

Unidad 3.

Aplicación

- La realización de un diagnóstico psicológico(o, lo que es lo mismo, de un diagnóstico psiquiátrico) bien fundamentado exige que el clínico reúna varios requisitos previos.
- En primer lugar, el clínico que lo realiza debe tener unos conocimientos de psicopatología extensos y detallados.

- Esto es, conocimientos acerca de qué tipos de comportamientos problemáticos (por ejemplo, déficit o excesos cognitivos, verbales, emocionales, etc.) suelen presentar las personas que acuden a consulta, cómo surgen y evolucionan, qué factores favorecen su aparición y sus cambios a lo largo del tiempo, en qué tipo de personas se dan con más o menos frecuencia, etc.

- En segundo lugar, debe poseer conocimientos igualmente extensos y detallados, así como entrenamiento práctico, acerca de cómo averiguar si algunos de dichos comportamientos problemáticos se están dando en una persona particular, así como su origen y evolución, sus posibles relaciones con otros problemas (psicológicos y no psicológicos) de la persona y las consecuencias que pueden estar teniendo en su vida o en la vida de los que la rodean (a averiguar todo esto le solemos llamar «evaluación clínica»).

- En tercer lugar, debe conocer en profundidad los sistemas nosológicos al uso que permiten clasificar dichos comportamientos problemáticos (por ejemplo el DSM-V o el ICD-10).
- Por último, debe saber cómo asignar las categorías del sistema clasificatorio elegido a los comportamientos problemáticos concretos que presenta su paciente, de tal forma que su juicio diagnóstico sea fiables (o replicable), válido y clínicamente útil para realizar predicciones sobre la evolución futura esperable de dichos problemas (pronóstico) y sobre cuál sería el tratamiento presumiblemente más conveniente.

Evaluación de ansiedad y fobias.

Trastorno de ansiedad y fobias

Preocupaciones y miedos intensos, excesivos y persistentes sobre situaciones diarias.

Interfieren con las actividades diarias, difíciles de controlar, desproporcionados en comparación con el peligro real y durar largo tiempo.

Ejemplos del trastorno de ansiedad son: trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad social, fobias específicas y trastorno de ansiedad por separación.

SINTOMAS

- Sensación de peligro inminente, pánico o catástrofe
- Aumento del ritmo cardíaco, • Respiración acelerada (hiperventilación), • Sudoración, • Temblores, • Sensación de debilidad o cansancio.
- Problemas para concentrarse o para pensar en otra cosa que no sea la preocupación actual
- Tener problemas para conciliar el sueño
- Padecer problemas gastrointestinales (GI)
- Tener dificultades para controlar las preocupaciones
- Tener la necesidad de evitar las situaciones que generan ansiedad

TIPOS DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD



Agorafobia

Trastorno de ansiedad generalizada

Trastorno de panico

Trastorno de ansiedad por separación

Trastorno de ansiedad social

Trastorno de fobia específica

FACTORES DE RIESGO



TRAUMA EN LA NIÑEZ

ESTRÉS DEBIDO A UNA ENFERMEDAD

DETERMINADOS TIPOS DE PERSONALIDAD

OTROS TRASTORNOS MENTALES

DROGAS O ALCOHOL

COMPLICACIONES

- El trastorno de ansiedad no implica solamente estar preocupado. También puede ocasionar, o empeorar, otros trastornos mentales y físicos, como los siguientes:
- Depresión (que a menudo se produce junto con un trastorno de ansiedad) u otros trastornos de salud mental.
- Abuso de sustancias.
- Problemas para dormir (insomnio).
- Problemas digestivos o intestinales.
- Dolor de cabeza y dolor crónico.
- Aislamiento social.
- Problemas en la escuela o el trabajo
- Mala calidad de vida.
- Suicidio.

Evaluación de los trastornos de ansiedad:



Escala de Hamilton

Questionarios psicológico más utilizado para clarificar el grado de ansiedad que sufre una persona.

No es un instrumento de diagnóstico, sino un recurso útil y eficaz para valorar en qué estado se encuentra el paciente

Es un instrumento que pueden utilizar tanto los médicos como los psiquiatras, pero teniendo claro que no determina el diagnóstico de un trastorno concreto

Este instrumento consta de 14 ítems. Cada pregunta tiene cinco opciones de respuesta, que van desde no presente hasta muy severo. Así, una puntuación de 17 o menos, indica ansiedad leve. Una puntuación que vaya entre 18 y 24 puntos nos daría ya una pista de un estado de ansiedad moderado. Por último, si obtenemos una puntuación entre 24 a 30, indicaría un estado severo de ansiedad.

- No todos los estados de ansiedad son iguales.
- Cada persona experimenta la ansiedad de un modo particular.
- No a todos nos sirven las mismas estrategias terapéuticas.
- Son muy adecuadas para personalizar al máximo los tratamientos en base a las necesidades particulares de cada paciente.

ITEMS DE LA PRUEBA

- **Mente ansiosa:** preocupaciones constantes, angustia al pensar o imaginar determinadas cosas, anticipar siempre lo peor.
- **Tensión:** temblor, ganas de llorar, sensación de alarma.
- **Miedos:** miedo a estar solo, a la oscuridad, a que pase algo imprevisto.
- **Insomnio**
- **Problemas cognitivos:** dificultad para decidir, concentrarse, reflexionar, fallos de memoria.
- **Humor:** desánimo, levantarse con negatividad y la sensación de que va a ser un mal día, irritación, mal humor
- **Somático muscular:** bruxismo, temblores, rigidez muscular, dolor muscular, voz temblorosa

- Somático sensorial: tinnitus (zumbido de oídos), visión borrosa, sensación de frío o calor, sensación de debilidad.
- Síntomas cardiovasculares: taquicardias o pinchazos súbitos al pecho.
- Los síntomas respiratorios: sensación de falta de aire, presión, ahogo.
- Síntomas gastrointestinales: problemas para tragar, hacer la digestión, estreñimiento o diarreas.
- Los síntomas genitourinarios: micción constante, falta de libido.
- Síntomas autónomos: boca seca, palidez, sudoración, piel erizada.
- Valoración del profesional: aquí el experto hace una valoración sobre cómo ha visto en general al paciente.

Inventario de ansiedad de Beck.

Se trata de un cuestionario formado por 21 ítems, en los que figuran diversos síntomas de ansiedad,

OBJETIVO Su objetivo fue cubrir la necesidad que se tenía de un instrumento que discriminase de modo confiable entre ansiedad y depresión. Fue concebido específicamente para valorar la severidad de los síntomas de ansiedad.

ADMINISTRACIÓN Se le pide al sujeto objeto de la evaluación que informe sobre la medida en que se ha visto afectado por cada uno de los 21 síntomas a lo largo de la semana anterior hasta el día de hoy.

INTERPRETACIÓN Cada ítem se puntúa de 0 a 3 correspondiendo la puntuación 0 a en absoluto, 1 a levemente (No me molesta mucho), 2 a moderadamente (Fue muy desagradable, pero podía soportarlo) y 3 severamente (Apenas podía soportarlo). Los valores de cada elemento se suman obteniéndose una puntuación total que puede ir de 0 a 63 puntos.

EVALUACION DE COMPORTAMIENTOS DEPRESIVOS

Trastorno depresivo

Alteración del humor en la que destaca un ánimo deprimido, falta de energía y/o pérdida de interés, o de la capacidad para disfrutar u obtener placer (anhedonia), que afecta la vida de la persona, durante la mayor parte del día y durante al menos dos semanas.

La clínica es dependiente de la etapa de desarrollo y sus expresiones particulares son: Trastornos de conducta, deterioro escolar, quejas somáticas y ánimo disfórico.

FACTORES DE RIESGO

Sexo

La relación hombre/mujer es de 1:2-3 entre los 12 y 55 años, igualándose fuera de este intervalo de edad.

Edad

Existe una mayor incidencia de sintomatología depresiva en adultos jóvenes entre los 18-44 años.

Genéticos

Los familiares de primer grado presentan una mayor probabilidad de padecer un cuadro depresivo.

ACONTECIMIENTOS VITALES

Son aquellos eventos que requieren algún tipo de cambio respecto al ajuste habitual del individuo; experiencias objetivas que alteran las actividades usuales del individuo, causando un reajuste sustancial en su conducta.

FACTORES SOCIALES

Los factores sociales predisponentes son aquellos que incrementan la vulnerabilidad de determinadas personas para el desarrollo de los trastornos psiquiátricos.

PSICOLOGICOS

La depresión como una respuesta aprendida a situaciones en las que es imposible escapar a un estímulo desagradable (indefensión aprendida) o la falta de reforzadores positivos

**FACTORES
ETIOLOGICOS**

- **BIOLÓGICOS**
- **GENÉTICOS.** Los familiares de primer grado presentan una mayor probabilidad de padecer un cuadro depresivo
- **FACTORES NEUROQUÍMICOS.** Los neurotransmisores que más se han relacionado Con la depresión son la noradrenalina (NA) y la serotonina (SER).
- **FACTORES ENDOCRINOS.** Se han visto también implicados factores endocrinos, como la alteración en la secreción de hormona del crecimiento (GH), hipersecreción de cortisol, hiperplasia hipofisaria y suprarrenal, alteraciones en el eje hipotálamo-hipofisario-tiroideo.
- **FACTORES FISIOLÓGICOS.** Se han observado alteraciones del ritmo circadiano y del ciclo del sueño.
- **FACTORES ANATÓMICOS.** Con el avance en los estudios de neuroimagen estructural y funcional se han descrito alteraciones en el sistema límbico, ganglios de la base e hipotálamo.

**PLAN DE
ACTUACIÓN**

- **DETECCIÓN** Las herramientas más utilizadas para la detección de la depresión (Escala de depresión de Goldberg, Zung, etc.: Anexo III)
- Son igual de eficaces que formular al paciente estas dos preguntas:
 - Durante las últimas dos semanas
 - ¿Se ha sentido triste, deprimido o desesperanzado?
 - Durante las últimas dos semanas
 - ¿Ha perdido el interés por sus actividades habituales o el placer en hacer cosas con las que se solía disfrutar?
- Guía de práctica clínica de los trastornos depresivos 17 Por tanto, se puede utilizar una escala o esas preguntas como forma de exploración.

- Una detección positiva, incluso unida a factores de riesgo (como sexo femenino, historia familiar de depresión, desempleo o enfermedades crónicas) no equivale a diagnóstico.
- **ANAMNESIS** Existe evidencia de la utilidad de un adecuado conocimiento y aplicación de técnicas y habilidades en la entrevista clínica para mejorar la detección y manejo de los problemas de salud mental en la consulta.

Tabla 1. Anamnesis dirigida a la búsqueda de sintomatología depresiva.

ASPECTOS A VALORAR	PREGUNTAS SUGERIDAS
Ánimo depresivo	-¿Cómo ha estado su ánimo últimamente? -¿Se ha sentido triste, deprimido o desesperanzado?
Anhedonia	-¿Ha perdido interés en sus actividades habituales? -¿Obtiene menos placer en cosas con las que solía disfrutar?
Pérdida de energía	-¿Se cansa con facilidad? -¿Se siente con menos energía?
Cambios de peso o de apetito	-¿Ha tenido algún cambio en el peso o en el apetito?
Aumento o descenso en la actividad psicomotora	-¿Se ha sentido inquieto, intranquilo, como si no pudiera estar quieto? -¿Se siente enlentecido, como si se estuviera moviendo a cámara lenta o pesado?
Pérdida de concentración	-¿Ha tenido problemas para concentrarse? -¿Le cuesta más tomar decisiones que antes?
Sentimiento de culpa o de inutilidad	-¿Se siente culpable o se culpabiliza por las cosas? -¿Cómo se describiría a sí mismo a alguien que nunca lo hubiera conocido antes?
Alteraciones del sueño	-¿Ha dormido bien últimamente? -¿Cómo lo compara con su sueño normal?
Ideación suicida*	-¿Ha sentido que no merece la pena vivir o que estaría mejor muerto? -Algunas veces cuando una persona se siente decaída o deprimida puede pensar en morirse. ¿Ha tenido algún pensamiento como ese?
Esfera sociofamiliar(10)	-¿Cómo van las cosas en casa, en el trabajo? -¿Hay alguna cosa que le preocupe? -¿Ha vivido alguna situación difícil o conflictiva?

- Es importante preguntar y reflejar en la historia clínica la ideación suicida y los factores de riesgo para llevarlo a cabo. No hay evidencia de que preguntar sobre ideas de suicidio aumente el riesgo de realizarlo.
- Hay alguna evidencia circunstancial de que formando a los médicos de familia para reconocer los factores de riesgo, se reducen las tasas de suicidio.

Los factores de riesgo más importantes son la gravedad de la depresión y los planes suicidas como podemos apreciar en la Tabla 2:

TABLA 2

ESTADO MENTAL ACTUAL	Riesgo relativo
Ideación suicida	
Intento reciente	14
Plan definido	5
Desesperanza	5
Síntomas depresivos graves	3
Síntoma psicóticos (delirios y alucinaciones)	3
Factores de riesgo subyacentes	
Historia de suicidio en familiares de primer grado	4
Duelo	3
Varón	>1
Vivir solo	>1
Enfermedad física	>1
Ingreso reciente en hospital psiquiátrico	>1

- Exploración social.
- Es necesario realizar una exploración social general con el objetivo de detectar la presencia de indicadores de riesgo social.

EXPLORACIÓN	PREGUNTAS SUGERIDAS	INDICADOR DE RIESGO
Situación familiar	¿Con quien convive y cómo son las relaciones familiares?	Disfunción familiar Malos tratos Convivencia de más de una unidad familiar en la misma vivienda
Red de Apoyo social	¿Qué otras relaciones sociales tiene? ¿Son satisfactorias? ¿Cuenta con su apoyo? ¿En qué emplea su tiempo libre?	Aislamiento social. Escasez de red social . Falta de sistemas de soporte social.
Situación económica / Vivienda. Recursos familiares.	¿Dónde vive? ¿Tiene algún problema económico?	Situación económica precaria Vivienda en zona marginal, hacinamiento, deficiente equipamiento, barreras arquitectónicas.
Situación laboral y ocupacional.	¿En qué trabaja? ¿Existen problemas en su entorno laboral que le afecten?	Problema laboral, Burnout. Situación laboral inestable, estresante y poco gratificante. Bajo nivel de instrucción.
Estrategias personales de afrontamiento.	Cuándo tiene algún problema, ¿qué hace?, ¿pide ayuda?	Escasas estrategias personales de afrontamiento.

Evaluación de habilidades sociales

- Desde un enfoque cognitivo comportamental, el repertorio de conductas que permiten al individuo relacionarse eficazmente con otras personas han sido definidas como habilidades sociales (HHSS).
- Estas conductas permiten manifestar actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a una situación, respetando la expresión de esas conductas en los demás (Caballo, 2000). Si bien el enfoque cognitivo comportamental

- Las HHSS se definen desde un modelo comportamental en el cual la explicación del comportamiento humano se fundamenta en el análisis de la conducta, el ambiente en la que esta tiene lugar, las variables personales (e.g., cogniciones, creencias, etc.) y su interacción.

- Las HHSS son conductas ejecutadas en las interacciones interpersonales que permiten al individuo un desempeño social competente (Prytz Nilsson y Suarez, 2009), atendiendo a los derechos del interlocutor y de sí mismo, de una manera adecuada a la situación y al medio sociocultural en el que está inmerso, maximizando la probabilidad de refuerzo y minimizando la posibilidad de consecuencias socialmente negativas (Caballo, 1993).

- La Psicología enfatiza que la capacidad para actuar de forma efectiva en una interacción social tiene que adquirirse, y que consiste en un conjunto identificable de capacidades específicas que se aprenden.
- Las habilidades sociales son muy importantes en nuestra vida si consideramos que:
- La conducta humana se lleva a cabo en un medio eminentemente social.
- Las relaciones interpersonales son nuestra principal fuente de bienestar y también pueden convertirse en causa de estrés y malestar

**INSTRUMENTOS
PARA
EVALUAR LAS HH SS**

- Niños
- Entrevista.
- Observación (registros de observación): En situaciones naturales, En situaciones estructuradas.
- Escalas de evaluación del comportamiento social.
- Técnicas sociométricas.

- ADOLESCENTES/ADULTOS
- Entrevista.
- Observación (registros de observación): En situaciones naturales.
- En situaciones estructuradas.
- Escalas de evaluación del comportamiento social.
- Técnicas sociométricas.
- Autoobservación (autorregistro)
- Autoinformes (Cuestionarios e inventarios).

- “Inventario de asertividad de Rathus” * (Rathus Assertiveness Schedule, RAS; Rathus, 1973).
- RAS: primera escala para medir la habilidad social (asertividad) desarrollada de una manera sistemática. Consta de 30 ítems, pudiendo puntuar cada uno de ellos desde + 3, “muy característico en mí, muy descriptivo”, hasta – 3, “muy poco característico en mí, sin incluir el 0.

- Ejemplos de ítems.
- He dudado en solicitar o aceptar citas por timidez.
- Cuando la comida que me han servido en el restaurante no está hecha a mi gusto, me quejo de ello al camarero.
- Me esfuerzo en evitar ofender los sentimientos de otras personas incluso aunque crea que me han molestado.
- Cuando un vendedor se ha molestado mucho mostrándome un producto que luego no me agrada, paso un mal rato al decir «no».

- “Inventario de asertividad” (Assertion Inventory, AI; Gambrill y Richey, 1975)
- Recoge información de tres tipos respecto a la conducta asertiva:
- El grado de malestar experimentado en situaciones sociales determinadas,
- La probabilidad estimada de que una persona lleve a cabo una conducta asertiva específica y
- Las situaciones en las que una persona le gustaría ser asertivo

- Los ítems pueden clasificarse en varias categorías de aserción positiva y negativa:
- Rechazo de peticiones,
- Expresión de limitaciones personales (como admitir ignorancia sobre un tema),
- Iniciación de contactos sociales;
- Expresión de sentimientos positivos
- Recibir críticas,
- Expresar desacuerdo
- Aserción en situaciones de servicios y
- Dar retroalimentación negativa.
- Decir que no a alguien que te pide que le prestes el coche.
- Hacer cumplidos a un amigo.
- Pedir un favor a alguien.
- Resistir la presión de un vendedor que insiste en que compres algo.
- Disculparte cuando te equivocas.
- Rechazar la petición de una entrevista o de una cita.
- Reclamar un ascenso.
- Admitir ignorancia en algún tema.

LISTA DE EVALUACIÓN DE HABILIDADES SOCIALES

Nombres y Apellidos:
Edad: Ocupación:
Grado de Instrucción:
Fecha :

INSTRUCCIONES

A continuación encontrarás una lista de habilidades que las personas usan en su vida diaria, señala tu respuesta marcando con una X uno de los casilleros que se ubica en la columna derecha, utilizando los siguientes criterios:

N = NUNCA
RV = RARA VEZ
AV = A VECES
AM= A MENUDO
S = SIEMPRE

Recuerda que: tu sinceridad es muy importante, no hay respuestas buenas ni malas, asegúrate de contestar todas.

HABILIDAD	N	RV	AV	M	S
1. Prefiero mantenerme callado (a) para evitarme problemas.					
2. Si un amigo (a) habla mal de mi persona le insulto.					
3. Si necesito ayuda la pido de buena manera.					
4. Si un amigo (a) saca una buena nota en el examen no le felicito.					
5. Agradezco cuando alguien me ayuda.					
6. Me acerco a abrazar a mi amigo (a) cuando cumple años.					
7. Si un amigo (a) falta a una cita acordada le expreso mi amargura.					
8. Cuando me siento triste evito contar lo que me pasa.					
9. Le digo a mi amigo (a) cuando hace algo que no me agrada.					
10. Cuando una persona mayor me insulta me defiendo sin agredirlo, exigiendo mi derecho a ser respetado.					
11. Reclamo agresivamente con insultos, cuando alguien quiere entrar al cine sin hacer su cola.					
12. No hago caso cuando mis amigos (as) me presionan para consumir alcohol.					
13. Me distraigo fácilmente cuando una persona me habla.					
14. Pregunto cada vez que sea necesario para entender lo que las personas me dicen.					
15. Miro a los ojos cuando alguien me habla.					
16. No pregunto a las personas si me he dejado comprender.					
17. Me dejo entender con facilidad cuando hablo.					
18. Utilizo un tono de voz con gestos apropiados para que me escuchen y entiendan mejor.					
19. Expreso mis opiniones sin calcular las consecuencias.					
20. Si estoy "nervioso (a)" trato de relajarme para ordenar mis pensamientos.					
21. Antes de opinar ordeno mis ideas con calma.					

CLAVE DE RESPUESTAS DE LA LISTA DE EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES SOCIALES*

HABILIDAD	N	RV	AV	M	S
1. Prefiero mantenerme callado (a) para evitarme problemas.	5	4	3	2	1
2. Si un amigo (a) habla mal de mi persona le insulto.	5	4	3	2	1
3. Si necesito ayuda la pido de buena manera.	1	2	3	4	5
4. Si un amigo (a) saca una buena nota en el examen no le felicito.	5	4	3	2	1
5. Agradezco cuando alguien me ayuda.	1	2	3	4	5
6. Me acerco a abrazar a mi amigo (a) cuando cumple años.	1	2	3	4	5
7. Si un amigo (a) falta a una cita acordada le expreso mi amargura.	1	2	3	4	5
8. Cuando me siento triste evito contar lo que me pasa.	5	4	3	2	1
9. Le digo a mi amigo (a) cuando hace algo que no me agrada.	1	2	3	4	5
10. Cuando una persona mayor me insulta me defiendo sin agredirlo, exigiendo mi derecho a ser respetado.	1	2	3	4	5
11. Reclamo agresivamente con insultos, cuando alguien quiere entrar al cine sin hacer su cola.	5	4	3	2	1
12. No hago caso cuando mis amigos (as) me presionan para consumir alcohol.	1	2	3	4	5
13. Me distraigo fácilmente cuando una persona me habla.	5	4	3	2	1
14. Pregunto cada vez que sea necesario para entender lo que las personas me dicen.	1	2	3	4	5
15. Miro a los ojos cuando alguien me habla.	1	2	3	4	5
16. No pregunto a las personas si me he dejado comprender.	5	4	3	2	1
17. Me dej entender con facilidad cuando hablo.	1	2	3	4	5
18. Utilizo un tono de voz con gestos apropiados para que me escuchen y entiendan mejor.	1	2	3	4	5
19. Expreso mis opiniones sin calcular las consecuencias.	5	4	3	2	1
20. Si estoy "nervioso (a)" trato de relajarme para ordenar mis pensamientos.	1	2	3	4	5
21. Antes de opinar ordeno mis ideas con calma.	1	2	3	4	5
22. Evito hacer cosas que puedan dañar mi salud.	1	2	3	4	5
23. No me siento contento (a) con mi aspecto físico.	5	4	3	2	1
24. Me gusta verme arreglado (a).	1	2	3	4	5
25. Puedo cambiar mi comportamiento cuando me doy cuenta que estoy equivocado (a).	1	2	3	4	5
26. Me da vergüenza felicitar a un amigo (a) cuando realiza algo bueno.	5	4	3	2	1
27. Reconozco fácilmente mis cualidades positivas y negativas.	1	2	3	4	5
28. Puedo hablar sobre mis temores.	1	2	3	4	5
29. Cuando algo me sale mal no se cómo expresar mi cólera.	5	4	3	2	1
30. Comparto mi alegría con mis amigos (as).	1	2	3	4	5
31. Me esfuerzo para ser mejor estudiante.	1	2	3	4	5
32. Puedo guardar los secretos de mis amigos (as).	1	2	3	4	5
33. Rechazo hacer las tareas de la casa.	5	4	3	2	1

CLAVE DE RESPUESTAS DE LA LISTA DE EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES SOCIALES*

HABILIDAD	N	RV	AV	M	S
1. Prefiero mantenerme callado (a) para evitarme problemas.	5	4	3	2	1
2. Si un amigo (a) habla mal de mi persona le insulto.	5	4	3	2	1
3. Si necesito ayuda la pido de buena manera.	1	2	3	4	5
4. Si un amigo (a) saca una buena nota en el examen no le felicito.	5	4	3	2	1
5. Agradezco cuando alguien me ayuda.	1	2	3	4	5
6. Me acerco a abrazar a mi amigo (a) cuando cumple años.	1	2	3	4	5
7. Si un amigo (a) falta a una cita acordada le expreso mi amargura.	1	2	3	4	5
8. Cuando me siento triste evito contar lo que me pasa.	5	4	3	2	1
9. Le digo a mi amigo (a) cuando hace algo que no me agrada.	1	2	3	4	5
10. Cuando una persona mayor me insulta me defiendo sin agredirlo, exigiendo mi derecho a ser respetado.	1	2	3	4	5
11. Reclamo agresivamente con insultos, cuando alguien quiere entrar al cine sin hacer su cola.	5	4	3	2	1
12. No hago caso cuando mis amigos (as) me presionan para consumir alcohol.	1	2	3	4	5
13. Me distraigo fácilmente cuando una persona me habla.	5	4	3	2	1
14. Pregunto cada vez que sea necesario para entender lo que las personas me dicen.	1	2	3	4	5
15. Miro a los ojos cuando alguien me habla.	1	2	3	4	5
16. No pregunto a las personas si me he dejado comprender.	5	4	3	2	1
17. Me dej entender con facilidad cuando hablo.	1	2	3	4	5
18. Utilizo un tono de voz con gestos apropiados para que me escuchen y entiendan mejor.	1	2	3	4	5
19. Expreso mis opiniones sin calcular las consecuencias.	5	4	3	2	1
20. Si estoy "nervioso (a)" trato de relajarme para ordenar mis pensamientos.	1	2	3	4	5
21. Antes de opinar ordeno mis ideas con calma.	1	2	3	4	5
22. Evito hacer cosas que puedan dañar mi salud.	1	2	3	4	5
23. No me siento contento (a) con mi aspecto físico.	5	4	3	2	1
24. Me gusta verme arreglado (a).	1	2	3	4	5
25. Puedo cambiar mi comportamiento cuando me doy cuenta que estoy equivocado (a).	1	2	3	4	5
26. Me da vergüenza felicitar a un amigo (a) cuando realiza algo bueno.	5	4	3	2	1
27. Reconozco fácilmente mis cualidades positivas y negativas.	1	2	3	4	5
28. Puedo hablar sobre mis temores.	1	2	3	4	5
29. Cuando algo me sale mal no se cómo expresar mi cólera.	5	4	3	2	1
30. Comparto mi alegría con mis amigos (as).	1	2	3	4	5
31. Me esfuerzo para ser mejor estudiante.	1	2	3	4	5
32. Puedo guardar los secretos de mis amigos (as).	1	2	3	4	5
33. Rechazo hacer las tareas de la casa.	5	4	3	2	1

Evaluación del comportamiento alimentario

- Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), se caracterizan por alteraciones graves de la conducta alimentaria. Se incluyen dos trastornos específicos: la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN).

- Evaluación psicométrica.
- Está constituida por distintas pruebas que exploran los hábitos alimentarios, pensamientos relacionados con ello y con el cuerpo y psicopatología asociada. Otras se centran en el estudio de la imagen corporal y, finalmente, disponemos de pruebas para valorar la comorbilidad.

<p>Eating Attitudes Test de Garner y Garfinkel (EAT-40), 1979 (1).</p>	<p>Cuestionario diseñado para evaluar la patología alimentaria. Las características más relevantes del test son: <input type="checkbox"/> Consta de 40 cuestiones, sobre síntomas y conductas típicas de anorexia. <input type="checkbox"/> Cada cuestión tiene 6 posibles respuestas (desde nunca hasta siempre) de las que tres se puntúan con 1, 2 o 3. El resto con 0. <input type="checkbox"/> La puntuación máxima sería 120, a más puntuación más gravedad del trastorno. Se considera punto de corte clínico 30 puntos. <input type="checkbox"/> Los factores que agrupan a los diferentes ítems son conductas bulímicas, imagen corporal con tendencia a la delgadez, uso o abuso de laxantes, presencia de vómitos, restricción alimentaria, comer a escondidas y presión social percibida al aumentar de peso. <input type="checkbox"/> El EAT es el cuestionario autoaplicado más usado, de fácil utilización, ya que requiere de un nivel de lectura comprensiva equivalente a quinto año de primaria. Su fiabilidad test-retest oscila entre el 77 y 95%, con valor predictivo positivo del 82% y predictivo negativo del 93%.</p>
<p>Eating Behaviours and Body Image Test for Preadolescent Girls (EBBIT) Candy y Fee, 1998</p>	<p>Describe síntomas que indican posibles TCA. Consta de 38 cuestiones divididas en dos subescalas, una basada en la restricción en la ingesta y la preocupación por la imagen corporal y otra en el trastorno por atracón. Este instrumento ha sido recientemente validado en población española</p>
<p>Sick Control on Fat Food (SCOFF) de Morgan, Reid y Lacey, 1999</p>	<p>Indica la presencia de señales de alarma. Consta de cinco ítems a los que se responde sí o no. Por cada SI se considera 1 punto y 2 o más puntos indican con alta probabilidad un caso de anorexia o bulimia nerviosas. Dichos ítems indican vómitos autoinducidos, temor a la ingesta descontrolada, pérdida de peso, alteraciones de la imagen corporal y dependencia de la comida, respectivamente.</p>

Eating Disorder Inventory-2 de Garner (EDI-2), 1991.

Se trata de una prueba que proporciona datos sobre los aspectos psicológicos y conductuales de estos trastornos. Consta de diferentes subescalas: deseo de delgadez, síntomas bulímicos, insatisfacción corporal, ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva, miedo a madurar, ascetismo, impulsividad e inseguridad social. En esta prueba la puntuación de cada subescala tiene más valor que la puntuación total, no hay puntos de corte. Resulta muy interesante su uso para ver la evolución psicológica durante el tratamiento, y la escala de deseo o tendencia a la delgadez, se ha usado como prueba de screening (Mitchell et al., 1990). Como dulces e hidratos de carbono sin preocuparme Creo que mi estómago es demasiado grande Suelo comer cuando estoy disgustado Pienso en ponerme a dieta He ido a comilonas en las que sentí que no podía parar de comer Si engordo un kilo, me preocupa que pueda seguir ganando peso Pienso en vomitar para perder peso Como o bebo a escondidas.

Questionario autoaplicado para bulimia, de Henderson y Freeman (1987), Test de Edimburgo (BITE) (6)

Tiene 33 cuestiones y se usa para detectar personas con síntomas bulímicos, así como para evaluar la intensidad de un cuadro clínico presente. Durante el tratamiento sirve, como los anteriores, para evaluar los cambios. Tiene una escala de síntomas y otra de severidad. En la primera, una puntuación de 20 indica alta probabilidad de existencia de bulimia nerviosa. En la escala de severidad, más de 10 puntos indica gravedad y entre 5 y 10, una intensidad significativa.

Evaluación de problemas infantiles y adolescentes.

- El proceso de evaluación infanto-juvenil se rige por los mismos principios, métodos y procesos que la evaluación del adulto, sin embargo tiene unas características propias que deben ser consideradas a la hora de conducir dicho proceso.
- A continuación se resumen algunas de las peculiaridades propias del desarrollo que otorgan a la evaluación infantil un matiz genuino.

- En primer lugar, el niño se conceptúa como un ser en continua evolución aspecto que convierte la evaluación en un hecho puntual, por lo que se deberá de prestar una especial atención a la edad, sexo y a su nivel de desarrollo teniendo en cuenta patrones tanto normativos como sociales (Ross, 1987).
- En el desarrollo evolutivo del niño, la edad es un indicador que junto al tipo de problemas, su frecuencia de aparición e intensidad nos permite considerar un comportamiento como patológico o analizar los factores de riesgo asociados a su aparición.

- En segundo lugar, los padres, por iniciativa propia o por que han sido recomendados por un especialista, acuden a consulta para buscar solución a los problemas de su hijo. Esta decisión no está exenta de problemas.
- Por ejemplo algunos adolescentes se niegan a asistir al especialista (psicólogo, psiquiatra, etc.) alegando que ellos no están locos o sencillamente expresan que no tienen ningún problema y que son sus padres quienes deberían acudir a consulta debido a sus quejas reiteradas. Este aspecto debe de contemplarse en el proceso de evaluación.

- Una tercera característica es la relativa a la plasticidad propia de la etapa infantil que en ocasiones favorece que se moldeen en el contexto familiar comportamientos inadecuados en el niño como producto de la relación entre los distintos miembros de la familia.
- En este sentido algunos problemas comunes de comportamiento que muchos niños manifiestan en esta etapa vital pueden convertirse en verdaderos problemas, debido a ciertas prácticas de tipo aversivo o coercitivo (Patterson, 1976; Patterson y cols., 1989) en las que algunos padres se implican, a veces de manera consciente y otras inconsciente, para controlar el comportamiento problema del niño

- La cuarta peculiaridad se refiere al hecho de que los problemas de comportamiento del niño se pueden producir en distintos contextos (p.ej. casa, colegio, etc.). Cuando los problemas se producen en el colegio necesariamente se obtendrá información a este nivel.
- En función de los objetivos que se persigan esta información puede ser recabada por medio de diversos instrumentos: a través de registros de observación, a través de pruebas estandarizadas, de escalas puntuadas por profesores, etcétera.

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN CLÍNICA INFANTO-JUVENIL

- Los instrumentos desarrollados para la evaluación clínica infantil son numerosos.
- Los clínicos utilizan entrevistas con los padres, test, escalas, etc. y según la problemática (pe. problemas afectivos) entrevistas con el propio niño (Luciano, 1997).

- Otros profesionales utilizan observaciones realizadas por los padres o el propio niño, y otros una combinación de elementos (Pelechano, 1980).
- La selección de instrumentos para evaluar la conducta en la infancia depende de la naturaleza del objetivo de la evaluación, de las características del sujeto (edad, sexo, habilidades cognitivas,...), de la fuente de envío, del contexto, del medio sociocultural y del propósito de la evaluación (Mash y Terdal, 1988).

- Distintos autores señalan que la elección de un instrumento u otro depende fundamentalmente de la formación conceptual del terapeuta, y otras veces del tiempo disponible (Kessler, 1988, citado en Luciano, 1997).

Evaluación del consumo de drogas.

- La evaluación conductual, a diferencia de otros enfoques de evaluación, está especialmente dirigida al tratamiento y al cambio de conducta; toda evaluación conductual conlleva a una intervención con la que se pretende producir cambios en la conducta de una persona.
- De esta manera, el proceso evaluativo no finaliza hasta que se han verificado los cambios en la conducta de estudio.

- La evaluación conductual pretende en todo momento ser objetiva tratando de minimizar la inferencia al centrarse en comportamientos medibles en situaciones naturales.

Principales métodos o procedimientos de recogida de información que se utilizan en evaluación conductual.

Indirectas

Las mediciones indirectas son aquellas basadas en los informes que proporciona la persona en cuestión o las personas cercanas a ésta. Se consideran un método de obtención de la información indirecta debido a que se basan en el reporte verbal más que en la observación o el registro directo del comportamiento, tal como ocurre. Dentro de los métodos indirectos están también incluidos los instrumentos autoaplicables, los tests y cuestionarios.

Directas

Las medidas directas abarcan el autorregistro y la observación directa del comportamiento. A lo largo del módulo se revisarán técnicas tanto indirectas como directas, describiendo la utilidad en el proceso de evaluación de las conductas adictivas.

INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN DEL NIVEL DE CONSUMO

- En el enfoque conductual, la evaluación cumple diferentes objetivos dependiendo de la fase del proceso de cambio al que se haga referencia. Podríamos considerar seis fases de este proceso.
- Evaluación del problema.
- Selección de las conductas meta que requieren modificación.
- Selección de las técnicas de intervención pertinentes.
- Seguimiento. Valoración de resultados.
- Aplicación del tratamiento (procedimiento del cambio)

AUTORREGISTROS

- Una de las bases de la evaluación conductual es la autoobservación o el autorregistro, que hace referencia al sujeto que observa y registra las conductas cuando ocurren.
- La conducta se refiere a cualquier cosa que el usuario hace, e incluye acciones motoras externas y sucesos cognoscitivos internos (por ejemplo, pensamientos asociados con el consumo), que son objeto de tratamiento.
- El autorregistro se emplea tanto con fines de evaluación como de tratamiento.

- **Autorregistro del consumo.**
- Autorregistro del consumo de alcohol
- Autorregistro del consumo de Tabaco
- Autorregistro del consumo de cocaína

Autorregistro del consumo de alcohol

- El autorregistro del consumo de alcohol permite contar con información acerca de:
- Meta semanal
- Días de consumo
- Cantidad de consumo
- Tipo de bebida que se consumió
- Si consumió sólo o en compañía de otros
- Si consumió en un lugar público o privado
- Los pensamientos y sentimientos que se experimentaron durante el consumo

Autorregistro del consumo de tabaco

- Es un registro continuo en donde se anota la información de cada cigarro que se consume durante el día. En cuanto el usuario consume un cigarro, anota la hora, cómo se sentía y las actividades que estaba realizando; el autorregistro de tabaco permite por lo tanto tener la siguiente información:
- Meta de consumo
- Cantidad de cigarros que se consume
- Horarios de consumo
- Sentimientos que experimenta durante el consumo
- Actividades asociadas al consumo

- El autorregistro de tabaco se complementa con el autorregistro de síntomas de abstinencia.
- El objetivo de este registro es que el usuario señale si durante el día se presentó algún síntoma de abstinencia y el grado de severidad utilizando una escala de 0 = nada, 1 = un poco, 2 = ligeramente, 3 = moderadamente, y 4 = severamente

Autorregistro del consumo de cocaína

- Dadas las características propias del consumo de cocaína, el autorregistro de esta sustancia tiene particularidades especiales en comparación con los autorregistros del consumo de alcohol y tabaco. En el autorregistro de cocaína se recaba información sobre:
 - Si consumió o no
 - Pensamientos relacionados con el consumo
 - Deseos de consumir
 - Frecuencia del deseo de consumo
 - Intensidad del deseo
 - Duración del episodio de deseo
 - Disparador del inicio del consumo

Registro de autoconsumo de drogas

- El registro del consumo de otras drogas permite el registro de otras drogas diferentes al alcohol, tabaco y cocaína.
- Meta de consumo
- Día
- Deseo o necesidad de consumo
- Si hubo o no consumo
- Cantidad consumida
- Situación relacionada al consumo
- Pensamientos y sentimientos asociados al consumo

- El formato de autorregistro de consumo de marihuana es muy parecido al autorregistro de alcohol.
- Dado que ya conoces el formato de autorregistro de alcohol, revisarás las características distintivas entre el autorregistro de alcohol y el de marihuana.

- Identificar el nivel de dependencia es una parte esencial de la primera evaluación; esta identificación comienza cuando se realiza la entrevista inicial, pero se complementa a través de la aplicación de otros instrumentos.

- Identificar el nivel de dependencia es una parte esencial de la primera evaluación; esta identificación comienza cuando se realiza la entrevista inicial, pero se complementa a través de la aplicación de otros instrumentos.

Línea base retrospectiva (LIBARE). Dependencia al alcohol	Para medir la dependencia al alcohol existen dos instrumentos que pueden aplicarse: la Escala de Dependencia al Alcohol (EDA) y la Breve Escala de Dependencia al Alcohol (BEDA). En ambos casos se indaga sobre conductas que indican los niveles de dependencia.
Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT)	El AUDIT fue desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un método simple de screening del consumo excesivo de alcohol y como un apoyo en la evaluación breve. Puede ayudar en la identificación del consumo excesivo de alcohol como causa de la enfermedad presente. También proporciona un marco de trabajo en la intervención para ayudar a los bebedores con consumo perjudicial o de riesgo a reducir o cesar el consumo de alcohol y, con ello, puedan evitar las consecuencias perjudiciales de su consumo.
Test de Fagerström de Dependencia a la Nicotina (FNTD)	Uno de los tests más utilizados para medir dependencia a la nicotina es el Test de Fagerström creado por el especialista en Tabaquismo Karl Olov Fagerström: mediante preguntas cuyas respuestas tienen un puntaje determinado, se suman todas las respuestas para determinar si la dependencia es leve, moderada o intensa.