52,7% de la varianza total. El factor I, Preocupación por la imagen corporal, está formado por los ítems 4, 5, 11, 13, 16, 17, 25 y 31; el factor II, Influencia de los anuncios, por los ítems 6, 8, 9, 15, 21, 28, 33 y 38; el factor III, Influencia de los mensajes verbales, por los

8. Instrumentos de evaluación en trastornos del comportamiento...

ítems 19, 23 y 26; el factor IV, Influencia de los modelos sociales, por los ítems 1, 12, 27 y 37; el factor V, Influencia de las situaciones sociales, por los ítems 3, 34 y 40. Ambas versiones han mostrado una buena consistencia interna utilizando el coeficiente α de Cronbach (CIMEC-40: grupo anoréxicos = 0,94, grupo normal = 0,92; CIMEC-26: grupo anoréxicos = 0,93, grupo normal = 0,91).

En el estudio realizado con el CIMEC-40, las pacientes anoréxicas obtuvieron una puntuación de $36,9 \pm 15$ y las muestras control, $24,7 \pm 10,7$. En el CIMEC-26, las pacientes anoréxicas obtuvieron una puntuación de $25,7 \pm 11,2$ y las muestras control, $14,4 \pm 7,3$. A continuación reproducimos las puntuaciones del grupo de anoréxicas y del grupo normal para los cinco factores del CIMEC-26.

Factor	Grupo normal	Grupo anoréxico	T	GI
I	$5,34 \pm 3,12$	$8,53 \pm 3,90$	4,90	110,73**
II	$2,25 \pm 2,85$	$6,08 \pm 4,48$	5,54	98,33**
III	$1,81 \pm 1,41$	$3,95 \pm 1,97$	6,78	105,02**
IV	$3,39 \pm 1,57$	$4,39 \pm 1,85$	3,17	112,94*
V	$1,93 \pm 1,39$	$3,97 \pm 1,39$	7,96	116,00**

* $p < 0,01$; ** $p < 0,001$.

El punto de corte óptimo para utilizar el CIMEC como posible instrumento de *screening* para trastornos alimentarios en general y para anorexia en particular fue determinado a partir de un mínimo del 80% de sensibilidad requerida como criterio para su uso clínico. El punto de corte del CIMEC-40 es de 23-24 y obtuvo una sensibilidad del 81,4% y una especificidad del 55,9%. En el caso del CIMEC-26 es de 17-18, y la sensibilidad fue del 83,1% y la especificidad del 64,4%. Como señalan sus autores, la evidencia de la utilidad del CIMEC como instrumento de *screening* debería ser confirmada con otra muestra más amplia.

Normas de aplicación

El CIMEC fue diseñado para ser aplicado a chicas adolescentes y mujeres jóvenes

con edades comprendidas entre los 12 y 24 años. Su administración puede llevar unos 15-20 minutos. El cuestionario incorpora unas breves instrucciones sobre su cumplimentación.

Corrección e interpretación

Los 40 ítems del cuestionario son valorados en escalas de 3 puntos (2, 1, 0). Todos los ítems son directos. El rango de puntuaciones se encuentra entre 0 y 80. Se han señalado con asterisco (*) los ítems que constituyen el CIMEC-26. Para una sensibilidad mínima del 80%, el punto de corte para el CIMEC-40 fue de 23-24, y el del CIMEC-26, de 16-17. En el apartado introductorio se presenta una relación de los ítems que configuran cada una de sus subescalas.

Prueba

Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal, CIMEC-40 (Toro, J., *et al.*, 1994)

Instrucciones: Este cuestionario contiene una serie de preguntas referidas al impacto o influencia que distintos ambientes ejercen sobre las personas, concretamente sobre lo que piensan o sienten acerca de su propio cuerpo. No hay, pues, respuestas «buenas» ni «malas». Tan sólo has de reflejar cuáles son tus experiencias en este terreno. Contesta marcando con una señal (X) la respuesta que consideres más adecuada.

NOMBRE y APELLIDOS FECHA

1. *Cuando estás viendo una película, ¿miras a las actrices fijándote especialmente en si son gruesas o delgadas?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
2. ¿Tienes alguna amiga o compañera que haya seguido o esté siguiendo alguna dieta adelgazante?
 Sí, más de 2 Sí, 1 ó 2 No, ninguna
3. *Cuando comes con otras personas, ¿te fijas en la cantidad de comida que ingiere cada una de ellas?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
4. *¿Envidias el cuerpo de las bailarinas de ballet o el de las muchachas que practican gimnasia rítmica?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
5. *¿Te angustia ver pantalones, vestidos u otras prendas que te han quedado pequeñas/estrechas?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
6. *¿Llaman tu atención los anuncios de televisión que anuncian los productos adelgazantes?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
7. ¿Entre tus compañeras y amigas, suele hablarse del peso o del aspecto de ciertas partes del cuerpo?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
8. *¿Llaman tu atención los escaparates de las farmacias que anuncian productos adelgazantes?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
9. *¿Sientes deseos de consumir bebidas bajas en calorías cuando oyes o ves un anuncio dedicado a ellas?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
10. ¿Hablas con las personas de tu familia acerca de las actividades o productos adelgazantes?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
11. *¿Te atrae y a la vez te angustia (por verte gruesa) el contemplar tu cuerpo en un espejo, en un escaparate, etc.?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
12. *Cuando vas por la calle, ¿te fijas en las personas que pasan para ver si están gordas o delgadas?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
13. *¿Has hecho régimen para adelgazar alguna vez en tu vida?
 Sí, más de 2 veces Sí, 1 ó 2 veces No, nunca
14. ¿Comentan tus amigas y compañeras los anuncios y productos destinados a adelgazar?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada

8. Instrumentos de evaluación en trastornos del comportamiento...

15. *¿Llaman tu atención los anuncios de productos adelgazantes que aparecen en las revistas?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
16. *¿Envidias la delgadez de las modelos que aparecen en los desfiles de modas o en los anuncios de prendas de vestir?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
17. *¿Te angustia que te digan que estas «llenita», «gordita», «redondita» o cosas parecidas, aunque sea un comentario positivo?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
18. ¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo volumen de sus caderas?
 Sí, la mayoría Sí, algunas No, ninguna
19. *¿Te atraen las conversaciones o comentarios acerca del peso, las calorías, la silueta, etc.?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
20. ¿Te preocupa el excesivo tamaño de tu pecho?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
21. *¿Te angustian los anuncios que invitan a adelgazar?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
22. ¿Has hecho algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar durante alguna temporada?
 Sí, más de 3 temporadas Sí, 1 ó 2 temporadas No, nunca
23. *¿Te atraen los libros, artículos de revistas, anuncios, etc., que hablan de calorías?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
24. ¿Está haciendo o ha hecho algo para adelgazar alguna de las personas de tu familia que viven contigo?
 Sí, 2 ó más Sí, 1 persona No, nadie
25. *¿Te angustia la llegada del verano por tener que ir más ligera de ropa o tener que usar traje de baño?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
26. *¿Te interesan los artículos y reportajes relacionados con el peso, el adelgazamiento, el control de obesidad?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
27. *¿Tienes alguna amiga o compañera angustiada o muy preocupada por su peso o por la forma de su cuerpo?
 Sí, más de 2 Sí, 1 ó 2 No, ninguna
28. *¿Sientes deseos de seguir una dieta adelgazante cuando ves u oyes un anuncio dedicado a esos productos?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
29. ¿Te preocupa el excesivo tamaño de tus caderas y muslos?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
30. ¿Tienes alguna amiga o compañera que practique algún tipo de ejercicio físico con la intención de adelgazar?
 Sí, más de 2 Sí, 1 ó 2 No, ninguna
31. *¿Envidias la fuerza de voluntad de las personas capaces de seguir una dieta o régimen adelgazante?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
32. ¿Hablas con tus amigas y compañeras acerca de productos o actividades adelgazantes?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
33. *¿Sientes deseos de usar crema adelgazante cuando oyes o ves anuncios dedicados a esos productos?
 Sí, siempre Sí, a veces No, nunca
34. *¿Crees que las muchachas y jóvenes delgadas son más aceptadas por los demás que las que no lo son?
 Sí, seguro Sí, probablemente No, no lo creo

35. ¿Recuerdas frases, imágenes o melodías que acompañen a los anuncios de productos adelgazantes?
 Sí, muchas veces Sí, a veces No, nunca
36. ¿Crees que tus amigas y compañeras están preocupadas por el excesivo tamaño de su pecho?
 Sí, la mayoría Sí, algunas No, ninguna
37. *¿Te atraen las fotografías y anuncios de muchachas con tejanos, bañador o ropa interior?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
38. *¿Llaman tu atención los anuncios de productos laxantes?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada
39. ¿Te resultan más simpáticas y atractivas las personas delgadas que las que no lo son?
 Sí, casi siempre Sí, a veces No, me da igual
40. *Si te invitan a un restaurante o participas en una comida colectiva, ¿te preocupa la cantidad de comida que puedes verte obligada a comer?
 Sí, mucho Sí, algo No, nada

3. Referencias

- Alastrué, A., Sitges, A. S., Jaurrieta, E. y Sitges, A. C. (1992): «Valoración de los parámetros antropométricos en nuestra población», *Medicina Clínica*, 78, 407-415.
- Allison, D. A., Kalinsky, L. B. y Gorman, B. S. (1992): «A comparison of the psychometric properties of three measures of dietary restraint», *Psychological Assessment*, 4, 391-398.
- American Psychiatric Association (1994): «DSM IV», *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4.ª ed.), Washington DC, Author.
- Beaumont, P. J. V., Kopec-Schrader, E. M., Talbot, P. y Touyz, S. W. (2000): «Measuring the specific psychopathology of eating disorder patients», *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*.
- Carroll, J. M., Touyz, S. W. y Beaumont, P. J. V. (1996): «Specific comorbidity between Bulimia Nervosa and Personality Disorders», *International Journal of Eating Disorders*, 19 (2) 159-170.
- Chambless, D. L. y Hollon, S. D. (1998): «Defining Empirically Supported Therapies», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (1), 7-18.
- Castro, J., Toro, J., Salamero, M. y Guimerà, E. (1991): «The Eating Attitudes Test: validation of the Spanish version», *Psychological Assessment*, 7 (2), 175-190.
- Collins, R. L., Lapp, W. M., Helder, L. y Saltzberg, J. A. (1992): «Cognitive restraint and impulsive eating: Insights from the Three-Factor Eating Questionnaire», *Psychology of Addictive Behaviors*, 6, 47-53.
- Cooper, Z., Cooper, P. J. y Fairburn, C. G. (1989): «The validity of the Eating Disorder Examination and its subscales», *British Journal of Psychiatry*, 154, 807-812.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z. y Fairburn, C. G. (1987): «The development and validation of the Body Shape Questionnaire», *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.
- Eisler, I. y Szmulker, G. I. (1985): «Social class as a confounding variable in the eating attitudes test», *Journal of Psychiatry*, 19, 171-176.
- El País* (2002): «Los niños españoles han crecido una media de diez centímetros en 16 años» (martes 18 de junio de 2002, p. 34).
- Fairburn, C. G. y Cooper, Z. (1993): «The Eating Disorder Examination», en C. G. Fairburn y G. T. Wilson (dirs.): *Binge Eating: Nature, assessment, and treatment*. Nueva York, Guilford.
- y — (1992): «Further validity studies of the Eating Disorder Examination», *Manuscript in preparation*.
- y Wilson, G. I. (1993): *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment*. Nueva York, The Guilford Press.
- Garner, D. M. (1991): *EDI2. Eating Disorder Inventory-2: Professional Manual*. Odessa,

- Florida, Psychological Assessment Resources, Inc.
- (1998): *EDI2. Inventario de Trastornos de la Conducta Alimentaria*. (Serie Menor, n.º 267). Madrid, TEA Ediciones S.A.
- y Garfinkel, P. E. (1979): «The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa», *Psychological Medicine*, 9, 273-279.
- Olmstead, M. P., Bohr, Y. y Garfinkel, P. E. (1982): «The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates», *Psychological Medicine*, 12, 871-878.
- , — y Polivy, J. (1983): «Development and validation of a multidimensional Eating Disorders Inventory for Anorexia Nervosa and Bulimia», *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15-34.
- Grilo, C. M., Brownell, K. D. y Stunkard, A. J. (1993): «The metabolic and psychological importance of exercise in weight control», en A. J. Stunkard y T. A. Wadden (eds.): *Obesity: Theory and Therapy* (2.ª ed.). Nueva York, Raven Press.
- Hamill, P. V. V., Drizd, T. A., Johnson, C. L., Reed, R. B., Roche, A. F. y Moore, W. M. (1979): «Physical growth: NCHS percentiles», *American Journal of Clinical Nutrition*, 32, 607-629.
- Heatherton, T. F., Herman, C. P., Polivy, J., King, A. y McGree, S. T. (1988): «The (Mis)measurement of restraint: An analysis of conceptual and psychometric issues», *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 19-28.
- Herman, C. P. y Mack, D. (1975): «Restrained and unrestrained eating», *Journal of Personality*, 43, 647-660.
- y Polivy, J. (1980): «Restrained eating», en A. B. Stunkard (ed.): *Obesity*. Philadelphia, Saunders.
- Hernández, M., Castellet, J., Narvaiza, L., Rincón, J. M., Ruiz, I., Sánchez, E., Sobradillo, B. y Zurimendi, A. (1988): *Curvas y Tablas de Crecimiento*, Fundación F. Orbeago de Bilbao. Madrid, Garsi.
- Herzog, D., Keller, M. B. Lavori, P. W. (1988): «Outcome in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a review of the literature», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 131-143.
- Kennedy, S. H., McVey, G. y Katz, R. (1990): «Personality Disorders in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa», *Journal of Psychiatric Research*, 24 (3) 259-269.
- Laessle, R. G., Tuschl, R. J., Kotthaus, B. C. y Pirke, K. M. (1989): «A comparison of the validity of three scales for the assessment of dietary restraint», *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 504-507.
- Loeb, K. L., Pike, K. M., Walsh, B. T. y Wilson, G. T. (1994): «Assessment of diagnostic features of bulimia nervosa: interview versus self-report format», *International Journal of Eating Disorders*, 7, 4, 527-539.
- Lowe, M. R. (1993): «The effects of dieting on eating behavior: A Three-Factor Model», *Psychological Bulletin*, 114, 100-121.
- Marcus, M. D., Wing, R. R. y Lamparski, D. M. (1985): «Binge eating and dietary restraint in obese patients», *Addictive Behaviors*, 10, 163-168.
- Marino, M. F. y Zanarini, M. C. (2001): «Relationships between EDNOS and its subtypes and Borderline Personality Disorders», *International Journal of Eating Disorders*, 29, 349-353.
- Metropolitan Life Insurance Company (1959): «New weight standard for males and females», *Statistical Bulletin*, 40 (2-3).
- (1983): «Metropolitan height and weight tables», *Statistical Bulletin, Jan-Jun* (3-9).
- Mora, M. (1995): *Modelo causal explicativo del comportamiento bulímico en una muestra universitaria*. Tesis doctoral no publicada.
- National Institutes of Health (1998): *Clinical guide-lines on the identification, evaluation, and treatment of overweight and obesity in adults: The evidence report*. Bethesda, MD, National Heart, Lung and Blood Institute.
- OMS/ World Health Organization (1998): *Programme of Nutrition, Family and Reproductive Health. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation on obesity*. Ginebra, 3-5 junio, 1997.
- Palme, G. y Palme, J. (1999): «Personality characteristics of female seeking treatment for obesity, bulimia nervosa and alcoholic disorders», *Personality and Individual Differences*, 26, 255-263.
- Raich, R. M. (1996): *Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios*. Madrid, Pirámide.

- (2000): *Imagen corporal: conocer y valorar el propio cuerpo*. Madrid, Pirámide.
- , Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos, I. y Zapater, L. (1996): «Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal», *Clínica y Salud*, 1 (7), 51-66.
- , Herrera, S., Rovira, T. y Torres, J. (1997): «Evaluación de la imagen corporal en estudiantes universitarias», *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*, 41, 6-14.
- , Mora, M., Sánchez-Carracedo, D. y Torras, J. (2000): «Adaptación y calidad psicométrica de la entrevista EDE (*Eating Disorder Examination*) para la evaluación de los trastornos alimentarios en población universitaria», *Revista AETCA (Asociación para el Estudio de los Trastornos del Comportamiento Alimentario)*, 1 (6), 3-5.
- , —, Torras, J. y Sánchez-Carracedo, D. (2000): «Uso de la entrevista EDE para evaluar los trastornos alimentarios en población universitaria», *Revista de Psicología Contemporánea*, 7 (1), 36-47.
- , Torras, J. y Mora, M. (1997): «Análisis estructural de variables influyentes en la aparición de alteraciones de la conducta alimentaria», *Psicología Conductual*, 5 (1), 55-70.
- Ridgway, P. S. y Jeffrey, D. B. (1998): «A comparison of the Three-Factor Eating Questionnaire and the Restraint Scale and consideration of Lowe's three-factor model», *Addictive Behaviors*, 23 (1), 115-118.
- Rosen, J. C. y Reiter, J. T. (1995): *Development of the Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE)*. Documento no publicado. University of Vermont.
- , Vara, L., Wendt, S. y Leitenberg, H. (1990): «Validity studies of the Eating Disorder Examination», *International Journal of Eating Disorders*, 9, 519-528.
- Rosenberg, M. (1965): *Society and the adolescent self-image*. Nueva York, Princeton University Press.
- (1965): *Conceiving the self*. Nueva York, Basic Books.
- Saldaña, C. (1994): *Trastornos del Comportamiento Alimentario*. Madrid, Fundación Universidad-Empresa.
- , Tomás, I. y Sánchez-Carracedo, D. (1994): «Evaluación conductual de la obesidad crónica», en J. L. Graña, *Conductas Adictivas: Teoría, Evaluación y Tratamiento*. Madrid, Debate (pp. 635-664).
- Sánchez-Carracedo, D., Raich, R. M., Figueras, M., Torras, J. y Mora, M. (1999): «Adaptación preliminar del cuestionario de alimentación de Stunkard y Messick (*Three Factor Eating Questionnaire*, TFEQ) con una muestra universitaria», *Psicología Conductual*, 7 (3), 393-416.
- Sands, R. (2000): «Reconceptualization of body image and drive for thinness», *International Journal of Eating Disorders*, 28, 397-407.
- Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (2000): «Consenso SEEDO'2000 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica», *Medicina Clínica (Barcelona)*, 115, 587-597.
- Stunkard, A. J. y Messick, S. (1985): «The Three Factor Eating Questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger», *Journal of Psychosomatic Research*, 29, 71-83.
- Toro, J., Salamero, M. y Martínez, E. (1994): «Assessment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa», *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 147-151.
- Wardle, J., Marsland, L., Sheikh, Y., Quinn, M., Fedoroff, I. y Ogden, J. (1992): «Eating style and eating behaviour in adolescents», *Appetite*, 18, 167-183.
- Wells, J. E., Coope, P. A., Gabb, D. C. y Pears, R. K. (1985): «The factor structure of the eating attitudes test with adolescents schoolgirls», *Psychological Medicine*, 15, 141-146.
- Wilson, G. T. y Smith, D. (1989): «Assessment of bulimia nervosa: an evaluation of the Eating Disorder Examination», *International Journal of Eating Disorders*, 8, 173-179.

9. Evaluación psicológica en el abuso de alcohol y otras sustancias

Cesáreo Fernández Gómez y Teresa Gutiérrez Rosado

1. Introducción

Las personas con problemas por abuso de alcohol y otras sustancias (AAOS) buscan ayuda en prácticamente todo el espectro de entornos de asistencia: educativos, centros de salud mental, programas de intervención comunitaria, clínicas psicológicas/psiquiátricas privadas, servicios de urgencia y diversas secciones de asistencia hospitalaria. Este capítulo está ideado para ayudar a estos profesionales de la prevención, asistencia y rehabilitación o reinserción que no son expertos en la evaluación y diagnóstico del abuso de sustancias a encontrar algunos instrumentos útiles para la tarea de la identificación y evaluación clínica de personas con problemas por AAOS.

La evaluación clínica en el abuso de sustancias suele incluir sucesivamente los procesos de identificación o detección (*screening*), evaluación (*assessment*), diagnóstico y evaluación de las intervenciones. El proceso de identificación y evaluación iniciales tienen por objetivo identificar a las personas que pueden experimentar algún problema por abuso de alcohol u otras sustancias y la necesidad de una evaluación clínica detallada. Una vez que una detección inicial o *screening* alerta al clínico o consejero sobre la posibilidad de un abuso de sustancias, es necesario llevar a cabo un estudio y diagnóstico detallado y más definitivo. Este proceso de diagnóstico establecerá la existencia y alcance de estos problemas y servirá de guía para la planificación y aplicación de las intervenciones necesarias. Final-

mente, durante el proceso de asistencia se realizarán nuevas reevaluaciones con el objetivo de valorar la eficacia de las intervenciones y revisarlas si es necesario.

1.1 Identificando personas con trastornos por abuso de alcohol y otras sustancias

La identificación de personas con un posible o actual trastorno por AAOS requiere que estas personas sean evaluadas utilizando instrumentos sensibles a los indicadores conductuales del trastorno. El propósito del proceso de *screening* es identificar el mayor número y porcentaje posible de personas con un abuso actual o posible de sustancias y hacerlo lo antes posible en su historia de consumo. Dado que el fracaso en identificar un posible o actual trastorno de este tipo puede conllevar mayores y más negativas consecuencias que la identificación de un «falso positivo», la mayoría de los instrumentos diseñados para identificar estos trastornos intentan reducir al máximo los «falsos negativos». Las personas con un abuso potencial o actual de sustancias pueden ser identificadas a través de la observación conductual, la información de personas allegadas, las pruebas objetivas de laboratorio y las medidas de autoinforme.

1.2 Diagnóstico de personas con trastornos por abuso de alcohol y otras sustancias

Una vez se ha identificado o detectado un trastorno por abuso de sustancias a través de un instrumento de *screening*, una entrevista o el informe de un familiar, amigo o el propio sujeto, el clínico necesitará poner en marcha un proceso de diagnóstico para determinar si (y en qué medida) el uso de sustancias llevado a cabo por esta persona satisface los criterios establecidos para el abuso o dependencia de sustancias. Una evaluación clínica adecuada en este caso incluye la recogida e interpretación de información detallada relativa al uso y abuso de sustancias, salud física y emocional, adaptación psicosocial y otras áreas que puedan reflejar la severidad del problema e identificar el régimen de intervención adecuado. Una segunda función de la evaluación clínica en estos trastornos es iniciar el proceso de intervención o tratamiento, para lo cual es necesario que el evaluador sea capaz de implicar al sujeto activamente en el proceso de evaluación. En la evaluación clínica, el sujeto evaluado es confrontado con las consecuencias de su uso/abuso de sustancias y con el desafío de ver que la continuación de esta conducta es una elección personal. En caso contrario, el sujeto y el evaluador clínico determinan los cambios comportamentales que el primero desea llevar a cabo y revisan las recomendaciones que el evaluador extrae del proceso,

hasta determinar si el evaluado se implica en una intervención o tratamiento. La evaluación clínica es habitualmente llevada a cabo por profesionales del tratamiento especialmente entrenados para ello.

1.2.1 Entrevistas estructuradas y semiestructuradas

Las entrevistas de diagnóstico estructuradas suministran un guión predefinido de cuestiones que permiten a un entrevistador no muy especializado llegar a un diagnóstico relativamente fiable. Esos protocolos de diagnóstico se basan en los criterios operativos DSM, por lo que requieren un mínimo juicio profesional y resultan un procedimiento valioso desde la perspectiva coste/eficiencia para obtener datos epidemiológicos a gran escala. Como instrumentos de diagnóstico individual tienen también una limitación a tener en cuenta: aunque proporcionan diagnósticos relativamente fiables, no suministran mucha información útil para la planificación del tratamiento y rehabilitación en el abuso de sustancias ni exploran las causas y antecedentes de estos trastornos con la profundidad de las entrevistas semiestructuradas. Sin embargo, estas últimas requieren de una mayor experiencia, entrenamiento y conocimientos por parte del profesional que las administra.

1.2.2 Antecedentes y consecuencias del uso y abuso de sustancias

Previamente al tratamiento, el clínico y el paciente conjuntamente deberían llevar a cabo un análisis conductual detallado acerca de los antecedentes (biológicos, sociales y emocionales) del uso y abuso de sustancias, así como de sus consecuencias. Esta información es esencial para la planificación del tratamiento, ya que el tratamiento efectivo, incluyendo la prevención de las recaídas, típicamente requiere del desarrollo de estrategias de afrontamiento ante estas situaciones alternativas al uso/abuso de drogas, así como el acceso a reforzadores accesibles para reemplazar aquellos que eran previamente disponibles para quien abusaba de sustancias.

El *Inventario de situaciones para el consumo de drogas* (alcohol u otras sustancias) (IDTS; Annis y Graham, 1992) y el instrumento asociado denominado *Cuestionario de autoconfianza para el consumo de drogas* desarrollados en la *Addiction Research Foundation* (DTCQ; Annis y Martin, 1985) suministran información detallada sobre los antecedentes y determinantes del consumo de sustancias. Así como las expectativas de resultados del uso/abuso de sustancias, el conocimiento acerca de dónde tiene lugar el abuso de sustancias y cuáles son los determinantes ambientales, interpersonales y emocionales es esencial para la planificación del tratamiento efectivo. El conocimiento de las situaciones en las cuales el abuso de sustancias tiene lugar permite al clínico que planifica el tratamiento estructurar un

plan de intervención enfocado en las situaciones, estados emocionales y entornos interpersonales más consistentemente asociados con el abuso de sustancias. De un modo similar, el conocimiento de la autoeficacia para controlar el abuso de sustancias y la anticipación del estrés que suponen determinadas situaciones, ayuda al clínico y al paciente a planificar el tratamiento. Al mismo tiempo, el conocimiento de los niveles de autoeficacia para evitar el abuso de sustancias proporciona información sobre el nivel de éxito del tratamiento: si el paciente informa de bajos niveles de autoeficacia para afrontar sus situaciones de mayor riesgo para el abuso de drogas, entonces el tratamiento probablemente no ha tenido mucho éxito hasta el momento. En ese punto, el clínico probablemente necesitará reenfocar sus esfuerzos para construir una elevada confianza en el paciente en su capacidad para afrontar situaciones de alto riesgo para el uso de sustancias.

1.3 Planificación de tratamientos efectivos y evaluación adecuada de los resultados

Existe un número creciente de instrumentos diseñados para ayudar al clínico en la planificación y evaluación de los tratamientos para el abuso de sustancias. Para planificar tratamientos efectivos y evaluar con exactitud sus resultados es esencial tener un conocimiento detallado de los patrones de consumo de alcohol y otras sustancias por parte del paciente antes, durante y después del tratamiento, así como de los problemas vitales asociados al abuso de sustancias y los entornos que constituyen un riesgo para la recaída. La planificación y evaluación de los tratamientos en los trastornos por AAOS requieren de una evaluación multidimensional que abarque una valoración de todos los problemas relacionados con estos trastornos. Esta valoración suele utilizar los denominados instrumentos multidimensionales o unidimensionales para la evaluación de los problemas relacionados con el abuso de sustancias.

Los instrumentos unidimensionales de este tipo están diseñados para valorar específicamente cada una de las dimensiones de la vida del sujeto relacionados potencialmente con el abuso de sustancias, y abarcan por separado un gran número de áreas: complicaciones médicas (incluyendo alteraciones neuropsicológicas y deterioro cognitivo), disfunción familiar, desajuste laboral, problemas legales y actividad delictiva, ajuste psicológico, conductas de riesgo (por ejemplo, para la transmisión del VIH/sida, sobredosis, etc.), y otras. Los instrumentos multidimensionales evalúan de forma conjunta los problemas (sean antecedentes, consecuentes o concurrentes) más frecuentemente asociados al abuso de sustancias. En este grupo se podrían incluir los tres más conocidos: el ASI (y su versión europea), el OTI y el MAP, y otros instrumentos de evaluación más genéricos diseñados para evaluar la calidad de vida en sujetos afectados por trastornos mé-

dicos o psiquiátricos. En esta sección resumimos las características de los tres primeros.

1.3.1 El Índice de Severidad de la Adicción (*Addiction Severity Index, ASI*)

El Índice de Severidad de la Adicción (*Addiction Severity Index, ASI*) de McLellan y cols. (1980, 1985, 1992), es una entrevista clínica semiestructurada diseñada para servir de instrumento en una evaluación multidimensional de los problemas relacionados con el abuso de sustancias. El ASI proporciona una valoración de la severidad de los problemas del paciente en las diferentes áreas (entendida como una necesidad de tratamiento adicional) y una puntuación compuesta que agrupa los indicadores del nivel de los problemas y conductas-problema en el paciente durante los últimos 30 días. La administración del ASI requiere de un entrenamiento mínimo de una semana y suele durar entre 45-60 minutos en su primera administración (según las diferentes versiones y la problemática del sujeto) y alrededor de 30 minutos cuando se utiliza en entrevistas de seguimiento para la evaluación de los resultados del tratamiento. Una versión en español del ASI puede encontrarse en Guerra (1992). El ASI ha sido objeto de una investigación relativamente amplia en el ámbito internacional (en mayor medida en EE UU). Los resultados de estos estudios en general proporcionan apoyo en favor de la fiabilidad y validez del instrumento, cuando éste es utilizado por personal entrenado. Es recomendado su uso en diferentes manuales de evaluación y diagnóstico para el abuso de sustancias, en diferentes entornos culturales y tipos de pacientes. En nuestro país se ha realizado recientemente un estudio de adaptación y validación del ASI que encuentra resultados comparables a los informados por otros investigadores (González-Saiz, Iraurgi, Fernández, Martínez y Marchena, 2001). En el cuadro 9.1 puede verse un resumen de las seis áreas incluidas en el ASI.

1.3.2 El *European Addiction Severity Index* (EuropASI)

El EuropASI (Kokkevi y Hartgers, 1995) intenta conservar la estructura de la versión original, realizando algunos cambios considerados necesarios para la adaptación del ASI al entorno europeo. Esta versión incluye 5 ítems en la escala médica (sobre hepatitis, test VIH y tratamientos). La escala de empleo/apoyo es modificada en la estructura de respuesta de algunos ítems, la eliminación de dos ítems y la inclusión de dos ítems nuevos. La dimensión de uso de sustancias incluye la valoración de algunas prácticas de riesgo y una historia de tratamientos. La escala sobre la situación legal elimina varios ítems sobre diferentes actividades delictivas. La escala sobre relaciones familiares y sociales y sobre el área psicológica/psiquiátrica permanece

Cuadro 9.1 Áreas de evaluación incluidas en el ASI

Área	Contenido
Estado médico	Incluye 6 ítems: hospitalizaciones, problemas médicos crónicos y tratamiento.
Empleo / apoyo	Incluye 19 ítems objetivos, que valoran la situación laboral, nivel formativo y recursos económicos del sujeto.
Uso de alcohol y otras sustancias	Incluye 22 ítems objetivos: duración e intensidad de consumo de 13 sustancias de abuso, última abstinencia, problemas específicos derivados del consumo (sobredosis y <i>delirium tremens</i>), últimos tratamientos.
Situación legal	Incluye 25 ítems objetivos: tipo y número de arrestos y detenciones por distintos delitos, presión judicial para iniciar el tratamiento, encarcelamientos y condenas pendientes y actividad delictiva.
Relaciones familiares / sociales	Incluye 21 ítems objetivos acerca de: historia familiar de problemas psiquiátricos y abuso de sustancias, satisfacción con el estado civil y tiempo libre, relaciones cercanas y conflictos en estas relaciones, y uso de drogas en la red social de amigos.
Situación psicológica	Incluye 11 ítems objetivos: historia de tratamientos psicológicos/psiquiátricos, incapacidad psiquiátrica, síntomas psicopatológicos clínicamente relevantes (en el ciclo vital y en el último mes).

cen casi intactas. Otros cambios sustanciales se refieren a los procedimientos para obtener las puntuaciones compuestas, lo que ha dado lugar a que algunos autores propongan un mayor número de «puntuaciones compuestas» de las diseñadas en la versión original del ASI. El EuropASI está siendo sometido a estudio en diferentes países de la Unión Europea (UE), por lo que hasta ahora no existen estudios publicados acerca de su fiabilidad, validez y utilidad.

1.3.3 El Indicador del Tratamiento de la Adicción a Opiáceos (*Opiate Treatment Index*, OTI)

El OTI (Darke y cols., 1991, 1992) es también una entrevista clínica semiestructurada diseñada para servir como instrumento multidimensional en la evaluación de los resultados de los tratamientos en la adicción a opiáceos, permitiendo monitorizar los cambios del paciente durante el tratamiento y comparar los resultados de diferentes programas. El OTI está estructurado también en seis áreas o escalas de evaluación: consumo de drogas, conductas de riesgo para el contagio del VIH, funcionamiento social, actividad delictiva, estado general de salud y ajuste psicológico, como puede observarse en el cuadro 9.2.

Cuadro 9.2 Características resumidas del OTI

Área	Contenido
Consumo de drogas	Consumo reciente de 11 sustancias de abuso, incluyendo frecuencia y cantidad. Proporciona una medida de la gravedad del consumo para cada sustancia. La puntuación total es la suma de todas ellas, y evalúa la gravedad del consumo de drogas en un periodo de un mes.
Conductas de riesgo para el VIH	Incluye 11 ítems que evalúan una serie de conductas de riesgo para la transmisión del VIH: conductas de riesgo relacionadas con la inyección de drogas y conductas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH. Proporciona dos puntuaciones parciales relativas a cada uno de estos dos tipos de conductas de riesgo y una puntuación total.
Funcionamiento social	Incluye 12 ítems relativos al ajuste social, desempleo, movilidad en el domicilio, apoyo social, conflictos en las relaciones, implicación de la red social en el consumo de drogas.
Actividad delictiva	Frecuencia de delitos de cuatro tipos: delitos contra la propiedad, tráfico de drogas, fraude/estafa y delitos con violencia.
Estado de salud	Agrupar 8 ítems numéricos sobre 8 conjuntos de síntomas relacionados con los problemas de salud en los dependientes a opiáceos.
Situación psicológica	Consiste en los 28 ítems del <i>General Health Questionnaire</i> (Goldberg y Hillier, 1979).

Además incluye una sección sobre datos sociodemográficos e historia de tratamientos. El tiempo necesario para la administración del OTI está entre 20 y 30 minutos. Cada una de las escalas proporciona una puntuación total que es una medida de desajuste o deterioro, relativo al último mes en todas las escalas menos en el funcionamiento social (esta última evalúa el ajuste en los seis últimos meses). El OTI es un instrumento que ha sido objeto de un buen número de investigaciones, las cuales en general han mostrado evidencia de apoyo a su fiabilidad y validez (González-Saiz, 1997).

1.3.4 El Perfil de Adicción del Maudsley (*The Maudsley Addiction Profile, MAP*)

El *Maudsley Addiction Profile, MAP* (Marsden, Gossop, Stewart, Best, Farrell, Lehmann, Edwards y Strang, 1998) es una entrevista breve, diseñada para ser utilizada como instrumento de monitorización y seguimiento de los resultados de los tratamientos en las toxicomanías. Incluye aproximadamente 60 ítems (según las diferentes versiones o idiomas en que el MAP está disponible) y su administración requiere de unos 12 minutos, aproximadamente. El MAP ha sido desarrollado en el National Addiction Centre Londinense, en colaboración con el Hospital Maudsley, y ha sido validado de modo preliminar en Inglaterra con una población de 200 pacientes divididos en diferentes muestras.

El MAP recoge información acerca de los problemas que experimentan los usuarios de alcohol o drogas en diferentes áreas del funcionamiento vital: uso de sustancias, conductas de riesgo para la salud, problemas de salud médicos y psicológicos, contexto vital y funcionamiento social (problemas sociales y familiares y conducta delictiva). El contenido del MAP está estructurado originalmente en cuatro secciones, resumidas en el cuadro 9.3. En letra cursiva y subrayados aparecen nuevos ítems o variables que han sido añadidos en la versión española del MAP.

El MAP ha sido sometido a investigación preliminar en el Reino Unido, donde ha obtenido apoyo su fiabilidad y validez. Recientemente se ha procedido a su traducción a varias lenguas en otros países europeos y está comenzando a ser utilizado como instrumento para la monitorización de los resultados de los tratamientos en las drogodependencias en algunos países (Fernández, 1998; González-Saiz, Iraurgi, Fernández, Martínez y Marchena, 2001).

Cuadro 9.3 Contenido resumido del MAP

Sección	Ítem
A: Abuso de sustancias: [alcohol; heroína; otros opiáceos (1 y 2); benzodiazepinas (1 y 2); cocaína (clorhidrato y crack/base); anfetaminas y cannabis].	<p>A1: Si usó cada sustancia (SÍ o NO).</p> <p>A2: Número de días que ha usado sustancias.</p> <p>A3: Cantidad típica usada diariamente cuando consumía.</p> <p>A7: Vía(s) principal(es) de administración.</p> <p>A8: Número de sobredosis por drogas.</p>
B: Inyección y conductas sexuales de riesgo.	<p>B1: Días que se ha inyectado.</p> <p>B2: Número típico o habitual de inyecciones por día.</p> <p>B3: Veces que comparte agujas o jeringuillas.</p> <p>B4: Frecuencia de inyección con agujas nuevas.</p> <p>B5: Cuántas veces tuvo sexo con penetración en el último mes.</p> <p>B6: Personas con las que ha tenido sexo sin preservativo.</p> <p>B7: Veces que ha mantenido relaciones sexuales sin utilizar preservativo.</p>
C: Salud.	<p>C1-C24: Frecuencia de síntomas físicos [general, problemas por inyección, gastrointestinal, cardiovascular, músculo-esquelética y neurológica].</p> <p>C25-C36: Frecuencia de síntomas psicológicos [4 de ansiedad y 4 de depresión, <i>ideas persecutorias y alucinaciones</i>].</p>
D: Contexto vital y funcionamiento social.	<p>D1: Noches pasadas en diferentes alojamientos.</p> <p>D2: Tiempo vivido en la dirección actual.</p> <p>D3: Días que tuvo trabajo remunerado.</p> <p>D4: Días perdidos.</p> <p>D5: Días trabajados como voluntario.</p> <p>D6: Días empleados en formación o educación.</p> <p>D7: Días cuidando a otras personas.</p> <p>D8: Días en paro.</p> <p>D9: Si se relacionó con pareja en el último mes.</p> <p>D10: Días en contacto o conflicto con sus parejas, familiares, amigos, etc.</p> <p>D11: <i>Días practicando prostitución.</i></p> <p>D12: <i>Días practicando la mendicidad.</i></p> <p>D13: Días que ha cometido actos ilegales [11 clases]. Número típico de veces por día.</p>

2. Pruebas de evaluación

Cuestionario para la Detección del Abuso de Drogas.

Drug Abuse Screening Test, DAST (Skinner, H. A., 1982, 1994)

Ficha técnica

Nombre: *Drug Abuse Screening Test* (Cuestionario para la Detección de Abuso de Drogas).

Siglas: DAST.

Autor: Harvey A. Skinner, Ph. D. Senior Scientist. Addiction Research Foundation. Toronto, Ontario, M5S 2S1.

Datos de publicación: «The Drug Abuse Screening Test», *Addictive Behaviors*, 7, 1982, 363-371.

Adaptación española: Llorente del Pozo (1997) / CTME de Foronda. Palacio Marqués de Foronda. 01196 Foronda (Álava).

Descripción/tipo de evaluación: Autoinforme o entrevista.

Objetivos: Detección de problemas relacionados con el abuso de drogas.

Ámbitos de medida/áreas/problemas evaluados: a) Características de la drogodependencia como incapacidad para dejar de consumir drogas o para estar una semana sin consumir y síntomas de abstinencia tras cesar el consumo de drogas. b) Otras consecuencias relativas al uso o abuso de drogas prescritas o ilegales. El encuestado responde afirmando si ha experimentado o no cada uno de estos problemas relacionados con las drogas en los últimos 12 meses.

Población: Adultos y adolescentes de ambos sexos.

Tiempo de administración: 5 minutos, aproximadamente.

Momento más adecuado para pasar la prueba: En estudios de población general o población de alto riesgo para el abuso o dependencia de drogas, como prueba de identificación de trastornos por abuso de drogas.

Procedimientos de puntuación: Se puntúa sumando las respuestas a cada uno de los 20 ítems, lo que permite obtener una puntuación total.

Profesionales que pueden pasar la prueba: No necesita entrenamiento.

Datos psicométricos: Características psicométricas adecuadas en población de habla inglesa y española. En la adaptación española se encontró una consistencia interna $\alpha = 0,95$; validez concurrente con variables sociodemográficas, frecuencia de consumo de drogas y psicopatología; discrimina correctamente entre pacientes con problemas de drogas, pacientes con problemas de alcohol y pacientes con problemas de drogas y alcohol.

Descripción

Este cuestionario fue desarrollado por Skinner (1982, 1994), con el fin de proporcionar un instrumento breve para la detección clínica de problemas de abuso de drogas y para la evaluación del tratamiento. Consta de 20 ítems y ofrece un índice cuantitativo de la medida en que se padecen problemas o consecuencias por el abuso de drogas. El DAST se puede presentar en formato de «lápiz y papel» o

de entrevista, y requiere un tiempo aproximado de 5 minutos.

Las propiedades psicométricas del test fueron estudiadas usando una muestra clínica de 256 individuos que abusaban del alcohol u otras drogas (Llorente del Pozo, 1997). La fiabilidad, usando la fórmula de la consistencia interna, obtuvo un valor elevado, 0,95, y la estructura factorial realizada reveló una escala unidimensional, esto es, la existencia de un solo factor. Con respecto a los sesgos de las respuestas, el

DAST correlacionó sólo moderadamente con la deseabilidad social y la negación. La validez concurrente fue examinada correlacionando el instrumento con variables sociodemográficas, frecuencia de consumo de drogas y psicopatología. Un gran abanico de problemas relacionados con el consumo de drogas apareció relacionado con un mayor consumo de cannabis, barbitúricos y opiáceos, especialmente heroína. Con respecto a la psicopatología, se observaron correlaciones significativas con las escalas sociopáticas de Expresión de Impulsos y Desviación Social. Las personas que puntuaban alto en el DAST tendían a involucrarse en acciones imprudentes y a expresar actitudes marcadamente diferentes de las normas sociales imperantes. Además, el DAST se relacionaba positivamente con la existencia de problemas interpersonales, la suspicacia, los síntomas depresivos y la preocupación por molestias corporales. De esta manera, el abuso de drogas tendía a manifestarse o a covariar con otras características psicopatológicas. Finalmente, la puntuación total en el cuestionario diferenciaba claramente entre pacientes con problemas de drogas, pacientes con problemas de alcohol y pacientes con problemas de drogas y alcohol.

Si bien estos resultados apoyan la utilidad del DAST a la hora de cuantificar en qué medida una persona que voluntariamente pide ayuda está afectada por problemas de drogas, según el autor (Llorente del Pozo, 1997) es necesario encontrar mayor validación en otras poblaciones y contextos. Pendiente de estudios sucesivos, el DAST puede utilizarse sin reservas en el ámbito experimental.

Respecto a la validez diagnóstica de la prueba, Gavin, Ross y Skinner (1989) llevaron a cabo un estudio para encontrar el punto de corte que permitiera identificar qué sujetos tenían problemas debidos al abuso de drogas y quiénes no. Utilizando una muestra de 501 pacientes, los autores

encontraron que un punto de corte situado en torno al 5/6 discriminaba con precisión al 85% de la muestra de acuerdo con los criterios del DSM-III para el diagnóstico del abuso y la dependencia de drogas. En este estudio se encontró también que el DAST correlacionaba con características sociodemográficas, la historia psiquiátrica y la historia de consumo de drogas. Asimismo, los resultados arrojaron una buena validez divergente y concurrente. Al igual que en estudios previos, los autores sugieren precaución a la hora de generalizar estos resultados a otros contextos (por ejemplo, al sistema judicial), donde los sujetos pueden, por interés, infravalorar el consumo de drogas y los problemas derivados del mismo.

Normas de aplicación

El DAST presenta 20 ítems en forma de pregunta con dos opciones de respuesta cada una de ellas: SÍ / NO. El sujeto debe rodear con un círculo aquella que mejor le defina. El encuestado responde afirmando sí o no ha experimentado cada uno de estos problemas relacionados con las drogas en los últimos 12 meses.

Corrección e interpretación

La puntuación total de la prueba se obtiene sumando todos los ítems que implican un aumento de problemas con las drogas. En dos ítems, el 4 y el 5, se puntúa la respuesta negativa, es decir, el NO tiene un valor de 1; la respuesta SÍ puntúa 0. En los 18 ítems restantes, la respuesta SÍ tiene un valor de 1 y la respuesta NO un valor de 0. La puntuación total del DAST tiene un rango de 0 a 20.

La puntuación del DAST coloca al individuo a lo largo de un continuo que expresa el grado de problemas o consecuencias relacionadas con el abuso de drogas.

Una puntuación de 0 indica que no hay evidencia de que existan problemas con las drogas. A medida que la puntuación del DAST aumenta, también lo hace el nivel de problemas relacionados con las drogas. La puntuación máxima, 20, indica problemas considerables. Es importante que se examine el contenido de los ítems puntuados con 1 para identificar los problemas específicos que tiene el sujeto, si son problemas familiares, laborales, etc.

No existen estudios publicados sobre la validez de la prueba en población española para discriminar sujetos con trastornos por abuso de drogas, aunque el mencionado estudio (Llorente del Pozo, 1997) demuestra una adecuada fiabilidad del DAST-H en población española de dependientes a heroína (consistencia interna).

Siguiendo el criterio de Gavin, Ross y Skinner (1989), una puntuación de 5-6 puntos podría estar indicando la existencia de un trastorno por abuso de la sustancia en cuestión (heroína en este caso).

El DAST suministra una puntuación que debería ser sensible a los cambios en el uso y abuso de sustancias durante un periodo de 12 meses. Skinner (1982) sugiere que las puntuaciones en el DAST pueden ser comparadas en diferentes medidas de evaluación y seguimiento para monitorizar el número de problemas que el encuestado ha experimentado como consecuencia del abuso de drogas a lo largo del tiempo. Sin embargo, no se encuentran estudios publicados en los que se utilice el DAST como una medida de resultados.

Prueba

Cuestionario para la Detección del Abuso de Drogas-Heroína, *DAST-H-20* (versión castellana, Llorente del Pozo, J. M., 1997)

Las siguientes preguntas se refieren a tu consumo de heroína durante los últimos 12 meses. (Si hace más de un año que has dejado la heroína y en estos momentos no consumes, recuerda el periodo anterior en el cual consumías.) Lee cuidadosamente cada pregunta y rodea con un círculo la respuesta SÍ o NO, según sea tu caso.

Contesta, por favor, a todas las preguntas. Si tienes dudas con alguna pregunta, elige la respuesta que más se aproxime a tu caso.

Rodea con un círculo tu respuesta (SÍ o NO)

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Has consumido drogas con opiáceos que no sean recetadas en un tratamiento o por razones médicas? | SÍ | NO |
| 2. ¿Has abusado de medicamentos o drogas de receta? | SÍ | NO |
| 3. ¿Abusabas de más de una droga al mismo tiempo? | SÍ | NO |
| 4. ¿Podías pasar una semana sin consumir heroína? | SÍ | NO |
| 5. ¿Eras capaz de detener el consumo de heroína cuando querías? | SÍ | NO |
| 6. ¿Has tenido pérdidas de memoria o has experimentado efectos retardados de las drogas (<i>flashbacks</i>)? | SÍ | NO |
| 7. ¿Te has sentido mal o culpable por tu consumo de heroína? | SÍ | NO |
| 8. ¿Se han quejado alguna vez tus padres, tu pareja o amigos por tu consumo de heroína? | SÍ | NO |
| 9. El abuso de heroína ¿ha creado problemas entre tú y tus padres o tu pareja? | SÍ | NO |
| 10. ¿Has perdido amigos debido a tu consumo de heroína? | SÍ | NO |
| 11. ¿Te ha rechazado tu familia debido a tu abuso de heroína? | SÍ | NO |
| 12. ¿Has tenido problemas en el trabajo debido a tu abuso de heroína? | SÍ | NO |
| 13. ¿Has perdido algún trabajo a causa de tu abuso de heroína? | SÍ | NO |
| 14. ¿Te has metido en alguna pelea por conseguir heroína o por estar colocado? | SÍ | NO |
| 15. ¿Te has involucrado en actividades ilegales para conseguir heroína? | SÍ | NO |
| 16. ¿Has sido detenido por posesión de heroína? | SÍ | NO |
| 17. ¿Has experimentado síntomas de abstinencia (estar de mono, sentirte mal...) al dejar de tomar heroína? | SÍ | NO |
| 18. ¿Has tenido problemas médicos a consecuencia de tu consumo de heroína (pérdida de memoria, hepatitis, convulsiones, etc.)? | SÍ | NO |
| 19. ¿Has acudido a alguien para pedir ayuda a causa de problemas con la heroína? | SÍ | NO |
| 20. ¿Has estado en tratamiento por consumo de heroína? | SÍ | NO |

Inventario de Situaciones para el Consumo de Drogas.

Inventory of Drug – Taking Situations, IDTS (Annis, H. M., y Graham, J. M., 1992)

Ficha técnica

Nombre: *Inventory of Drug – Taking Situations* (Inventario de Situaciones para el Consumo de Drogas).
Siglas: IDTS.

Autor: H. M. Annis y J. M. Graham.

Adaptación española: Juan M. Llorente del Pozo. CTME de Foronda. Palacio Marqués de Foronda. 01196 Foronda (Álava).

Datos de publicación: Annis, H. M. y Graham, J. M. (1992). Versión en español: Llorente del Pozo, J. M. (1997).

Descripción/tipo de evaluación: Autoinforme.

Objetivos: Identificación de las situaciones en las que un sujeto con trastorno por abuso de sustancias consumió una determinada sustancia durante el último año.

Ámbitos de medida/áreas/problemas evaluados: Consiste en 50 ítems que evalúan la frecuencia del consumo de sustancias en ocho tipos de situaciones: estados emocionales desagradables, malestar fisiológico, estados emocionales agradables, querer probar el control personal sobre la sustancia, experimentación de fuertes deseos y tentaciones de consumo, presión social, conflictos interpersonales y estados emocionales agradables en compañía de otros.

Población: Adultos de ambos sexos con trastornos por abuso de sustancias.

Tiempo de administración: 10-15 minutos, aproximadamente.

Momento más adecuado para pasar la prueba: Al iniciar el tratamiento por abuso de sustancias, como un instrumento para recoger información relevante para la planificación del tratamiento.

Procedimientos de puntuación: Se puntúa sumando las respuestas a cada uno de los ítems de cada subescala, lo que permite obtener una puntuación en cada una de esas ocho subescalas.

Profesionales que pueden pasar la prueba: No necesita entrenamiento.

Datos psicométricos: Consistencia interna α del original entre 0,59 y 0,92. En la adaptación española, consistencia interna superior a 0,75 de todas las subescalas; buena validez externa (correlación significativa en cinco subescalas con el consumo de cocaína y en siete con el consumo de cannabis y alcohol).

Descripción

El IDTS es un cuestionario autoadministrado de 50 ítems desarrollado por Annis y Graham (1992) para identificar las situaciones en las que un paciente adicto consumió drogas en el último año. Las situaciones evaluadas por el IDTS se basan en la clasificación de ocho categorías llevada a cabo por Marlatt y colaboradores: estados emocionales desagradables, malestar fisiológico, estados emocionales agradables, querer probar el control personal sobre la sustancia, experimentación de fuertes deseos y tentaciones de consu-

mo, presión social, conflictos interpersonales y estados emocionales agradables en compañía de otros (Marlatt y Gordon, 1979; Marlatt, 1985a, 1985b). Para representar convenientemente cada categoría, Annis y Graham (1992) generaron un total de 50 ítems que se agrupan en ocho subescalas. Como resultado de la corrección, se obtienen ocho puntuaciones que proporcionan el Perfil de situaciones de riesgo para el consumo de drogas.

Para comprobar la estructura factorial de la escala, Annis y Graham (1992) realizaron un análisis factorial confirmatorio de máxima verosimilitud (mediante el

programa LISREL VI). El análisis factorial de primer orden reveló la existencia de los ocho factores o categorías teóricamente propuestos. Los pesos de los ítems en cada factor son estadísticamente significativos, oscilan desde 0,48 hasta 0,82, a excepción de dos ítems del factor 2 (malestar físico), que tienen un peso inferior al 0,40. Todos los parámetros de estimación han arrojado unos valores significativos, por lo que se confirma la estructura de ocho factores de primer orden.

Marlatt y colaboradores (Marlatt y Gordon, 1979; Marlatt, 1985a, 1985b) habían agrupado las ocho categorías en dos: situaciones intrapersonales y situaciones interpersonales. El análisis factorial de segundo orden llevado a cabo por Annis y Graham (1992) reveló la existencia de tres factores, en contra de los dos propuestos por Marlatt y colaboradores: situaciones desagradables, situaciones agradables y experimentación de deseos y tentaciones. Los datos obtenidos (correlaciones entre los factores y parámetros de estimación) confirman la estructura de los tres factores mencionados como la mejor, lo que representa que los ocho factores de primer orden hallados se agrupan a un segundo nivel en estos tres factores.

El coeficiente α de Cronbach ha sido la fórmula utilizada para hallar la consistencia interna del cuestionario y la fiabilidad de las ocho subescalas. Los valores de α oscilan desde 0,68 hasta 0,92, siendo la subescala 2 (malestar físico) la que ha obtenido un valor inferior de 0,59. En conjunto, los participantes en el estudio de propiedades psicométricas han contestado de manera consistente a los ítems.

En el estudio sobre el IDTS con población española (Llorente, 1997), todas las escalas IDTS alcanzaron un coeficiente α de consistencia interna superior a 0,75 y casi todas ellas mostraron un valor en este coeficiente superior al 0,80, indicando una elevada consistencia interna. En lo que se refiere a la validez, y puesto

que el IDTS busca evaluar el consumo de drogas a través de diversas situaciones, se comprobó la validez externa del cuestionario a través de hallar las correlaciones entre las puntuaciones en las distintas subescalas y las medidas de consumo de drogas. Los resultados obtenidos en población canadiense son los siguientes: cuando la droga consumida fue la cocaína, se observaron correlaciones entre cinco de las ocho subescalas y la frecuencia del consumo de cocaína. Cuando la droga consumida fue el cannabis, se encontraron correlaciones entre siete de las ocho subescalas y la frecuencia y cantidad del consumo de cannabis. Finalmente, en lo que se refiere al alcohol, y al igual que con el cannabis, se encontraron correlaciones entre siete de las ocho subescalas y la frecuencia y cantidad del consumo de alcohol. Estos resultados confirman, a juicio de los autores, la validez del inventario.

Normas de aplicación

El IDTS se puede administrar de forma ordinaria, con papel y bolígrafo, o través de una versión informatizada. Requiere para su cumplimentación un tiempo aproximado de 15 minutos. Los pacientes deben señalar la frecuencia con que consumen drogas en cada una de las 50 situaciones de riesgo que le presenta el cuestionario. El formato de respuesta tiene un rango de cuatro opciones: 1 = nunca, 2 = raramente, 3 = frecuentemente y 4 = casi siempre.

Corrección e interpretación

Para la corrección, por ordenador o manual, se recodifican las respuestas, de manera que una respuesta de 1 se puntúa 0; una respuesta de 2 se puntúa 1; una respuesta de 3 se puntúa 2, y una respuesta

de 4 se puntúa 3. Una vez recodificadas las respuestas, se calculan ocho puntuaciones, una por cada subescala o categoría situacional, sumando simplemente las puntuaciones obtenidas por los ítems correspondientes a cada una de ellas. Finalmente se calcula un índice de riesgo (*index problem*) por categoría, que se obtiene dividiendo la puntuación obtenida en cada subescala entre la puntuación máxima posible y multiplicando por 100.

El índice de riesgo refleja la frecuencia del consumo de drogas en el último año para cada situación. Tiene un rango de 0 a 100. Un índice de 0 en una subescala significa que el paciente nunca ha consumido drogas en esa clase de situaciones y que, consecuentemente, esas situaciones no representan para él ningún riesgo. En el otro extremo, un índice en una subescala de entre 67 y 100 refleja un consumo muy frecuente en ese tipo de situaciones, las cuales representan un riesgo alto para el drogodependiente. Los ítems que componen cada una de las ocho subescalas IDTS son los siguientes:

- I. *Emociones desagradables*: 1, 4, 11, 14, 21, 24, 31, 34, 41, 44.
- II. *Malestar físico*: 2, 12, 22, 32, 42.
- III. *Emociones agradables*: 3, 13, 23, 33, 43.

- IV. *Intentos de control*: 5, 15, 25, 35, 45.
- V. *Tentaciones/urgencias de consumo*: 6, 16, 26, 36, 46.
- VI. *Conflicto con otros*: 7, 10, 17, 20, 27, 30, 37, 40, 47, 50.
- VII. *Presión social al consumo*: 8, 18, 28, 38, 48.
- VIII. *Momentos agradables con otros*: 9, 19, 29, 39, 49.

Estas ocho subescalas se agrupan en los siguientes factores de segundo orden:

- *Situaciones desagradables*: escalas I, II, VI.
- *Situaciones agradables*: escalas III, VIII.
- *Experimentación de deseos y tentaciones*: escalas IV, V, VII.

El programa de corrección por ordenador proporciona asimismo una gráfica o perfil del paciente indicando la frecuencia de su consumo en las ocho situaciones y una lista de las ocho situaciones ordenadas de mayor a menor riesgo de consumo. La información así representada proporciona una rápida visión de conjunto. Los 50 ítems del instrumento se agrupan en las ocho subescalas, del mismo modo que los 50 ítems del siguiente instrumento (DTCQ).

Prueba

Inventario de Situaciones de Consumo de droga-heroína¹, IDTS-H (versión castellana, Llorente del Pozo, J. M., 1997; formato modificado)

En este cuestionario presentamos una lista de situaciones o circunstancias en las que algunas personas consumen heroína. Trata de recordar cuando tú consumes o consumías heroína dependiendo de ella.

Lee cada pregunta cuidadosamente y contesta según las circunstancias o situaciones en las cuales tú consumías heroína en el pasado.

Si tú **NUNCA** has consumido en esta situación rodea con un círculo el 1.

Si tú **RARAMENTE** has consumido en esta situación rodea con un círculo el 2.

Si tú **FRECUENTEMENTE** has consumido en esta situación rodea con un círculo el 3.

Si tú **CASI SIEMPRE** has consumido en esta situación rodea con un círculo el 4.

	CONSUMÍA HEROÍNA			
		Casi siempre	3	4
		Frecuentemente	2	
		Raramente	1	
	Nunca			
1. Cuando estaba deprimido por las cosas que me ocurrían en general.	1	2	3	4
2. Cuando me sentía tembloroso, enfermo, con náuseas, o con malestar físico.	1	2	3	4
3. Cuando me sentía bien, contento, feliz.	1	2	3	4
4. Cuando sentía que no tenía a nadie a quien recurrir y no veía otra salida.	1	2	3	4
5. Cuando quería comprobar si podía consumir heroína con moderación.	1	2	3	4
6. Cuando estaba en un lugar en el que había consumido o comprado heroína con anterioridad.	1	2	3	4
7. Cuando me sentía tenso o incómodo ante la presencia de alguien.	1	2	3	4
8. Cuando me invitaban a la casa de alguien, me ofrecían heroína y me sentía incómodo por tener que rechazar la droga.	1	2	3	4
9. Cuando me encontraba con viejos amigos y queríamos divertirnos.	1	2	3	4
10. Cuando era incapaz de expresar mis sentimientos a alguna persona.	1	2	3	4
11. Cuando me sentía decepcionado.	1	2	3	4
12. Cuando tenía problemas para dormir.	1	2	3	4
13. Cuando me sentía seguro y relajado.	1	2	3	4
14. Cuando estaba aburrido.	1	2	3	4
15. Cuando quería probarme a mí mismo que la heroína no era problema para mí.	1	2	3	4
16. Cuando de forma inesperada me encontraba con ella o sucedía algo que me la recordara.	1	2	3	4
17. Cuando los demás me rechazaban o me parecía que no les caía bien.	1	2	3	4

¹ Prueba adaptada para la evaluación de las situaciones de consumo de heroína. Es posible modificar la escala sustituyendo la denominación de la sustancia objeto de interés: cocaína, alcohol, etc.

Instrumentos de evaluación en Psicología de la Salud

18. Cuando los amigos con los que estaba pasando el rato me sugerían ir a algún sitio y consumir heroína.	1	2	3	4
19. Cuando estaba con un amigo/a y queríamos sentirnos mejor juntos.	1	2	3	4
20. Cuando algunas personas me trataban injustamente o impedían que yo pudiera hacer mis planes.	1	2	3	4
21. Cuando me sentía solo.	1	2	3	4
22. Cuando quería estar despierto, más alerta, o tener más energía.	1	2	3	4
23. Cuando me sentía contento por alguna cosa.	1	2	3	4
24. Cuando me sentía nervioso.	1	2	3	4
25. Cuando quería comprobar que podía consumir heroína ocasionalmente sin depender de ella.	1	2	3	4
26. Cuando había estado bebiendo y me venía a la cabeza la idea de consumir.	1	2	3	4
27. Cuando sentía que mi familia me presiona demasiado o que no podía estar a la altura que ellos esperaban.	1	2	3	4
28. Cuando me encontraba en un lugar donde otras personas estaban consumiendo y sentía que esperaban que me uniera a ellas.	1	2	3	4
29. Cuando estaba con mis amigos.	1	2	3	4
30. Cuando no me llevaba bien con mis compañeros de estudios o de trabajo.	1	2	3	4
31. Cuando empezaba a sentirme culpable por algo.	1	2	3	4
32. Cuando quería perder peso.	1	2	3	4
33. Cuando me sentía contento con mi vida.	1	2	3	4
34. Cuando me encontraba agobiado y quería evadirme de alguna forma.	1	2	3	4
35. Cuando quería comprobar que podía estar con amigos heroínómanos sin necesidad de consumir yo heroína.	1	2	3	4
36. Cuando escuchaba a alguien comentar sus experiencias con la droga.	1	2	3	4
37. Cuando había discusiones en casa.	1	2	3	4
38. Cuando me presionaban para consumir heroína y sentía que no podía rechazarla.	1	2	3	4
39. Cuando quería celebrar algo con un amigo.	1	2	3	4
40. Cuando alguien estaba descontento con mi trabajo o me agobiaban en el trabajo o en los estudios.	1	2	3	4
41. Cuando estaba enfadado por el modo en que me salían las cosas.	1	2	3	4
42. Cuando tenía dolor de cabeza o alguna otra molestia.	1	2	3	4
43. Cuando recordaba algo bueno que hubiese sucedido.	1	2	3	4
44. Cuando me encontraba confundido por las cosas que debía hacer.	1	2	3	4
45. Cuando quería comprobar que podía estar sin consumir en sitios donde se consumía heroína.	1	2	3	4
46. Cuando pensaba en lo bien que me iba a sentir si consumía heroína.	1	2	3	4
47. Cuando sentía que necesitaba valor para enfrentarme a alguien.	1	2	3	4
48. Cuando estaba con gente que consumía heroína.	1	2	3	4
49. Cuando estaba pasando un buen rato y quería aumentar mi placer sexual.	1	2	3	4
50. Cuando sentía que alguien estaba tratando de controlarme y quería sentirme más independiente.	1	2	3	4

Cuestionario de Confianza en situaciones de riesgo para Consumir Drogas.

Drug – Taking Confidence Questionnaire, DTQC (Annis, H. M., y Martin, G., 1985)

Ficha técnica

Nombre: *Drug Taking Confidence Questionnaire* (Cuestionario de Confianza en situaciones de riesgo para Consumir Drogas).

Siglas: DTCQ.

Autor (dirección): Adaptación española: Juan M. Llorente del Pozo. CTME de Foronda. Palacio Marqués de Foronda. 01196 Foronda (Álava).

Datos de publicación: H. M. Annis y J. M. Graham (1992). Versión en español: Llorente del Pozo, J. M. (1997).

Descripción/tipo de evaluación: Autoinforme.

Objetivos: Evaluar las expectativas de autoeficacia que el sujeto con trastorno por abuso de drogas tiene en su capacidad de resistir al deseo de consumir drogas en una serie de situaciones de riesgo.

Ámbitos de medida/áreas/problemas evaluados: Consiste en 50 ítems que evalúan la autoeficacia en ocho tipos de situaciones: estados emocionales desagradables, malestar fisiológico, estados emocionales agradables, querer probar el control personal sobre la sustancia, experimentación de fuertes deseos y tentaciones de consumo, presión social, conflictos interpersonales y estados emocionales agradables en compañía de otros.

Población: Adolescentes y adultos de ambos sexos con trastornos por abuso de sustancias.

Tiempo de administración: 10-15 minutos, aproximadamente.

Momento más adecuado para pasar la prueba: Al iniciar el tratamiento por abuso de sustancias, como un instrumento para recoger información relevante para la planificación del tratamiento. Durante y tras el tratamiento, como medida para la monitorización y evaluación de los resultados del tratamiento.

Procedimientos de puntuación: Se puntúa sumando las respuestas a cada uno de los ítems de cada subescala, lo que permite obtener una puntuación en cada una de esas ocho subescalas.

Profesionales que pueden pasar la prueba: No necesita entrenamiento.

Datos psicométricos: Características psicométricas adecuadas en población de habla inglesa y española (Llorente, 1997).

Descripción

El *Drug Taking Confidence Questionnaire* (DTCQ), desarrollado por Annis y Martin (1985) es un cuestionario autoaplicado de 50 ítems, diseñado para evaluar autoeficacia (o confianza) en la propia capacidad de resistir al deseo de utilizar drogas en diferentes tipos de situaciones. Como ha explicado Bandura (1977, 1995), se define la autoeficacia como: la creencia, por parte de un individuo, de que posee la capacidad necesaria para afrontar efectivamente una situación particular de alto riesgo.

Como instrumento de evaluación, el DTCQ permite la observación y monitorización de la autoeficacia en relación con situaciones específicas asociadas al consumo de drogas o alcohol, a lo largo del tratamiento. Existe una evidencia considerable en el campo de la conducta adictiva que indica que el desarrollo en el sujeto de una elevada autoeficacia sobre el uso de drogas se asocia con un resultado positivo del tratamiento.

Revisiones recientes sobre el concepto de autoeficacia en relación con la conducta adictiva han subrayado la conveniencia de suministrar una definición clara del

tipo de autoeficacia que se está evaluando. En términos del sistema de clasificación para las autoevaluaciones de autoeficacia, propuesto por DiClemente y cols. (1995), así como el sistema de clasificación propuesto por Marlatt y Gordon (1985), el DTCQ es una medida de autoeficacia de afrontamiento anticipadora. Esto es, el DTCQ evalúa la creencia de un sujeto acerca de su propia capacidad para afrontar situaciones críticas para la recaída, sin consumir la sustancia a la que se refiere (en nuestro caso, sin consumir heroína).

Las situaciones de consumo de drogas o alcohol evaluadas mediante el DTCQ están basadas en el sistema de clasificación de ocho categorías desarrollado por G. A. Marlatt y colaboradores (Marlatt, 1979; Marlatt y Gordon, 1985). Mediante el DTCQ se obtienen puntuaciones en ocho subescalas; cinco de ellas se refieren a situaciones *personales* o *intrapersonales*, en las cuales el uso de sustancias implica una respuesta a un evento que es principalmente de naturaleza psicológica o física. Estas cinco subescalas son denominadas: Emociones desagradables: 10 ítems; Malestar físico: 5 ítems; Emociones agradables: 5 ítems; Pruebas de control personal: 5 ítems; y Urgencias y tentaciones: 5 ítems. Las tres subescalas restantes se refieren a situaciones que implican a otras personas, o situaciones *interpersonales*, en las cuales está implicada una influencia significativa de parte de otro individuo o individuos: Conflicto con otros: 10 ítems; Presión social hacia el consumo: 5 ítems, y Momentos agradables con otros-celebraciones: 5 ítems.

El individuo informa de la medida en que sería capaz de resistir el deseo de consumir una sustancia particular en cada una de las 50 situaciones, sobre una escala de 6 puntos. Los extremos de esta escala son 0 (ninguna confianza en absoluto) y 100 (confianza absoluta). Especificar mejor los anclajes, pues al observar la escala aparecen 0, 20, 40, 60, 80 y 100. Las

puntuaciones en las ocho subescalas constituyen un perfil de confianza del sujeto, mostrando el nivel de confianza percibido por el individuo, a través de los ocho tipos de situaciones de consumo de sustancias.

El DTCQ puede ser administrado en dos formas: 1) a través de un programa informático interactivo (disponible para su compra en la Addiction Research Foundation, únicamente para la versión canadiense, no disponible en la versión española) o 2) en formato de lápiz y papel. Actualmente se está trabajando en la adaptación al español del software interactivo; la versión disponible en español utiliza el formato de papel y lápiz del DTCQ. Las propiedades psicométricas del DTCQ en población canadiense y en población española de adictos a heroína son adecuadas (Llorente, 1997). Tanto el estudio canadiense como español sobre las propiedades psicométricas del DTCQ son exhaustivos, y los resultados del estudio español están en proceso de publicación en otro informe, donde se demuestra una adecuada consistencia interna de todas las escalas DTCQ-H (coeficientes α elevados, coeficientes de las dos-mitades satisfactorios y correlaciones medias entre ítems adecuadas), estabilidad temporal (fiabilidad test-retest moderadamente alta) y validez satisfactoria (de constructo, convergente, divergente, retrospectiva y factorial).

Normas de aplicación

Ver las instrucciones en el formato de administración de la versión española de la prueba.

Corrección e interpretación

Como se ha comentado anteriormente, los 50 ítems del IDTS y DTCQ se refie-

9. Evaluación psicológica en el abuso de alcohol y otras sustancias

ren a las mismas situaciones de riesgo para el consumo de sustancias. Estos 50 ítems se agrupan en ambos instrumentos en ocho subescalas, cada una de ellas relativa a los tipos de situaciones determinantes del consumo de sustancias y la recaída establecidas en el modelo de Marlatt ya comentado. A continuación se muestra la agrupación de los ítems del DTCQ (y de modo similar, también en el IDTS). Para formar las ocho subescalas, y la hoja de corrección de la prueba, según el modelo utilizado en el estudio para la validación española del DTCQ-H (Llorente, 1997):

- I. Emociones desagradables: 1, 4, 11, 14, 21, 24, 31, 34, 41, 44.
- II. Malestar físico: 2, 12, 22, 32, 42.
- III. Emociones agradables: 3, 13, 23, 33, 43.
- IV. Intentos de control: 5, 15, 25, 35, 45.
- V. Tentaciones / urgencias de consumo: 6, 16, 26, 36, 46.
- VI. Conflicto con otros: 7, 10, 17, 20, 27, 30, 37, 40, 47, 50.
- VII. Presión social al consumo: 8, 18, 28, 38, 48.
- VIII. Momentos agradables con otros: 9, 19, 29, 39, 49.

Nombre y Apellidos _____ Fecha _____ Edad _____ Años _____ Sexo _____

Programa de tratamiento actual _____ Tiempo transcurrido sin consumo de heroína _____ Días o meses _____

					SUBESCALA	NIVEL DE CONFIANZA	
1 ₁ .	11 ₁ .	21 ₁ .	31 ₁ .	41 ₁ .	1 _____ =	_____ %	
					10		
2.	12.	22.	32.	42.	2 _____ =	_____ %	
					5		
3.	13.	23.	33.	43.	3 _____ =	_____ %	
					5		
4 ₁ .	14 ₁ .	24 ₁ .	34 ₁ .	44 ₁ .	4 _____ =	_____ %	
					5		
5.	15.	25.	35.	45.	5 _____ =	_____ %	
					5		
6.	16.	26.	36.	46.	6 _____ =	_____ %	
					10		
7 ₆ .	17 ₆ .	27 ₆ .	37 ₆ .	47 ₆ .	7 _____ =	_____ %	
					5		
8.	18.	28.	38.	48.	8 _____ =	_____ %	
9.	19.	29.	39.	49.	8 _____ =	_____ %	
					5		
10 ₆ .	20 ₆ .	30 ₆ .	40 ₆ .	50 ₆ .	6	Punt. total	

Anotar en los ítems las respuestas. Sumar las puntuaciones y calcular el nivel de confianza.

NOTA: Las subescalas 1 y 6 tienen 10 ítems, se presentan con subíndices de referencia para facilitar la búsqueda y el sumatorio.

Prueba**Cuestionario de Confianza en situaciones de riesgo para Consumir Heroína, DTQC-H** (versión castellana, Llorente del Pozo, J. M., 1997; formato modificado)

En este cuestionario presentamos una lista de situaciones en las que algunas personas consumen heroína. Trata de imaginarte en esas situaciones e indica en qué medida serías capaz de resistir el deseo de consumir heroína en cada una de ellas.

Rodea con un círculo el 100 si te sientes plenamente capaz de poder resistir la tentación de consumir; por el contrario, rodea el 0 si te sientes totalmente incapaz de hacerlo. Si no te sitúas en ninguno de estos dos extremos, señala cualquiera de los otros números dependiendo del grado de confianza que tengas para resistir el deseo de consumir heroína: recuerda, a mayor confianza, mayor número.

	No estoy seguro		Estoy seguro			
1. Cuando estaba deprimido por las cosas que me ocurrían en general.	0	20	40	60	80	100
2. Cuando me sentía tembloroso, enfermo, con náuseas, o con malestar físico.	0	20	40	60	80	100
3. Cuando me sentía bien, contento, feliz.	0	20	40	60	80	100
4. Cuando sentía que no tenía a nadie a quien recurrir y no veía otra salida.	0	20	40	60	80	100
5. Cuando quería comprobar si podía consumir heroína con moderación.	0	20	40	60	80	100
6. Cuando estaba en un lugar en el que había consumido o comprado heroína con anterioridad.	0	20	40	60	80	100
7. Cuando me sentía tenso o incómodo ante la presencia de alguien.	0	20	40	60	80	100
8. Cuando me invitaban a la casa de alguien, me ofrecían heroína y me sentía incómodo por tener que rechazar la droga.	0	20	40	60	80	100
9. Cuando me encontraba con viejos amigos y queríamos divertirnos.	0	20	40	60	80	100
10. Cuando era incapaz de expresar mis sentimientos a alguna persona.	0	20	40	60	80	100
11. Cuando me sentía decepcionado.	0	20	40	60	80	100
12. Cuando tenía problemas para dormir.	0	20	40	60	80	100
13. Cuando me sentía seguro y relajado.	0	20	40	60	80	100
14. Cuando estaba aburrido.	0	20	40	60	80	100
15. Cuando quería probarme a mí mismo que la heroína no era problema para mí.	0	20	40	60	80	100
16. Cuando de forma inesperada me encontraba con ella o sucedía algo que me la recordara.	0	20	40	60	80	100
17. Cuando los demás me rechazaban o me parecía que no les caía bien.	0	20	40	60	80	100
18. Cuando los amigos con los que estaba pasando el rato me sugerían ir a algún sitio y consumir heroína.	0	20	40	60	80	100
19. Cuando estaba con un amigo/a y queríamos sentirnos mejor juntos.	0	20	40	60	80	100

20. Cuando algunas personas me trataban injustamente o impedían que yo pudiera hacer mis planes.	0	20	40	60	80	100
21. Cuando me sentía solo.	0	20	40	60	80	100
22. Cuando quería estar despierto, más alerta, o tener más energía.	0	20	40	60	80	100
23. Cuando me sentía contento por alguna cosa.	0	20	40	60	80	100
24. Cuando me sentía nervioso o tenso por algo.	0	20	40	60	80	100
25. Cuando quería comprobar que podía consumir heroína ocasionalmente sin depender de ella.	0	20	40	60	80	100
26. Cuando había estado bebiendo y me venía a la cabeza la idea de consumir.	0	20	40	60	80	100
27. Cuando sentía que mi familia me presiona demasiado o que no podía estar a la altura que ellos esperaban.	0	20	40	60	80	100
28. Cuando me encontraba en un lugar donde otras personas estaban consumiendo y sentía que esperaban que me uniera a ellas.	0	20	40	60	80	100
29. Cuando estaba con mis amigos y quería divertirme más.	0	20	40	60	80	100
30. Cuando no me llevaba bien con mis compañeros de estudios o de trabajo.	0	20	40	60	80	100
31. Cuando empezaba a sentirme culpable por algo.	0	20	40	60	80	100
32. Cuando quería perder peso.	0	20	40	60	80	100
33. Cuando me sentía contento con mi vida.	0	20	40	60	80	100
34. Cuando me encontraba agobiado y quería evadirme de alguna forma.	0	20	40	60	80	100
35. Cuando quería comprobar que podía estar con amigos heroínómanos sin necesidad de consumir yo heroína.	0	20	40	60	80	100
36. Cuando escuchaba a alguien comentar sus experiencias con la droga.	0	20	40	60	80	100
37. Cuando había discusiones en casa.	0	20	40	60	80	100
38. Cuando me presionaban para consumir heroína y sentía que no podía rechazarla.	0	20	40	60	80	100
39. Cuando quería celebrar algo con un amigo.	0	20	40	60	80	100
40. Cuando alguien estaba descontento con mi trabajo o me agobiaban en el trabajo o en los estudios.	0	20	40	60	80	100
41. Cuando estaba enfadado por el modo en que me salían las cosas.	0	20	40	60	80	100
42. Cuando tenía dolor de cabeza o alguna otra molestia.	0	20	40	60	80	100
43. Cuando recordaba algo bueno que hubiese sucedido.	0	20	40	60	80	100
44. Cuando me encontraba confundido por las cosas que debía hacer.	0	20	40	60	80	100
45. Cuando quería comprobar que podía estar sin consumir en sitios donde se consumía heroína.	0	20	40	60	80	100
46. Cuando pensaba en lo bien que me iba a sentir si consumía heroína.	0	20	40	60	80	100
47. Cuando sentía que necesitaba valor para enfrentarme a alguien.	0	20	40	60	80	100
48. Cuando estaba con gente que consumía heroína.	0	20	40	60	80	100
49. Cuando estaba pasando un buen rato y quería aumentar mi placer sexual.	0	20	40	60	80	100
50. Cuando sentía que alguien estaba tratando de controlarme y quería sentirme más independiente.	0	20	40	60	80	100

3. Referencias

- Annis, H. M. y Martin, G. (1985): *Drug-Taking Confidence Questionnaire*, Toronto, Addiction Research Foundation.
- y Graham, J. M. (1992): *Inventory of Drug-taking Situations: (IDTS) User's Guide*, Adolescent Version. Toronto, Addiction Research Foundation.
- Bandura, A. y Adams, N. E. (1977): «Analysis of self-efficacy theory of behavioral change», *Cognitive Therapy and Research*, 1, 287-310.
- (1977): «Self-efficacy: Towards a unifying theory of behavioral change», *Psychological Review*, 84, 191-215.
- (1995): *Self-Efficacy in changing societies*. Nueva York, Cambridge University Press.
- Darke, S., Ward, J., Hall, W., Heather, N. y Wodak, A. (1991): *The Opiate Treatment Index (OTI) Researcher's Manual*. National Drug and Alcohol Research Centre. Report n.º 11. Australia, University of New South Wales.
- , Hall, W., Heather, N., Wodak, A. y Ward, J. (1992): «Development and validation of a multidimensional instrument for assessing outcome of treatment among opioid users: The Opiate Treatment Index», *British Journal of Addiction*, 87, 593-602.
- DiClemente, C. C., Fairhurst, S. K. y Piotrowski, N. A. (1995): «Self-efficacy and addictive behaviors», en J. E. Maddux (eds.): *Self-efficacy, adaptation, and adjustment: Theory, research, and application*. Nueva York, Plenum Press.
- Fernández, C. (1998): «Perfil de Adicción del Maudsley: Estudio de Adaptación Europea». *Libro de Actas. XXV Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol*, 27-48.
- Gavin, D. R., Ross, H. E. y Skinner, H. A. (1989): «Diagnostic validity of the DAST in the assessment of DSM-III drug disorders», *British Journal of Addiction*, 84, 301-307.
- Goldberg, D., Hillier, V. F., (1979): «A scaled version of the General health Questionnaire», *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- González-Saiz, F. (1997): *Estandarización de un instrumento de evaluación multidimensional en los trastornos adictivos*. Tesis doctoral. Universidad de Cádiz.
- , Iraurgi, J., Fernández, C., Martínez, J. M. y Marchena, J. C. (2001): «Instrumentos de evaluación multidimensional en los trastornos relacionados con sustancias», *Libro de Actas. VIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Toxicomanías*, 39-97.
- , Salvador, L., Martínez, J. M., López, A. y Ruz, I. (en prensa): «Estudio de fiabilidad y validez de la versión española del *Addiction Severity Index (ASI)*», *Revista Española de Drogodependencias*.
- Guerra, D. (1992). «Addiction Severity Index: un Índice de Severidad de la Adicción», en Casas, M. (coord.): *Trastornos Psíquicos en las Toxicomanías* (pp. 59-90). CITRAN. Barcelona, Ediciones en Neurociencias.
- Kokkevi, A. y Hartgers, C. (1995): «EuropASI: european adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence», *European Addiction Research*, 1, 208-210.
- Llorente del Pozo, J. M. (1997): *Validación del DTCQ-H en población española*. Tesis doctoral no publicada, Madrid, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).
- Marlatt, G. A. (1979): «A cognitive-behavioral model of the relapse process», en N. A. Krarnegor (ed.): *Behavioral analysis and treatment of substance abuse*. Research Monograph, 25 (pp. 410-452). Rockville, National Institute on Drug Abuse.
- (1985a): «Relapse prevention: theoretical rationale and overview of the model», en G. A. Marlatt y J. Gordon (eds.): *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York, The Guilford Press.
- (1985b): «Situational determinants of relapse and skill-training interventions», en G. A. Marlatt y J. R. Gordon (eds.): *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York, The Guilford Press.
- y Gordon, J. (1985): *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York, The Guilford Press.
- Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., Best, D., Farrell, M., Lehmann, P., Edwards, C. y Strang, J. (1998): «The Maudsley Addiction Profile (MAP): A brief instrument for

- assessing treatment outcome», *Addiction*, 93 (12), 1857-1867.
- McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E. y O'Brien, C. P. (1980): «An improved evaluation instrument for substance abuse patients: the Addiction Severity Index», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 168 (1), 26-33.
- , —, Cacciola, J., Griffith, J., Evans, F. y O'Brien, C. P. (1985): «New data from the Addiction Severity Index: Reliability and validity in three centers», *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173 (7), 412-423.
- , Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H. y Argeriou, M. (1992): «The fifth edition of the Addiction Severity Index», *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199-213.
- Skinner, H. A. (1982): «The Drug Abuse Screening Test», *Addictive Behaviors*, 7, 363-371.
- (1994): *DAST: Guidelines for administration and scoring*. Manuscrito sin publicar que lo felicita el autor.

10. Instrumentos de evaluación en tabaquismo

Teresa Gutiérrez Rosado y Cesáreo Fernández Gómez

1. Introducción

La adquisición del hábito de fumar suele originarse en la adolescencia y responde a un proceso complejo en el que intervienen factores de tipo biológico, psicológico y social. En general, la mayoría de los fumadores se inician antes de los 18 años y el 95% de los que continúan fumando a la edad de 20 años se convierten en fumadores diarios regulares (USDHHS, 1994; ONU, 2000; Kaplan, Nápoles, Stewart y Pérez, 2001). De la misma forma, *dejar de fumar* no se improvisa. Partiendo de una buena motivación, es de gran importancia para garantizar el éxito (1) conocer cómo actúa el tabaco en nuestro organismo y en nuestra vida cotidiana, (2) delimitar las causas que mantienen nuestro consumo actual y (3) planificar cómo vamos a afrontar el proceso de dejarlo. La evaluación garantiza el cumplimiento de estos objetivos y, por tanto, favorece un mayor éxito en la intervención para dejar de fumar. Podríamos decir que la evaluación amplia del problema del tabaquismo en el individuo es uno de los aspectos fundamentales que diferencia la intervención psicológica especializada en este ámbito de otros tipos de intervenciones, y sin duda uno de los factores que contribuyen a la mayor eficacia de los programas multicomponentes o multimodales donde se combinan las terapias cognitivas, conductuales y farmacológicas en algunos casos (OMS, 1999; Wetter, 1998; Becoña, 1994a; Ward, 2001).

La evaluación de la conducta de fumar en contextos clínicos se realiza en diferentes momentos: antes, durante, al final del tratamiento y en los se-

Cuadro 10.1 Objetivos y procedimientos de la evaluación en tabaquismo previa al tratamiento

Objetivo genérico de la evaluación	Objetivo específico	
CARACTERÍSTICAS DE LA CONDUCTA PROBLEMA	Historia del hábito	
	Consumo actual <ul style="list-style-type: none"> • Análisis topográfico • Análisis funcional 	
	Dependencia física <ul style="list-style-type: none"> • Tolerancia • Abstinencia 	
	Evaluación fisiológica <ul style="list-style-type: none"> • Monóxido de carbono • Cotinina • Tiocianato 	
NIVEL MOTIVACIONAL Y AUTOEFICACIA	Motivación para el cambio	
	Motivos para fumar	
	Expectativas y motivación por el tratamiento	
	Autoeficacia	
BARRERAS PARA EL CAMBIO	Problemas simultáneos <ul style="list-style-type: none"> • Consumo otras drogas • Ansiedad / Estrés / Depresión 	
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DISPONIBLES	<ul style="list-style-type: none"> • Autocontrol / Solución de problemas /Asertividad / Apoyo social 	

	Instrumentos / procedimientos
	Entrevista semiestructurada <i>Cuestionario sobre el hábito de fumar</i> (Becoña, 1994b) <i>Multidimensional Smoking Behavior Questionnaire</i> (Gilliard y Bruchon, 2001)
	Autorregistros / Entrevista <i>Cuestionario sobre el hábito de fumar</i> (Becoña, 1994b) <i>Multidimensional Smoking Behavior Questionnaire</i> (Gilliard y Bruchon, 2001)
	Entrevista Criterios diagnósticos DSM-IV-TR <i>Cuestionario de tolerancia a la nicotina</i> (Fagerström, 1978) <i>Test de Fagerström de dependencia de la nicotina</i> (Heatheron y cols., 1991) <i>Escala de dependencia del cigarrillo</i> (Sabogal y cols., 1989) <i>Escala de síntomas de abstinencia del tabaco</i> , de West, Hajek y Belcher (1989, cfr. Becoña, 1994b)
	Análisis aire espirado Análisis saliva Análisis orina Análisis sangre
	Entrevista <i>Estadios de cambio en fumadores</i> (DiClemente y cols., 1991) <i>Cuestionario de evaluación del cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA)</i> (McConaughy y cols., 1983) <i>Procesos de cambio en fumadores</i> (Prochaska y cols., 1988)
	Entrevista Análisis funcional <i>Addiction Research Unit (ARU)</i> (West y Russell, 1985; cfr. Becoña, 1994b) <i>Balance decisional en fumadores</i> (Velicer y cols., 1985) <i>Escala de evaluación de los motivos para fumar</i> (Becoña y Vázquez, 1998) <i>Smoking Behavior Questionnaire</i> (Gilliard y Bruchon, 2001)
	Entrevista
	Entrevista <i>Escala de confianza en situaciones de fumar</i> (Condiotte y Lichtenstein, 1981) <i>Cuestionario de resistencia a la urgencia de fumar</i> (Baer y Lichtenstein, 1988; cfr. Becoña y Vázquez, 1998) <i>Medidas de autoeficacia/tentación en fumadores</i> (Velicer y cols., 1990)
	Entrevista Escalas o cuestionarios específicos
	Entrevista / escalas o cuestionarios específicos

guimientos (Becoña, 1994b). Todas estas evaluaciones son fundamentales para garantizar la consecución de objetivos e incluyen diversas técnicas y procedimientos. En este capítulo nos vamos a centrar únicamente en la evaluación previa al tratamiento, es decir, aquella que nos permite delimitar claramente el problema en el momento actual, las variables que lo mantienen, los objetivos que pretendemos conseguir y las estrategias de tratamiento más adecuadas que vamos a utilizar. No obstante, queremos hacer hincapié en la gran importancia que hay que dar a la evaluación posterior al tratamiento o seguimiento. Hoy día es un hecho que las conductas adictivas constituyen un problema crónico (OMS, 1999), es decir, las personas adictas a sustancias suelen alternar periodos de abstinencia con periodos de recaídas (Marlatt y Gordon, 1985; Prochaska y Prochaska, 1993). El proceso de dejar las drogas es largo y complejo e implica una perspectiva temporal en la que la persona irá pasando por diferentes estadios. Se estima que la mayoría de fumadores harán entre tres y siete intentos serios para dejar de fumar antes de alcanzar la abstinencia definitiva. En general, el riesgo de recaídas disminuye a medida que se mantiene la abstinencia. En fumadores se calcula que al menos durante cinco años después de dejar de fumar el riesgo de recaída permanece (Prochaska y DiClemente, 1983; Velicer, Prochaska, Fava, Rossi, Redding, Laforge y Robbins, 2000). Todo ello implica que los seguimientos posteriores al tratamiento son de gran importancia para consolidar el cambio y prevenir las recaídas.

En el cuadro 10.1 proponemos una visión genérica de los principales objetivos y procedimientos de la evaluación previa al tratamiento, e incluimos algunos de los instrumentos más utilizados o conocidos. El objetivo de la tabla es tratar de responder de forma rápida a la pregunta ¿qué hemos de evaluar?, y ¿cómo podemos hacerlo? El lector interesado en profundizar en los aspectos evaluativos en tabaquismo puede consultar otros textos (Becoña, 1994b, 1998; Becoña y Vázquez, 1998; Gil Roales-Nieto, 1998; López de la Llave y Buceta, 2001).

2. Pruebas de evaluación

Cuestionario sobre el hábito de fumar

(Becoña, E., 1994b)

Ficha técnica

Nombre: Cuestionario sobre el hábito de fumar.

Autor (dirección): Elisardo Becoña Iglesias. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela.

Datos de publicación: Becoña, E. (1994b): «Evaluación de la conducta de fumar», en J. L. Graña (ed.): *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 405-453). Madrid, Debate. Última versión en Becoña y Vázquez, 1998.

Descripción/tipo de evaluación: Autoinforme o entrevista.

Objetivos: Evaluar distintos aspectos sobre el hábito de fumar en el momento actual y sobre la historia de consumo de tabaco del fumador.

Ámbitos de medida/áreas/problemas evaluados: (1) Variables demográficas, (2) consumo de tabaco, (3) intentos de abandono o reducción de los cigarrillos, (4) razones para dejar de fumar en intentos previos y actuales, (5) procedimientos seguidos para dejar de fumar, (6) creencias sobre la incidencia del tabaco en la salud, (7) síntomas y molestias que padece o ha padecido por fumar cigarrillos, (8) consumo de alcohol, café, otras drogas o medicación y (9) deseos de dejar de fumar y expectativas sobre el programa.

Población: Adultos.

Tiempo de administración: 15-20 minutos, aproximadamente.

Momento más adecuado para pasar la prueba: Antes del tratamiento.

Procedimientos de puntuación: Análisis de variables cualitativas.

Profesionales que pueden pasar la prueba: Profesional especializado o previamente entrenado. El cuestionario suele ser autoadministrado.

Datos psicométricos: No disponibles.

Descripción

El Cuestionario sobre el hábito de fumar que presentamos es el que utilizan Becoña y sus colaboradores en el Programa para dejar de fumar que llevan a cabo en la Universidad de Santiago de Compostela desde el año 1987. Se trata de un programa multicomponente que ha mostrado unos niveles de eficacia altos (ver Becoña, 1994a; Becoña y Vázquez, 1998). La primera publicación de dicho cuestionario aparece en Becoña (1994b) y la última versión en Becoña y Vázquez (1998). Esta última es la que reproducimos a continuación con permiso de su autor.

El cuestionario permite conocer algunos aspectos relevantes relacionados con

el consumo de cigarrillos, tanto sobre el hábito de consumo en el momento actual como sobre la historia del hábito del fumador. Es un instrumento complementario a la entrevista y puede ser cumplimentado por el fumador en las fases iniciales de la evaluación antes o después de la primera entrevista.

Normas de aplicación

El cuestionario será cumplimentado por el fumador y en este sentido debe seguir las normas propias de cualquier autoinforme para incrementar su fiabilidad. Por parte del profesional es conveniente explicar el objetivo del cuestionario, las áreas de re-

cogida de información, la duración aproximada, así como clarificar el tipo de respuesta requerida. Por parte del sujeto, buscar un tiempo y lugar que le permita trabajar con tranquilidad, comprender bien las preguntas y ajustarse a las respuestas establecidas o preguntar al clínico en caso de no entender bien el sentido de una pregunta.

Normas de corrección e interpretación

En cuanto a la interpretación, este cuestionario nos permite recoger información descriptiva relacionada con el hábito de consumo en el momento actual y en el pasado. Concretamente, las áreas de recogida de información son:

- Variables demográficas (preguntas 1 a 12 y 57 a 58).
- Consumo de tabaco y motivos para fumar en el momento actual y en el pasado (preguntas 13 a 31).
- Intentos de abandono o reducción de los cigarrillos y motivos (preguntas 32 a 39).
- Procedimientos seguidos para dejar de fumar (preguntas 40 a 41).
- Creencias sobre la incidencia del tabaco en la salud y síntomas o molestias que ha padecido o padece (preguntas 42 a 48).
- Consumo de alcohol, café, otras drogas o medicación (pregunta 49).
- Motivación para el cambio y expectativas (preguntas 50 a 56).

Prueba

Cuestionario sobre el hábito de fumar (Becona, E., 1994b)

1. N.º:
2. Nombre y Apellidos: _____
3. Edad: _____
4. Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/>
5. Estado civil: Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/>
6. N.º de hijos: _____
7. Realizó estudios de: _____
8. Si actualmente estudia, indicar estudios, curso y ciudad: _____
9. Profesión: _____
10. Actualmente vive en: Calle _____ N.º _____ Piso: _____ Lugar: _____ Ciudad _____ Código Postal _____ Provincia _____ Tel. ____/____
11. Indique otra dirección (paterna, hijos, amigos) a la que acude varias veces al año: Calle _____ N.º _____ Piso: _____ Lugar: _____ Ciudad _____ Código Postal _____ Provincia _____ Tel. ____/____
12. Teléfono de su trabajo: ____/____
13. Actualmente, ¿qué número de cigarrillos fuma al día? _____
14. ¿Qué marca o marcas fumó durante el último mes? _____
15. ¿Qué marca o marcas fumó a lo largo del último año? _____
16. En el último año, ¿qué número máximo de cigarrillos llegó a fumar? _____
17. ¿Recuerda la ocasión o razón que motivó tan alto consumo? _____ _____
18. En su vida, ¿qué número máximo de cigarrillos llegó a fumar? _____ _____
19. ¿Recuerda el motivo de ello? _____ _____

10. Instrumentos de evaluación en tabaquismo

20. ¿A qué edad probó su primer cigarrillo?: _____ años.
21. ¿A qué edad comenzó a fumar regularmente?: _____ años.
22. ¿Cuántos años lleva fumando?: _____ años.
23. En el último mes, ¿qué número total de puros ha fumado?: _____
24. ¿Y de puritos?: _____
25. ¿Y de pipas?: _____
26. ¿Inhala el humo al fumar?: Sí No
27. ¿Qué n.º aproximado de chupadas le da a cada cigarrillo (número si lo conoce o bien muchas, bastantes, pocas): _____
28. Actualmente, los cigarrillos los fuma:
- Enteros hasta el filtro.....
- Casi todo el cigarrillo
- La mitad del cigarrillo
- Lo enciendo y lo apago

Intento n.º	N.º de días abstinentes
1	
2	
3	
4	
5	

29. En la casa donde vive indiquenos quién vive y de ellos quién fuma:
- | Personas que viven | Fuma | |
|--------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| _____ | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| _____ | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| _____ | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| _____ | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
| _____ | Sí <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> |
30. Díganos de los siguientes familiares si fumaban en el pasado o si actualmente fuman:
- | | Fumaba | Fuma |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Su padre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Su madre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Alguno de sus hermanos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
31. ¿Dejó de fumar algún día en el último año? Sí No
32. ¿Indique numéricamente cuánto tiempo estuvo sin fumar en el último año?:
 _____ días, _____ semanas, _____ meses
33. ¿Ha reducido su consumo de cigarrillos en el último año?: Sí No
34. En caso de que lo haya reducido, ¿cuántos cigarrillos ha reducido?: _____
35. ¿Ha intentado realmente dejar de fumar alguna vez en el transcurso del último año?
 Sí No
36. En caso de haberlo intentado, indique intentos y número de días abstinentes en los últimos doce meses.
37. Cuando dejó de fumar, ¿cuál fue el motivo fundamental que le indujo a dejarlo?:
- Por motivos de salud.
 - Por miedo a las enfermedades que produce el tabaco.
 - Por ahorrar dinero.
 - Para dar buen ejemplo.
 - Por presión familiar.
 - Por autodisciplina.
 - Por evitar los riesgos de incendio.
 - Por presiones en el trabajo.
 - Para respetar los derechos de los no fumadores.
 - Otras razones.
 - No sabe / no contesta.

38. ¿Quién le incitó o animó a dejar de fumar? _____
39. Indique otros intentos realizados para dejar de fumar en su pasado excluyendo los del último año:

Lo intenté en el año	N.º de días, semanas, o meses abstinentes		
	Días	Semanas	Meses

40. En sus intentos para dejar de fumar, ¿ha seguido algún procedimiento concreto para dejar de fumar?:
 Sí No
41. En caso afirmativo, indique cuál o cuáles: _____
42. ¿Cree que fumar cigarrillos afecta gravemente a la salud?
 Muchísimo.....
 Bastante
 No sé.....
 Poco
 Nada.....
43. ¿Alguna vez su médico le ha sugerido que debe dejar de fumar?
 Nunca.....
 Alguna vez.....
 Muchas veces
44. Marque con una X las enfermedades y síntomas que le indicamos a continuación, si las ha padecido en el pasado, si las padece en la actualidad o si tiene frecuentemente esos síntomas:

	Ha padecido	Padece	Frecuentemente tiene síntomas de
Bronquitis crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Faringitis crónica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falta de aire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fatiga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Continuos resfriados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secreciones mucosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer de laringe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataque al corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarto de miocardio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angina de pecho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arritmia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varices	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mala circulación en piernas o brazos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migrañas, cefaleas o dolor de cabeza al menos una vez por semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipertensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insomnio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mareos por problemas de tensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Úlcera péptica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Instrumentos de evaluación en tabaquismo

45. ¿Está actualmente embarazada? Sí No
46. Indique a continuación las molestias más importantes que le produce actualmente el tabaco:

47. ¿Conoce a algún familiar, amigo o conocido que haya enfermado o muerto debido a fumar cigarrillos? Sí No

48. En caso afirmativo, indicar relación o parentesco con esa persona y enfermedad:

Parentesco	Enfermedad

49. Indique el número de consumiciones que suele realizar de las siguientes bebidas y medicamentos en un día normal de la semana y en un sábado o domingo:

	Día normal de la semana	Sábado o domingo
Cañas o cerveza (n.º).....		
Copas o vasos de vino (n.º).....		
Copas de sidra, champán (n.º).....		
Copas de coñac, whisky, ginebra, aguardiente (n.º)		
Combinados: cubalibres, gin tonic, etc. (n.º).....		
Tazas de café (n.).....		
Tazas de té (n.º).....		
Medicamentos (indique el nombre): _____		

50. Actualmente, ¿desea dejar de fumar?:
- Totalmente
- Bastante.....
- Poco
- Nada
- No
51. En una escala de 0 (nada) a 10 (máximo) indique: ¿cuál es su deseo de dejar de fumar en este momento? _____
52. En una escala de 0 (nada) a 10 (máximo) indique: ¿cuál es su deseo de realizar este programa para dejar de fumar? _____
53. Sus expectativas sobre el programa de tratamiento para dejar de fumar que va a llevar a cabo son en este momento:
- Muy buenas.....
- Buenas.....
- No sabe
- Malas.....
- Muy malas
54. ¿Conoces a alguna persona que haya dejado de fumar con el Programa para dejar de fumar? Sí No
55. En caso afirmativo, indique su relación con él/ella (amistad, parentesco, compañero de trabajo, etc.) _____
56. Y ¿qué idea le ha transmitido sobre el programa?:

57. ¿En qué clase social se incluiría usted?:	
Alta	<input type="checkbox"/>
Media alta	<input type="checkbox"/>
Media media	<input type="checkbox"/>
Media baja	<input type="checkbox"/>
Baja	<input type="checkbox"/>
58. Indique cuáles son los ingresos aproximados que entran en su casa (unidad familiar) mensualmente por todos los conceptos:	
Menos de 300 €	<input type="checkbox"/>
Entre 301 y 600 €	<input type="checkbox"/>
Entre 601 y 900 €	<input type="checkbox"/>
Entre 901 y 1000 €	<input type="checkbox"/>
Entre 1.300 y 1.800 €	<input type="checkbox"/>
Más de 1.800 €	<input type="checkbox"/>

FUENTE: Becoña y Vázquez (1998). Reproducido con permiso del autor.

Autorregistros

La mejor manera de identificar cómo y cuándo se da la conducta, así como las circunstancias que pueden determinarla, es llevar a cabo un registro sistemático de su aparición (Miller y Rollnick, 1999). Los autorregistros permiten observar y registrar la propia conducta y son uno de los procedimientos más utilizados para evaluar el hábito del fumador (Pomerleau y Pomerleau, 1992; López de la Llave y Buceta, 2001). Podemos decir que los autorregistros nos ayudan a conocernos con un poco más de objetividad y además constituyen un buen procedimiento para corroborar la información aportada en otros instrumentos.

En el *análisis topográfico*, el autorregistro más utilizado es el de frecuencia de cigarrillos por días (véase cuadro 10.2), pero también pueden analizarse otras características topográficas de la forma de fumar, como: proporción de caladas/cigarrillo, frecuencia de la inhalación, retención del humo o profundidad de la calada. No obstante, estas características requieren procedimientos más complejos y se reducen a contextos de laboratorio o clínicos (Frederiksen, Martin y Webster, 1979; cfr. Gil Roales-Nieto, 1998).

Los autorregistros también resultan de gran utilidad para ayudarnos a comprender las circunstancias asociadas a la conducta de fumar, es decir, para realizar *el análisis funcional* o comprender *el porqué de cada cigarrillo*. En este caso, las variables que se suelen analizar con mayor frecuencia son: hora del día, lugar, actividad, personas presentes, deseo o placer experimentado, motivo por el que se fuma, pensamientos previos o posteriores, etc. Lógicamente, esta información será de gran utilidad en las primeras fases del tratamiento para delimitar qué aspectos serán más difíciles de afrontar y graduar la intervención. Pero tal y como recogen diversos autores (Annis y Davis, 1989; cfr. Miller y Rollnick, 1999; Marlatt y Gordon, 1985), el análisis funcional es de gran utilidad para combatir la «dependen-

Cuadro 10.2 Registro diario de cigarrillos fumados

INSTRUCCIONES

Durante la semana próxima anotará en el registro cada cigarrillo que consuma. Para ello llevará el registro en su cajetilla de tabaco y marcará el registro antes de coger el cigarrillo. Al final del día y de la semana podrá analizar la cantidad de cigarrillos que fuma.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
L																						
M																						
X																						
J																						
V																						
S																						
D																						

cia psicológica» no sólo a corto plazo, sino también a medio y largo plazo, es decir, para prevenir las recaídas, ya que nos permite conocer cuáles son las situaciones de riesgo para volver a fumar en los periodos de abstinencia. A continuación presentamos dos de los modelos de autorregistros más frecuentemente utilizados en tabaquismo.

a) *Cantidad de cigarrillos fumados diariamente*

En los momentos iniciales puede interesar registrar la tasa de consumo, es decir, el número de cigarrillos consumidos diariamente. Este tipo de autorregistro nos permite inicialmente establecer el punto de partida, la línea de base, y a medida que avancemos en la intervención nos permitirá evaluar los progresos, especialmente útil cuando se elija la técnica de reducción gradual de cigarrillos. Conviene recordar que este tipo de autorregistro debe adaptarse al formato de una cajetilla de tabaco, de forma que la persona pueda verlo siempre antes de coger el cigarrillo y facilitar de esta forma su registro. Por otra parte, también hay que tener en cuenta que este tipo de autorregistros suelen producir un efecto reactivo inicial y reducir el consumo. Sin embargo, dicha reactividad inicial no parece afectar a la eficacia del tratamiento (Becoña y Gómez-Durán, 1991) e incluso es considerada como un elemento positivo en sí para el tratamiento, ya que favorece la motivación y la adherencia al mismo (Pomerleau, Adkins y Pertschuk, 1978; cfr. Becoña, 1994b).

Cuadro 10.3 Atorregistro: ¿cuándo y por qué fumo?

Instrucciones: Antes de coger un cigarrillo tómesese un minuto y rellene las casillas de la hoja con estos datos:

- **Hora** → La hora y minutos en que va a fumar.
- **Situación** → Lo más característico del momento: lo que hace, dónde se encuentra o con quién está.
- **Deseo/ganas** → Puntúe 5 para el deseo urgente, 4 mucho, 3 medio, 2 poco, y 1 para los cigarrillos que coge sin ganas.
- **Motivos** →

Rutina: El cigarrillo fumado automáticamente mientras se hacen otras actividades, como hablar por teléfono, conducir, etc.

Abstinencia: Cigarrillo que se fuma después de que no se ha podido fumar durante un tiempo por alguna causa externa, por ejemplo, después de una visita médica.

Premio: El cigarrillo «merecido» tras realizar un esfuerzo personal o lograr algo importante.

Estrés: El cigarrillo que sirve para hacer frente a problemas, urgencias, preocupaciones, etc., porque creemos que nos puede ayudar y tranquilizarnos.

Social: Cuando se fuma charlando con los amigos, en reuniones sociales, en una fiesta, etc.

Aburrimiento: Los cigarrillos que se fuman cuando predomina el aburrimiento, como, por ejemplo, mientras se espera algo o a alguien, en un atasco de tráfico, etc.

Relajación: Es el cigarrillo que nos fumamos cuando nos sentimos a gusto, tranquilos, relajados, como, por ejemplo, después de una buena comida.

Cigarrillo	Hora	Situación	Deseo/ganas	Motivo
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

b) *Variables que controlan la conducta de fumar*

El siguiente ejemplo que presentamos es también un autorregistro propio de las fases iniciales de la evaluación, que ayuda a delimitar las situaciones en que se fuma y los motivos. Insistimos, como en el caso anterior, en que el formato debe ajustarse a la cajetilla de tabaco y aunque en este caso sólo se incluyen 10 cigarrillos por cuestiones de espacio, lo habitual es que se incluya el contenido de una cajetilla. Las instrucciones pueden o no formar parte del autorregistro, lo esencial es que queden claras para el fumador (véase cuadro 10.3).

Es importante tener presente que a medida que avanza la evaluación se irá incrementando la complejidad de los autorregistros a fin de conocer las variables que controlan la conducta (Labrador, 1996). En cualquier caso, conviene tener presente que la necesidad de obtener información debe mantener un equilibrio con el esfuerzo que supone al fumador registrarla en este caso (López de la Llave y Buceta, 2001). Algunos autores (García y Vallejo, 1994) recomiendan no incluir más de seis categorías en cada autorregistro.

Una vez cumplimentado este tipo de autorregistro durante al menos tres días, el fumador será capaz de comprender mejor por qué fuma, ya que podrá dar respuesta a alguna de las siguientes preguntas (Kleinman y Messina, 2001): ¿cuántos cigarrillos fuma al día?; ¿en qué parte del día fuma más?; ¿cuántos cigarrillos fuma cuando está solo?; ¿fuma más delante de determinadas personas?; ¿qué sentimientos experimenta antes de encender un cigarrillo?, o ¿durante qué momento del día y en qué situaciones considera que tendrá mayor dificultad para mantenerse sin fumar?

Test de Fagerström de Dependencia de la Nicotina.

The Fagerström Test for Nicotina Dependence, FTND (Heatherton, T.; Kozlowski, L.; Frecker, R., y Fagerström, K., 1991)

Ficha técnica

Nombre: *The Fagerström Test for Nicotina Dependence* (Test de Fagerström de Dependencia de la Nicotina).

Siglas: FTND.

Autor (dirección): Heatherton, Kozlowski, Frecker y Fagerström (1991). Adaptación: Elisardo Becoña Iglesias. Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Facultad de Psicología. Universidad de Santiago de Compostela.

Datos de publicación: 1.ª versión (Fagerström, 1978); 2.ª versión (Heatherton y cols., 1991).

Adaptación española: Becoña, E., Gómez-Durán, B., Álvarez-Soto, E. y García, M. (1992): «Scores of Spanish smokers on Fagerström's Tolerance Questionnaire», *Psychological Reports*, 71, 1227-1233 (1.ª versión). Versión reproducida de Becoña (1994b).

Descripción/tipo de evaluación: Autoinforme.

Objetivos: Evaluar la dependencia fisiológica a la nicotina en fumadores.

Ámbitos de medida/áreas/problemas evaluados: (1) tiempo que tarda en fumar el 1.º cigarrillo de la mañana, (2) restricción en locales, (3) renuncia más difícil, (4) frecuencia cigarrillos/día, (5) restricción en caso de enfermedad.

Población: Jóvenes y adultos.

Tiempo de administración: 2 minutos.

Momento más adecuado para pasar la prueba: Antes del tratamiento.

Procedimientos de puntuación: Se puntúa sumando las respuestas a cada uno de los 6 ítems, lo que permite obtener una puntuación total.

Profesionales que pueden pasar la prueba: No necesita entrenamiento.

Datos psicométricos: La versión actual del test de Fagerström ha sido validada con medidas fisiológicas del contenido de nicotina en sangre, tiene buena fiabilidad y cuenta con una gran aceptación a nivel clínico y de investigación. Adaptación española del FTQ cuenta con fiabilidad o consistencia interna significativa ($\alpha = 0,57$).

Introducción

En 1978, Fagerström publicó la primera versión de su cuestionario de tolerancia a la nicotina (*Tolerance Questionnaire, FTQ*). Se trata de un cuestionario ampliamente utilizado en contextos clínicos y de investigación por psicólogos y médicos y al alcance del público en general en diversas web relacionadas con la salud. Este cuestionario fue el primero que intentó medir la dependencia física a la nicotina, al margen de las medidas fisiológicas que han ido apareciendo con posterioridad, tales como la detección de carboxihemoglo-

bina, nicotina, cotinina o tiocianato en sangre, orina o saliva (Demaria, Grimaldi y Valeur, 1989), que han ido apareciendo con posterioridad. Concretamente permite decir si el nivel de dependencia del fumador es bajo, medio o alto. Mientras mayor sea el nivel de tolerancia a la nicotina (puntuación de la escala de 0 a 11), más intensos y tentadores serán los síntomas de abstinencia y más dificultades tendrá el fumador para dejar el tabaco. Por ello desde el punto de vista de los tratamientos esta prueba es útil para determinar cuándo puede ser beneficioso utilizar algún tratamiento farmacológico como el chicle o

los parches de nicotina (Fiore, Jorenby, Baker, y Kenford, 1992; Becoña y Galego, 1988; cfr. Becoña, 1994b).

La primera versión del cuestionario de tolerancia de Fagerström (1978) parte de la base de que la dependencia al tabaco se define por la necesidad de un uso compulsivo del mismo que impide al fumador dejar de fumar, es decir, la nicotina actuaría como reforzador primario en los fumadores y sería la principal responsable de la adicción al tabaco. Se trataba de una escala de 8 ítems donde las preguntas (1) la cantidad total de cigarrillos/día, (2) el contenido de nicotina a partir de la marca de cigarrillos, (3) la inhalación o no del humo, (7) restricción en locales y (8) restricción en caso de enfermedad, exploraban la necesidad cuantitativa de nicotina. Las preguntas (4) horarios, (5) tiempo que tarda en fumar el primer cigarrillo de la mañana y (6) renunciaciones, exploraban más bien la necesidad de reponer rápidamente los niveles de nicotina bajos del organismo (Demaria, Grimaldi y Valeur, 1989).

El FTQ fue adaptado en una amplia muestra de 732 fumadores en Galicia por Becoña y cols. (1992). Los autores utilizaron dos versiones del cuestionario, la versión original y una segunda en la que introdujeron el ítem n.º 5 que aparece en el FTNQ. Encontraron que ambas versiones eran equivalentes y que presentaban una fiabilidad significativa pero moderada ($\alpha = 0,57$).

La versión actualizada del FTQ que presentamos viene a superar algunas limitaciones psicométricas de esta primera prueba, tales como: cierta incoherencia interna y redundancia de los ítems (Lichtenstein y Mermelstein, 1986; cfr. Demaria, Grimaldi y Valeur, 1989); baja correlación entre la escala y las medidas de monóxido de carbono o cotinina (Becoña, 1994b), así como la baja fiabilidad entre los ítems observada, por ejemplo, en la adaptación española (Becoña y cols., 1992).

El *Test de Fagerström de dependencia a la nicotina*, de Heartherton y cols.

(1991), reduce el número de preguntas de 8 a 6, elimina concretamente la pregunta referida a la cantidad de nicotina del cigarrillo, dado que son pocos los fumadores que conocen este dato, y el ítem referido a si se inhala o no el humo, ya que entre el 80 y el 90% de los fumadores inhalan el humo y, por tanto, es un ítem poco discriminativo en fumadores (Becoña y cols., 1992). De hecho, Heartherton y sus colaboradores (1989; cfr. Becoña, 1994b) crearon el *índice de dureza de fumar* utilizando tan sólo dos ítems, los de mayor valor predictivo de la dependencia a nicotina, del test de Fagerström: la hora del primer cigarrillo del día y el número de cigarrillos fumados al día. Este índice fue utilizado por Becoña (1994b) como único indicador de dependencia física en un estudio representativo de la población gallega.

La versión actual del test de Fagerström fue validada con medidas fisiológicas del contenido de nicotina en sangre, tiene buena fiabilidad y cuenta con una gran aceptación a nivel clínico y de investigación (Pomerleau, Carton, Lutzke, Flessland y Pomerleau, 1994). Todo ello le hace un instrumento ampliamente utilizado en diversos tipos de muestras y en numerosos países (Fagerström y Schneider, 1989; Fagerström y cols., 1996; cfr. OMS, 1999; Gilliard y Bruchon, 2001). Su nivel de utilidad ha quedado claramente demostrado al resultar un buen predictor para la utilización del chicle de nicotina cuando el nivel de dependencia es alto (Fiore y cols., 1992; Becoña, 1994b; Demaria, Grimaldi y Valeur, 1989).

Normas de aplicación

El test de Fagerström de dependencia a la nicotina está formado por 6 ítems con dos o cuatro alternativas de respuesta. Para cada pregunta, el fumador marcará una única respuesta, aquella que mejor se aproxima a su situación actual. En la co-

lumna de la derecha se indica la clave de corrección para cada ítem. El propio sujeto puede corregir su prueba y conocer su nivel de dependencia a la nicotina.

La puntuación oscila entre 0 y 10. A mayor puntuación, mayor dependencia de la nicotina. La versión presentada no dispone de puntos de cortes establecidos. Becoña y Vázquez (1998) han venido utilizando en diversas investigaciones la puntuación de 6 o superior para designar una elevada dependencia de la nicotina y cifras de 5 o inferiores para señalar una dependencia media o baja.

Corrección e interpretación

La puntuación total resulta de sumar las puntuaciones obtenidas en cada pregunta.

Prueba

Test de Fagerström de Dependencia de la Nicotina (versión castellana modificada de Becoña, E., 1994b)

TEST DE FAGERSTRÖM DE DEPENDENCIA DE LA NICOTINA	
1. ¿Cuánto tarda después de despertarse en fumar su primer cigarrillo? <input type="checkbox"/> Menos de cinco minutos. <input type="checkbox"/> De 6 a 30 minutos. <input type="checkbox"/> De 31 a 60 minutos. <input type="checkbox"/> Más de 60 minutos.	3 1 1 0
2. ¿Encuentra difícil abstenerse de fumar en sitios donde está prohibido, tales como iglesias, bibliotecas, cine, etc.? <input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No.	1 0
3. ¿A qué cigarrillo odiaría más renunciar? <input type="checkbox"/> Al primero de la mañana. <input type="checkbox"/> A cualquier otro.	1 0
4. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día? <input type="checkbox"/> 10 o menos. <input type="checkbox"/> 11-20. <input type="checkbox"/> 21-30. <input type="checkbox"/> 31 o más.	0 1 2 3
5. ¿Fuma más a menudo durante las primeras horas después de despertarse que durante el resto del día? <input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No.	1 0
6. ¿Fuma cuando está tan enfermo que pasa en la cama la mayor parte del día? <input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No.	1 0
Puntuación TOTAL	

Escala de Balance Decisional en Fumadores.

Smoking: Decisional Balance Scale (Velicer, W.; DiClemente, C.; Prochaska, J., y Brandenburg, N., 1985)

Ficha técnica

<p>Nombre: <i>Smoking: Decisional Balance Scale</i> (Escala de balance decisional en fumadores).</p> <p>Autor (dirección): Wayne Velicer. Cancer Prevention Research Center, 2 Chafee Road, University of Rhode Island, Kingston, RI, 02881-0808. USA. Correo electrónico: velicer@uri.edu</p> <p>Datos de publicación: Velicer, W., DiClemente C., Prochaska, J. y Brandenberf, N. (1985): «A decisional balance measure for assessing and predicting smoking status», <i>Journal of personality and social psychology</i>, 48, 1279-1289.</p> <p>Descripción/tipo de evaluación: Autoinforme. Motivos para fumar.</p> <p>Objetivos: Evaluar los pros y contras de fumar.</p> <p>Ámbitos de medida/áreas/problemas evaluados: (1) Variables a favor de fumar, (2) variables en contra de fumar.</p> <p>Población: Adultos (versión para adolescentes más reciente).</p> <p>Tiempo de administración: 10-15 minutos.</p> <p>Momento más adecuado para pasar la prueba: Antes del tratamiento, al final y en los seguimientos.</p> <p>Procedimientos de puntuación: Escala tipo Likert de 1 a 5 puntos.</p> <p>Profesionales que pueden pasar la prueba: Necesita algún entrenamiento.</p> <p>Datos psicométricos: La escala ha demostrado tener validez predictiva para el cambio de estadio motivacional y sensibilidad al cambio de conducta.</p>

Introducción

El constructo de balance decisional refleja el peso relativo que las personas dan a los factores a favor y en contra de llevar a cabo algún cambio. Este concepto fue desarrollado por Jannis y Mann (1977; cfr. Plumier y cols., 2001) a partir de su modelo teórico sobre la toma de decisiones. Estos autores describieron los componentes motivacional y cognitivo implicados en todo el proceso de toma de decisiones, mediante la evaluación esencialmente de los beneficios (pros) y los costes (contras), además de la aprobación o desaprobación social, para uno mismo y para los demás de las diferentes alternativas conductuales, como, por ejemplo, seguir o no fumando. Velicer y sus colaboradores (1985) elaboraron una prueba para medir empíricamente el modelo teórico de Jannis y Mann en tabaquismo. Sin embargo,

ellos sólo encontraron dos factores, vs. los cuatro citados previamente, que agruparon en pros y contras de fumar. En cualquier caso, las medidas de balance decisional han quedado integradas ampliamente en el modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (1983), y se utilizan no sólo en tabaquismo, sino en muchas otras conductas de salud como una variable dependiente de resultados intermedios. La escala, replicada en 12 problemas de salud diferentes, se ha observado que mantiene una buena relación con los *estadios de cambio* por los que atraviesa la persona y, en este sentido, se puede utilizar como una medida predictora del cambio (Prochaska, 1994).

En nuestro país, Tejero, Trujols y Roca (1993; cfr. Tejero y Trujols, 1994) adaptaron la Escala de balance decisional para adictos a heroína y defendían la utilidad clínica de la misma al margen de sus

propiedades psicométricas, al demostrar una adecuada eficacia discriminativa entre los adictos a opiáceos según se encontrasen en la fase de acción o de mantenimiento.

La *Escala de Balance Decisional en Fumadores* cuenta con una forma larga de 20 ítems (Velicer y cols., 1985) y una forma corta de 8 ítems (Velicer, Prochaska, Fava, Rossi, Redding, Laforge y Robbins, 2000). Recientemente, además se ha hecho una adaptación de la misma y se ha validado en población adolescente norteamericana (Plumier y cols., 2001).

La escala que presentamos es una traducción experimental al español que hemos realizado los autores de este capítulo. No tenemos información de que haya sido adaptada ni validada en nuestro país.

Normas de aplicación

La escala puede ser aplicada antes del tratamiento, al final del mismo y en los periodos de seguimiento. El terapeuta puede explicar brevemente el objetivo del instrumento, «determinar el peso relativo o la importancia que da el fumador a los pros y contras de fumar», y el tipo de respuesta que se requiere (grado de acuerdo con cada afirmación en una escala de 1 a 5). No obstante, el instrumento no requiere necesariamente las instrucciones del terapeuta, ya que éstas quedan incorporadas en la escala.

Corrección e interpretación

La *Escala de Balance Decisional* consta de 20 ítems repartidos en dos subescalas de 10 ítems cada una para los pros y contras. Para cada ítem hay cinco alternativas

de respuesta que indican en qué medida el fumador está de acuerdo con las diferentes cuestiones.

La escala de pros, formada por los 10 ítems impares, representa los beneficios o las consecuencias positivas del consumo de tabaco. Y la escala de contras, que incluye los 10 ítems pares, identifica las posibles consecuencias aversivas o negativas del consumo de tabaco. La puntuación máxima para cada subescala es de 40. La interpretación es cualitativa, no hay un punto de corte.

- Cuando el peso o puntuación total de los pros es superior a los contras, el fumador está en el estadio de precontemplación, es decir, inmotivado para dejar de fumar.
- Cuando la puntuación de pros y contras tiende a equipararse, el fumador está en la fase de contemplación, motivado para cambiar en los próximos seis meses.
- Cuando la puntuación de pros es claramente inferior a los contras, el fumador ha dejado de fumar recientemente, puede estar en la fase de acción (primeros seis meses sin fumar) o mantenimiento (hace más de seis meses que no fuma).

En el proceso evaluativo se espera que en la evaluación inicial dominen los pros o estén equiparados a los contras, dependiendo del estadio en que se encuentre el fumador, y al final del tratamiento y en los seguimientos dominen claramente los contras. Concretamente en la revisión de Prochaska (1994) se observaba que entre las fases de precontemplación a la de acción los pros disminuyen al menos media desviación estándar y los contras de fumar se incrementan al menos una desviación estándar completa, pasando a ser el doble de los pros.

Prueba

Escala de Balance Decisional en Fumadores (forma larga) (Velicer, W., *et al.*, 1985)

Instrucciones: En los ítems siguientes se describen diversas opiniones sobre el consumo de cigarrillos. Por favor, valore en qué medida usted está de acuerdo con cada afirmación a partir de la escala de 5 puntos que le presentamos.

	Totalmente de acuerdo 5				
	Bastante de acuerdo 4				
	Moderadamente de acuerdo 3				
	Poco de acuerdo 2				
	Nada de acuerdo 1				
1. Fumar cigarrillos es placentero.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Mi consumo de tabaco afecta a mi salud y a la de los otros.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Me gusta la imagen de un fumador de cigarrillos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Personas cercanas a mí sufrirían si me pusiera enfermo debido al tabaco.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Me siento relajado y por tanto más a gusto cuando fumo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Porque continúo fumando, algunas personas que conozco piensan que me falta carácter para dejarlo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Si intento dejar de fumar, probablemente estaré irritable y con dolores.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Fumar cigarrillos es peligroso para mi salud.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Mi familia y mis amigos me prefieren cuando estoy felizmente fumando que cuando estoy intentando desesperadamente dejarlo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Me siento avergonzado por tener que fumar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me gusto más a mí mismo cuando fumo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Mi consumo de cigarrillos molesta a la gente de mi alrededor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Fumar me ayuda a concentrarme y a trabajar mejor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. La gente piensa que estoy loco por ignorar las advertencias o consejos sobre los peligros del tabaco.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Fumar cigarrillos alivia mi tensión.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Las personas cercanas a mí desaprueban que fume.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Continuando con el consumo de cigarrillos siento que estoy actuando de acuerdo con lo que yo he decidido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Estoy loco por ignorar las advertencias o consejos sobre los peligros del tabaco.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Después de no fumar durante algún tiempo, coger un cigarrillo me hace sentir muy bien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Me sentiría con más energía ahora mismo si no fumara.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

FUENTE: www.uriacc.uri.edu/research/cprc. Traducido y reproducido con permiso de los autores.

3. Referencias

- Becoña, E. (1994a): «Tratamiento del tabaquismo», en J. L. Graña (ed.): *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 457-491). Madrid, Debate.
- (1994b): «Evaluación de la conducta de fumar», en J. L. Graña (ed.): *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 405-453). Madrid, Debate.
- (1998): «Tratamiento del tabaquismo», en V. E. Caballo (dir.): *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*, vol. 2 (pp.123-159). Madrid, Siglo XXI.
- y Gómez-Durán, B. (1991): «Descenso del consumo de cigarrillos en la línea de base y eficacia de un programa para dejar de fumar», *Revista Española de Drogodependencias*, 16, 277-283.
- , —, Álvarez-Soto, E. y García, M. (1992): «Scores of Spanish smokers on Fagerström's Tolerance Questionnaire», *Psychological Reports*, 71, 1227-1233.
- y Vázquez, F. L. (1998): *Tratamiento del tabaquismo*. Madrid, Dykinson.
- Conditte, M. y Lichtenstein, E. (1981): «Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 648-658.
- Demaria, C., Grimaldi, B. y Lagrue, G. (1989): «Valeur prédictive des tests psychologiques dans le sevrage tabagique», *Seminaire Hôpital Paris*, 40, 2455-2475.
- DiClemente, C., Prochaska, J., Fairhurst, S., Velicer, W., Rossi, J. y Velasquez, M. (1991): «The process of smoking cessation: an analysis of precontemplation, contemplation and contemplation/action», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 295-304.
- Fagerström, K. O. (1978): «Measuring the degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment», *Addictive Behaviors*, 3, 235-241.
- y Schneider, N. G. (1989): «Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerström Tolerance Questionnaire», *Journal of Behavioral Medicine*, 12, 159-182.
- Fiore, M. C., Jorenby D. E., Baker, T. B. y Kenford, S. L. (1992): «Tobacco dependence and the nicotine patch: clinical guidelines for effective use», *Journal of the American Medical Association*, 268, 2687-2694.
- García, E. y Vallejo, M. (1994): «Análisis Conductual I: esquema general de análisis e instrumentos de evaluación», en M. A. Vallejo y M. A. Ruiz (eds.): *Manual práctico de modificación de conducta* (pp. 20-119). Madrid, Fundación Universidad-Empresa.
- Gil Roales-Nieto, J. (1998): «Tabaquismo», en M. A. Vallejo Pareja (ed.): *Manual de terapia de conducta*, vol. II (pp. 3-74). Madrid, Dykinson.
- Gilliard, J. y Bruchon, M. (2001): «Development and validation of a Multidimensional Smoking Behavior Questionnaire», *Psychological Reports*, 89, 499-509.
- Heartherton, T., Kozlowski, L., Frecker, R. y Fagerström, K. (1991): «The Fagerström Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire», *British Journal of Addictions*, 86, 1119-1127.
- Kaplan, C., Nápoles, A., Stewart, L., Pérez, E. (2001): «Smoking acquisition adolescents and young latinas. The role of socioenvironmental and personal factors», *Addictive Behaviors*, 26, 531-550.
- Kleinman, L. y Messina, D. (2001): «¿Dejar de fumar?». México, Prentice Hall (original en inglés, 2000).
- Labrador, F. J. (1996): «El estrés». Nuevas técnicas para su control. Madrid, Planeta Agostini.
- López de la Llave, A. y Buceta, J. M. (2001): «Evaluación y tratamiento del tabaquismo», en J. M. Buceta, A. M. Bueno y B. Mas (eds.): *Intervención psicológica y salud: control del estrés y conductas de riesgo* (pp. 463-519). Madrid, Dykinson.
- Marlatt, G. A. y Gordon, J. R. (1985): *Relapse Prevention*. Nueva York, Guildford Press.
- McConaughy, E., Prochaska, J. O. y Velicer, W. (1983): «Stage of change in psychotherapy: measurement and sample profiles», *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 368-375.
- Miller, W. y Rollnick, S. (1999): *La entrevista motivacional: preparar para el cambio de conductas adictivas*. Barcelona, Paidós. (original 1991).

- OMS (1999): «Addressing the Worldwide Tobacco Epidemia through Effective, Evidence-Based Treatment». Rochester, Minnesota. www.who.int/director-general.
- ONU Economic and Social Council (2000): «Ad Hoc Inter-Agency Task Force on Tobacco Control». Report of the Secretary-General. Nueva York (E/2000/21).
- Plumier, B., Velicer, W., Redding, C., Prochaska, J., Rossi, J., Pallonen, U. y Meier, K. (2001): «Stage of change, decisional balance, and temptations for smoking measurement and validation in a large, school-based population of adolescents», *Addictive Behaviors*, 26, 551-571.
- Pomerleau, O. y Pomerleau, C. (1992): *Cómo dejar de fumar. Una ayuda inapreciable para suprimir definitivamente los cigarrillos de forma fácil y segura*. Barcelona, Ediciones B (original 1987).
- Pomerleau, C. S., Carton, S. M., Lutzke, M. L., Flessland, K. A. y Pomerleau, O. F. (1994): «Reliability of the Fagerström Tolerance Questionnaire and the Fagerström Test for Nicotine Dependence», *Addictive Behaviors*, 19, 33-39.
- Prochaska, J. O. (1994): «Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action on the basis of twelve problem behaviors», *Health Psychology*, 13, 47-51.
- y DiClemente, C. C. (1983): «Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- y Prochaska, J. M. (1993): «Modelo transteórico de cambio para conductas adictivas», en M. Casas y M. Gossop (coord.): *Recaída y prevención de recaídas* (pp. 85-136). Barcelona, Ediciones en Neurociencias.
- , Velicer, W. F., DiClemente, C. C. y Fava, J. L. (1988): «Measuring the processes of change: Applications to the cessation of smoking», *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 520-528.
- Sabogal, F., Otero-Sabogal, R., Marín, B. V., Marín, G. y Pérez-Stable, E. (1989): «Medición de la dependencia al cigarrillo: validación de una escala corta para latinos», *Avances en Psicología de Clínica Latinoamericana*, 7, 89-104.
- Tejero, A. y Trujols, J. (1994): «El modelo transteórico de Prochaska y DiClemente: un modelo dinámico del cambio en el ámbito de las conductas adictivas», en J. L. Graña (ed.): *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 1-43). Madrid, Debate.
- USDHHS (1994): «Preventing tobacco use among young people. A report of the Surgeon General». Atlanta, Georgia, U.S. Department of Health and Human Services.
- Velicer, W., DiClemente C., Prochaska, J. y Brandenberf, N. (1985): «A decisional balance measure for assessing and predicting smoking status», *Journal of personality and social psychology*, 48, 1279-1289.
- , DiClemente, C. C., Rossi, J. S. y Prochaska, J. O. (1990): «Relapse situations and self-efficacy: An integrative model», *Addictive Behaviors*, 15, 271-283.
- Velicer, W., Fava, J., Prochaska, J., Abrams, D., Emmons, K. y Pierce, J. (1995): «Distribution of smokers by stage in three representative samples», *Preventive Medicine*, 24, 401-411.
- , Prochaska, J. O., Fava, J., Rossi, J., Redding, C., Laforge, R. y Robbins, M. (2000): «Using the Transtheoretical Model for population-based approaches to health promotion and disease prevention», *Homeostasis in Helath and Disease*, 40, 174-195.
- Ward, T. (2001): «Using psychological insights to help people quit smoking», *Journal of Advanced Nursing*, 34, 1-6.
- Wetter, D. W. (1998): «The Agency for Health Care Policy and Research Smoking Cessation Clinical Practice Guideline: findings and implication for psychologist», *American Psychologist*, 53, 657-669.

11. Evaluación del insomnio

Rosa M.^a Raich y Francesca Villafaña

1. Introducción

En 1990, en el marco de la American Sleep Disorders Association (ASDA), se elaboró la Clasificación Internacional de los Trastornos del Sueño. Dicha clasificación distingue cuatro categorías de trastornos: *disomnias* (trastornos que hacen referencia a la calidad, la cantidad y el horario del sueño), *parasomnias* (comportamientos anómalos asociados al sueño, a sus fases específicas o a la transición sueño-vigilia), *trastornos asociados a enfermedades médico-psiquiátricas* y, finalmente, otros *trastornos del sueño no especificados*.

De forma similar, el DSM-IV-TR (APA, 2000) describe las alteraciones del sueño como *trastornos del sueño primario* (donde se incluyen las disomnias y las parasomnias), *trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental* (insomnio o hipersomnias) y *otros trastornos del sueño provocados por enfermedad médica o consumo de sustancias*.

El término disomnias comprende un grupo muy heterogéneo de trastornos (insomnio, hipersomnias, narcolepsia, trastorno del sueño relacionado con la respiración...). En general, las disomnias son aquellas alteraciones que pueden producir trastornos al inicio o mantenimiento del sueño o trastornos por excesiva somnolencia. En este capítulo nos centraremos en la evaluación de los trastornos de inicio o mantenimiento del sueño: el insomnio.

El insomnio hace referencia a aquellos trastornos del sueño que se caracterizan por la percepción subjetiva del paciente de dormir poco y mal

durante la noche. Como consecuencia, las personas que sufren insomnio pueden sentirse cansadas y somnolientas durante el día, hasta el punto de ver afectada su actividad cotidiana. Cabe destacar, sin embargo, que estos pacientes *aprecian mejor la vigilia que el sueño, por lo que tienden a sobreestimar el tiempo que permanecen despiertos al inicio, a la mitad y al final de la noche* (Raich y De la Calzada, 1992).

Según el DSM-IV-TR (APA, 2000), el insomnio primario consiste en la dificultad para iniciar o mantener el sueño, no tener un sueño reparador, durante al menos un mes, lo cual provoca que el individuo presente un malestar clínicamente significativo en alguna de las áreas importantes de su vida. Esta alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de otro trastorno del sueño, de un trastorno mental, ni se debe a los efectos derivados del consumo de sustancias o de una enfermedad médica. Por tanto, para diagnosticar un trastorno de insomnio deben considerarse los siguientes aspectos:

1. El momento del día en el que ocurre la dificultad del sueño. Esto definirá dos tipos de insomnio:
 - a) Trastorno en el inicio o de la latencia del inicio (tiempo que tarda en dormirse una persona cuando se dispone a ello). Suele considerarse problemático cuando es superior o igual a media hora.
 - b) Trastorno de mantenimiento del sueño. El sueño puede conciliarse fácilmente, pero se producen despertares durante la noche o el paciente se despierta muy pronto por la mañana. En el primer caso, la duración total de los episodios de desvelos durante la noche es igual o superior a 30 minutos y, en el segundo caso, puede no volver a conciliarse el sueño.
2. La calidad del sueño, es decir, cómo duerme la persona; si se despierta descansada, el sueño ha resultado «reparador» o no. Cabe señalar, que hay personas que duermen muy poco pero que no experimentan malestar al levantarse por la mañana. En estos casos, no se trata de pacientes con insomnio.
3. El deterioro en el funcionamiento global del individuo (social, laboral...). El insomnio puede tener un impacto negativo en la esfera física, emocional, cognitiva, ocupacional y social del individuo (Morin, 1993). En este sentido, es importante señalar que los pacientes con insomnio refieren sentir una fatiga elevada, trastornos del estado de ánimo y una menor calidad de vida que antes de padecer insomnio, a pesar de que su funcionamiento cognitivo o motor no se vea afectado (Riedel y Lichstein, 2000).
4. Establecer el diagnóstico diferencial que permita distinguir entre el insomnio psicógeno (debido a causas psicológicas o comportamen-

tales) y el provocado por otro trastorno del sueño, otro trastorno mental, una enfermedad médica o el derivado del consumo de sustancias.

Es importante diferenciar el insomnio de otros trastornos del sueño como la hipersomnia (el paciente se queja de insomnio durante la noche y somnolencia excesiva a lo largo del día), que presenta como causa primaria de los múltiples despertares durante la noche las apneas de sueño. En este caso, para establecer el diagnóstico de hipersomnia es siempre necesario el uso de técnicas polisomniográficas. Asimismo debe estudiarse si el insomnio se debe a cambios en el ritmo circadiano y/o a la presencia de alguna parasomnia.

Con frecuencia, las personas que sufren una enfermedad mental presentan trastornos del sueño, como el insomnio. Sin embargo, en estos casos la intensidad del insomnio está más relacionada con la enfermedad en sí misma que con el insomnio como entidad diferenciada.

Entre las enfermedades médicas que pueden provocar insomnio se encuentran aquellas lesiones del sistema nervioso central que afectan al sistema ritmo-vigilia (enfermedad de Parkinson, demencias tipo Alzheimer...), enfermedades metabólicas (enfermedad de Cushing, de Addison...) y todas aquellas que provocan múltiples despertares durante la noche por disnea o dolor. Por otra parte, deberán descartarse factores orgánicos en los que los pacientes afectados se quejan de insomnio o de somnolencia diurna excesiva. Entre éstos destacan el síndrome de piernas inquietas, caracterizado porque los pacientes antes y durante el sueño sienten unas sensaciones desagradables y dolorosas en las piernas que sólo desaparecen al moverlas, y movimientos periódicos de las piernas, sacudidas musculares periódicas, que pueden afectar también al tronco y a las extremidades superiores, y que impiden una buena calidad de sueño. Cabe señalar que ciertos fármacos, como los antidepresivos y los barbitúricos, entre otros, facilitan su aparición (Raich y De la Calzada, 1992).

Finalmente, se ha de descartar que el insomnio se deba al consumo de sustancias estimulantes, anfetaminas o cocaína, u otras drogas como el alcohol.

El insomnio es uno de los trastornos más frecuentes. Su prevalencia se cifra entre el 1 y el 30% en función del tipo de insomnio al que se refieren y los estudios consultados. Por tanto, es importante llegar a establecer una evaluación precisa. Para ello se utilizarán diferentes métodos o instrumentos de evaluación, como son métodos subjetivos (historia clínica, entrevista sobre el sueño, agendas y diarios, cuestionarios...) y métodos objetivos (Registro poligráfico continuo).

A continuación se exponen algunos de los instrumentos más utilizados en la evaluación del insomnio en población adulta.

2. Pruebas de evaluación

Historia clínica

En la evaluación de los trastornos del sueño, la historia clínica tiene como finalidad recoger aquella información que nos permita, por una parte, determinar la etiología del problema y, por otra, efectuar el diagnóstico diferencial con otras alteraciones del sueño debidas a enfermedades médicas o psiquiátricas (Raich y De la Calzada, 1992). Por tanto, la información obtenida facilitará establecer el diagnóstico de patología propia del sueño. En el cuadro 11.1 se muestran los aspectos esenciales que debe incluir la historia clínica.

Cuadro 11.1 Aspectos de la historia clínica del paciente

- I. Edad y sexo.
 - II. Antecedentes personales fisiológicos, laborales y hábitos tóxicos.
 - III. Antecedentes patológicos.
 - IV. Antecedentes familiares.
 - V. Enfermedad actual.
 - VI. Síntomas subjetivos.
 - VII. Síntomas objetivos.
 - VIII. Exploración clínica general del paciente.
 - IX. Tratamientos a que está sometido el paciente en el momento de la consulta.
 - X. Exploraciones y análisis complementarios imprescindibles.
-

Entrevista sobre el insomnio

(Raich, R. M., y Vila, J. R., 1987)

Ficha técnica

Nombre: Entrevista sobre el insomnio.

Autor (dirección): R. M. Raich. Universidad Autónoma de Barcelona. Departamento de Psicología de la Salud y Psicología Social. Edificio B. 08193 Bellaterra. Barcelona. Correo electrónico: rosa.raich@uab.es.

Datos de publicación: Raich, R. M. y Vila, J. R. (1987): «Evaluación del conocimiento y práctica de hábitos higiénicos de sueño. II Congreso de Evaluación Psicológica», *Actas del II Congreso de Evaluación Psicológica*, 264. Madrid.

Descripción/tipo de evaluación: Método subjetivo, evaluación cualitativa.

Objetivos: Recoger la demanda, orientar el diagnóstico diferencial y elaborar la historia del sueño del paciente.

Ámbitos de medida/áreas/problemas evaluados: Características y naturaleza del insomnio, problemas médicos, análisis funcional, factores cognitivos, factores iatrogénicos y hábitos o comportamientos diurnos.

Población: Adultos con alteraciones del sueño.

Tiempo de administración: 30 minutos, aproximadamente.

Procedimientos de puntuación: Análisis descriptivo.

Momento más adecuado para pasar la prueba: Fase de diagnóstico.

Profesionales que pueden pasar la prueba: Psicólogos y personal sanitario especialista en trastornos del sueño.

Datos psicométricos: No disponibles.

Introducción

La entrevista tiene como objetivo fundamental recoger la demanda y facilitar la

elaboración del análisis funcional del problema que presenta el paciente (véase cuadro 11.2).

Cuadro 11.2 Aspectos de la entrevista del paciente

- I. Datos biográficos básicos.
- II. Historia del sueño desde la infancia.
- III. Historia conductual con análisis de precipitantes, predisponentes y mantenedores.
- IV. Análisis topográfico: frecuencia, intensidad y duración del problema.
- V. Análisis funcional: antecedentes del trastorno en el momento del inicio y actualmente, y consecuencias actuales del trastorno.
- VI. Objetivos del sueño (número de horas que el paciente cree que debe dormir).
- VII. Hábitos diurnos (ingesta de sustancias, alimentación, actividad física, siestas, estilo de vida, regularidad de horarios, turnos de trabajo...).
- VIII. Entorno del sueño.
- IX. Situaciones estresantes.
- X. Estado de ánimo.
- XI. Activación diurna.
- XII. Problemas de enfermedad y tratamientos médicos.

Sin duda, la entrevista es la opción más utilizada a nivel clínico para evaluar el insomnio, ya que resulta de mucha utilidad no sólo para analizar los aspectos de la historia del sueño, sino también para orientar el tratamiento.

Así, Lacks (1987) presenta un modelo de entrevista estructurada para evaluar los trastornos del sueño la *Structured Sleep History Interview*, traducida al castellano como «Entrevista estructurada sobre historial del sueño» (Lacks, 1993). En ésta se recoge información sobre las características del insomnio, como síntomas, gravedad del problema o duración; las variables psicológicas que pueden afectar al sueño; los hábitos de higiene; cuestiones sobre psicopatología, problemas médicos y patología orgánica, e intentos de tratamientos previos realizados para solucionar el problema.

Asimismo, la entrevista semiestructurada diseñada por Morin (1993), *Insomnia Interview Schedule*, permite indagar la presencia de otros trastornos del sueño, obtener información sobre la historia del sueño del sujeto y valorar en qué medida contribuyen los factores psicológicos, de comportamiento, ambientales y médicos en su problema. Por otra parte, esta entrevista proporciona una guía para elaborar el análisis funcional del problema de insomnio.

La entrevista sobre el insomnio que presentamos aquí es una entrevista semiestructurada que tiene como finalidad definir el tipo de insomnio que padece el sujeto y analizar los factores que pueden estar relacionados con él.

Aunque inicialmente fue diseñada para ser utilizada en el ámbito de la investigación (Raich y Vila, 1987), recientemente ha sido modificada para facilitar su aplicación en el contexto clínico. En este capítulo incluimos la versión modificada.

En esta entrevista se contemplan los aspectos esenciales para una correcta evaluación del insomnio. Así, además de

recoger información sobre las características y naturaleza del insomnio, los posibles problemas médicos que pueden facilitar la aparición del problema y cuestiones sobre el análisis funcional del mismo, se analizan aquellos factores que la investigación sobre el tema ha relacionado con el insomnio:

1. *Factores cognitivos*. Numerosos estudios han confirmado la relación existente entre las cogniciones intrusivas y las dificultades para iniciar el sueño. A menudo, los pacientes insomnes expresan que las preocupaciones, los problemas familiares o laborales... les impiden conciliar el sueño. Con frecuencia, el hecho de anticipar esta dificultad para dormir, les produce una mayor activación, que les hace entrar en lo que Ribordy y Deney (1977) han denominado el «círculo de exacerbación»: cuanto más se esfuerza la persona en dormirse menos lo consigue. Por otra parte, Morin (1993) describe una serie de falsas creencias y actitudes respecto al sueño que pueden interferir en él. Algunas de estas cogniciones se expresan mediante verbalizaciones del tipo: «Necesito ocho horas de sueño para sentirme capaz de afrontar un nuevo día en forma»; «Como me hago mayor, necesito dormir más»; «Estoy preocupado por las serias consecuencias que puede tener en mi salud física el insomnio crónico», etc. Muchas de estas creencias llevan a mantener unos comportamientos contrarios a los considerados beneficiosos o higiénicos para conseguir un sueño adecuado. En concreto, en relación a las horas que se necesitan para un sueño reparador, si bien es cierto que la mayoría de personas duermen entre siete horas y media u ocho y media cada día, estas horas no son imprescindibles para todo el mundo. De hecho, la preocupación exagerada por obtener y

mantener todas estas horas de sueño puede fácilmente provocar el efecto contrario. En un estudio reciente, Wicklow y Espie (2000) han hallado una relación positiva entre los pensamientos intrusivos y las medidas de sueño.

2. *Factores iatrogénicos.* Muchos pacientes de insomnio reportan una larga historia de consumo de hipnóticos o de medicaciones diversas para instaurar el sueño. Este consumo puede llevar a una farmacodependencia, el sueño solamente se atribuye a su ingesta y ésta debe aumentarse para producir los mismos efectos. Además, las personas mayores son las que suelen quejarse de insomnio y también son las que suelen tomar muchas otras medicaciones. Esto puede provocar, por una parte, que se potencien los efectos de las diferentes medicaciones y, por otra, en según qué sustancias, que se produzcan problemas de apnea (Raich y De la Calzada, 1992).
3. *Comportamientos diurnos.* Deben analizarse los comportamientos o hábitos diurnos en cuanto a:
 - *Hábitos alimentarios.* Diversos estudios han constatado que una disminución en el número de calorías ingeridas puede afectar a la calidad y cantidad del sueño.
 - *Actividad física.* En general es beneficiosa para el sueño y aún puede contribuir a aumentar la profundidad del sueño en la noche siguiente a su ejecución (especialmente el ejercicio intenso que puede disminuir la latencia inicial del sueño e incrementar el tiempo total dormido), pero es importante saber que deben transcurrir por lo menos dos horas antes de intentar iniciar el sueño, puesto que el ejercicio físico es activador y provocaría el efecto contrario.
 - La regularidad en los horarios de sueño que se acoplen al ciclo sueño-vigilia facilitará el inicio del sueño. Algunos individuos se sienten inclinados a dormir a unas horas que contrastan con las de la sociedad; muchos de ellos pueden llegar a presentar problemas importantes del ritmo sueño-vigilia. En estos casos podrá llegar a ser aconsejable un tratamiento cronológico del sueño.
 - La siesta que en principio suele ser una costumbre saludable puede llegar a ser perjudicial si es más larga de 10 o 15 minutos y si se lleva a cabo tras 12 horas del sueño nocturno, puesto que tenderá a perjudicar el sueño de la noche posterior, aumentando la latencia inicial del sueño y reduciendo su profundidad.
 - *Hábitos tóxicos.* No sólo el uso y abuso de hipnóticos o de sustancias estimulantes como las descritas anteriormente, sino el consumo de sustancias frecuentemente consumidas en la población general, como la cafeína, que puede hallarse en grandes proporciones además de en el café y en el té, en bebidas estimulantes o en fármacos, puede alterar los patrones de sueño. Asimismo, el consumo habitual de alcohol puede interferir en el sueño. Hay estudios en los que se ha observado que una sola copa no sólo no aumenta la cantidad total de sueño, sino que lo hace más irregular. El uso continuado de alcohol, en las últimas horas de la tarde, con la finalidad de obtener efectos sedantes, provoca una tolerancia con disminución de los efectos hipnóticos que pudiera tener al inicio.
 - *Factores ambientales.* Hay varios factores que pueden interferir el sueño o propiciarlo. Entre ellos cabe destacar: la luz, el ruido, el tipo de cama o colchón, la temperatura de la habitación, el compañero o la compañera de cama... Respecto del *ruido* se han revisado sus efectos y se ha

comprobado que vivir en un ambiente muy ruidoso interfiere de manera consistente en el sueño. Del mismo modo, se ha observado que existen diferencias individuales al respecto. En el estudio de Hauri (1982) se demostró que muchos jóvenes se despertaban con un ruido muy ligero, mientras otros necesitaban para ello los decibelios semejantes a los que se producen en una discoteca. Cuanto más profundamente dormida está una persona, mayor intensidad de ruido requiere para despertarse. Por

otra parte, la sensibilidad al ruido aumenta con la edad y las mujeres parecen ser más sensibles a él que los hombres. Otro aspecto a considerar es la *presencia de la pareja* que puede roncar, estar despierta o moverse muy a menudo y producir insomnio a su acompañante, sobre todo cuando se duerme en la misma cama. Finalmente, la *temperatura* de la habitación no debe ser superior a 24 grados centígrados ni muy baja. Las temperaturas óptimas oscilan entre 18 y 21 grados.

Prueba

Entrevista sobre el insomnio (Raich, R. M., y Vila, J. R., 1987, modificada)

NOMBRE Y APELLIDOS:	SEXO:
ESTADO CIVIL:	EDAD:
OCUPACIÓN ACTUAL:	FECHA:
DIRECCIÓN:	TELÉFONO:

1. Tipo de insomnio:
 - ¿En qué momento presenta dificultades para dormir?
 - Al inicio de dormir, ¿cuánto tarda en dormirse?
 - A medianoche, ¿cuántas veces se despierta cada noche?, ¿cuánto tiempo permanece despierto?
 - De madrugada, ¿a qué hora puede volver a conciliar el sueño?
2. ¿Cuánto tiempo hace que lo sufre?
3. Actualmente, ¿cuántas veces a la semana sufre de insomnio?
4. En una escala de 0-100 (siendo 0 = ninguno y 100 = absoluto), ¿dónde situaría el trastorno que le ocasiona el insomnio?
5. ¿Hay antecedentes de insomnio en su familia?
6. ¿Se había alterado su sueño con anterioridad?
7. ¿Cómo empezó el episodio actual? ¿Existe alguna causa que lo desencadenara?
8. Actualmente ¿va ligado a alguna situación en especial?
9. ¿Qué ha hecho para solucionarlo?
 - ¿Ha tomado medicación?
 - ¿De qué tipo?
 - ¿Durante cuánto tiempo?
 - ¿Ha probado otros tratamientos?
 - ¿Qué tipo de tratamiento?
 - ¿Durante cuánto tiempo?
10. ¿Padeció alguna vez insomnio durante la infancia?
 - ¿A qué edad?
 - ¿Cuánto tiempo duró?

11. ¿Qué tratamiento sigue?, ¿contiene cafeína?
12. Al irse a dormir, ¿siente dificultades respiratorias?
Y durante el sueño, ¿siente dificultades respiratorias?
¿Padece asma?
¿Ronca?
13. ¿Padece cualquier tipo de hormigueo, calambres, temblores (manos, pies) o malestar que le obligue a levantarse?
14. ¿Tiene pesadillas, sonambulismo u otros trastornos durante el sueño?
¿Grita o habla durante la noche?
15. ¿Padece de dolores de cabeza de forma persistente durante el día?
16. ¿Tiene algún problema de tipo digestivo durante el sueño?
17. ¿Siente latidos o ritmo cardíaco irregular antes de dormir?
18. ¿Tiene algún problema de tipo cardiovascular?
¿Tiene algún otro tipo de problema a la hora de dormir?
19. ¿Nota los músculos agarrotados o tensos?
¿En qué parte del cuerpo?
20. ¿Se siente nervioso o inquieto a la hora de ir a dormir?
— ¿Se siente alerta, activo?
— ¿Se encuentra tan agitado e inquieto que no puede quedarse quieto en la cama?
21. ¿Le preocupa pensar que no podrá dormir?
22. ¿Se siente preocupado o angustiado inmediatamente antes de dormirse?
¿Qué tipos de pensamiento tiene?
23. Mientras espera dormirse, ¿recuerda o recapacita sobre lo que le ha sucedido durante el día?
24. ¿Tiene pensamientos ansiosos o depresivos?
25. Estos pensamientos ¿pasan de forma rápida por su cabeza?
26. Mientras está en la cama ¿se ve incapaz de librarse de sus pensamientos?
27. ¿Tiene algún tipo de miedo específico que no le deja dormir?
28. ¿Está muy deprimido o desanimado desde hace algún tiempo?
— ¿Cuánto?
— ¿Por qué?
29. ¿Ha llorado o ha estado a punto de hacerlo el mes pasado?
¿Con qué frecuencia?

Evaluar posibilidad de depresión

30. ¿Cómo se siente por la noche cuando no puede dormir?
31. ¿Cómo se siente la mañana siguiente de no haber dormido?
32. ¿Cómo cree que el insomnio afecta a su vida cotidiana?
33. ¿Cómo cree que el insomnio afecta a la gente que le rodea?
34. ¿Qué cambios ha comportado esta dificultad en su vida y en su entorno?
35. ¿Cuántas horas cree que debe dormir para sentirse descansado?
36. ¿Qué características tiene la habitación donde duerme?
— ¿Es espaciosa o pequeña?
— ¿Cuál es su orientación?
— ¿Es exterior o interior?
— ¿Es fría o calurosa?
37. ¿Comparte habitación?
38. ¿Comparte cama?
— Su pareja (si lo tiene) ¿presenta problemas de sueño?
— ¿Ronca?
— ¿Se mueve mucho? ¿Su movimiento le despierta a usted?

39. ¿Se trata de una habitación luminosa?
 - ¿Aislada de ruidos?
 - ¿Le distraen los sonidos ambientales, mientras está en la cama?
40. ¿Se siente cómodo en la cama en la que duerme?
41. ¿Consume alcohol?
 - ¿Qué bebida/s?
 - ¿Cuánto al día?
 - ¿En qué momentos del día?
42. ¿Fuma?
 - ¿Cuántos cigarrillos al día?
 - ¿En qué momentos del día?
43. ¿Toma café o té?
 - ¿Cuántos al día?
 - ¿En qué momentos del día?
44. ¿Consume otras bebidas con cafeína (coca-cola...)?
 - ¿Cuántos al día?
 - ¿En qué momentos del día?
45. ¿Está siguiendo en la actualidad algún tipo de dieta?
46. ¿Qué tipo de cena suele realizar habitualmente? Describa lo que cenó ayer.
47. ¿Practica ejercicio habitualmente?
 - ¿Qué tipo de ejercicio?
 - ¿Cuántas veces a la semana?
 - ¿En qué momentos del día?
48. ¿Duerme en otros momentos del día distintos a la noche?
 - ¿Cuándo?
 - ¿Durante cuánto tiempo aproximadamente?
49. ¿Trabaja por turnos rotatorios?
50. Su vida cotidiana le permite llevar unos horarios regulares...
 - ¿De comidas?
 - ¿Hora de acostarse y o levantarse?
51. Actualmente ¿está pasando por una temporada estresante?
52. ¿Tiene mucho trabajo y la sensación de tener que hacerlo deprisa?
 - ¿Pasa por alguna situación especialmente preocupante?

Preguntar por situaciones de estrés

(acontecimientos vitales estresantes o situaciones diarias estresantes)

Autorregistros

Diarios del sueño

Se trata de autorregistros de lápiz y papel en los que los pacientes anotan cada mañana, inmediatamente después de despertarse, diferentes cuestiones relacionadas con el sueño y la vigilia: hora de acostarse y levantarse, latencia inicial del sueño, despertares nocturnos, tiempo total del sueño, pesadillas, calidad del sueño...

Agendas

Las agendas permiten observar la distribución regular o irregular de las horas de sueño. Puede conocerse fácilmente si existe somnolencia diurna y cuándo se presenta. Esto es extraordinariamente útil para detectar los momentos de sueño incoercible de determinadas hipersomnias diurnas, lo cual facilita la orientación del tratamiento. En el insomnio permite ver si hay coincidencias horarias en los episodios de despertar nocturno. Asimismo, se puede apreciar qué consecuencias diurnas tienen dichos episodios: si la persona se levanta más tarde, si hace siesta para remediar su cansancio, etc. De todo lo cual se puede deducir la importancia que tiene la información así recogida para el diseño del tratamiento.

Su implementación es muy sencilla. Consiste en rellenar las casillas que representan los tiempos en que se duerme. A continuación se puede observar una agenda/modelo (figura 11.2); una agenda cumplimentada por un buen dormidor (figura 11.3), en la que el sueño se distribuye regularmente durante el horario nocturno. Posteriormente puede observarse la agenda de un mal dormidor, en la que el sueño se reparte de manera irregular a lo largo del horario nocturno y diurno (figura 11.4).

Cuestionarios

Los cuestionarios o autoinformes proporcionan información estructurada sobre los trastornos del sueño en general (cuestionarios generales) o pueden centrarse en algún aspecto relevante del sueño (cuestionarios específicos).

Estos instrumentos de medida consisten en una serie de afirmaciones o preguntas sobre el sueño y la vigilia, dirigidas a delimitar la duración, la intensidad y las consecuencias que pueden comportar los trastornos del sueño.

Figura 11.2 Agenda del sueño

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Lunes																								
Martes																								
Miércoles																								
Jueves																								
Viernes																								
Sábado																								
Domingo																								

Figura 11.3 Ejemplo de una agenda del sueño de persona con sueño regular

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Lunes	■	■	■	■	■	■	■	■																■
Martes	■	■	■	■	■	■	■	■																■
Miércoles	■	■	■	■	■	■	■	■																■
Jueves	■	■	■	■	■	■	■	■																■
Viernes	■	■	■	■	■	■	■	■																■
Sábado		■	■	■	■	■	■	■	■	■														
Domingo	■	■	■	■	■	■	■	■																

Figura 11.4 Ejemplo de una agenda del sueño de persona con sueño irregular

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
Lunes			■	■		■	■	■	■														■	■
Martes	■	■			■	■	■	■								■	■							■
Miércoles		■	■														■	■	■					
Jueves			■	■	■			■									■	■						
Viernes				■	■	■	■	■	■	■	■													■
Sábado				■	■		■	■	■	■	■	■	■	■				■						
Domingo			■	■	■			■	■	■	■	■												

En este capítulo citaremos algunos de los cuestionarios más utilizados en la investigación sobre el insomnio.

- *Sleep History Questionnaire* de Lacks (1987). Está compuesto de 48 ítems, comprende las mismas áreas de evaluación que la *Structured Sleep History Interview*, comentada anteriormente.
- *Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Scale* (Morin, 1993). Contiene 30 ítems que sirven para examinar falsas creencias sobre el sueño y el insomnio. Estas creencias erróneas hacen referencia a cinco factores: (1) actividades que promueven el sueño, (2) miedo sobre la incapacidad para controlar y prever el sueño, (3) expectativas no

realistas, (4) creencias erróneas sobre las causas del insomnio y (5) atribuciones exageradas sobre las consecuencias del insomnio. En un estudio reciente de Espie, Inglis, Harvey y Tessier (2000) se analizan los datos psicométricos acerca de esta escala.

- *Stanford Sleepiness Scale (SSS)* (Escala de Somnolencia de Stanford) de Hoddes, Dement y Zarcone (1972). Adaptada a la población española por Buela-Casal (1990) y Buela-Casal y Sierra (1994), evalúa la somnolencia diurna mediante descripciones sobre diferentes niveles de activación-somnolencia. El paciente debe identificar la descripción que mejor defina su estado. Puntuaciones altas indican somnolencia y muy altas, somnolencia patológica.
- *Epworth Sleepiness Scale (ESS)* (John, 1991). Consta de 8 ítems que evalúan la somnolencia diurna en situaciones cotidianas. Los pacientes deben basar sus respuestas en las dos últimas semanas, indicando la probabilidad de quedarse dormido en ocho situaciones cotidianas. Las alternativas de respuesta puntúan de 0 a 3 y puntuaciones elevadas indican altos niveles de somnolencia. Su utilización se recomienda especialmente en los trastornos de hipersomnia como la narcolepsia y apnea.
- *Insomnia Impact Scale* (Hoelscher, Ware y Bond, 1993). Se trata de un cuestionario de 40 ítems que mide el impacto que supone el insomnio en la calidad de vida del paciente. Las opciones de respuestas van desde 1 (extremadamente en desacuerdo) hasta 5 (extremadamente de acuerdo). Puntuaciones elevadas indican mayor impacto de insomnio.
- *Sleep Impairment Index* (Morin, 1993). Es una medida de 7 ítems que da lugar a un indicativo cuantitativo de perjuicios del sueño. El paciente ordena, en una escala de cinco puntos: severidad, grado de interferencia con sus funciones diarias, conocimiento de los perjuicios atribuidos a los problemas del sueño, nivel de distracción causado y satisfacción con las pautas actuales de sueño. Esta ordenación subjetiva informa sobre la percepción que el paciente posee de su problema de sueño.
- *Pittsburg Sleep Quality Index* (Buysse, Reynolds, Monk, Berman y Kupfer, 1989). No es un cuestionario específico de insomnio, pero proporciona información sobre la calidad del sueño del paciente. Consiste en 19 ítems a contestar por el propio sujeto y 5 ítems a contestar por la pareja o compañero de habitación, aunque estos últimos no se contabilizan en la puntuación total de la escala. Los ítems se agrupan en cinco factores: calidad subjetiva del sueño, latencia, duración, eficiencia habitual para dormir, interrupciones del sueño, utilización de medicamentos y disfunción de las actividades cotidianas.
- *Escala de autoeficacia* de Lacks (1987). Valora mediante 9 ítems la capacidad del paciente para llevar a cabo conductas relacionadas con el sueño.

Escala de Conocimiento y Práctica de Higiene del Sueño.

Sleep Hygiene Awareness and Practice Scale, SHAS (Lacks, P., y Rotert, M., 1986)

Ficha técnica

Nombre: *Sleep Hygiene Awareness and Practice Scale* (Escala de Conocimiento y Práctica de Higiene del Sueño).

Siglas: SHAS/CPHS.

Autor (dirección): P. Lacks y M. Rotert.

Datos de publicación: Lacks y Rotert (1986): «Knowledge and practice of sleep hygiene techniques in insomniacs and good sleepers», *Behavioral Research and Therapy*, 24, 365-368. Traducida al castellano en Lacks (1993).

Traducción y versión experimental: Raich y Vila (1987). Universidad Autónoma de Barcelona. Departamento de Psicología de la Salud y Psicología Social. Edificio B. 08193 Bellaterra. Barcelona.

Descripción/tipo de evaluación: Método subjetivo, autoinforme.

Objetivos: Evalúa el nivel de conocimiento sobre actividades que pueden afectar al sueño y la cantidad de cafeína que contienen determinados productos de consumo habitual, así como la puesta en práctica de actividades beneficiosas para el sueño.

Ámbitos de medida/áreas/problemas evaluados: En la versión original de Lacks (1986) se pregunta por el contenido en cafeína de determinados alimentos, bebidas populares y medicamentos. Existe un primer apartado que valora este conocimiento. En la versión que se presenta aquí no aparece este primer apartado, pues cambia con el tiempo. En cambio, sí se mantiene el análisis sobre conocimiento y práctica de hábitos relacionados con el sueño.

Población: Personas con alteraciones del sueño en general.

Tiempo de administración: 10 minutos, aproximadamente.

Momento más adecuado para pasar la prueba: Fase de evaluación y tratamiento.

Procedimientos de puntuación: Explicados a continuación.

Profesionales que pueden pasar la prueba: Psicólogos y personal sanitario especialista en trastornos del sueño.

Datos psicométricos: En cuanto a las prácticas higiénicas de sueño, las personas que no presentan problemas de sueño tienen un mayor desconocimiento de las mismas respecto a las personas con dificultades, sin embargo, se han observado correlaciones positivas entre el buen dormir y una buena práctica de higiene del sueño (Lacks, 1986, y Raich y Vila, 1987).

Descripción

El conocimiento de una buena higiene del sueño y la confirmación de su práctica pueden ser aspectos destacables en un insomnio de origen psicógeno u insomnio psicofisiológico. De hecho, los estudios que se han llevado a cabo con este instrumento así lo confirman.

La Escala de conocimiento y práctica de higiene del sueño valora el nivel de co-

nocimiento que tiene el paciente tanto de los hábitos o actividades que pueden afectar al sueño, como de las sustancias (cafeína) que contienen determinados alimentos, bebidas y fármacos, que se ha comprobado inciden en la calidad del sueño. Además, también evalúa la puesta en práctica de las actividades que se consideran beneficiosas para el sueño.

Normas de aplicación

Esta escala puede administrarse de forma oral o por escrito. Para asegurar la fiabilidad de las respuestas, se recomienda leer cuidadosamente las instrucciones y observar al paciente mientras contesta el cuestionario.

Corrección e interpretación

Para la sección de Conocimiento de higiene, los ítems del 1 al 6, 9 y 13 son perjudiciales para el sueño. Contestar con los

valores 1, 2, 3 y 4 en estos ítems se considera incorrecto (puntuación = 3). En cambio, los ítems número 7, 8, 10 y 11 indican prácticas adecuadas para el sueño. Por tanto, contestar 1, 2 y 3 se considera correcto (puntuación = 1). Los ítems no contestados reciben 2 puntos. Las puntuaciones pueden ir de 13 a 39. Puntuaciones elevadas indican menor conocimiento.

Para la sección de Práctica de higiene, la puntuación total es la suma de las respuestas a todos los ítems (17 y 19 puntúan de forma inversa). Las puntuaciones pueden ir de 0 a 133. Puntuaciones elevadas indican práctica adecuada menos frecuente.

Prueba

Escala de Conocimiento y Práctica de Higiene del Sueño, SHAS (versión castellana: Raich, R. M., y Vila, J. R., 1987)

Ésta es una revisión sobre el efecto de determinadas conductas en el sueño. Queremos conocer su opinión acerca de cuáles de éstas pueden influir sobre la calidad o cantidad de sueño. Por favor, use la escala siguiente para contestar cada uno de los ítems, escribiendo el número apropiado en el espacio previsto. Fíjese en que los números 1, 2 y 3 hacen referencia al efecto beneficioso, el 4 no tiene efecto sobre el sueño y los números 5, 6 y 7 indican grados de perturbación del sueño.

Beneficioso para el sueño			No tiene efecto sobre el sueño	Perturbador del sueño		
1	2	3	4	5	6	7
mucho	moderado	poco		poco	moderado	mucho

CONOCIMIENTO SOBRE HIGIENE DEL SUEÑO

1. Siestas...
2. Ir a la cama con hambre...
3. Ir a la cama sediento...
4. Fumar más de un paquete de cigarrillos/día...
5. Tomar medicación para dormir regularmente...
6. Hacer ejercicio intenso dos horas antes de ir a la cama...
7. Dormir cada noche aproximadamente el mismo número de horas...
8. Relajarse antes de meterse a la cama...
9. Consumir comida, bebida o medicación que contenga cafeína...
10. Hacer ejercicio a media tarde...
11. Levantarse a la misma hora cada mañana...
12. Acostarse a la misma hora cada noche...
13. Beber alcohol por la tarde...

(Ejemplo: 3 cócteles, 3 cervezas o 3 vasos de vino...)

PRÁCTICA HIGIÉNICA DEL SUEÑO

Por favor, conteste cada una de las siguientes preguntas especificando cuántos días a la semana (de 0 a 7) lleva a cabo la actividad en cuestión. Base sus respuestas en lo que considere que es una semana típica de usted.

1. ¿Cuántos días de la semana hace siestas?...
2. ¿Cuántas noches en una semana se va a la cama hambriento?...
3. ¿Cuántas noches de la semana se va a la cama sediento?...
4. ¿Cuántos días de la semana fuma más de un paquete de cigarrillos?...
5. ¿Cuántas noches a la semana toma fármacos para dormir?...
6. ¿Cuántos días a la semana consume bebidas con cafeína (café, té...) cuatro horas antes de acostarse?...
7. ¿Cuántas noches a la semana consume alcohol (por ejemplo: 3 cócteles, 3 cervezas o 3 vasos de vino) en las dos horas anteriores de acostarse?...
8. ¿Cuántas noches a la semana toma medicación con cafeína durante las cuatro horas antes de ir a dormir?...
9. ¿Cuántas noches a la semana le preocupa su capacidad de dormir cuando está preparándose para acostarse?...
10. ¿Cuántos días a la semana le preocupa durante el día su capacidad de dormir por la noche?...
11. ¿Cuántas noches a la semana usa el alcohol para facilitar el sueño?...
12. ¿Cuántas noches a la semana lleva a cabo ejercicio físico fuerte dos horas antes de acostarse?...
13. ¿Cuántas noches a la semana su sueño es perturbado por la luz?...
14. ¿Cuántas noches a la semana su sueño es perturbado por ruidos?...
15. Si duerme acompañado, ¿cuántas noches a la semana es perturbado su sueño por su compañero/a?...
16. ¿Cuántas noches a la semana duerme aproximadamente el mismo número de horas?...
17. ¿Cuántas noches a la semana se relaja antes de acostarse?...
18. ¿Cuántos días de la semana realiza ejercicio a primera hora de la tarde?...
19. ¿Cuántas noches a la semana la temperatura de su cama/habitación es confortable para usted?...

Escala de Activación Predormicional.

Pre-Sleep Arousal Scale (Nicasio, P. M.; Mendlowitz, D. R.; Fussell, J. J., y Petras, L., 1985)

Ficha técnica

Nombre: *Pre-Sleep Arousal Scale* (Escala de Activación Predormicional).

Autor (dirección): P. M. Nicasio, D. R. Mendlowitz, J. J. Fussell y L. Petras.

Datos de publicación: Nicasio, P. M., Mendlowitz, D. R., Fussell, J. J. y Petras, L. (1985): «The phenomenology of the pre-sleep state: The development of the Pre-Sleep Arousal Scale», *Behavioral Research and Therapy*, 23, 263-271.

Versión experimental: Raich y Vila (1988) y Universidad Autónoma de Barcelona. Departamento de Psicología de la Salud y Psicología Social. Edificio B. 08193 Bellaterra. Barcelona.

Descripción/tipo de evaluación: Método subjetivo, autoinforme.

Objetivos: Discriminar entre el *arousal* fisiológico (síntomas somáticos) y el *arousal* cognitivo, que pueden acontecer en el estado de presueño o predormicional.

Ámbitos de medida/áreas/ problemas evaluados: Problemas del sueño, en especial de insomnio.

Población: Pacientes con insomnio.

Tiempo de administración: 5-7 minutos, aproximadamente.

Momento más adecuado para pasar la prueba: En la evaluación inicial.

Procedimientos de puntuación: Se detallan a continuación.

Profesionales que pueden pasar la prueba: Cualquier profesional de la salud.

Datos psicométricos: Se han hallado correlaciones entre mayor activación cognitiva e insomnio de iniciación (Nicasio y cols., 1985; Raich y Vila, 1987; Raich, 1988).

Descripción

La Escala de activación predormicional consta de 16 ítems que hacen referencia a una serie de síntomas somáticos y síntomas cognitivos, que pueden acontecer en el estado de presueño.

Desde que Monroe (1967) sugirió que los insomnes estaban más activados antes y durante el sueño que los no insomnes, se pensó que una gran causante del insomnio era la activación psicofisiológica. Posteriormente (Borkovec, 1982) no se replicaron estos hallazgos y en cambio se tendió a atribuir el insomnio a causas cognitivas (Morin, 1993). Este cuestionario se desarrolló para observar qué peso tiene cada uno de estos factores en el sueño individual. Nicasio, Mendlowitz, Fussell y Petras (1985) hallaron una mayor atribución del insomnio a causas cognitivas que fisiológicas y también Raich (1988), pero

es importante determinar en cada individuo la preponderancia de uno u otro.

Normas de aplicación

Las normas de aplicación son las usuales en este tipo de cuestionarios. La prueba incorpora las instrucciones específicas que deben ser bien entendidas antes de contestar el cuestionario.

Corrección e interpretación

Suma de las puntuaciones obtenidas en los ítems que describen respuestas fisiológicas y en los que describen respuestas cognitivas. Los ítems: 1, 5, 7, 9, 10, 11, 13 y 16 se refieren a activación fisiológica y el resto, a activación cognitiva. Se comparan los resultados de ambas subescalas.

Las puntuaciones oscilan entre 16 y 80 puntos. En la versión experimental de Raich y Vila (1987), la media total de las respuestas que se encontró fue de 25,87 puntos con una desviación estándar (de) de 8,69. La subescala somática tiene una

media 10,05 (de 2,53) y la cognitiva de 15,28 (de 6,26). Estos valores son parecidos a los hallados por los autores del cuestionario. Las puntuaciones totales y parciales correlacionan con insomnio de iniciación y de mantenimiento.

Prueba

Escala de Activación Predormicional (versión castellana: Raich, R. M., y Vila, J. R., 1987)

Nombre y apellidos:	Sexo:
Estado civil:	Edad:
INSTRUCCIONES	
Lea atentamente cada pregunta y luego conteste rodeando con un círculo el número que refleje la opción más adecuada en su caso, teniendo en cuenta los siguientes criterios:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. No 2. Un poco 3. Moderadamente 4. Bastante 5. Mucho 	
Tenga en cuenta que todas las preguntas se refieren a cuando usted está en la cama, antes de dormirse.	
PREGUNTAS	
1. ¿Suele sentir latidos o ritmo cardiaco irregular antes de dormirse?	1 - 2 - 3 - 4 - 5
2. ¿Se siente nervioso o inquieto al acostarse?	1 - 2 - 3 - 4 - 5
3. ¿Le preocupa pensar que no va a poder dormir?	1 - 2 - 3 - 4 - 5
4. Mientras espera dormirse, ¿recuerda o recapacita sobre lo que le ha ocurrido durante el día?	1 - 2 - 3 - 4 - 5
5. ¿Siente al acostarse dificultades respiratorias?	1 - 2 - 3 - 4 - 5
6. Cuando se acuesta, ¿le vienen a la mente pensamientos ansiosos o depresivos?	1 - 2 - 3 - 4 - 5
7. ¿Siente tensión en sus músculos?	
8. Cuando se acuesta, ¿le preocupan otros problemas además del de no poder dormirse?	1 - 2 - 3 - 4 - 5
9. Al meterse en la cama, ¿siente que está en alerta, activo?	1 - 2 - 3 - 4 - 5
10. ¿Suele notar sensaciones como de frío o temblores en sus manos, pies o cuerpo en general?	1 - 2 - 3 - 4 - 5
11. ¿Nota alteraciones en su estómago como: un nudo o nervios, náuseas, gases, acidez, etc.?	1 - 2 - 3 - 4 - 5
12. Mientras está acostado, ¿se ve incapaz de librarse de sus pensamientos?	1 - 2 - 3 - 4 - 5
13. ¿Nota que le sudan las palmas de las manos u otras partes del cuerpo?	1 - 2 - 3 - 4 - 5
14. Cuando se acuesta, ¿le pasan pensamientos por su cabeza de forma rápida?	1 - 2 - 3 - 4 - 5
15. ¿Suelen distraerle los sonidos ambientales, mientras está acostado?	1 - 2 - 3 - 4 - 5
16. ¿Suele notar, mientras está acostado, sequedad o amargor de boca?	1 - 2 - 3 - 4 - 5

Pruebas objetivas

En los laboratorios de las Unidades de Sueño es el lugar donde se lleva a cabo la exploración del sueño mediante métodos objetivos. En éstos se intenta garantizar que el sueño del paciente no se vea afectado por estímulos molestos. De aquí que las habitaciones estén relativamente insonorizadas, preferiblemente individuales, y los aparatos de registro se sitúen en una sala aparte.

Para que la exploración objetiva permita detectar las alteraciones de forma fiable, deben realizarse dos o más exploraciones en noches consecutivas.

Los estadios del sueño se identifican mediante tres tipos de señales electrofisiológicas: electroencefalograma (EEG), electromiograma (EMG) y el electrooculograma (EOG) (Raich y De la Calzada, 1992). El registro simultáneo de estos parámetros es imprescindible para poder analizar visualmente los distintos estadios del sueño, según la normativa internacional publicada por Rechtschaffen y Kales (1968). Mediante este análisis visual del sueño se pueden observar los cuatro estadios de sueño lento o sueño sin movimientos oculares rápidos (NMOR), de menor a mayor profundidad, comprende los estadios I, II, III y IV; y, el sueño con movimientos oculares rápidos (MOR) o sueño paradójico. Durante la noche se suceden alternativamente las fases de sueño NMOR y la MOR, unas cuatro o seis veces, de forma cíclica. En los primeros ciclos predomina el sueño lento profundo (estadios III y IV) y en los últimos, el sueño lento superficial y el sueño MOR.

Otros tipos de medidas, como el registro de la respiración naso-oral y torácico-abdominal, el electrocardiograma, la temperatura, la tumescencia penéana..., aunque pueden resultar necesarios para el estudio de diferentes alteraciones del sueño, no lo son para la clasificación de los estadios del sueño de ondas lentas y el sueño MOR.

El estudio objetivo del sueño consta de tres tipos de exploraciones: del sueño nocturno, de la somnolencia diurna y de registros polisomnográficos.

Exploración del sueño nocturno

Mediante el control poligráfico del sueño durante la noche (8 horas de duración) se obtienen los siguientes datos objetivos:

- *Parámetros cuantitativos.* Son de gran utilidad para valorar el sueño en personas con enfermedades psiquiátricas. Los aspectos a explorar son:
 - Tiempo total del registro.
 - Tiempo total de dormir (desde que se apaga la luz hasta que se enciende por la mañana).

- Latencia de sueño (desde que el sujeto se pone a dormir hasta que se duerme).
- Tiempo total de sueño (desde que el paciente inicia el sueño hasta que se despierta por la mañana).
- Duración de la vigilia después de iniciar el sueño (número de minutos en que está despierto).
- Tiempo real de sueño (tiempo en que permanece dormido).
- Número de despertares (vigilia igual o mayor a un minuto).

Estos parámetros nos permiten obtener dos índices fundamentales para la exploración del sueño. Uno, de continuidad del sueño (tiempo real del sueño/tiempo total de sueño), cuyo valor normal es igual o mayor a 0,95, y otro, indicativo de la importancia del insomnio (tiempo real del sueño/ tiempo total de dormir) cuyo valor normal es igual o mayor a 0,90.

- Latencia del sueño MOR (desde el comienzo del sueño hasta el primer episodio MOR) muy acortado en la narcolepsia (Rechtschaffen, Wolpert, Dement, Mitchell y Fisher, 1963).
 - Latencia de cada uno de los estadios de sueño de ondas lentas.
 - Porcentaje de cada uno de los estadios de sueño en relación a la duración total del sueño.
 - Duración en minutos de cada uno de los estadios de sueño.
 - Duración en minutos del tiempo transcurrido en vigilia durante el periodo del sueño en relación a la duración total del sueño.
 - Duración de cada uno de los ciclos.
 - Densidad del sueño paradójico (porcentaje de momentos de 2 segundos de duración con uno o más movimientos oculares rápidos).
- *Parámetros cualitativos.* Alteraciones en EEG, EMG y EOG que se pueden presentar y dificultar el análisis del sueño, según los criterios de Rechtschaffen y Kales (1968):
 - *Umbral de despertamiento.* Se consigue mediante la estimulación auditiva con sonidos de distinta intensidad aplicados en todos los estadios del sueño hasta que consiga despertar.
 - *Funciones vegetativas durante el sueño.* Útil para diferenciar entre una impotencia orgánica y funcional.
 - *Alteraciones del ritmo circadiano vigilia-sueño.* Pueden detectarse mediante el polisomnograma, la temperatura rectal, la secreción del cortisol...

Exploración de la somnolencia diurna

Para identificar con mayor exactitud las dificultades del sueño se hace necesario examinar las alteraciones en el estado de vigilancia durante las horas diurnas (Raich y De la Calzada, 1992). Existen tres métodos fundamentales:

- *Test de múltiple latencia del sueño (TMLS)*. Durante el día siguiente a una noche controlada poligráficamente en el laboratorio, se pide al sujeto que duerma cada dos horas. En cada una de estas siestas se mide el tiempo de latencia de sueño y de estadio MOR, si éste aparece. Si el paciente no se duerme, el registro se interrumpe a los 20 minutos. Si consigue dormir, se prolonga durante 10 minutos más. Una latencia de 5 minutos indica somnolencia diurna patológica. En los casos de narcolepsia, el TMLS constata que el tiempo de latencia de sueño es muy corto y que éste se inicia en estadio MOR, de modo que con un mínimo de dos registros, de cinco a realizar, ya se puede diagnosticar narcolepsia (Raich y De la Calzada, 1992).
- *Test de múltiple resistencia al sueño*. Se diferencia de la prueba anterior en que la instrucción a seguir por el paciente es la de intentar no dormirse.
- *Test de mantenimiento de vigilia*. Similar al test precedente, se utiliza para evaluar el tratamiento de los narcolépticos y consiste en pedir al paciente que permanezca despierto en una sala débilmente iluminada.

Registro poligráfico continuo

Este tipo de registro permite evaluar los picos de adormecimiento irresistible y valorar la calidad y la duración de los episodios de sueño a lo largo de 24, 48 y 72 horas. Con el registro poligráfico continuo se puede establecer el diagnóstico diferencial entre la narcolepsia, la hipersomnia idiopática y la hipersomnia psiquiátrica.

Otros métodos neurofisiológicos son la pupilometría (de baja fiabilidad) y los potenciales evocados.

3. Referencias

- American Sleep Disorders Association y cols. (1990): «The International Classification of Sleep Disorders». Kansas; Allen Press, Inc.
- American Psychiatric Association (2000): *Diagnostic and statistical manual for mental disorders, DSM-IV-TR* (4.ª ed. Texto revisado). Washington, D. C., Author.
- Borkovec, T. D. (1982): «Insomnia», *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 6, 880-895.
- Buela-Casal, G. (1990): *Cronopsicofisiología del ritmo circadiano de activación durante la vigilia*. Madrid, Universidad Autónoma.
- y Sierra, J. C. (1994): «Escalas para evaluar la activación-somnolencia», *Vigilia y Sueño*, 6, 13-19.
- Buysse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., y Kupfer, D. J. (1989): «The Pittsburg Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research», *Psychiatric Research*, 28, 193-213.
- Espie, C. A., Inglis, S. J., Harvey, L. y Tessier, S. (2000): «Insomniac's attributions: Psychometric properties of the dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep scale and the Sleep Disturbance Questionnaire», *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 141-148.
- Hoddes, E., Dement, W. y Zarcone, V. (1972): «The development and use of the Stanford Sleepiness Scales (SSS)», *Psychophysiology*, 9, 150.
- Hoelscher, T. J., Ware, J. C. y Bond, T. (1993): «Initial validation of the Insomnia Impact Scale», *Sleep Research*, 22, 149.
- John, N. W. (1991): «A new method for measuring day time sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale», *Sleep*, 15, 376-381.
- Lacks, P. (1987): *Behavioral Treatment for persistent insomnia*. Nueva York, Pergamon, Press.
- y Rotert, M. (1986): «Knowledge and practice of sleep hygiene techniques in insomniacs and good sleepers», *Behavioral Research and Therapy*, 24, 365-368.
- (1993): «Tratamiento del Comportamiento Contra el Insomnio Persistente». Bilbao, Editorial Desclée de Brouwer, S.A.
- Morin, C. M. (1993): *Insomnia. Psychological assessment and management*. Nueva York, Guilford.
- Monroe, L. J. (1967): «Psychological and Physiological Differences between good and poor sleepers», *Journal of Abnormal Psychology*, 72, 255-264.
- Nicasio, P. M.; Mendlowitz, D. R.; Fussell, J. J., y Petras, L. (1985): «The phenomenology of the pre-sleep state: The development of the Pre-Sleep Arousal Scale», *Behavioral Research and Therapy*, 23, 263-271.
- Raich, R. M. y Vila, J. R. (1987): «Evaluación del conocimiento y práctica de hábitos higiénicos de sueño». II Congreso de Evaluación Psicológica: *Actas del II Congreso de Evaluación Psicológica*, 264. Madrid.
- (1988): «Evaluación de la activación pre-dormicional y su relación con el insomnio», en J. Santacreu (comp.), *Modificación de conducta y psicología de la salud*. Valencia, Promolibro.
- y De la Calzada, M. D. (1992): *El sueño y sus trastornos*. Barcelona, Martínez Roca.
- (1994): «Prevención de los trastornos del sueño», en A. Simón (ed.): *Anuario comportamiento y salud* (pp. 101-118). Valencia, Promolibro.
- (1996): «Trastornos del sueño: factores implicados y prevención», en M. Chóliz y P. L. Pérez: *El sueño: Aspectos psicológicos y biomédicos* (pp. 125-144). Valencia, Promolibro.
- Ribordy, S. C. y Deney, D. R. (1977): «The behavioral treatment of insomnia: An alternative to drug therapy», *Behaviour research and Therapy*, 15, 39-50.
- Riedel, B. W. y Lichstein, K. L. (2000): «Insomnia and daytime functioning», *Sleep Medicine Reviews*, vol. 4, 3, 277-298.
- Rechtschaffen, A., Wolpert, E. A., Dement, W. C., Mitchell, S. A. y Fisher, C. (1963): «Nocturnal Sleep of Narcoleptics», *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 15, 599-609.
- y Kales, A. (1968): «A Manual of standardized terminology, techniques and scoring system for sleep stages of human subjects», en A. Rechtschaffen y A. Kales (eds.), USA. NIH 204. National Institutes of Health.

- Wicklow, A. y Espie, C. A. (2000): «Intrusive thoughts and their relationship to actigraphic measurement of sleep: towards a cognitive model of insomnia», *Behaviour Research and therapy*, 38, 679-693.

12. Evaluación cognitiva y funcional del envejecimiento y de la demencia

Joan Deus Yela y Josep Deví Bastida

1. Introducción

Desde principios del siglo xx, los avances en las distintas áreas de la salud han determinado unas expectativas de vida sin precedentes en el mundo desarrollado. Pero la mayor longevidad está significando una mayor prevalencia de patología aguda o crónica y de discapacidades físicas y/o mentales que precisan de adecuados instrumentos de evaluación.

La vejez puede definirse como la etapa final de la vida, caracterizada por una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación y de las funciones propias del periodo adulto que culmina con la muerte del individuo (Porrás-Chavarino, 2002). La vejez cursa con un declive intelectual no lineal y no afecta por igual las diferentes funciones cognitivas (Claver-Martín, 2002). Sin embargo, en relación con la morbilidad neurológica de los ancianos, el envejecimiento de la población es una de las principales causas de la creciente prevalencia de la demencia, en especial de la enfermedad de Alzheimer. Según diferentes trabajos, la demencia se presenta entre el 5 y el 15% de las personas mayores de 65 años (Bermejo, 1987), cifra que puede llegar al 50% en el grupo de edad superior a los 80 años y hasta el 60% en los mayores de 90 años (Jensen y Polloi, 1988). La demencia puede definirse como un síndrome adquirido, de naturaleza orgánica, caracterizado por un progresivo deterioro de las funciones intelectuales sin alteración del nivel de conciencia y, frecuentemente, acompañado de otras manifestaciones psicopatológicas, que afecta al normal funcionamiento social y ocupacional del

individuo (SEP, 2000). La comorbilidad entre demencia y vejez, o involución normal, motiva la necesidad de una valoración del deterioro cognitivo, con instrumentos fiables que permitan discernir entre ambos procesos.

La evaluación neuropsicológica está constituida por un conjunto de métodos y técnicas que posibilitan definir de forma clínica el estado de las funciones cognitivas (Lezak, 1995). Ello es fundamental en la evaluación de las demencias, puesto que los trastornos cognitivos constituyen el núcleo semiológico central de todo su curso clínico (Del Ser, Morales y Bermejo, 1993). Los instrumentos específicos a utilizar van a depender de los objetivos del examinador y del estado del paciente (Peña-Casanova, 1998) y la clave de dicho proceso está, más que en los tests utilizados, en la adecuada interpretación de los datos obtenidos (Cimino, 1994). La evaluación neuropsicológica en la vejez y en la demencia puede alcanzar diferentes niveles de extensión y detalle según la complejidad de los instrumentos utilizados, de acuerdo a los objetivos establecidos. En consecuencia, se pueden clasificar sobre la base del siguiente criterio (Morales y Del Ser, 1994; Arbizu y Ballabriga, 1995; Peña-Casanova, 1998; Duch, Ruiz de Porras y Gimeno, 1999; Martín, Agüera, Pelegrín y Moriñigo, 2002):

- *Escalas de Cribado o Escalas Breves de Evaluación del Estado Cognitivo.* Son instrumentos psicométricos que permiten determinar rápida y transversalmente la presencia de deterioro cognitivo. Útiles y sensibles en la detección de grados moderados de demencia frente a sujetos normales, puesto que la edad no afecta el rendimiento en dichos instrumentos clínicos (Rubin, Storandt, Miller, Grant, Kinschert, Morris y Berg, 1993). Nunca deben ser el sustituto de una exploración neuropsicológica amplia y detallada para establecer un diagnóstico cognitivo. Destacan, entre otros, el Mini-Examen del Estado Mental (MMSE) (Folstein, Folstein y McHugh, 1975), Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) (Lobo y Ezquerra, 1979; Lobo y Ezquerra, 1980; Lobo, Saz, Marcos, Día, De la Cámara, Ventura, Morales-Asín, Fernando-Pascual, Ángel-Montañés, Aznar y Lacámara, 1999), Escala de Demencia de Blessed (Blessed, Tomlinson y Roth, 1968), Cuestionario Portátil del Estado Mental de Pfeiffer (SPMSQ) (Pfeiffer, 1975), Test Cognitivo de Crichton (Irving, Robinson y McAdam, 1970), Examen de Cribaje de la Capacidad Cognitiva (CCSE) (Jacobs, Bernhard, Delgado y Strain, 1977) o la Escala de Evaluación Cognitiva de Ancianos (CAS) (Pattie y Gilleard, 1997).
- *Instrumentos de Evaluación Cognitiva Específicos.* Evalúan un aspecto cognoscitivo particular. Entre ellos el grupo de trabajo NINCDS-ADRDA (Instituto Nacional de Enfermedades Neurológicas y Vasculares-Asociación Americana de Alzheimer) (McKann, Drachman, Folstein, Katzman, Price y Stadlan, 1984) proponen el Set-test de Isaacs (Isaacs y Akhtar, 1972) y el Test del Reloj de Schulman (Schul-

man, Sheoletsky y Silven, 1986; Cacho, García-García, Arcaya, Vicente y Lantada, 1999).

- *Métodos Evolutivos de Detección del Deterioro*. Globamente se definen como tests intermedios. Son pruebas neuropsicológicas más extensas que aportan una información más completa, pero precisan de mayor tiempo y adiestramiento para su aplicación. Se pueden desglosar en *escalas que valoran la severidad del deterioro* y *entrevistas estructuradas*. Las primeras permiten subclasificar a los pacientes con demencia según su intensidad y grado de incapacidad, haciendo un especial énfasis en el aspecto conductual. Entre ellas destaca la *Alzheimer's Disease Assessment Scale* (ADAS) de Rosen (Rosen, Mohs y Davis, 1984), con adaptación y validación en población española (Peña, Aguilar, Santacruz, Bertrán-Serra, Hernández, Sol, Pujol, Blesa y grupo NORMACODEM, 1997). Las segundas permiten la valoración y el diagnóstico de las demencias destacando la entrevista de más reciente elaboración, el *Cambridge Mental Disorders of Elderly Examination* (CAMDEX) de Roth (Roth, Huppert, Tym y Mountiroy, 1988), con adaptación y validación en población española (Llinás, Vilalta y López-Pousa, 1991).
- *Baterías Fijas o Estandarizadas de Evaluación Neuropsicológica*. Precisan de personal especializado en su manejo, los neuropsicólogos. Además, no están especialmente diseñadas para el estudio de la demencia, sino que evalúan un amplio abanico de las funciones mentales superiores que pueden alterarse por diferentes síndromes clínicos que afectan al sistema nervioso central. De entre ellas destacan la Batería Luria-Nebraska (Golden, Hannaka y Purisch, 1980) o el Test Barcelona del Programa Integrado de Exploración Neuropsicológica (PIEN) (Peña-Casanova, 1990).
- *Protocolos Específicos de Evaluación Cognitiva*. Se trata de realizar una adecuada selección de los tests o instrumentos más sensibles, baterías o subbaterías estandarizadas, de acuerdo con las áreas cognitivas supuestamente más alteradas en la entidad o síndrome clínico a estudiar (Peña-Casanova, 1998).

Las escalas de valoración funcional son instrumentos necesarios para llevar a cabo una correcta evaluación del estado funcional (nivel de autonomía o independencia) de un individuo, de forma sistemática e individualizada y que permiten en muchos casos estimar el impacto del deterioro cognitivo (Gil, 2000). Tal y como expresa De la Fuente (1994), «nos permiten obtener un perfil claro de las posibilidades operativas del sujeto, ya sea desde el punto de vista estrictamente físico e instrumental, hasta el de carácter neuropsicológico y comunicativo».

Actualmente se dispone de una gran variedad de escalas de Actividades de la Vida Diaria (AVD): escalas básicas, instrumentales, avanzadas, mix-

tas, escalas jerárquicas de AVD, escalas de observación directa de AVD y, otras, con parte de valoración en AVD (escalas conductuales y escalas multidimensionales). Cuando se tenga que llevar a cabo una valoración funcional, se ha de escoger qué escala o tipo de escala interesa más para el cometido que se quiere llevar a cabo, teniendo en cuenta el tipo de población, si se pretende una rehabilitación o una valoración de recursos de la comunidad donde se mueve el individuo, entre otros. Se tendrá también en cuenta el tiempo a invertir, las características y la utilidad de los datos que aporte, fiabilidad y validez para un tipo determinado de valoración funcional (por ejemplo, más rehabilitador o de cribaje), que sea fácil de aplicar o que dé un valor numérico interpretable, entre otras características (Peña-Casanova, 1998; Deví, 1999; Deví, 2002). Las principales escalas de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) serían, entre otras, el PULSES, Índice de Katz, Índice de Barthel, Escala de Autocuidado de Kenny, Escala de Autocuidado Físico, Escala de Incapacidad Física de la Cruz Roja, Subescala OARS-Actividades de la Vida Diaria, Escala AVD Alzheimer (Subescala ABVD) (Baztan, González y Del Ser, 1994; Agüera, 1998; Peña-Casanova, 1998; Polonio, 1998; Deví, 1999; Pedro, 2000; González, 2001; Deví, 2002). Las principales escalas de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) serían la PGC-IADL, OARS-IADL, PACE II-IADL, OARS-IADL adaptado, PGC-IADL adaptado y Escala AVD Alzheimer (Subescala AIVD) (Baztan, González y Del Ser, 1994; Agüera, 1998; Peña-Casanova, 1998; Polonio, 1998; Deví, 1999; Pedro, 2000; González, 2001; Deví, 2002). Las principales escalas de las Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD) serían la Escala de Salud Funcional, Escala de Valoración Funcional, Gráfico COOP de Valoración Funcional, Patrón de Actividad Funcional, Escala Física de Actividades Avanzadas de la Vida Diaria, Escala AVD Alzheimer (Subescala AAVD) (Baztan, González y Del Ser, 1994; Peña-Casanova, 1998; Deví, 1999; Deví, 2002). También se dispone de escalas que proporcionan un estadio del nivel funcional, como por ejemplo el FAST (Reisberg, 1988).

En el presente capítulo se expondrán algunos de los instrumentos psicométricos de cribaje cognitivo, general y específico, más utilizados en el ámbito de la clínica y que no suponen un entrenamiento especializado. Son fáciles de administrar y permiten obtener una información útil que, con posterioridad, debería ampliarse mediante un estudio neuropsicológico más adecuado. Respecto a las escalas de valoración funcional se va a explicar una escala que permite valorar las actividades básicas de la vida diaria, otra que evalúa las actividades instrumentales y, finalmente, una escala de valoración funcional multidimensional.

2. Pruebas de evaluación

2.1 Tests para la detección del deterioro cognitivo

Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo y Ezquerra

MEC (Lobo, A., y Ezquerra, J., 1979)

Ficha técnica

Nombre: Mini-Examen Cognoscitivo.

Siglas: MEC.

Autor/es (dirección): Antonio Lobo. Servicio de Psicología, Hospital Clínico Universitario, pta. 3, Avda. de San Juan Bosco, 15. 50009 Zaragoza. Correo electrónico: alobo@posta.unizar.es.

Datos de publicación: Lobo, A. y Ezquerra, J. (1979): «El "Mini-Examen Cognoscitivo": un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos», *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 189-202.

Descripción/tipo de evaluación: Cribaje cognitivo.

Objetivos: Evaluación de las capacidades cognitivas generales.

Ámbito de medida/áreas/problemas evaluados: Neurología, neuropsicología, psiquiatría, geriatría y psicogeriatría / cognición / funciones mentales superiores.

Población: Anciano y/o paciente con sospecha de deterioro cognitivo progresivo o de inicio agudo.

Tiempo de administración: Inferior a 15 minutos.

Momento más adecuado para pasar la prueba: Primera entrevista clínica efectuada al paciente.

Procedimientos de puntuación: Sobre un máximo de 35 puntos. Sus resultados globales se agrupan en cinco grupos de deterioro: a) Olvidos benignos de la senectud = 28-35; b) Deterioro cognitivo leve = 27-22; c) Deterioro cognitivo moderado = 21-17; d) Deterioro cognitivo moderado-grave = 16-10; y e) Deterioro cognitivo grave = 1-10.

Profesionales que pueden pasar la prueba: Profesional del ámbito de las ciencias de la salud con escaso grado de entrenamiento previo.

Datos psicométricos: Adecuada sensibilidad en la detección de problemas cognitivos: del 84,6% en pacientes médicos, del 76,9% en pacientes psiquiátricos y de un 92,3% en pacientes geriátricos. La especificidad es del 82% en pacientes médicos, del 90,2% en pacientes psiquiátricos y llega al 95,2% en pacientes geriátricos. Los índices de pacientes inadecuadamente clasificados son, respectivamente, del 17, del 15 y del 5,4%.

Descripción

Es la escala breve más ampliamente utilizada tanto en la clínica como en los estudios de investigación (Martín-Carrasco, 2002). Es un instrumento que lo puede administrar personal sanitario, médico o no médico, con escaso grado de adiestramiento y que requiere entre cinco y quince minutos para su aplicación. Deriva del MMSE (Folstein, Folstein y McHugh, 1975), el más internacionalmente difundido,

a pesar de sus críticas por el elevado índice de falsos positivos (O'Connor, Pollitt, Treasure, Brook y Reiss, 1989), por su clara correlación negativa con el nivel de instrucción previo y por resultar insensible a déficit leves (Bermejo, Gómez y Morales, 1994). Respecto a otros instrumentos validados, de breve valoración cognitiva, es el que explora un mayor número de funciones cognoscitivas de forma rápida y sencilla (véase cuadro 12.1).

Cuadro 12.1 Comparación entre algunos tests breves de valoración cognitiva

	MMSE	MEC	BLESSED	CRICHTON
Orientación	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Atención y cálculo mental	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Fijación	SÍ	SÍ	NO	NO
Memoria verbal de trabajo	NO	SÍ	NO	NO
Memoria retrógrada	NO	NO	SÍ	SÍ
Memoria diferida	SÍ	SÍ	SÍ	SÍ
Razonamiento verbal	NO	SÍ	NO	NO
Lenguaje	SÍ	SÍ	NO	NO
Praxis constructiva	SÍ	SÍ	NO	NO
Puntuación de corte	24	27	32	32

Abreviaciones: MMSE (Examen Mínimo del Estado Mental) y MEC (Mini-Examen Cognoscitivo).

El MEC ha sido validado y adaptado en nuestro país por Lobo y Ezquerro en 1979 y 1980, con algunas diferencias respecto al MMSE. Tanto en muestras clínicas como poblacionales ha mostrado una adecuada validez, fiabilidad y poder discriminativo, con una especificidad del 82% y una sensibilidad del 84,6% que se incrementa en pacientes geriátricos al 92,3 y 95,2%, respectivamente. En un trabajo reciente (Lobo, Saz, Marcos y cols., 1999), de revalidación y normalización en población general geriátrica, se constata que el MEC cumple los criterios de fiabilidad y validez de contenido y construcción en relación con la validez predictiva. Si se utiliza el MEC-35, con un punto de corte de 23-24 en población geriátrica, muestra una sensibilidad del 89,8% y una especificidad del 83,9%. Además, el índice de mal clasificados es del 15,2%. Si se utiliza el MEC-30, con un punto de corte de 22/23 en población geriátrica, muestra una sensibilidad del 89,8% y una especificidad del 80,8%. El índice de mal clasificados es del 17,7%.

Sin embargo, el MEC tiene la limitación de que está muy cargado de aspectos lingüísticos y presenta un rendimiento di-

ferente en función del nivel cultural y de estudios. Si bien, esto último en menor medida que el MMSE al reducir la complejidad del ítem de cálculo mental. Así, en personas con bajo nivel cultural, alta senilidad, alteración del estado afectivo y con déficits sensoriales se producen sobreestimaciones de los resultados, tal y como ocurre con su homólogo anglosajón (Bermejo, Gómez y Morales, 1994), siendo también insensible a déficits leves.

Consta de un total de 35 ítems que valoran las siguientes funciones cognitivas básicas (véase cuadro 12.1): a) orientación temporal y espacial (estructuras subcorticales); b) atención y cálculo mental (circuito fronto-parietal izquierdo); c) memoria verbal inmediata (lóbulo temporo-parietal izquierdo); d) memoria verbal diferida a corto plazo (estructuras diencefálicas y lóbulo temporal medial); e) memoria verbal de trabajo (lóbulo frontal izquierdo); f) razonamiento verbal abstracto (lóbulo frontal y cruce parieto-occipito-temporal izquierdo); g) lenguaje (estructuras perisilvianas izquierdas y lóbulo temporal izquierdo); y h) praxis visoespacial (lóbulo parietal derecho).

Normas de aplicación

Existe una serie de instrucciones generales para el uso del MEC y otras específicas (ver hoja de registro). Entre las primeras hay que destacar el incitar al paciente a colaborar, explorarlo con un adecuado nivel de conciencia (alerta), no permitir ningún tipo de ayuda por parte del acompañante, no corregirle aunque se equivoque y contabilizar los aciertos sólo cuando se producen dentro de la pregunta correspondiente. Específicamente, para cada función cognitiva evaluada, las instrucciones generales son:

- *Orientación*. No se debe permitir la Comunidad Autónoma respectiva como respuesta correcta para la provincia ni para la nación o país, exceptuando las comunidades históricas.
- *Memoria verbal de fijación*. Se debe repetir con claridad cada palabra en un segundo. Se puntúa cada una de las palabras que repita correctamente, no considerando las posibles parafasias fonéticas o fonémicas. Se debe hacer hincapié en que las recuerde, puesto que más tarde se le volverán a preguntar. El clínico debe asegurarse de que el paciente repite las tres palabras, correctamente, hasta que las aprenda. Se permiten un total máximo de cinco intentos para que las repita correctamente.
- *Concentración y cálculo mental*. Sustracción de 3 en 3 dígitos. Si el paciente no entiende las instrucciones, se le puede formular la siguiente pregunta: si tiene 30 euros y me da 3, ¿cuántos le quedan? Se concede un punto por cada sustracción correcta.
- *Memoria verbal de trabajo*. Se le repiten al paciente los dígitos 5-9-2, uno por segundo, hasta que los aprenda. Se le concede un punto por cada dígito que coloque en posición inversa correcta.
- *Retención verbal a corto plazo*. Se solicita al paciente que intente recordar las palabras que previamente ha aprendido. Se le otorga un punto por cada palabra recordada sin tener en cuenta el orden.
- *Razonamiento verbal abstracto*. Se sugiere al paciente que encuentre la similitud entre dos elementos expuestos.
- *Lenguaje*. En primera instancia, se enseñan al paciente dos objetos reales y se le insta a que evoque su nombre. Debe decirlos correctamente y no se aceptan parafasias semánticas, pero sí fonémicas, aunque se deberán registrar los errores de producción. A continuación, se le hace repetir al paciente una frase que el clínico debe leer poco a poco y correctamente articulada. La producción del paciente ha de ser correcta y sin errores parafásicos. Seguidamente, se le verbaliza un orden oral que debe ejecutar y se dará un punto por cada una de las tres órdenes correctamente ejecutadas. La comprensión escrita consiste en insistir al paciente en que lea una orden en voz alta y, a continuación, la ejecute. En la producción escrita espontánea se insiste al paciente en que escriba una frase, no aceptando que solamente escriba su nombre, que deberá contener sujeto, verbo y complemento para poder valorarla con un punto.
- *Praxis constructiva*. Se le pide al sujeto que copie un modelo expuesto. Cada pentágono ha de tener exactamente 5 lados y 5 ángulos y, además, ambos deben entrelazarse adecuadamente en dos puntos de contacto.

Corrección e interpretación

El MEC tiene dos versiones. La primera tiene una puntuación máxima de 30, igual que la del MMSE, al excluir las funciones de memoria verbal de trabajo y de razonamiento verbal abstracto (con un total de 5 puntos). Una puntuación igual o superior, en pacientes no geriátricos a 28, es normal. Una puntuación inferior a 23, en pacientes con edades superiores o igual a 65 años, sugiere deterioro cognitivo.

La segunda versión, propia del MEC, tiene una puntuación máxima de 35 y se establecen como puntos de corte, para el

diagnóstico de deterioro cognitivo, puntuaciones inferiores o iguales a 27 o a 23, según se trate de adultos menores de 65 años o mayores a dicha edad (Lobo, Gómez-Burgada, Sala y Seva-Díaz, 1979). Si por causa de analfabetismo o por imposibilidad física de cumplir un ítem, éstos se han eliminado del test, se debe obtener una puntuación total corregida. Ésta se calcula por una regla de tres, después de corregir la puntuación total, siguiendo la siguiente fórmula: número de ítems correctamente ejecutados X número total de ítems de la prueba (35)/por el número total de ítems de la prueba aplicados.

Prueba

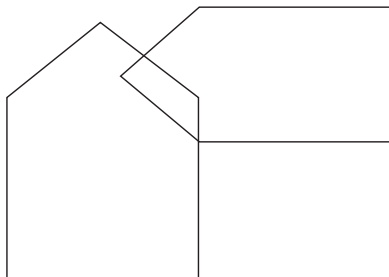
Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo y Ezquerra, MEC (Lobo, A., y Ezquerra, J., 1979)

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____ EDAD: _____ ESCOLARIZACIÓN: _____ FECHA REALIZACIÓN: _____											
Nivel de conciencia: Alerta <input type="checkbox"/> Obnubilado <input type="checkbox"/> Estupor <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/>											
<p>A. ORIENTACIÓN</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> 1. TIEMPO ¿En qué mes del año estamos? <input type="checkbox"/> ¿Qué día del mes es hoy? <input type="checkbox"/> ¿En qué año estamos? <input type="checkbox"/> ¿Qué día de la semana es hoy? <input type="checkbox"/> ¿En qué estación del año estamos? <input type="checkbox"/> </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> 2. ESPACIO ¿En qué país estamos? <input type="checkbox"/> ¿En qué provincia estamos? <input type="checkbox"/> ¿En qué ciudad estamos? <input type="checkbox"/> ¿Dónde estamos ahora? <input type="checkbox"/> ¿En qué planta estamos? <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table>	1. TIEMPO ¿En qué mes del año estamos? <input type="checkbox"/> ¿Qué día del mes es hoy? <input type="checkbox"/> ¿En qué año estamos? <input type="checkbox"/> ¿Qué día de la semana es hoy? <input type="checkbox"/> ¿En qué estación del año estamos? <input type="checkbox"/>	2. ESPACIO ¿En qué país estamos? <input type="checkbox"/> ¿En qué provincia estamos? <input type="checkbox"/> ¿En qué ciudad estamos? <input type="checkbox"/> ¿Dónde estamos ahora? <input type="checkbox"/> ¿En qué planta estamos? <input type="checkbox"/>	Respuestas correctas <input type="checkbox"/>								
1. TIEMPO ¿En qué mes del año estamos? <input type="checkbox"/> ¿Qué día del mes es hoy? <input type="checkbox"/> ¿En qué año estamos? <input type="checkbox"/> ¿Qué día de la semana es hoy? <input type="checkbox"/> ¿En qué estación del año estamos? <input type="checkbox"/>	2. ESPACIO ¿En qué país estamos? <input type="checkbox"/> ¿En qué provincia estamos? <input type="checkbox"/> ¿En qué ciudad estamos? <input type="checkbox"/> ¿Dónde estamos ahora? <input type="checkbox"/> ¿En qué planta estamos? <input type="checkbox"/>										
<p>B. MEMORIA VERBAL DE FIJACIÓN</p> <p>Se le explica al paciente que se va a explorar su memoria. Se le nombran 3 objetos a intervalos de 1 segundo. La primera repetición es la que determina la puntuación de 0 a 3. El paciente debe repetir las palabras hasta que las aprenda, con un límite de 6 veces. Anotar el número de intentos.</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 80%;"> Peseta <input type="checkbox"/> Caballo <input type="checkbox"/> Manzana <input type="checkbox"/> </td> <td style="width: 20%; padding: 5px;"> Respuestas correctas <input type="checkbox"/> </td> </tr> </table> <p>Ensayos: _____</p>	Peseta <input type="checkbox"/> Caballo <input type="checkbox"/> Manzana <input type="checkbox"/>	Respuestas correctas <input type="checkbox"/>									
Peseta <input type="checkbox"/> Caballo <input type="checkbox"/> Manzana <input type="checkbox"/>	Respuestas correctas <input type="checkbox"/>										
<p>C. ATENCIÓN Y CÁLCULO MENTAL</p> <p>Series de 3. Pedir al paciente que empiece por 30 y cuente hacia atrás restando de 3 en 3. Finalizar tras 5 respuestas.</p> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>27</td> <td>24</td> <td>21</td> <td>18</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	27	24	21	18	15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Respuestas correctas <input type="checkbox"/>
27	24	21	18	15							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							

<p>D. MEMORIA VERBAL DE TRABAJO</p> <p>Se le pide al paciente que repita, hasta que la aprenda, la siguiente serie de números: 5-9-2. Se anotarán el número de intentos. Una vez que estén aprendidos se le hace repetir la serie hacia atrás. Se anotarán el número de dígitos correctamente ubicados en la serie.</p> <p style="text-align: center;">2 9 5</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	<p>Respuestas correctas <input type="checkbox"/></p>	
<p>E. RETENCIÓN A CORTO PLAZO</p> <p>Se solicita al paciente que intente recordar las tres palabras que anteriormente ha aprendido.</p>	<p>Peseta <input type="checkbox"/></p> <p>Caballo <input type="checkbox"/></p> <p>Manzana <input type="checkbox"/></p>	<p>Respuestas correctas <input type="checkbox"/></p>
<p>F. RAZONAMIENTO VERBAL ABSTRACTO</p> <p>Se insta al paciente a que encuentre la similitud o el punto en común entre dos elementos expuestos. Se le dice: «Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?».</p> <p>¿Qué son el rojo y el verde? <input type="checkbox"/></p> <p>¿Qué son un perro y un gato? <input type="checkbox"/></p>		<p>Respuestas correctas <input type="checkbox"/></p>
<p>G. LENGUAJE</p> <p><i>Denominación por confrontación visual</i></p> <p>Señalar un reloj de pulsera y pedir al paciente que diga qué es.</p> <p>Repetir lo mismo con un bolígrafo.</p> <p><i>Repetición</i></p> <p>Solicitar al paciente que repita: «En un trigal había cinco perros».</p> <p><i>Comprensión de orden verbal</i></p> <p>Dele una hoja de papel en blanco al paciente y dígame: «Coja este papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa». Se da un punto por cada acción correcta.</p> <p><i>Comprensión lectora y lectura mecánica</i></p> <p>Escribir en un papel con letras grandes para que el paciente pueda leer atentamente: «CIERRE LOS OJOS». Se le dice: «Lea esto y haga lo que indique». Sólo es correcto si cierra los ojos.</p> <p><i>Escritura espontánea</i></p> <p>Se le proporciona al paciente una hoja en blanco y se le pide que escriba una frase cualquiera. Debe ser escrita espontáneamente. Debe tener un sujeto, verbo y tener sentido. No se valora la corrección gramatical o los signos de puntuación. No vale escribir su nombre.</p>	<p>Reloj <input type="checkbox"/></p> <p>Bolígrafo <input type="checkbox"/></p> <p>Repetición</p> <p>Coger el papel <input type="checkbox"/></p> <p>Doblarlo <input type="checkbox"/></p> <p>En la mesa <input type="checkbox"/></p> <p>Comprensión <input type="checkbox"/></p> <p>Frase <input type="checkbox"/></p>	<p>Respuestas correctas <input type="checkbox"/></p>

H. PRAXIS CONSTRUCTIVA

Solicitar al paciente que copie el dibujo inferior exactamente igual. Los 10 ángulos deben estar adecuadamente representados y los dos pentágonos deben hacer intersección para puntuar un punto. No valorar temblor ni rotación.



Respuestas correctas

PUNTUACIÓN TOTAL

Test del Dibujo del Reloj de Schulman.

TR (Schulman, K. L.; Sheoletsy, R., y Silven, J. C., 1986)

Ficha técnica

Nombre: Test del Reloj.

Siglas: TR.

Autor (dirección): Schulman, Sheoletsy y Silven (no disponible). Adaptación española de Cacho y colaboradores/ Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Correo electrónico: jcachog@meditex.es.

Datos de publicación: Shulman, Sheoletsy y Silven (1986).

Adaptación española: Cacho, J., García-García, R., Arcaya, J., Vicente, J. L. y Lantada, N. (1999): «Una propuesta de aplicación y puntuación del test del reloj en la enfermedad de Alzheimer», *Revista de Neurología*, 28, 648-655.

Descripción/tipo de evaluación: Cribaje cognitivo.

Objetivos: Evaluación de funciones cognitivas específicas sensibles a deterioro: visopercepción y praxis visoconstructiva.

Ámbito de medida/áreas/problemas evaluados: Neurología, neuropsicología, psiquiatría, geriatría y psicogeriatría / cognición / funciones mentales superiores específicas: praxis visoconstructiva.

Población: Anciano y/o paciente con sospecha de deterioro cognitivo progresivo o de inicio agudo.

Tiempo de administración: Inferior a 5 minutos.

Momento más adecuado para pasar la prueba: Primera entrevista clínica efectuada al paciente.

Procedimientos de puntuación: Según la versión de Cacho y colaboradores (1999), sobre un máximo de 10 puntos. Hay dos condiciones de aplicación: a la orden o a la copia.

Profesionales que pueden pasar la prueba: Profesional del ámbito de las ciencias de la salud con escaso grado de entrenamiento previo.

Datos psicométricos: En la condición a la orden muestra una buena sensibilidad (92,8%) y elevada especificidad (93,5%) con un punto de corte de 6 puntos. En la condición a la copia muestra una aceptable sensibilidad (73,1%) y una buena especificidad (90,6%) con un punto de corte de 8 puntos.

Descripción

Diseñado por Kenneth Schulman y sus colaboradores en 1986 y contrastado contra el MMSE de Folstein. El Test del Reloj (TR) es una prueba de extraordinaria facilidad en cuanto a su realización, pero con la limitación de la subjetividad en cuanto a la interpretación o puntuación. El hecho de que el Test del Reloj se haya aplicado desde diferentes campos de la clínica puede deberse a que la tarea de dibujar un reloj precisa de la participación coordinada de numerosas y diferentes funciones cognoscitivas (Cacho y cols., 1999). El tipo de errores que comete un paciente al realizar la prueba puede variar en función de la patología que sufre, así

como de la localización de la lesión cerebral (Lezak, 1995; Cacho y cols., 1999).

Cacho y cols. (1999) han desarrollado una escala de puntuación numérica con un máximo de 10 puntos, de acuerdo a normas o criterios de puntuación previamente establecidas (Rouleau, Salmon, Butters, Kennedy y McGuire, 1992) pero con ciertas modificaciones. Dichos criterios se aplican tanto en la condición de copia como a la orden, mostrando una buena validez discriminatoria (ver datos psicométricos en ficha técnica) (Cacho y cols., 1999).

Esta prueba resulta útil por sí sola, sobre todo, en casos donde existe dificultad en el lenguaje. Es una buena prueba discriminativa en consultas con baja frecuencia de déficit cognitivo (Arbizu y Balla-

briga, 1995; Duch, Ruiz de Porras y Gimeno, 1999). Además, se asume que el TR asociado a pruebas breves de valoración cognitiva, tales como el MMSE (Folstein, Folstein y McHugh, 1975) o el MEC (Lobo y Ezquerro, 1979), incrementa la sensibilidad de estas últimas (Peña-Casanova Arbizu y Ballabriga, 1995; Thalman, Mansch y Ermini-Fiinfschilling, 1996; Duch, Ruiz de Porras y Gimeno, 1999). Además, repetida a intervalos de varios meses puede mostrar, de forma bastante gráfica, el eventual deterioro evolutivo (Martín-Carrasco, 2002).

Normas de aplicación

Al inicio de su ejecución, para descartar desconocimiento cultural del paciente o importante deterioro cognitivo, se le pregunta: «¿conoce usted el reloj?, ¿lo entiende?» (Arbizu y Ballabriga, 1995). Ante una respuesta positiva se puede administrar el test bien a la orden o bien a la copia (Cacho y cols., 1999). En la primera condición se solicita al paciente que dibuje una esfera de reloj, con el mayor detalle posible, con sus 12 números u horas y las manecillas marcando las once horas

y diez minutos. En la segunda se le muestra un modelo de reloj impreso en el tercio superior de la hoja (ver el formato en la hoja de registro) y se solicita al paciente que copie el modelo.

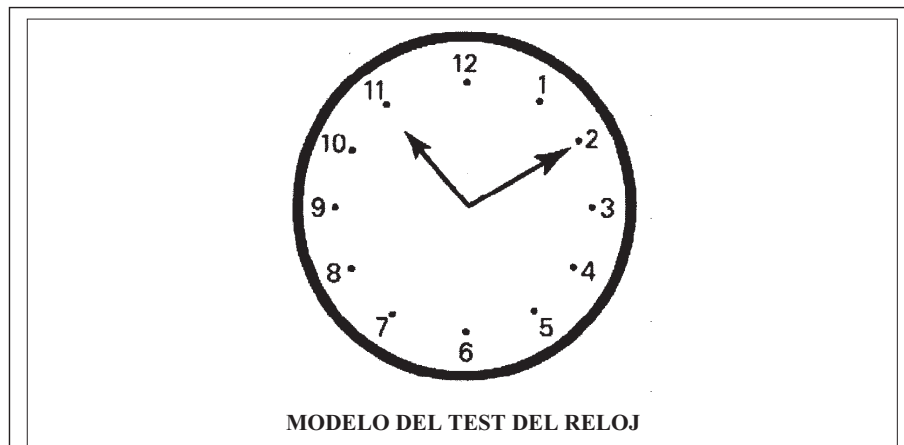
Corrección e interpretación

En la versión original de Schulman el resultado se clasifica en 5 categorías o grados:

- a) El grado I correspondería a la normalidad, se aceptarían mínimos errores como, por ejemplo, colocar los números a una distancia desigual.
- b) En el grado II los errores son algo más ostensibles: ausencia de algunas manecillas, enlazar horas y minutos o escribir la hora con letras.
- c) A partir del grado III se puede diagnosticar demencia, ya se evidencian faltas como no poner la numeración, doble círculo o numeración en sentido inverso.
- d) El grado IV implica una importante desorganización espacial.
- e) El grado V pone de manifiesto la total incapacidad para resolver el problema.

Prueba

Test del Dibujo del Reloj de Schulman, TR (adaptado según Cacho, J., *et al.*, 1999)



CRITERIO	PUNTUACIÓN	
<p>1. Esfera del reloj (puntuación máxima de 2 puntos).</p> <p style="text-align: right;">Puntuación parcial <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/></p>	2	Dibujo normal: esfera circular u ovalada con pequeñas distorsiones.
	1	Incompleto o con alguna distorsión significativa. Esfera muy asimétrica.
	0	Ausencia o dibujo distorsionado.
<p>2. Presencia y ausencia de los números del reloj (puntuación máxima de 4 puntos).</p>	4	Todos los números presentes y en el orden adecuado. Solamente se objetivan pequeños errores en la ubicación espacial en al menos 4 números.
	3,5	Cuando los pequeños errores en la localización espacial se dan en 4 o más números.
	3	Todos los números presentes pero con errores significativos en la colocación espacial. Números con algún desorden de secuencia (menos de 4 números).
	2	Omisión o adición de algún número, pero sin grandes distorsiones en los números restantes. Números con algún desorden de secuencia (4 o más números). Los 12 números colocados en sentido antihorario (rotación inversa). Todos los números presentes pero con gran distorsión espacial. Presencia de los 12 números en una línea vertical, horizontal u oblicua (alineación numérica).

<p>Puntuación parcial <input type="text"/></p>	<p>1</p>	<p>Ausencia o exceso de números con gran distorsión espacial. Alineación numérica con falta o exceso de números. Rotación inversa con falta o exceso de números.</p>
<p>3. Presencia y localización de las manecillas (puntuación máxima de 4 puntos).</p> <p>Puntuación Parcial <input type="text"/></p>	<p>0</p>	<p>Ausencia o escasa representación de números (menos de 6 números dibujados).</p>
	<p>4</p>	<p>Las manecillas están en posición correcta y con las proporciones adecuadas de tamaño (la de la hora más corta).</p>
	<p>3,5</p>	<p>Las manecillas están en posición correcta pero ambas de igual tamaño y no se diferencian entre ellas.</p>
	<p>3</p>	<p>Pequeños errores en la localización de las manecillas (situar una de las agujas en el espacio destinado al número anterior o posterior). Aguja de los minutos más corta que la de la hora, con pauta horaria correcta.</p>
	<p>2</p>	<p>Gran distorsión en la localización de las manecillas. Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan la hora correcta.</p>
	<p>1</p>	<p>Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan una hora incorrecta. Presencia de una sola manecilla o un esbozo de las dos.</p>
	<p>0</p>	<p>Ausencia de manecillas o perseveración en el dibujo de las mismas. Efecto en forma de «rueda de carro».</p>
<p>PUNTUACIÓN TOTAL <input type="text"/></p>		
<p>GRADO DETERIORO según SCHULMAN <input type="text"/></p>		

2.2 Pruebas de evaluación funcional

Índice de Barthel.

The Barthel Index (Mahoney, F. I., y Barthel, D. W., 1965)

Ficha técnica

Nombre: *The Barthel Index*.

Autor (dirección): Mahoney y Barthel (no disponible).

Datos de publicación: Mahoney, F. I. y Barthel, D. W. (1965).

Adaptación española: Baztan, J., González-Montalvo, J. I. y Del Ser-Quijano, T. (1994): «Escala de actividades de la vida diaria», en T. del Ser y J. Peña (eds.), *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia* (137-164). Barcelona, Prous Science.

Descripción/tipo de evaluación: Cribaje funcional.

Objetivos: Valoración funcional de actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Ámbito de medida/áreas/problemas evaluados: Geriatria y psicogeriatría / ABVD / situación y capacidad funcional primaria.

Población: Anciano frágil. En paciente con patología cerebrovascular y/o con demencia vascular.

Tiempo de administración: 5 minutos.

Momento más adecuado para pasar la prueba: Durante la entrevista clínica realizada al cuidador principal del paciente.

Procedimientos de puntuación: Sobre un máximo de 100 puntos (independiente). Sus resultados globales se pueden agrupar en 4 grupos de dependencia: a) Total < 20; b) Grave = 20-35; c) Moderada = 40-55; d) leve \geq 60. Total 10 ítems: oscilan diferentes puntuaciones en cada uno.

Profesionales que pueden pasar la prueba: Profesional entrenado en el ámbito de las ciencias de la salud.

Datos psicométricos: Buena validez concurrente con el Katz y elevado valor predictivo sobre mortalidad, ingreso hospitalario, duración de la estancia en unidades de rehabilitación y ubicación al alta hospitalaria en pacientes con accidente vascular cerebral agudo. Muy buena reproductibilidad, con coeficientes kappa ponderado intraobservador de 0,98 e interobservador de algo más de 0,88. Discreta a aceptable sensibilidad al cambio.

Descripción

El Índice de Barthel fue publicado en 1965, al igual que en el caso del de Katz, fruto de la observación de un equipo multidisciplinar. A pesar de que su uso está menos generalizado que en el caso del Índice de Katz, la mayoría de autores británicos lo utilizan y está recomendado por la British Geriatrics Society. También es la escala más utilizada internacionalmente para la valoración funcional de pacientes con patología cerebrovascular y demencia vascular. Tiene una buena validez concurrente con el Katz y elevado valor predictivo sobre mortalidad, ingreso hospitalario, duración de la estancia en unidades de

rehabilitación y ubicación al alta hospitalaria en pacientes con accidente vascular cerebral agudo. Tiene muy buena reproductibilidad, con coeficientes kappa ponderado intraobservador de 0,98 e interobservador de algo más de 0,88. Consta de 10 actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y da más importancia que el Katz a ítems como el control de esfínteres y la movilidad, incluso desglosándolos.

Normas de aplicación

La valoración de cada uno de los ítems es llevada a cabo por el clínico tras interrogar a un cuidador sobre los diferentes ám-

bitos de las actividades básicas de la vida diaria.

Corrección e interpretación

Su puntuación va de 0 a 100, 90 para pacientes limitados a silla de ruedas, lo que proporciona una mayor facilidad del manejo estadístico de los datos y posee mayor sensibilidad al cambio que el de Katz. No es una escala continua, ni sus ítems están ordenados jerárquicamente. Las categorías de los ítems puntúan con intervalos de 5 puntos. La puntuación mínima es de 0, en el paciente encamado y totalmente dependiente, y la máxima de 100, en el sujeto independiente y sin limitaciones para el desplazamiento. A partir de una puntua-

ción igual o superior a 60 se considera al paciente como suficientemente independiente. Sus resultados globales se pueden agrupar en cuatro grupos de dependencia: a) Total < 20; b) Grave = 20-35; c) Moderada = 40-55 y d) Leve ≥ 60. Estas categorías están basadas en resultados obtenidos en diferentes estudios sobre el valor predictivo de estos puntos de corte, en el potencial de rehabilitación y su capacidad de recuperar la independencia (Mahoney y Barthel, 1965; Baztán, Pérez del Molino, Alarcón, San Cristóbal, Izquierdo y Manzarbeitia, 1993; Baztán, González-Montalvo y Del Ser, 1994; Agüera, 1998; Peña-Casanova, 1998; Polonio, 1998; Deví, 1999; Pedro, 2000; González, 2001; Deví, 2002).

Prueba

Índice de Barthel (adaptado de Baztán, J., *et al.*, 1994)

ALIMENTACIÓN	
10	INDEPENDIENTE: Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, come en un tiempo razonable, usa condimentos, etc.
5	NECESITA AYUDA: Por ejemplo, para cortar, extender la mantequilla, etc.
0	DEPENDIENTE: Necesita alguna ayuda.
LAVADO (BAÑO)	
5	INDEPENDIENTE: Capaz de lavarse entero usando ducha o baño (incluye entrar y salir del mismo). Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.
0	DEPENDIENTE: Necesita alguna ayuda.
VESTIRSE	
10	INDEPENDIENTE: Capaz de ponerse y quitarse la ropa. Se ata los zapatos y abrocha los botones. Se coloca el braguero o corsé si precisa.
5	NECESITA AYUDA: Pero hace al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.
0	DEPENDIENTE.

12. Evaluación cognitiva y funcional del envejecimiento y de la demencia

ARREGLARSE	
5	INDEPENDIENTE: Incluye lavarse la cara y las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, lavarse los dientes. No necesita ninguna ayuda.
0	DEPENDIENTE: Necesita alguna ayuda.
DEPOSICIÓN	
10	CONTINENTE/NINGÚN ACCIDENTE: Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios se arregla por sí solo.
5	ACCIDENTE OCASIONAL: Raro (menos de una vez por semana) o necesita ayuda para el enema o supositorios.
0	INCONTINENTE.
MICCIÓN	
10	CONTINENTE/NINGÚN ACCIDENTE: Ningún episodio de incontinencia. Seco día y noche. Si precisa sonda o colector es capaz de atender él solo su cuidado.
5	ACCIDENTE OCASIONAL: Menos de una vez por semana. Necesita ayuda para el cuidado de la sonda o colector.
0	INCONTINENTE.
RETRETE	
10	INDEPENDIENTE: Usa retrete, bacinilla o cuña sin ayuda y sin manchar. Se quita y pone la ropa, se sienta y se levanta sin ayuda, previene el manchado, se limpia y tira de la cadena.
5	NECESITA AYUDA: Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse o ponerse la ropa o usar el papel de baño. Aún es capaz de usar el retrete y se limpia solo.
0	DEPENDIENTE: Incapaz de manejarse sin asistencia mayor.
TRASLADO SILLÓN/CAMA	
15	INDEPENDIENTE: Sin ayuda en todas las fases (levantarse, andar, acostarse, etc.).
10	MÍNIMA AYUDA: Incluye supervisión verbal y pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por un cónyuge no muy fuerte.
5	GRAN AYUDA: Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia para salir de la cama o desplazarse.
0	DEPENDIENTE: Necesita grúa, o complemento de alzamiento, o ayuda de dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

DEAMBULACIÓN	
15	INDEPENDIENTE: Puede usar cualquier ayuda (bastón, muletas, caminador sin ruedas). Si utiliza prótesis es capaz de quitársela y ponérsela. Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión.
10	NECESITA AYUDA: Supervisión física o verbal, incluyendo instrumentos u otras ayudas para permanecer de pie. Deambula 50 metros.
5	INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS: En 50 metros debe ser capaz de girar esquinas solo.
0	INMÓVIL: Incluye ser rodado por otro.
ESCALONES	
10	INDEPENDIENTE: Capaz de subir y bajar un piso de escaleras sin ayuda o supervisión. Puede utilizar apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc.) y el pasamanos.
5	NECESITA AYUDA: Supervisión física o verbal.
0	INCAPAZ: Necesita alzamiento (ascensor) o no puede salvar escalones.
PUNTUACIÓN TOTAL	
<div style="border: 2px solid black; width: 50px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	

Escala de Lawton y Brody.

Philadelphia Geriatric Center-Instrumental Activities of Daily Living, PGC-IADL (Lawton, M. P., y Brody, E. M., 1969)

Ficha técnica

Nombre: *Philadelphia Geriatric Center-Instrumental Activities of Daily Living.*

Siglas: PGC-IADL.

Autor (dirección): Lawton M. P. y Brody E. M (no disponible).

Datos de publicación: Publicada en 1969.

Adaptación española: Baztan, J., González-Montalvo, J. I. y Del Ser-Quijano, T. (1994): «Escala de actividades de la vida diaria», en T. Del Ser y J. Peña (eds.), *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia* (137-164). Barcelona, Prous Science.

Descripción/tipo de evaluación: Cribaje funcional.

Objetivos: Valoración funcional de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD).

Ámbito de medida/áreas/problemas evaluados: Geriátrica y psicogeriatría / AIVD / situación y capacidad funcional instrumental o intermedia.

Población: Anciano normal.

Tiempo de administración: 5 minutos.

Momento más adecuado para pasar la prueba: Durante la entrevista clínica realizada al cuidador principal del paciente.

Procedimientos de puntuación: Escala de 8 ítems cuya puntuación varía de 0 (máxima dependencia) a 8 (independencia total). Cada AIVD tiene diversos subítems de los que hay que señalar el más aproximado.

Profesionales que pueden pasar la prueba: Profesional entrenado en el ámbito de las ciencias de la salud.

Datos psicométricos: Buena validez concurrente con otras escalas de actividades de la vida diaria (AVD) y con escalas de valoración cognitiva como el MMSE. En este último caso, cuatro AVD (uso del teléfono, medios de transporte, control de medicación y uso del dinero) de la PGC-IADL tienen una sensibilidad de 0,62 y una especificidad de 0,86 en el diagnóstico de deterioro cognitivo, definido como una puntuación en el MMSE < 24, y de 0,84 y 0,71, respectivamente, en el diagnóstico de demencia según criterios DSM-III. Buena consistencia interna. Ítems ordenados jerárquicamente. Fiabilidad interobservador de 0,85.

Descripción

Esta prueba es conocida también, como ya indican sus siglas, por la *Philadelphia Geriatric Center-Instrumental Activities of Daily Living (PGD-IADL)*, y fue publicada en el año 1969 por Lawton y Brody. Es una escala de actividades instrumentales de la vida diaria y aunque ha sido criticada en algunos aspectos, como el sesgo que se produce con la variable sexo en algunos de sus ítems, sigue siendo la escala más recomendada para la evaluación de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).

Tiene buena validez concurrente con otras escalas de actividades de la vida diaria y con escalas de valoración cognitiva como el MMSE. Concretamente, y en este último caso, cuatro AVD (uso del teléfono, medios de transporte, control de medicación y uso del dinero) de la PGC-IADL tienen una sensibilidad de 0,62 y una especificidad de 0,86 en el diagnóstico de deterioro cognitivo, definido como una puntuación en el MMSE < 24, y de 0,84 y 0,71, respectivamente, en el diagnóstico de demencia según criterios DSM-III. Tiene buena consistencia interna y sus ítems están ordenados jerárquicamente.

En el estudio original, el coeficiente de Pearson para la fiabilidad interobservador fue de 0,85. Consta de ocho AIVD y su puntuación va desde 0 (dependencia total) a 8 (independencia total) (Lawton y Brody, 1969; Baztán, González-Montalvo, Del Ser, 1994; Agüera, 1998; Peña-Casanova, 1998; Polonio, 1998; Deví, 1999; Pedro, 2002; González, 2001; Deví, 2002).

Normas de aplicación

El clínico deberá interrogar exhaustivamente al cuidador sobre los diferentes ítems que valoran las actividades instrumentales de la vida diaria y, posterior-

mente, decidir la puntuación correspondiente.

Corrección e interpretación

La corrección se especifica en el protocolo de la prueba. Las diferentes alternativas de cada ítem pueden ser puntuadas de 0 a 1. Según lo explicado por el cuidador, el clínico elige la alternativa más adecuada para cada ítem. De esta forma, cada ítem será valorado con un 1 (actividad instrumental alterada) o con 0 (actividad instrumental preservada). La puntuación total irá desde un rango de 0 (totalmente independiente) a 8 (totalmente dependiente).

Prueba

Escala de Lawton y Brody, *PGC-IADL* (adaptado de Baztán, J. *et al.*, 1994)

1	A) Capacidad para usar el teléfono.
1	1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc.
1	2. Marca unos cuantos números bien conocidos.
0	3. Contesta al teléfono, pero no marca.
0	4. No usa el teléfono en absoluto.
1	B) Ir de compras.
0	1. Realiza todas las compras necesarias con independencia.
0	2. Compra con independencia pequeñas cosas.
0	3. Necesita compañía para realizar cualquier compra.
0	4. Completamente incapaz de ir de compras.
1	C) Preparación de la comida.
0	1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia.
0	2. Prepara las comidas adecuadas si se le dan los ingredientes.
0	3. Calienta, sirve y prepara las comidas, pero no mantiene una dieta adecuada.
0	4. Necesita que se le prepare y sirva la comida.
1	D) Cuidar la casa.
1	1. Cuida la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos duros o pesados).
1	2. Realiza tareas domésticas ligeras, como fregar los platos o hacer las camas.
1	3. Realiza tareas ligeras pero no mantiene un nivel adecuado de limpieza.
0	4. Necesita ayuda con todas las tareas de la casa.
0	5. No participa en ninguna tarea doméstica.
1	E) Lavado de ropa.
1	1. Realiza completamente el lavado de ropa personal.
0	2. Lava ropas pequeñas, aclara medias, etc.
0	3. Necesita que otro se ocupe de todo el lavado.
1	F) Medio de transporte.
1	1. Viaja solo en transportes públicos o conduce su propio coche.
1	2. Capaz de organizar su transporte cogiendo taxis, pero no usa otros transportes.
1	3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona.
0	4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros.
0	5. No viaja en absoluto.
1	G) Responsabilidad sobre la medicación.
0	1. Es responsable de tomar su medicación a la hora y dosis correcta.
0	2. Toma sólo su medicación, si se le prepara previamente la dosis.
0	3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación.
1	H) Capacidad de utilizar el dinero.
1	1. Maneja y se encarga de sus asuntos financieros por sí solo, con independencia.
1	2. Maneja los gastos cotidianos, pero necesita ayuda en las grandes compras y en los bancos.
0	3. Incapaz de manejar dinero.
	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
	PUNTUACIÓN TOTAL (De un máximo de 8)

Escala de Actividades de la Vida Diaria de Alzheimer.

AVD (Deví Bastida, J., 1999)

Ficha técnica

Nombre: Escala de Actividades de la Vida Diaria de Alzheimer.

Siglas: AVD.

Autor (dirección): Deví Bastida J. Asociación de Familiares de Alzheimer Barcelona (AFAB).

Datos de publicación: Publicación como tesis doctoral (Deví, 1999) y revisión de la escala (Deví, 2002).

Descripción/tipo de evaluación: Escala de valoración funcional multidimensional.

Objetivos: Valoración funcional de actividades básicas (ABVD), instrumentales (AIVD) y avanzadas de la vida diaria (AAVD).

Ámbito de medida/áreas/problemas evaluados: Enfermedad de Alzheimer de inicio precoz y de inicio tardío, con criterios NINCDS-ADRDA / ABVD, AIVD y AAVD / situación y capacidad funcional global y específica por áreas.

Población: Enfermos de Alzheimer.

Tiempo de administración: 30-35 minutos.

Momento más adecuado para pasar la prueba: Durante la entrevista clínica realizada al cuidador principal del paciente.

Procedimientos de puntuación: 1. Sí: (3 puntos): Independiente / no lo ha hecho nunca, pero podría hacerlo solo, independientemente. 2. Parcialmente dependiente (poco): (2 puntos): Con poca ayuda / no lo ha hecho nunca, pero podría hacerlo con poca ayuda (verbal y/o física). 3. Parcialmente dependiente (mucho): (1 punto): Con mucha ayuda / no lo ha hecho nunca, pero podría hacerlo con mucha ayuda (verbal y/o física). 4. No: (0 puntos): Dependiente / no lo ha hecho nunca, y ahora tampoco podría hacerlo. La independencia se basará en la habilidad potencial del sujeto (cognitiva, emocional, psicosocial, funcional y motora), en su estado actual. En el caso de que no realice un ítem, porque no lo ha hecho nunca, se puntuará, teniendo en cuenta la capacidad potencial residual actual del sujeto, marcando siempre el ítem correspondiente con un asterisco (*). Los ítems que tengan una (H) al final se preguntarán al sexo masculino y los que tengan una (M) al final se preguntarán al sexo femenino. Nivel visual y auditivo: un 3 sí ve / oye: bien; un 2 sí ve / oye: regular; un 1 sí ve / oye: mal y un 0 sí no ve / no oye. OBSERVACIONES.

Profesionales que pueden pasar la prueba: Psicólogos, médicos, diplomados en enfermería, diplomados en terapia ocupacional y diplomados en fisioterapia. Entrenados previamente para poder utilizar la Escala AVD de Alzheimer.

Datos psicométricos: Presenta las características métricas necesarias en cuanto a su validez (contenido, criterio o empírica concurrente y de constructo convergente), también en cuanto a su fiabilidad (estabilidad = 0,9, consistencia interna = 0,96, homogeneidad de ítems, jerarquía de ítems, reproductibilidad intraobservador = 0,8, reproductibilidad interobservador = 0,7, y dimensionalidad) y también en su sensibilidad al cambio (interindividual e intraindividual).

Descripción

Fue presentada como base de una tesis doctoral (Deví, 1999) y ha sido publicada ampliamente de forma reciente (Deví, 2002). Está compuesta por 25 actividades de la vida diaria (AVD) (9 básicas, 9 instrumentales y 7 avanzadas), que a su vez

incluyen entre todas un total de 202 ítems. Para cada AVD, también se incluye un apartado donde se especifica el grado de independencia/dependencia del sujeto, incluyendo estadios intermedios (parcialmente dependiente con poca ayuda y parcialmente dependiente con mucha ayuda). Dispone de cuatro columnas de valora-

ción para realizar cuatro administraciones distintas en el tiempo, con la finalidad de poder comparar resultados entre sí sobre diferentes momentos en el tiempo, del curso evolutivo de la enfermedad en el paciente. Incluye al final un apartado de observaciones, para poder anotar todo aquello que resulte relevante de destacar y que por un motivo u otro no haya quedado reflejado con anterioridad. En el encabezamiento incluye un protocolo de datos personales y clínicos, así como un apartado donde se indica el nivel visual y auditivo del paciente. También se incluye un diagrama con todas las actividades de la vida diaria (AVD) para poder representar el perfil del paciente en cada una de las distintas administraciones de la misma y, así, poder observar empeoramiento o posibles mejoras.

La fiabilidad del instrumento es buena en la fiabilidad test-retest (estabilidad), donde se ha observado con la correlación de Pearson que se mantiene estable en el tiempo y que todas las correlaciones son óptimas [la mayoría por encima de 0,9 ($p < 0,01$)]. La fiabilidad intraobservador (correlación de Pearson) es también alta, puesto que la mayoría de las correlaciones están por encima de 0,8 ($p < 0,01$). En cuanto a la fiabilidad interobservador es buena, ya que las kappas de Cohen están dos tercios de ellas por encima de 0,7 ($p < 0,01$). La consistencia interna del total de la escala es excelente, dado que la alfa total es de 0,96. Igualmente son excelentes las consistencias internas del grupo de actividades básicas de la vida diaria (ABVD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD) superando los tres grupos una puntuación de alfa total de 0,9. Asimismo, el total de ítems para cada AVD presenta también consistencias altas o muy altas. La homogeneidad de los ítems y de las diferentes AVD es también elevada. La dimensionalidad de los factores extraídos ha sido muy bue-

na. Se destaca que ha habido AVD que han presentado más de un factor y se ha observado que en la mayoría de los casos en que esto ha sucedido ha sido para detallar mejor dicha AVD. Además, los pesos factoriales han explicado mucho del constructo en cuestión (Deví, 1999; Deví, 2002).

También posee una buena validez de contenido y de constructo, y una aceptablemente buena validez empírica o de criterio. En cuanto a la validez de contenido, el instrumento representa bien el área que se quería medir y el contenido de la prueba cumple los requisitos necesarios para este tipo de validez, como son revisión de literatura científica, experiencia clínica, opinión de expertos, opinión de pacientes, opinión de familiares y allegados, entre otros. En cuanto a la validez empírica o de criterio, la prueba es buena, teniendo en cuenta que la comparación con el «gold estándar» ha dado buenos resultados. Por tanto, se concluye que tiene también buena validez concurrente. También se concluye buena validez de constructo (validez convergente), dado que se han cumplido hipótesis como, por ejemplo, la jerarquía de ítems o la sensibilidad al cambio que le dan este tipo de validez (Deví, 1999; Deví, 2002).

Respecto a la sensibilidad al cambio, cabe decir que se ha cumplido tanto la fiabilidad interindividual como la intraindividual, y que era necesario su comprobación para la completa validación del instrumento de medida, necesario para demostrar que existe realmente un cambio en la población de enfermos de Alzheimer (Deví, 1999; Deví, 2002).

Normas de aplicación

La escala se administrará a sujetos con enfermedad de Alzheimer «probable» según criterios NINCDS-ADRDA (McKann, Drachman, Folstein, Katzman, Pri-

ce y Stadlan, 1984) y será administrada al cuidador principal del paciente y que conozca el estado de funcionamiento global del paciente. Pretende ser un instrumento multidisciplinar e interdisciplinar en el campo de la enfermedad de Alzheimer. Para administrar la escala, no sólo es necesario pertenecer a una de dichas disciplinas sanitarias, sino también cumplir otros dos requisitos: a) conocer bien el campo de la enfermedad de Alzheimer y b) estar trabajando en él. Por tanto, será necesario ser un evaluador especialmente entrenado para la administración de dicha escala.

Corrección e interpretación

La escala AVD de Alzheimer es una herramienta útil para ayudar a realizar una planificación del tratamiento terapéutico farmacológico y no farmacológico en actividades de la vida diaria en la enfermedad

de Alzheimer; sirve para observar la evolución del enfermo de Alzheimer, así como también de elemento pronóstico del paciente, desde los síntomas más incipientes del inicio de la enfermedad hasta el final de ésta. Puede ser útil, para ayudar a hacer una valoración de resultados, de tratamientos farmacológicos y no farmacológicos utilizados, ya sean de intervención cognitiva o de intervención no cognitiva. Presenta la posibilidad de clasificación de enfermos de Alzheimer, según su independencia/dependencia en cada AVD, según su independencia/dependencia en «básicas», «instrumentales» y «avanzadas» por separado, y según su independencia/dependencia en el global de la escala. Puede ser una escala útil en su empleo en centros de día, residencias, UFISS o servicios de geriatría o unidades de demencias, servicios de neurología, PADES, entre otros. Finalmente, también es un buen instrumento para ser empleado para realizar investigación (Deví, 1999; Deví, 2002).

Prueba

Escala de Actividades de la Vida Diaria de Alzheimer, AVD (Deví Bastida, J., 1999)

A. ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA.

A.1 BAÑO.

01. Utiliza la esponja.
02. Es capaz de lavarse entero en ducha o bañera utilizando gel o jabón, normalmente.
03. Sabe lavarse el pelo utilizando champú.
04. No necesita ayuda para lavarse la espalda y/o alguna otra parte del cuerpo.

A.2. HIGIENE PERSONAL.

01. Sabe abrir y cerrar grifos.
02. Sabe lavarse las manos (incluye el uso del jabón, normalmente).
03. Sabe secarse manos y cara.
04. Sabe lavarse la cara.
05. Sabe para qué sirven los diferentes sanitarios del cuarto de baño (bidé, bañera, ducha, W.C., etc.).
06. Sabe peinarse.
07. Sabe enjuagarse la boca una vez se ha cepillado los dientes.
08. Sabe poner pasta dentífrica en el cepillo de dientes y cepillárselos.
09. Sabe utilizar el secador de pelo.

12. Evaluación cognitiva y funcional del envejecimiento y de la demencia

10. Sabe afeitarse con maquinilla eléctrica (H) /Sabe depilarse (M).
 11. Sabe afeitarse con jabón y cuchilla (H)/Sabe maquillarse y desmaquillarse (M).
- A.3. VESTIR.
01. Sabe descalzarse los zapatos.
 02. Sabe quitarse el abrigo o la chaqueta.
 03. Sabe quitarse la ropa de la parte superior del cuerpo.
 04. Sabe desabrocharse botones, cremalleras, velcros, cinturones, etc.
 05. Sabe calzarse los zapatos.
 06. Sabe desabrocharse los zapatos.
 07. Sabe ponerse el abrigo o la chaqueta.
 08. Sabe quitarse la ropa de la parte inferior del cuerpo.
 09. Sabe ponerse la ropa de la parte superior del cuerpo.
 10. Saca la ropa de los colgadores y cajones.
 11. Sabe quitarse la ropa interior.
 12. Sabe ponerse la ropa de la parte inferior del cuerpo.
 13. Distingue el derecho del revés en las prendas de vestir.
 14. Conoce el orden correcto de las prendas de vestir.
 15. Sabe abrocharse botones, cremalleras, velcros, cinturones, etc.
 16. Sabe ponerse la ropa interior.
 17. No tiene olvidos y/o errores en la secuencia de vestirse.
 18. Sabe abrocharse los zapatos.
 19. Sabe escoger la ropa y combinarla para cada ocasión.
 20. Sabe dónde guarda su ropa.
- A.4. USO DEL W.C.
01. Sabe sentarse y levantarse correctamente del W.C.
 02. Sabe bajarse la ropa.
 03. Sabe subirse la ropa.
 04. Tira de la cadena de la cisterna.
 05. Usa adecuadamente el papel higiénico.
 06. Toma medidas para evitar mancharse la ropa al hacer sus necesidades.
 07. Limpia el W.C. con la escobilla, si es necesario.
- A.5. MOVILIDAD.
01. No va en silla de ruedas (indicar, si utiliza bastón, muletas o caminador).
 02. No sufre caídas.
 03. Se desplaza bien en llano.
 04. Puede utilizar el pasamanos para subir o bajar escaleras, si lo necesita en un momento dado.
 05. Sabe sentarse en una silla o un sofá.
 06. Sube correctamente los peldaños.
 07. Camina bien.
 08. Sabe levantarse de una silla o un sofá.
 09. Sabe levantarse de la cama y salir de ella.
 10. Baja correctamente los peldaños.
 11. Sabe entrar en la cama y estirarse en ella.
 12. Se desplaza bien subiendo una pendiente.
 13. Sabe abrir, atravesar y cerrar puertas.
 14. Se desplaza bien bajando una pendiente.
 15. Puede entrar sin dificultades en un medio de transporte (coche, tren, etc.).
 16. Puede salir sin dificultades de un medio de transporte (coche, tren, etc.).
- A.6. CONTROL ANAL.
01. Tiene buen control diurno (no hay incontinencia).
 02. No utiliza pañales de día.

03. Tiene buen control nocturno (no hay incontinencia).
 04. No utiliza pañales de noche.
 05. Es capaz de ponerse enemas y supositorios.
- A.7. CONTROL VESICAL.
01. No utiliza pañales de día.
 02. Tiene buen control diurno (no hay incontinencia).
 03. Tiene buen control nocturno (no hay incontinencia).
 04. No utiliza pañales de noche.
- A.8. COMER.
01. No tiene dificultad para tragar.
 02. No tiene dificultad para masticar.
 03. Bebe con taza o vaso.
 04. Usa la cuchara.
 05. Lleva la comida del plato a la boca.
 06. Usa el tenedor.
 07. Usa adecuadamente la servilleta.
 08. Come limpiamente con los cubiertos adecuados.
 09. Puede ponerse la bebida en el vaso.
 10. Sabe cortar con el cuchillo (carne, pan u otro alimento).
 11. Es capaz de untar mantequilla o mermelada.
 12. Sabe pelar la fruta (también con cuchillo).
 13. Utiliza condimentos (sal, pimienta, azúcar, etc.).
- A.9. COMUNICACIÓN.
01. Puede entender y ejecutar instrucciones sencillas orales.
 02. Puede leer.
 03. Puede entender y ejecutar instrucciones sencillas escritas.
 04. Sabe escribir su nombre y apellidos y/o firmar.
 05. Es capaz de mantener una conversación.
 06. Puede escribir.
 07. Puede entender y ejecutar instrucciones orales de moderada complejidad.
 08. Lee y entiende lo que está leyendo (incluye pasar las páginas sin problemas).
 09. Puede seguir sin dificultades una película o programa de televisión.
 10. Puede escribir una frase con sentido.
 11. Puede entender y ejecutar instrucciones orales complejas.
 12. Puede entender y ejecutar instrucciones escritas de moderada complejidad.
 13. Puede entender y ejecutar instrucciones escritas complejas.
- B. ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA.**
- B.1. USO DEL TELÉFONO.
01. Reconoce el timbre.
 02. Sabe colgar y descolgar el aparato.
 03. Es capaz de contestar al teléfono.
 04. Sabe marcar un número escrito o dictado.
 05. Utiliza el teléfono por iniciativa propia.
 06. Es capaz de marcar bien algunos números familiares, de memoria.
 07. Sabe consultar un número telefónico en la agenda.
 08. Sabe consultar un número telefónico en la guía.
 09. Sabe cuándo ha de marcar un prefijo y lo hace.
- B.2. COMPRAS.
01. Sabe dónde tiene que comprar cada producto.
 02. Es capaz de hacer pequeñas compras (3 ó 4 productos) totalmente solo.
 03. Es capaz de hacer una lista de aquello que necesita.
 04. Sabe lo que tiene que comprar.

12. Evaluación cognitiva y funcional del envejecimiento y de la demencia

- 05. Es capaz de realizar grandes compras totalmente solo.
- B.3. PREPARACIÓN DE COMIDAS.
 - 01. Comidas: sabe utilizar los utensilios corrientes de cocina.
 - 02. Comidas: sabe cocinar cosas sencillas (bistec, huevo frito, etc.).
 - 03. Sabe hacer café, té y otras infusiones (manzanilla, tila, etc.).
 - 04. Comidas: sabe preparar un menú (platos más elaborados).
- B.4. CUIDADO DEL HOGAR.
 - 01. Sabe utilizar interruptores.
 - 02. Sabe utilizar enchufes.
 - 03. Sabe barrer.
 - 04. Sabe utilizar el interfono.
 - 05. Sabe fregar los platos.
 - 06. Sabe hacer una cama.
 - 07. Sabe fregar el suelo.
 - 08. Coser: sabe coser cosas sencillas (botones, etc.).
 - 09. Sabe utilizar las llaves de su casa.
 - 10. Sabe quitar el polvo.
 - 11. Coser: sabe enhebrar la aguja.
 - 12. Sabe planchar.
 - 13. Sabe diferenciar las llaves de su casa de otras llaves.
 - 14. Sabe regular la temperatura de la plancha.
 - 15. Sabe utilizar otros electrodomésticos del hogar (aspiradora, T.V., etc.).
 - 16. Sabe utilizar los electrodomésticos de la cocina.
 - 17. Es capaz de organizarse el trabajo de la casa.
 - 18. Coser: sabe coser con más complejidad (dobladillo de un pantalón, zurcir, etc.).
- B.5. LAVADO DE ROPA.
 - 01. Lavadora o a mano: sabe separar la ropa para cada tipo de lavado (ropa blanca, ropa de color).
 - 02. Sabe lavar la ropa a mano.
 - 03. Lavadora: sabe hacerla funcionar.
 - 04. Sabe tender correctamente la ropa y/o hacer funcionar la secadora.
 - 05. Lavadora o a mano: sabe separar la ropa para cada tipo de lavado (lavar en agua fría, lavar en agua caliente).
 - 06. Lavadora o a mano: sabe dosificar el jabón y/o el suavizante, y cuándo añadirlo.
- B.6. TRANSPORTES.
 - 01. Sabe utilizar el ascensor.
 - 02. Sabe viajar en taxi.
 - 03. Sabe viajar en autobús.
 - 04. Sabe viajar en otros transportes (tranvía, funicular, etc.).
 - 05. Sabe viajar en tren.
 - 06. Sabe viajar en metro.
 - 07. Sabe viajar en avión y/o barco.
 - 08. Sabe conducir y circular.
- B.7. MEDICACIÓN.
 - 01. Se encarga personalmente de conseguir los medicamentos, yéndolos a buscar a la farmacia.
 - 02. Se encarga personalmente de conseguir las recetas de sus medicamentos, yendo al médico.
 - 03. Sabe el momento (la hora) en que se ha de tomar los medicamentos.
 - 04. Sabe qué medicamentos ha de tomar.
 - 05. Sabe la dosis que se ha de tomar.

- B.8. USO DEL DINERO.**
01. Reconoce los billetes (dinero de curso legal o no).
 02. Reconoce las monedas (dinero de curso legal o no).
 03. Diferencia los billetes de más valor de los de menos valor.
 04. Diferencia las monedas de más valor de las de menos valor.
 05. Sabe dar una cantidad determinada.
 06. Sabe comprobar el cambio.
 07. Entiende y utiliza la libreta de ahorros.
 08. Es capaz de encargarse de sus asuntos económicos.
- B.9. CONOCIMIENTO DE SITUACIONES Y SEÑALES DE PELIGRO.**
01. Conoce el peligro que engendran los objetos cortantes y rompibles.
 02. Sabe qué es un paso de cebra.
 03. Sabe del peligro de enchufes y cables eléctricos.
 04. Interpreta correctamente el semáforo de peatones.
 05. Interpreta correctamente el semáforo de vehículos.
 06. Conoce el peligro de ciertos electrodomésticos (plancha, horno, etc.).
 07. Puede fumar sin peligro (enciende, fuma y apaga el cigarrillo).
 08. Utiliza correctamente encendedores y cerillas.
 09. Conoce los riesgos que comportan las llaves de paso (gas y agua).
 10. Conoce correctamente los productos tóxicos (medicamentos, productos de limpieza, etc.).
 11. Discrimina correctamente la comida caducada.
- C. ACTIVIDADES AVANZADAS DE LA VIDA DIARIA.**
- C.1. ACTIVIDADES FÍSICAS: TRABAJO INTENSO.**
01. Realiza actividades como lavar el coche y limpiarlo por dentro, etc.
 02. Realiza actividades en casa como jardinería, trabajo intenso de bricolaje, etc.
- C.2. ACTIVIDADES FÍSICAS: EJERCICIO INTENSO.**
01. Conoce las reglas del o de los deportes individuales que practica.
 02. Practica algún deporte o deportes individuales, donde no necesita de nadie para realizarlo y que puede implicar un riesgo de accidentalidad (alto o bajo) tanto para él como para otros (por ejemplo, natación, tenis, caza, etc.).
- C.3. ACTIVIDADES MIXTAS: EJERCICIO INTENSO.**
01. Conoce las reglas del o de los deportes que practica (deportes donde han de intervenir dos o más personas).
 02. Practica algún deporte o deportes donde han de intervenir necesariamente dos o más personas y que puede implicar un riesgo de accidentalidad (alto o bajo) tanto para él como para otros (por ejemplo, tenis, fútbol, tiro al plato, etc.).
- C.4. ACTIVIDADES MIXTAS: ACTIVIDAD LABORAL.**
01. Conoce los útiles y/o herramientas que se emplean en su actividad laboral habitual.
 02. Conoce el desarrollo de su actividad laboral habitual.
- C.5. ACTIVIDADES SOCIALES: VIAJES.**
01. Sabe utilizar beneficiosamente los servicios ofertados por un hotel (comedor, recepción, etc.), por un apartamento o por un camping.
 02. Sabe preparar el equipaje con todo lo que va a necesitar.
 03. Proyecta sus viajes.
 04. Sabe si va a necesitar pasaporte u otros documentos.
 05. Visita todo lo más emblemático o lo que más le gusta del lugar adonde ha ido de viaje.
 06. Se informa de si se ha de poner alguna vacuna o no y, en caso afirmativo, lo hace.
 07. Planifica las rutas a seguir.
 08. Realiza la reserva del billete del medio de transporte a utilizar, sea barco, avión, etc. (mediante agencia de viajes o él independientemente).

12. Evaluación cognitiva y funcional del envejecimiento y de la demencia

09. Realiza la reserva de hotel o apartamento (mediante agencia de viajes o él independientemente).
 10. Organiza sus viajes.
- C.6. ACTIVIDADES SOCIALES: AFICIONES.
01. Va a bailar (sala de fiestas, club social, etc.).
 02. Va a un concierto.
 03. Juega a las damas, las cartas, el parchís, el dominó, etc.
 04. Va a misa y/u otras actividades religiosas.
 05. Debate y discute noticias y hechos, actuales o no, de política, deportes, cultura, etc.
 06. Va al teatro.
 07. Va al cine.
 08. Va a un parque de atracciones.
 09. Va a un museo.
- C.7. ACTIVIDADES SOCIALES: SOCIALIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL.
01. Se relaciona normalmente, de forma apropiada.
 02. Mantiene amistades íntimas.
 03. Participa en reuniones familiares.
 04. Participa en reuniones de amigos.
 05. Hace nuevas amistades.
 06. Recuerda y felicita cumpleaños, santos y aniversarios de familia y amigos.
 07. Participa en el cuidado de otras personas que necesitan una atención (cónyuge, nietos, etc.).
 08. Está al corriente de las noticias de su vecindario o de su comunidad.

3. Referencias

- Agüera, L. F. (1998): «Demencia: una aproximación práctica». Barcelona, Masson.
- Arbizu-Urdiain, T. y Ballabriga-Planas, J. (1995): *Manual para el diagnóstico de la demencia en la atención primaria*. Barcelona, Servicio de Documentación Médica (SAT).
- Baztan, J., González-Montalvo, J. I. y Del Ser-Quijano, T. (1994): «Escalas de actividades de la vida diaria», en T. del Ser y J. Peña (eds.): *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia* (pp. 137-164). Barcelona, Prous Science.
- , Pérez del Molino, J., Alarcón, T., San Cristóbal, E., Izquierdo, G., y Manzarbeitia, J. (1993): «Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular», *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 28, 32-40.
- Bermejo, F. (1987): «Epidemiología de la demencia. Revisión del tema y datos de España», *Revista Clínica Española*, 181, 13-21.
- , Gómez, T. y Morales, J. M. (1994): «El Mini-Mental State Examination en la evaluación del deterioro cognitivo y la demencia», en T. del Ser y J. Peña (eds.): *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia* (pp. 93-107). Barcelona, Prous.
- Blessed, G., Tomlinson, B. E. y Roth, M. (1968): «The association between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral grey matter of elderly subjects», *British Journal of Psychiatry*, 114, 797-811.
- Cacho, J., García-García, R., Arcaya, J., Vicente, J. L. y Lantada, N. (1999): «Una propuesta de aplicación y puntuación del test del reloj en la enfermedad de Alzheimer», *Revista de Neurología*, 28, 648-655.
- Cimino, C. R. (1994): «Principles of neuropsychological interpretation», en R. S. Vanderploeg (ed.): *Clinician's guide to neuropsychological assessment* (pp. 69-112). Hillsdale, Nueva Jersey, Lawrence Erlbaum.
- Claver-Martín, M. D. (2002): «Aspectos psicológicos del envejecimiento», en M. Martín-Carrasco, L. Agüera-Ortiz y J. Cervilla-Ballesteros (eds.): *Psiquiatría geriátrica* (pp.15-61). Barcelona, Masson.
- Christensen, L., Manga, D. y Ramos, F. (2002): «Luria-DNA, Diagnóstico neuropsicológico de adultos». Barcelona, Ediciones TEA.
- De la Fuente, M. (1994): «Las escalas de valoración funcional y diagnóstica en rehabilitación geriátrica», en J. R. Parreño (ed.): *Rehabilitación en geriatría* (pp. 459-479). Madrid, Editores Médicos, S.A.
- Del Ser, T., Morales, J. M. y Bermejo, F. (1993): «Evaluación del deterioro mental y de la demencia», en F. Bermejo y T. del Ser (eds.): *Demencias. Conceptos actuales* (pp. 13-38). Madrid, Díaz de Santos.
- Deví, J. (1999): «Una escala de valoración funcional de actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria para enfermos de Alzheimer». Tesis Doctoral, Universidad Autónoma de Barcelona.
- (2002): *La valoración funcional y la Escala AVD Alzheimer*. Barcelona, Prous Science.
- Duch-Campodarbe, F. R., Ruiz de Porras-Roselló, L. y Gimeno-Ruiz de Porras, D. (1999): «Recursos psicométricos utilizables en atención primaria». Barcelona, Novartis.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. y McHugh, P. R. (1975): «"Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician», *Journal of Psychiatry Research*, 12, 189-198.
- Gil-Gregorio, P. (2000): «Protocolo diagnóstico en la enfermedad de Alzheimer», en Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (eds.): *Demencia y geriatría* (pp. 25-36). Barcelona, Glosa Ediciones.
- González, J. L. (2001): «Principios básicos de la valoración geriátrica integral», en Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (eds.): *Valoración geriátrica integral* (pp. 15-26). Barcelona, Glosa Ediciones.
- Irving, G., Robinson, R. A. y McAdam, W. (1970): «The validity of some cognitive test in the diagnosis of dementia», *British Journal of Psychiatry*, 117, 149-156.
- Isaacs, B. y Akhtar, A. J. (1972): «The set Test: a rapid test of mental function in old people», *Age and Ageing*, 1, 222-226.
- Jacobs, J. W., Bernhard, M. R., Delgado, A. y Strain, J. J. (1977): «Screening for organic

12. Evaluación cognitiva y funcional del envejecimiento y de la demencia

- mental syndromes in the medically ill», *Annals of Internal Medicine*, 86, 40-46.
- Jensen, G. G. y Polloi, A. H. (1998): «The very old of Palau: health and mental stage», *Age and Ageing*, 220-226.
- Lawton, M. P. y Brody, E. M. (1969): «Assessment of older people: Self-maintaining and Instrumental Activities of Daily Living», *Gerontologist*, 9, 179-186.
- Lezak, M. D. (1995): *Neuropsychological assessment* (3.ª ed.). Nueva York, Oxford University Press.
- Llinás-Reglà, J., Vilalta-Franch, S. y López-Pousa, S. (1991): *CAMDEX. Examen Cambridge para trastornos mentales en la vejez*. Barcelona, Ancora.
- Lobo, A. y Ezquerra, J. (1979): «El “Mini-Examen Cognoscitivo”: un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos», *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*, 3, 189-202.
- , Gómez-Burgada, F., Sala, J. M. y Seva-Díaz, A. (1979): «El Mini-Examen Cognoscitivo en pacientes geriátricos», *Folia Neuropsiquiátrica*, 14, 244-251.
- , Ezquerra, J. (1980): «El “Mini-Examen Cognoscitivo”: un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes psiquiátricos», *Revista de Psiquiatría y de Psicología Médica*, 539-557.
- , Saz, P., Marcos, G., Día, J. L., De la Cámara, C., Ventura, T., Morales-Asín, F., Fernando-Pascual, L., Montañés, J. A., Aznar, S. y Lacámara, C. (1999): «Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica», *Medicina Clínica*, 112, 767-774.
- Mahoney, F. I. y Barthel, D. W. (1965): «Functional evaluation: The Barthel Index», *Md. State. Med. J.*, 14, 61-65.
- Martín-Carrasco, M., Agüera-Ortiz, L., Pelegrín-Valero, C. y Moríñigo-Domínguez, A. (2002): «Las demencias», en M. Martín-Carrasco, L. Agüera Ortiz y J. Cervilla-Ballesteros (eds.): *Psiquiatría geriátrica* (pp. 201-313). Barcelona, Masson.
- McKann, G., Drachman, D., Folstein, M., Katzman, R., Price, D. y Stadlan, E. M. (1984): «Clinical diagnosis of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer’s disease», *Neurology*, 34, 934-944.
- Morales-González, J. M. y Del Ser-Quijano, T. (1994): «Escala de detección del deterioro mental en el anciano», en T. del Ser-Quijano y J. Peña-Casanova (eds.): *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia* (pp. 73-91). Barcelona, Prous Science.
- O’Connor, D. W., Pollitt, P. A., Treasure, F. P., Brook, C. P. B. y Reiss, B. B. (1989): «The influence of education, social class and sex on Mini-Mental State scores», *Psychological Medicine*, 19, 771-776.
- Pattie, A. H. y Gilleard, C. J. (1997): «Clifton», *Procedimientos para evaluación de ancianos (CAS)*. Madrid, TEA Ediciones.
- Pedro, P. (2000): «Evaluación de la función física en geriatría», en Centro de Estudios del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (eds.): *Demencia y geriatría* (pp. 29-42). Barcelona, *Col-legi Oficial de Metges de Barcelona*.
- Peña, J. (1998): «Exploración neuropsicológica de la enfermedad de Alzheimer», en R. Alberca y S. López-Pousa (eds.): *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias* (pp. 217-236). Madrid, Editorial Médica Panamericana.
- Peña-Casanova, J. (1990): *Programa integrado de exploración neuropsicológica. Manual*. Barcelona, Masson.
- , Aguilar, M., Santacruz, P., Bertrán-Serra, I., Hernández, G, Sol, J. M., Pujol, A., Blesa, R. y grupo NORMACODEM (1997). «Adaptación y normalización españolas de la Alzheimer’s Disease Assessment Scale (ADAS)», *Neurología*, 12, 69-77.
- Pfeiffer, E. A. (1975): «A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficits in elderly patients», *Journal American of Geriatry Society*, 22, 433.
- Polonio, B. (1998): «Valoración geriátrica integral: papel de la terapia ocupacional», en P. Durante y P. Pedro (eds.): *Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica* (pp. 25-47). Barcelona, Masson.
- Porrás-Chavarino, A. (2002): «Envejecimiento cerebral», en M. Martín-Carrasco, L.

- Agüera-Ortiz L. y J. Cervilla-Ballesteros (eds.): *Psiquiatría geriátrica* (pp. 3-14). Barcelona, Masson.
- Reisberg, B. (1988): «Functional Assessment Staging (FAST)», *Psychopharmacology Bulletin*, 24, 653-659.
- Rosen, W. G. Mohs, R. C. y Davis, K. L. (1984): «A new rating scale for Alzheimer's disease», *American Journal of Psychiatry*, 11, 1356-1364.
- Roth, M., Huppert, F. A., Tym, E. y Mountjoy, C. Q. (1988): «CAMDEX: The Cambridge examination for mental disorders for the elderly». Cambridge, Cambridge University Press.
- Rouleau, I., Salmon, D. P., Butters, N., Kennedy, C. y McGuire, K. (1992): «Quantitative and qualitative analyses of clock drawings in Alzheimer's and Huntington's disease», *Brain Cognition*, 18, 70-87.
- Rubin, E. H., Storandt, M., Miller, J. P., Grant, E. A., Kinschert, D. A., Morris, J. C. y Berg, L. (1993): «Influence of age on clinical and psychometric assessment of subjects with very mild or mild dementia of the Alzheimer type», *Archives of Neurology*, 50, 380-383.
- Schulman, K. L., Sheoletsy, R. y Silven, J. C. (1986): «The challenge of time: clock drawing and cognitive function in the elderly», *International Journal of Geriatrics Psychiatry*, 1, 135-140.
- SEP (2000): *Consenso Español de Demencias*. Madrid, Drug Pharma.
- Thalman, B., Mansch, A. U. y Ermini-Fiinfschilling, D. (1996): «Improved screening for dementia: combining the Clock Drawing Test and the Mini-Mental State Examination». Presentado en el 4th International Nice/Springfield Alzheimer Symposium. Niza, 10-14 de abril.

Alianza
Editorial
manuales

Antropología

Arte

Biología

Ciencia política

Crítica literaria

Economía

Educación

Filosofía

Física

Geografía

Historia

Lingüística

Matemáticas

Música

Psicología

Química

Sociología



3491083

ISBN 84-206-4169-3



9 788420 641690

¿Qué evaluar?, ¿cómo?, ¿con qué instrumentos? Esta obra es una recopilación de instrumentos de evaluación específicos para diversos temas relacionados con la psicología de la salud. Se ofrecen entrevistas, autorregistros y autoinformes que se utilizan en la evaluación de temas genéricos que afectan a los procesos de salud-enfermedad tales como la autoeficacia, el estrés, los estilos de vida, el sueño o el dolor crónico; y otros instrumentos referidos a problemas más específicos como la diabetes, los trastornos alimentarios y la obesidad, las conductas adictivas, el sida, la oncología y el envejecimiento y las demencias. De cada prueba se incluye una ficha técnica y amplia descripción, las normas para su corrección e interpretación y la prueba completa, lista para ser utilizada.

Teresa Gutiérrez, Rosa M.^a Raich, David Sánchez y Joan Deus son profesores de Psicología del Departamento de Psicología de la Salud y Psicología Social en la Universidad Autónoma de Barcelona.

El libro universitario
Alianza Editorial