

**Sistematización de 113 pruebas psicodiagnósticas, un avance frente a la
importancia de su uso en el área de la Psicología Forense**

Laura Alvarado Pinzón

Nicolás Castañeda Rodríguez

Maria Alejandra Vásquez Chamorro

**Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar al título de
Psicólogos**

Presentado a:

Leonardo Rodríguez Cely

Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá, D.C.

2015

Agradecimientos

Los autores expresan un especial agradecimiento a Leonardo Rodríguez Cely por su colaboración y preocupación en la elaboración de este artículo científico, así como a nuestros padres y familiares, que siempre nos apoyaron en la realización del mismo.

Contenido

Introducción	1
Psicología Forense	5
Peritaje Psicológico, competencias y funciones del psicólogo en ámbitos jurídicos	7
Evaluación Psicológica Forense	8
Daño Psíquico, Daño Moral, Lesión Psíquica y Secuela Psíquica	10
Simulación y Sobresimulación	11
Concausa Preexistente, simultánea y posterior.....	12
Pruebas psicológicas y Psicodiagnósticas y su importancia en la evaluación psicológica forense.....	13
Importancia de la Confiabilidad, Validez, Normalización y Estandarización de las pruebas ..	24
Análisis	28
Conclusión	35
Referencias.....	38
Anexos 1: Fichas psicotécnicas	44

Resumen

El presente artículo tiene como objetivo establecer avances frente a la importancia del uso de pruebas psicodiagnósticas en el área de la psicología forense en Colombia. Para ello, se realizó un análisis documental a partir de temas cruciales en relación a la temática propuesta, y un análisis de 113 de las 140 pruebas pertenecientes al proyecto la Universidad Complutense de Madrid. Se realizaron fichas psicotécnicas pertenecientes a cada una de estas, para luego construir una categorización de las mismas en una matriz que contiene los criterios de tipo de instrumento, descripción del mismo, autor, año, tiempo de aplicación, adaptación, validez y fiabilidad de cada una de las pruebas. Los resultados obtenidos arrojaron como conclusión la importancia de la implementación de este tipo de instrumentos en el campo de la psicología forense en Colombia, la necesidad de la creación y revisión de literatura científica que apoye el reconocimiento de estas metodologías frente al campo jurídico colombiano, y la importancia de elementos como la validez, confiabilidad, normalización y actualización de las pruebas para el campo de acción e investigación en la psicología forense.

Abstract

The present article intend to establish developments and advances in the use of psychodiagnostic tests in the Colombian forensic context. For this purpose an analysis of 113 of 140 psychodiagnostic tests, presented on the project belonging to the Universidad Complutense de Madrid, and a bibliographical review on related subject were developed. The analysis of the psychodiagnostic tests was made through index cards made for each test and their subsequent categorization on a matrix according to criteria such as kind of test, authors, publication year. Time required for its application, existing adaptations, scientific validity and reliability, etc. results led to the conclusion that pointed out the need

to include such kind of tests on the Colombian legal context, the need of scientific research supporting this kind of methodologies on forensic contexts, and the importance of concepts such as test validity, test reliability, tests normalization and their application in legal contexts.

Palabras claves

Confiabilidad de test [52250], estandarización de test [[52270], validez de test [52289], psicometría [41770], psicología forense [20195].

Key words

Test reliability [52250], test standardization [52270], test validity [52289], psychometrics [41770], forensic psychology [20195]

Pruebas psicodiagnósticas, psicología forense

Introducción

Con el avance de los programas de evaluación en psicología forense, se ha venido reconociendo los indiscutibles aportes de las pruebas psicométricas y psicodiagnósticas en los conceptos emitidos por los profesionales del comportamiento humano en las diferentes jurisdicciones de lo penal, civil, familiar, laboral, canónico, y militar entre otras (Bordas, 2009). Sin embargo, a pesar de los avances en Norteamérica, Europa y algunos países de América Latina, en Colombia muchos de estos instrumentos se desconocen por la falta de conocimiento y desactualización de la mayoría de profesionales frente al tópico, y la incipiente investigación que se ha realizado frente a los procesos de validez, confiabilidad, normalización y estandarización con las debidas muestras forenses en la población Colombiana. Lo anterior ha tenido como consecuencia, que una gran población de psicólogos y psicólogas utilicen de manera exclusiva a la entrevista, otorgándole todo el peso de la evaluación forense, y la realización de valoraciones sin la suficiente rigurosidad epistemológica, ética, teórica, metodológica, técnica y/o instrumental necesaria, frente a su cumplimiento con las disposiciones legales y el rigor técnico científico de los protocolos en psicología para responder a las necesidades de la administración de justicia (Rodríguez, 2007).

Como lo indican Contreras & Fajardo (2009), hasta el momento son escasas las investigaciones y publicaciones científicas realizadas en Colombia sobre los avances, importancia y utilidad de las pruebas psicodiagnósticas en la evaluación clínica forense. De igual manera, no se tiene claridad frente a los criterios éticos, metodológicos y normativos que rigen su utilización, y el quehacer profesional del psicólogo que las emplea como herramienta fundamental en el análisis psicológico forense de un determinado caso. Por ello, como lo expone Rodríguez (2007), en muchas ocasiones, no

resulta clara la necesidad de la utilización de pruebas psicodiagnósticas para el apoyo de una evaluación clínica forense en el ámbito colombiano, ya que no hay suficiente literatura científica en Colombia que permitan abordar las temáticas importantes relacionadas con: Los tipos de pruebas que existen, cuales pueden servir para los diferentes casos que se presentan en el ámbito judicial y cómo se articula su utilización de acuerdo a los diferentes contextos, poblaciones y necesidades de cada proceso.

Resulta entonces relevante este artículo para la disciplina psicológica, ya que presenta como objetivo principal, el logro de un aporte real y funcional de conocimiento científico frente a la utilización de conceptos, teorías, pero sobre todo metodologías correspondientes al área de psicometría y evaluación clínica forense, como lo son las pruebas psicodiagnósticas a través de un análisis documental, lo que permitirá en un futuro, el acceso del usuario a la información de manera sencilla, facilitando la recuperación de esta, y la consulta apropiada de documentos pertinentes para futuras investigaciones, siendo posible interrelacionar ideas esenciales, y la obtención de resultados mucho más confiables y válidos dentro de un marco de investigación judicial (Dulzaides & Molina, 2004).

Como lo menciona Rodríguez (2007), por medio de la creación de tales criterios, se pretende aportar un marco de referencia que guíe al perito en psicología clínica forense en la realización de un trabajo con una clara perspectiva ética, epistemológica, teórica, metodológica e instrumental, que no sólo valide la importancia de su labor en el ámbito jurídico, sino también que le permita adoptar una posición crítica sobre su quehacer profesional.

De igual manera, otro de los objetivos del artículo radica en la contribución que este pretende dar a los múltiples esfuerzos referentes a diversos grupos de investigadores, docentes y estudiantes de universidades e instituciones públicas y privadas, que expresan un firme interés por generar investigación que permita una mejor forma de ejercer los

procesos necesarios para lograr la realización de una evaluación clínica forense efectiva y rigurosa, pero sobretodo enmarcada en lo legal, ético, científico y protocolario.

Del mismo modo, este artículo se une con la misión Institucional de la Pontificia Universidad Javeriana ya que según el Acuerdo No. 576, se propone:

La formación integral de personas que sobresalgan por su alta calidad humana, ética, académica, profesional y por su responsabilidad social; y, la creación y el desarrollo de conocimiento y de cultura en una perspectiva crítica e innovadora, para el logro de una sociedad justa, sostenible, incluyente, democrática, solidaria y respetuosa de la dignidad humana. (Consejo Directivo Universitario, 2013, p.2)

Por tanto, el presente capítulo tratará de dar respuesta a las siguientes preguntas: ¿Qué es la psicología forense, y cuál es su interés en la utilización de pruebas al realizar una evaluación clínica forense?, ¿Cuáles son los avances de las pruebas psicodiagnósticas aplicados al ámbito de la psicología forense?, ¿Cuáles son las competencias que debe tener un(a) psicólogo(a) en la evaluación clínica forense ante la ley colombiana?, ¿Cuál es la importancia de la utilización de pruebas en la evaluación clínica forense y como se ve reflejada su utilidad en el ámbito legal y forense colombiano?, ¿Qué conceptos se deben tener en cuenta en el manejo de las pruebas psicométricas en la psicología forense dentro del marco del sistema penal Colombiano?, y ¿Qué retos hay que asumir para mejorar la actividad forense frente a las víctimas de acuerdo con el sistema penal acusatorio colombiano?.

Para lograr dar respuesta a estas inquietudes, esta investigación se apoyó del análisis de 113 de las 140 pruebas pertenecientes al proyecto de apoyo a la evaluación psicológica clínica, de la Universidad Complutense de Madrid, realizado en colaboración

con la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid (Universidad Complutense de Madrid, 2006).

En primer lugar, se realizó una sistematización de las fichas técnicas de dichos instrumentos, con el objetivo de posicionarlas de acuerdo a su utilidad frente al campo de la evaluación clínica forense. De igual manera, con el fin de lograr una categorización de las mismas, se propuso realizar una base de datos de fácil acceso, que pudiese servir en primer lugar a profesionales especializados en el área, en el rastreo de pruebas del área psicodiagnóstica para su utilización en casos del plano jurídico y forense, o estudiantes del área en formación, en donde elementos como el tipo de instrumento que se maneja, su momento de aplicación, los criterios de validez y confiabilidad de estas pruebas, el tipo de población que abarca, la cantidad de pruebas adaptadas a la lengua española, y una breve descripción de cada instrumento, se vuelven fundamentales para el entendimiento de las mismas dentro de un marco que permite la comprensión del porqué estas pruebas de origen psicodiagnóstico, resultan tan importantes para el campo jurídico.

Lo anterior se realizó con tres objetivos fundamentales. El primero de ellos corresponde a dar un reconocimiento a la importancia de la utilización de pruebas psicodiagnósticas en el ámbito forense colombiano, proporcionando a la academia información frente a cómo utilizarlas de manera ética y responsable en evaluaciones integrales según la especificidad de cada caso y teniendo en cuenta los criterios de validez, confiabilidad, normalización y estandarización de estas, frente a diferentes contextos. Por otro lado, el segundo objetivo radica en fomentar la utilización de las pruebas psicodiagnósticas en el área de la psicología forense, ya que en muchas ocasiones estas se suelen desvirtuar, o se desconocen sus utilidades, tipologías, fortalezas y debilidades. Por último, el artículo pretende promover el desarrollo de investigación frente a este ámbito en el contexto Colombiano, con el fin de apoyar el crecimiento y fortalecimiento de la

disciplina forense dentro del campo de la psicología, y la investigación académica y científica.

Para lograr comprender los avances de la psicología en la utilización de pruebas psicodiagnósticas en el área clínica forense, es importante describir varios conceptos de gran relevancia como lo es la noción de psicología forense, peritaje psicológico, evaluación clínica forense y pruebas psicodiagnósticas.

Psicología Forense

La primera de ellas, la denominada psicología forense, tiene su origen etimológico en el término “forense”, el cual proviene del latín “Forensis” que hace referencia al fórum de la corte imperial de Roma o lugar donde se administra justicia, el “foro”, en donde los tribunales oyen y enjuician las causas, que como lo indica Rodríguez (2007), hacen alusión a la práctica pericial del informe, oral o escrito, del experto ante los tribunales de justicia.

La psicología clínica forense corresponde a la intersección entre dos ciencias, la psicología y el derecho. Como lo indica Urra (1993), el objeto de estudio de la psicología corresponde a la conducta vivencial y a las razones que le dan lugar en un contexto determinado, de acuerdo a una historia particular, mientras que el derecho busca la tipificación de estas conductas como buenas o malas, de acuerdo a lo social y constitucionalmente reconocido como delito. En estos términos, en psicología mientras más inconsciente es la conducta, “más patológica será”, y en derecho cuanto más inconsciente es la conducta, “más inimputable será” (Mogollón, 2013).

La psicología clínica forense es una especialidad del campo de la psicología. Desde la perspectiva de Urra (1993) se define a esta disciplina como “la ciencia que enseña la aplicación de todas las ramas y saberes de la psicología ante las preguntas de justicia,

cooperando en todo momento con la administración de justicia, actuando en el foro (tribunal), mejorando el ejercicio del derecho” (p 5). Por su lado, Muñoz (2013) nos ofrece otra definición indicando que la psicología forense, la psicología pericial o la psicología aplicada en los tribunales, es aquella rama de la psicología jurídica que ayuda a los jueces y tribunales a través de la aplicación de conocimientos y técnicas propias de la psicología. De igual manera para autores como García et al. (2008), la psicología forense es una aplicación práctica de la psicología jurídica, la macro estructura que estudia el comportamiento humano en relación al derecho y la justicia, para favorecer un mejor alcance de la justicia y servir al juzgador.

La psicología forense se rige por presunciones provenientes del derecho y no de la psicopatología, por lo cual, se encuentra en función principal de la administración de justicia, antes que en función de la salud del sujeto, esto implica que al realizarse una intervención, en este caso, no se debe circunscribir un diagnóstico o tratamiento, sino una hipótesis basada en la evidencia (Soria & Sais, 2005). De acuerdo a lo anterior, se reconoce en esta disciplina que una acción solo puede ser juzgable y sancionable, si se ha llegado a cometer con el conocimiento y conciencia de sus efectos y consecuencias, el deseo del sujeto por causar estas y el hecho de que este sujeto reconozca su conducta como delictiva (Vázquez, 2007)

La afirmación anterior nos indica la importancia de la evaluación del acto delictivo en el ámbito legal y psicológico forense, teniendo en cuenta factores como el temperamento, carácter, inteligencia, constitución corporal, experiencias, el tipo medio de reacción colectiva aplicable a la situación, el modo de percepción de la situación por parte del delincuente y la situación externa desencadenante de la acción delictiva; Estas nos permitirán un entendimiento global y claro del por qué desde esta acción, su desarrollo y

relevancia dentro de las sociedades actuales como acción negativa (Muñoz, 2013). De acuerdo a la evaluación de estos procesos, se desprende la noción de peritaje.

Peritaje Psicológico, competencias y funciones del psicólogo en ámbitos jurídicos

Esta acción es entendida por autores como Soria & Sais (2005), como el método utilizado por el perito experto, para verificar hechos que requieren la experiencia en aspectos teóricos y metodológicos de la psicología forense, con el fin último de esclarecer un determinado caso, permitiendo administrar justicia de acuerdo a la sana crítica, que como lo describe Rodríguez (2009), es entendida como la lógica basada en la ciencia, en la experiencia y en la observación.

Según el Código Penal Colombiano en el artículo 417, en su labor de peritaje el psicólogo forense deberá estar capacitado para responder a preguntas que lo acrediten como un perito idóneo para cada caso, es decir, antecedentes referentes a su conocimiento teórico, como experto en el uso y la aplicación de las pruebas e instrumentos que sean adecuados para el proceso y sobre su experiencia en el oficio.

Autores como Rodríguez (2009) indican que para cumplir con lo anterior son requisitos indispensables para la actividad del psicólogo forense en Colombia, contar con la tarjeta profesional expedida por el Colegio Colombiano de Psicólogos, tener conocimientos adecuados sobre el Código de Procedimiento Penal y tener conocimientos profundos sobre la ley 1090 del 2006. El mismo autor establece la importancia de formación académica en psicología forense, psicología clínica para el manejo de cuadros diagnósticos basados en el DSM-5 y el CIE-11, y la aplicación de pruebas reconociendo sus alcances y limitaciones para la exploración psicopatológica y el desarrollo del examen del estado mental. Además de esto, Rodríguez (2009) resalta la importancia para la labor del psicólogo forense, de la actualización de principios teóricos, procesos básicos en

psicología, el buen manejo de la estadística inferencial y descriptiva y el uso de instrumentos de registro como la Cámara de Gesell o dispositivos que permitan el registro de audio y video con la calidad adecuada, como lo puede ser un computador, una tablet o un celular, siempre y cuando la aulas donde se desarrolla la evaluación estén debidamente adaptadas a las exigencias éticas y metodológicas que demanda la evaluación forense.

Es por ello que entre las funciones del psicólogo forense podemos destacar a todo lo referente a la evaluación del estado psicológico de los implicados en un comportamiento delictivo, ya sea víctima o victimario, con el consumo de sustancias psicoactivas en alguno de estos, la valoración y tratamiento para ambas partes y el diseño de programas de prevención de posibles actos delictivos. A lo anterior podemos sumar, el diseño de perfiles psicológicos de agresores implicados en el hecho delictivo con base en la escena del crimen, la evaluación de credibilidad de testimonio a través de diferentes técnicas de orden psicológico, el asesoramiento y capacitación al ámbito policial y jurídico en técnicas de entrevista, toma de declaraciones de testigos, detección de la mentira, memoria de testigos, conducción de interrogatorios y mejora de técnicas de investigación criminal (García-Lopez, 2014). Para lograr la obtención de muchos de estos procesos, un elemento vital de utilización corresponde a la entrevista clínica forense, la cual mencionaremos a continuación.

Evaluación Psicológica Forense

La evaluación psicológica forense se ha constituido desde perspectivas como las de Calvet & Santacana (1985), como la disciplina que se ocupa del estudio del comportamiento de una o varias personas, a través de métodos científicos, la utilización de instrumentos y pruebas psicológicas con diferentes metodologías y técnicas diagnósticas, de las cuales se desprenden elementos como la entrevista, la observación, la valoración

psicológica y la evaluación conductual, con el fin de describir, clasificar, predecir, y controlar las conductas de los sujetos, por medio de la verificación de las hipótesis trabajadas dentro del informe pericial (Echeburúa, Loinaz, & Muñoz,2011).

Estos aspectos, como lo recalcan autores como Echeburúa et al. (2011), proponen a la evaluación psicológica forense un objetivo claro que pretende la valoración del estado mental del sujeto a explorar, con el objetivo primario de lograr el esclarecimiento de hechos de un determinado caso jurídico, dependiendo de las necesidades de la entidad pública o privada que lo soliciten.

La evaluación psicológica forense impone su meta en la búsqueda de causas que puedan llegar a influenciar la aparición de estados mentales considerados como “no normales”, los cuales pueden dar paso a la aparición de conductas y acciones negativas dentro de los estatutos y reglamentos pronunciados por la constitución política Colombiana (Figueroa, 2013).

Como menciona Bordas et al. (2009) al momento de la evaluación psicológica forense, se deben tener en cuenta tres preguntas fundamentales. Es de vital importancia esclarecer el “por qué”, “cómo” y “para qué” se va a evaluar a un sujeto, lo cual permite comprender a manera global el caso y actores que hacen presencia en el mismo. Por ello como mencionan Bordas et al. (2009).

Será fundamental una primera entrevista con los actores origen de la demanda (jueces o abogados) para especificar la petición, recoger la información necesaria para la planificación de la actuación y poder contestar a qué y cómo, solicitar los medios necesarios para llevarla a la práctica. (p.324)

La pericia psicológica forense se une desde el punto de vista metodológico, a la evaluación psicológica forense teniendo en cuenta que, ambas deben regirse por las mismas particularidades y principios técnicos y deontológicos, pues la pericia necesitará

de esta evaluación para lograr un informe pericial acertado, como lo enfatiza Ackerman (2010). De igual manera, para la realización de una evaluación clínica forense, el psicólogo debe tener pleno conocimiento de conceptos muy relevantes dentro del área de la victimología forense dirigidos a la evaluación, intervención, supervisión, investigación y fundamentos científicos de la misma (Bordas et al., 2009).

Daño Psíquico, Daño Moral, Lesión Psíquica y Secuela Psíquica

El primer término a tener en cuenta es “Daño psíquico”, este es un concepto jurídico de interés de la jurisdicción penal por tres aspectos principales “primero facilita la calificación del hecho al Ministerio Fiscal, segundo facilita al juez el establecimiento de las indemnizaciones y tercero puede ser tenido en cuenta para fundamentar hechos probados” (Muñoz, 2013, p.61). Este concepto, hace referencia a desajustes psicológicos que surgen por la exposición de una persona a una situación de victimización criminal, siendo un concepto basado en demostraciones empíricas usado en la intervención pericial, como lo menciona Muñoz (2013).

Se han reconocido tres fases de evolución del “Daño psíquico”, la primera es conocida como Shock o Desorganización que puede durar de minutos a horas. Esta fase puede ser reconocida al observar agitación, gritos hiperactivación, deambulación, catatonía o paralización motriz, la segunda fase es la “reorganización” que puede durar de semanas a meses, se reconoce por sintomatologías traumáticas agudas o negación postraumática retardada por último se encuentra la tercera fase llamada Readaptación la cual tiene una duración variable, las características de esta son recuperación o cronificación de la sintomatología traumática (Muñoz, 2013).

Muñoz (2013) señala que es importante diferenciar el concepto de daño psíquico del concepto de daño moral, el cual refiere a todo sufrimiento de la persona derivado del

daño a bienes inmateriales tales como la libertad o el honor, por lo cual resulta un concepto no científico, no cuantificable de manera empírica y por tanto impreciso, por lo cual su valoración corresponde al juez y no al perito.

Dos conceptos de igual importancia se desprenden del anterior “Lesión psíquica” y “Secuela psíquica”. La primera hace referencia a “la alteración clínicamente significativa que afecta en mayor, o menor grado, la adaptación de la persona a los distintos ámbitos de su vida” (Muñoz, 2013, p.62). Por otro lado, la “secuela psicológica” hace referencia a la consolidación de desajustes psicológicos, discapacidad y minusvalía sin mejoría en un periodo de tiempo, lo que no permite una recuperación directa (Esbec & Gómez, 2000). Estas persisten en las personas de manera crónica desde el suceso traumático afectando de manera negativa la vida cotidiana (Echeburúa, Corral, & Amor, 2002). Como menciona Rodríguez (2007), tanto las secuelas como las lesiones deben ser demostradas en los informes y exposiciones orales.

Simulación y Sobresimulación

Otros conceptos, que pueden resultar valiosos en el ámbito forense, como simulación y sobresimulación también son definidos por Muñoz (2013), indicando que el primero consiste en la invención deliberada y consciente de un trastorno mental o físico con el fin de obtener algún beneficio personal, mientras que el segundo refiere a la simulación de la intensidad de una patología con el mismo propósito al de la simulación. Por otro lado, el concepto de Concausa se refiere a factores “bio-psico-sociales que, aunque necesarios, no son suficiente para generar desajustes psicológicos detectados en la persona evaluada pero complican el cuadro clínico” (Muñoz, 2013, p. 66). De igual manera se puede entender desde la Enciclopedia Jurídica (2014) como la evolución de una

lesión, en donde su intervención puede agravar consecuencias inmediatas de la lesión o no tener consecuencias frente a la pena.

Concausa Preexistente, simultánea y posterior

Existen tres tipos de concausa, la preexistente, simultánea y posterior. La concausa anterior o preexistente hace referencia a malformaciones genéticas, estados fisiológicos, o enfermedades generales, Citando a Rodríguez Gómez (2000) son fácilmente demostrables, en la concausa posterior se encuentran complicaciones que alteran la evolución del daño que se ha sufrido agravándose y la concausa simultánea hace referencias a consecuencias múltiples derivadas al delito más no generadas por el mismo (Esbec & Gomez, 2010).

La acción del perito es guiada por los datos que se obtienen de la evaluación psicológica forense realizada al sujeto, y en víctimas, frente a planteamientos como los anteriores. Ávila (2004), propone una serie de preguntas que considera de común utilización en el marco jurídico: ¿Padece esta persona de un trastorno mental?, ¿cuál es la probabilidad de que esta persona se implique en una conducta peligrosa o violenta futura?, ¿Cuáles son las motivaciones del sujeto para cometer un delito?, ¿Qué características de personalidad posee un asesino concreto que todavía no ha sido detenido?, ¿Cómo pueden ser identificados los delincuentes (de acuerdo a sus características delictivas) a partir de las evaluaciones psicológicas?, ¿cómo se puede predecir su conducta futura?, ¿cuáles son los daños o secuelas psicológicas que presenta la víctima? y ¿Cómo se puede afirmar si una persona dice la verdad al compartir un hecho, o falsea su testimonio?. Para apoyar la guía que dará respuesta a estas preguntas, las pruebas psicodiagnósticas cumplirán un papel fundamental al ayudar al perito a encontrar fuentes de información sobre la víctima, el suceso y el posible agresor, ahondando en elementos vitales sobre su funcionamiento, accionar y pensar.

Pruebas psicológicas y Psicodiagnósticas y su importancia en la evaluación psicológica forense

Las pruebas psicológicas son un instrumento objetivo y científico, que se ha constituido de gran relevancia para diferentes áreas de ciencias tales como la psicología, la psiquiatría, la neurología y el derecho, al brindar elementos que permiten el estudio del sujeto, sus acciones, actuar y la predicción de su comportamiento futuro (Aguilar, 2009). Desde la perspectiva de Anastasi & Urbina (2008), se reconoce a la prueba psicológica como “una medida objetiva y estandarizada de una muestra de conducta” (p. 4).

La función de las pruebas psicológicas tradicionalmente ha sido la de medir las diferencias entre individuos o entre reacciones del sujeto en diversas situaciones y contextos (Anastasi & Urbina, 2008). En línea a esto, para el ámbito forense, las pruebas que se desprenden del psicodiagnóstico permitirán evaluar este tipo de elementos y de manera adicional, permitirán la evaluación de las acciones positivas o negativas del sujeto y su impacto en la vida cotidiana permitiéndonos una predicción posible de su comportamiento (Echeburúa, et al., 2011).

Las pruebas psicodiagnósticas resultan de gran aporte al permitir el análisis del individuo desde una perspectiva micro y macrosocial. Así pues, con la ayuda de estas pruebas, podemos establecer elementos como: el grado de insania de un posible victimario frente a una acción delictiva cometida, la evaluación de daños y secuelas de la víctima, los compromisos orgánico-neurológicos, demencias y todas las alteraciones del comportamiento (Aguilar, 2009). Para Pont (2007) las pruebas psicodiagnósticas facilitan información sobre la personalidad, el comportamiento violento y la probabilidad de reincidencia de los evaluados.

Scott et al. (2014), Pont (2007) y Muñoz (2013) al igual que Echeburúa et al. (2011), hacen especial énfasis en la importancia de la evaluación integral, y se hace

explícita la necesidad de establecer la validez convergente entre las pruebas. En cuanto a las pruebas psicodiagnósticas o procedentes de contextos clínicos, se indica que su extrapolación al contexto forense ha sido objeto de numerosas críticas, ya que su utilización en contextos forenses presenta varias limitaciones. Entre ellas se destaca la carencia de indicadores de fiabilidad y validez en el contexto forense, por lo cual resulta arriesgado confirmar o desestimar denuncias, solo por la presencia o ausencia de sintomatología en el evaluado.

En cualquier caso, la calidad del proceso de evaluación pericial psicológica no se circunscribe únicamente al aval científico de los instrumentos empleados, sino que también vendrá delimitada por la utilización de distintos métodos de evaluación para una misma dimensión psicológica dentro del proceso de contraste de hipótesis. Los índices de convergencia determinarán la calidad de la evaluación forense por encima de los índices de fiabilidad y validez de las pruebas individuales. (Muñoz & Echeburúa, citados por Muñoz, 2013. p. 65)

Según Muñoz (2013) y Scott et al. (2014) la evaluación psicológica del daño psíquico se sustenta en un modelo traumatogénico, en el cual “una situación de victimización criminal es un estresor psicosocial de primera magnitud en la vida de una persona y que desborda las estrategias de afrontamiento del sujeto y supone un grave riesgo para su seguridad” (Muñoz, 2013. p.62). Según este mismo autor y Scott et al. (2014), estas situaciones son experimentadas con una emocionalidad negativa y vivencia traumática, que pueden desestabilizar el estado psíquico de un sujeto dando paso a sensaciones de indefensión y vulnerabilidad. Es decir, las “consecuencias psicológicas, en forma de desajustes clínicos derivados de la exposición a situaciones de victimización” indicarían la existencia o no de un hecho delictivo (Scott et al., 2014. p.58).

Se hace un llamado de atención sobre esta perspectiva, pues se establece que el ser humano es capaz de generar una gran diversidad de respuestas ante una situación delictiva entre las cuales prevalece la resiliencia (Muñoz, 2013 & Scott et al., 2014). Esto da paso a posturas en las que se critica el modelo traumatogénico pues se establece que hay una sobreestimación de la respuesta traumática (Muñoz, 2013) y una falta de control de otras variables antecedentes, concomitantes o posteriores al hecho delictivo (Scott et al., 2014).

Esto ha de tenerse en cuenta al momento de aplicar pruebas e instrumentos psicodiagnósticos, pues al momento de la evaluación se evalúa el estado psíquico de la persona posterior al supuesto hecho delictivo sin poder evaluar el estado mental de la persona antes del supuesto hecho delictivo. Según Muñoz (2013), lo anterior puede dar paso a un evaluado asintomático, lo cual no indica que el hecho delictivo no haya podido ocurrir, Scott et al. (2014). Frente a esto, el mismo autor agrega que la utilización de pruebas psicológicas resulta más útil para cuantificar la intensidad del daño más que para demostrar su posible existencia.

Con ello, según Scott et al.(2014), la presencia o ausencia de desajustes psicológicos permitirá generar diferentes hipótesis de trabajo que el perito tendrá que verificar para explicar el estado psíquico del evaluado teniendo en cuenta una valoración adecuada “de todos aquellos factores moduladores del impacto psíquico, así como de otros estresores psicosociales que pudieran explicar el estado psicológico del menor al margen de los hechos denunciados, en el caso de que presentase desajustes psicológicos (valoración de concausas) “ (Scott et al., 2014. p. 62).

Para Muñoz (2013) el perito trabaja con dos tipos de hipótesis:

Hipótesis basadas en el supuesto de cuantificación (comprobar la existencia de desajustes psicológicos en la persona evaluada y delimitar su entidad clínica) e hipótesis basadas en el supuesto de semejanza (comparar hasta qué

punto el perfil psicopatológico encontrado en un grupo de sujetos expuestos a una situación de victimización criminal semejante a la denunciada por la persona evaluada se encuentra presente en ésta). (p.64)

Para Muñoz (2013) el psicólogo siempre debe trabajar con diferentes tipos de hipótesis para evitar el fenómeno de la profecía auto-cumplida o el Efecto Pigmalión. Sin embargo, aún con las limitaciones mencionadas, Muñoz (2013), Echeburúa (2011) y Scott et al. (2014) no desestiman la utilización de pruebas psicodiagnósticas en el contexto forense tras la entrevista inicial, permitiendo al perito determinar y profundizar en áreas de evaluación daño psíquico.

Existen infinidad de pruebas psicodiagnósticas que difieren también de enfoques específicos para reconocer el funcionamiento y estado mental de los individuos, muchas de ellas son creadas para etapas específicas del desarrollo humano, ya sean la niñez, adolescencia, adultez, y vejez (Aguilar, 2009). Dentro de esta variedad de pruebas, podemos encontrar para interés de la psicología jurídica, y guiándonos por la exploración realizada a las pruebas psicodiagnósticas, pertenecientes al proyecto de apoyo a la evaluación clínica de la Universidad Complutense de Madrid, a las entrevistas clínicas, los test, los test de auto registro, las escalas, los índices antropométricos y a las pruebas situacionales.

El Protocolo en Evaluación Básica en Psiquiatría y Psicología Forense (2009) indica que, “la entrevista es el instrumento principal y básico usado por el psiquiatra y el psicólogo para conseguir el conocimiento de una persona y por lo tanto es el principal medio de evaluación del examinado” (p.14). Entre la información que se puede llegar a valorar incluye procesos de vital importancia para psicología como el lenguaje, atención y memoria; mientras se obtiene información de datos familiares, personales, médicos,

desarrollo social e información sobre el caso actual. De igual manera, este protocolo expone que:

El tipo de entrevista más recomendado en el ámbito forense es el tipo semiestructurado, ya que una entrevista excesivamente dirigida puede conllevar una falta de espontaneidad y dificultad para obtener datos del examinado útiles para llegar a un diagnóstico. Por el contrario, una entrevista demasiado libre, puede conducir a que el examinador pierda el control de la misma y se convierta en un mero espectador de lo que el entrevistado ofrece.
(p. 15)

Cabe resaltar la necesidad de la aplicación de técnicas relacionadas a la credibilidad de testimonio, en el uso de la entrevista como instrumento. Este es un elemento de gran importancia ya que dentro de la sala de justicia la estimación de la credibilidad de la información suministrada por los testigos resulta de vital importancia para el desarrollo de un veredicto final. La credibilidad de testimonio hace referencia, en palabras de Arce y Fariña (2005), a la “apreciación de la exactitud que el testigo o una parte de su declaración le inspira al evaluador y le induce a creer que los hechos sucedieron tal y como declara” (p.59). Estos mismos autores plantean dos modelos para la estimación de este elemento, el social o subjetivo y el científico u objetivo.

Para la aplicación de dichas técnicas se cuenta con los interrogatorios y las entrevistas como herramientas fundamentales, aunque se resalta que para fines forenses resultan de mayor utilidad las entrevistas cuando son llevadas de manera adecuada, es decir: que el entrevistador no mediatice la información a recuperar por el testigo, que se desarrollen en un formato narrativo de discurso libre y que la entrevista se ajuste al contexto y las capacidades del entrevistado (Arce y Fariña, 2005). Los autores resaltan

cuatro formatos de entrevista narrativa; la entrevista cognitiva, la entrevista a niños testigos, la entrevista a personas discapacitadas y la entrevista clínico forense.

Se resalta el formato de la entrevista clínico forense, ya que según Arce y Fariña (2005), dentro de una estrategia de evaluación multimétodo tiene gran cabida en el ámbito forense, al permitir un diagnóstico y además permitir un contraste de los datos obtenidos por otros métodos. Estos mismos autores recalcan la necesidad del desarrollo de la entrevista en formato de discurso narrativo libre que permita a los sujetos relatar de manera libre y espontánea los síntomas, conductas y pensamientos al momento de dar su declaración actual en comparación a su estado anterior al delito.

Entre las limitaciones establecidas por Arce y Fariña (2005) frente a estas metodologías, se encuentra en primer lugar que no suelen ser aplicables a todo tipo de testigos y que puede resultar necesario discriminar entre niños (población para la cual por lo general se proponen este tipo de procedimientos), adultos y discapacitados. En segundo lugar se expone, que este tipo de procedimientos no suele ir acompañado de un protocolo (o protocolos) de actuación necesarios para la obtención de declaraciones de acuerdo al contexto, además de que los sistemas que parten del análisis de contenido de las declaraciones resultan técnicas semi-objetivas que requieren de un ajuste para lograr una mayor objetividad. De igual manera se encuentra que muchas veces este tipo de técnicas se suelen aplicar a la supuesta víctima, obviando así al supuesto agresor y otros actores que podría resultar la víctima real, y que estos procedimientos no están orientados a la búsqueda de la huella psicológica del crimen.

Por otro lado, para Echeburúa (2003), el uso de los test y pruebas debería aplicarse posterior a la entrevista pericial semiestructurada con lo víctima, caracterizándola y conociéndola, para permitir con ello al evaluador explorar con mayor profundidad las

áreas que considere más pertinentes, teniendo en cuenta las condiciones de cada evaluado, las circunstancias contextuales y del objetivo de la evaluación.

Por ello, la selección de los test utilizados no debe basarse en una batería estándar, sino que debe tenerse a criterios de pragmatismo (utilidad de la información recabada, nivel cultural del sujeto evaluado, dominio del instrumento por parte del evaluador), a la calidad científica (fiabilidad, validez y adaptación al entorno cultural) y a la economía de tiempo (brevedad y no repetición de las pruebas a efectos de conseguir una mayor motivación y de evitar la fatiga). (Echeburúa, et al., 2011.p.146)

Esto sin olvidarse de señalar las limitaciones de los instrumentos en el contexto de la evaluación.

Continuando con otros instrumentos, las escalas resultan útiles en la detección de la presencia de un rasgo, dado que es una valoración subjetiva en la que se le da un valor a conductas observadas en el sujeto, por lo cual se recomienda la presencia de varios evaluadores al momento de la entrevista (Benguria, 2010). Este mismo autor establece tres tipos de escala: la primera, la escala numérica: “la intensidad o grado de la conducta observada se presenta por un número que oscila entre cero y cinco. Previamente se establece la correspondiente equivalencia entre el valor numérico y el grado de presencia de dicha conducta”; el segundo, “escalas gráficas: se señala mediante una cruz o línea horizontal la categoría que mejor responda al rasgo de conducta o característica evaluada” y el último “escalas descriptivas: la descripción del rasgo o característica es mayor que en las anteriores con lo que se evita que el observador asigna un significado personal a la conducta observada” (p.14-15).

Referente a los instrumentos de autorregistro Echeburúa (2003) establece que este tipo de instrumentos cuentan con preguntas sobre formas de conducta, referencias

personales, sentimientos, actitudes, opiniones y demás a las cuales el sujeto debe responder en referencia a sí mismo, por lo cual la objetividad y claridad con la que estas sean respondidas, dependerá también de la formulación de la pregunta, ya que de esto se puede generar una distorsión por motivos como el olvido de información relevante o la inconcreción de la respuesta. Echeburúa (2003) señala que un error común en estos tipos de prueba radica en la tendencia de la respuesta que es diferente según la opción de respuesta ofrecida (ejemplo: opción múltiple, respuesta dicotómica, etc).

Echeburúa (2003) indica que los cuestionarios con escala de tipo Likert podrían desarrollar algunos de estos controles cambiando el orden de gravedad de las alternativas de respuesta o dar opciones poco probables. Como lo indica Echeburúa (2003), esto resulta útil ya que el simulador estará centrado en su interés por simular y no en el argumento falso presentado en la pregunta o la opción dada, por lo cual tenderá a guiarse por las opciones de los extremos. Este control no será del todo efectivo, ya que para el sujeto algunos ítems pueden resultar elementales en su intención (simulación), mientras que otros no. De igual manera, revisa escalas de sinceridad como las del MMPI-II (con escalas L, F y K) y MCMI-II (con escalas V, referente a escala de validez; X, referente a escala de sinceridad; Y, referente a escala de deseabilidad social; y Z, referente a escala de alteración), que aunque tienen escalas para el control de respuestas no son tan efectivas en el diagnóstico. La detección de simulación o disimulación dependerá de la relación de los valores obtenidos en cada escala.

Por otro lado, como su nombre lo indica, los instrumentos antropométricos, están desarrollados por la antropometría, ciencia que estudia las medidas del hombre. Para el uso de instrumentos antropométricos, Peladez (1993) establece que “entre los requisitos básicos de la antropometría está conocer, familiarizarse y adquirir habilidad en el manejo y lectura de los instrumentos a utilizar” (p.2). Debido a que la selección de determinado tipo

de instrumento está condicionada a diferentes factores. Además de esto, este mismo autor, establece que es necesaria la estandarización de los instrumentos, ya que “para lograr un nivel aceptable de precisión, exactitud y replicabilidad de los datos antropométricos entre diferentes observadores y en un mismo observador en diferentes momentos. Si no se cuida este aspecto, es muy fácil cometer errores que invalidan los resultados” (p.7).

Las pruebas situacionales son pruebas que “permiten simular total o parcialmente, una situación o actividad” (García, 2010. p.95), y que permiten la evaluación de competencias a través de la simulación de situaciones cotidianas. Entre las desventajas que García (2010) resalta frente a este tipo de pruebas, se encuentra a la elaboración de las situaciones que puede ser compleja, el coste de elaboración, la subjetividad de la evaluación, y el tiempo consumido en su aplicación que suele ser alto.

Muñoz (2013), agrega que para la evaluación clínica forense suelen aplicarse pruebas con un amplio espectro psicopatológico capaces de indicar sintomatología traumática y desajustes psicológicos tras un hecho victimizante, sin embargo, establece que en la elección de pruebas a utilizar tendrán prioridad las pruebas psicométricas ya que cuentan con índices más elevados tanto de fiabilidad y validez como de normatización de datos, aunque las primeras dos reducen su eficacia en el ámbito forense. Pont (2007) agrega que las pruebas psicométricas presentan ventajas como “la objetividad, que debe ser fundamental tanto en la puntuación como en la interpretación; al estar construidas sobre una base empírica; las podemos utilizar como ayuda para predecir el comportamiento futuro de los internos y, así, su posible reincidencia” (p.198).

Para Echeburua et al. (2011.) “el dictamen pericial debe integrar los datos obtenidos con métodos diversos (la entrevista y los test específicos), así como contrastarlos con fuentes de información múltiples (entrevistas a familiares o análisis de la documentación obrante en el expediente judicial)”(p.81).Estos autores agregan además,

que ante discrepancias entre las fuentes de información, “la buena práctica requiere señalar las contradicciones detectadas en el informe final y plantearse así al Tribunal” ya que el no hacerlo supondría “una mala praxis y un falseamiento de la realidad de la evaluación psicológica”(p. 146).

Desde esta perspectiva, Echeburúa et al. (2003) establece la importancia de los instrumentos desarrollados para el diagnóstico clínico en el ámbito forense al referirse a:

Una experiencia clínica amplia del psicólogo, sobre todo cuando se lleva a cabo una entrevista no limitada exclusivamente a los síntomas concretos del paciente (que incluya el historial previo, el estilo de vida, etcétera), contribuye a atenuar las posibles distorsiones procedentes de la simulación o del autoengaño del paciente. (p. 517)

Esto se debe, según Echeburúa et al. (2011) a que ambas evaluaciones, la clínica y la forense “comparten un interés común por la valoración del estado mental del sujeto explorado. La primera tiene como objetivo principal de su actuación poder llevar a cabo una posterior intervención terapéutica; la segunda, analizar las repercusiones jurídicas de los trastornos mentales” (p.142). Las diferencias entre estas dos ramas, refieren al contexto de aplicación y al motivo por el cual se desarrolla la evaluación (asistencia o pericia) que determinan el carácter del proceso de evaluación psicológica en cada ámbito (Ackerman, 2010. en Echeburúa, et al., 2011. p.142).

De lo expuesto anteriormente podemos reconocer que la prueba psicodiagnóstica permite una evaluación profunda y clara de la conducta considerada, lo que aporta en gran medida a los procesos periciales psicológicos, sin embargo, esta dependerá del número y naturaleza de los reactivos de la muestra. Por su parte, el valor diagnóstico o predictivo de la prueba, depende de que tanto funcione el test o la prueba, como indicador de un área de conducta relativamente significativa. Por ello, es necesario que los reactivos de las pruebas

se asemejan a la conducta que esta pretende medir y predecir, es decir que, demuestre una correspondencia empírica entre ambos (Anastasi & Urbina, 2008).

Por ello, la Ley 1090 del 2006 dicta elementos de vital importancia referentes al manejo de pruebas, indicando que el psicólogo debe estar capacitado para establecer si los instrumentos o pruebas utilizadas cumplen con las normas propias de construcción de pruebas. Aunque estas normas se cumplan, es importante resaltar que las pruebas, observaciones, instrumentos y técnicas no son suficientes para establecer un diagnóstico por sí solas, por lo cual deberán formar parte de un proceso amplio profundo e integral, como lo establecen Echeburua et al. (2011) y Rodríguez (2009). Esto nos permitirá elegir apropiadamente los instrumentos para las necesidades que se nos presenten, entender el propósito concreto de la prueba, el contexto y población a la que se le debe aplicar, y la interpretación adecuada de los resultados que nos arroje (Anastasi, & Urbina, 2008). Lo anterior nos lleva a hablar de los aspectos técnicos y científicos de las pruebas, frente a conceptos como validez, confiabilidad, estandarización y normalización de las mismas a continuación.

La objetividad ha sido una de las más grandes metas por lograr en la evaluación psicológica forense, por ello la importancia radicada en la comprensión de los aspectos técnicos científicos y normativos de las pruebas psicológicas utilizadas en este contexto, son de gran importancia para su elaboración, utilización y posterior estandarización y/o normalización. Desde esta perspectiva autores como Sampieri et al. (2010) describen conceptos como “ la objetividad del instrumento”, este hace referencia “al grado en que el instrumento es permeable a la influencia de sesgos y tendencias de los investigadores que lo administran, califican e interpretan”(p. 287).Lo que invita a la participación nula de los sesgos, creencias y el juzgar propio del investigador, con el único objetivo de evitar interferencias de cualquier tipo en los resultados que dicte una prueba o evaluación

psicológica, comprendiendo las transferencias emocionales a las que este puede verse sujeto dentro del marco de una observación o investigación .

Las pruebas utilizadas dentro de la psicología forense permiten realizar un estudio específico de dimensiones psicológicas, es por ello que en la búsqueda de la “objetividad del instrumento”, estas deben contar con un análisis psicométrico que aporta información frente a la confiabilidad, validez, estandarización, y lograr ser reconocidos como instrumentos científicos de evaluación psicológica forense.

Importancia de la Confiabilidad, Validez, Normalización y Estandarización de las pruebas

La confiabilidad o Fiabilidad de un instrumento, hace referencia al grado en que su aplicación repetida al mismo objeto o sujeto, produce resultados iguales, es decir, el grado en que un instrumento produce resultados consistentes y coherentes en el tiempo (Sampieri, et al., 2010).

Por su parte, la validez de los instrumentos de medición tiene que ver con lo que estos miden y con que tan bien lo hacen, es decir, el grado en el que un instrumento en verdad mida la variable que pretende medir (Anastasi, & Urbina, 2008). De este concepto, pueden obtenerse diferentes tipos de evidencias, relacionadas con el contenido, el criterio y el constructo aportados por el instrumento (Monje, 2011).

La validez de contenido hace referencia a la elección de los reactivos adecuados en la prueba, para corroborar que esta mide los elementos que pone como objetivo medir. Lo que indica que el instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide, por ello, es el grado en el que la medición representa al concepto o variable medido (Sampieri, et al., 2010) .Como lo indican Anastasi., & Urbina, (2008):

Sobre la base de la información recabada se establecen las especificaciones de la prueba que deben seguir los redactores de los reactivos y en las que tienen que precisar las áreas o temas de contenidos, los objetivos que habrá que probarse, y la importancia relativa de temas y procesos individuales. (p. 115)

Por su parte, la validez de criterio de un instrumento de medición es establecida por medio de la validación de un instrumento al compararlo con algún criterio externo que pretende medir lo mismo. Cuanto más se relacionan los resultados del instrumento de medición con el criterio, esta validez será mayor. De este tipo de validez se desprende la validez concurrente y la validez predictiva. La primera hace referencia a que los resultados del instrumento se correlacionan con el criterio en el mismo momento o punto de tiempo. Por otro lado, si el criterio se fija en el futuro, hablamos de validez predictiva. (Sampieri, et al., 2010).

El principio de la validez de criterio corresponde a si diferentes instrumentos o criterios miden el mismo concepto o variable, y si estos arrojan resultados similares, lo que puede ser apreciado en la siguiente cita, (Bostwick & Kyte, 2005). “Si hay validez de criterio, las puntuaciones obtenidas por ciertos individuos en un instrumento deben estar correlacionadas y predecir las puntuaciones de estas mismas personas logradas en otro criterio” (p.108).

Por último, encontramos a la evidencia relacionada con la validez del constructo, la cual ha sido considerada por autores como Bostwick & Kyte (2005) y Sampieri, Baptista & Fernández (2010), como la validez más importante de todas. Un constructo, corresponde a una variable medida y que tiene lugar dentro de una hipótesis, teoría o esquema teórico. Es un atributo que no existe aislado de otros (Bostwick & Kyte, 2005). La validez de constructo, surge de este concepto; Esta, se refiere a que tan exitosamente un instrumento representa y mide un concepto teórico, teniendo como interés fundamental el significado

del instrumento, frente a lo que este está midiendo y como opera para medirlo. La evidencia sobre la validez de constructo debe explicar el modelo teórico empírico que subyace a la variable de interés.

Según Sampieri et al. (2010) la validez de constructo incluye tres etapas. La primera corresponde al establecimiento y especificación de la relación teórica entre los conceptos, la segunda a la correlación y análisis cuidadoso de conceptos y la última a la interpretación de evidencia empírica de acuerdo con el nivel en el que clarifica la validez de constructo de una medición en particular.

El proceso vinculado a la validación del constructo, se encuentra estrictamente vinculado a la teoría, por ello para estos mismos autores, no es conveniente llevar a cabo una validación de este tipo, a menos que exista un marco teórico que sustente a este proceso. Lo anterior puede ser apreciado en la siguiente cita, “Tenemos mayor confianza en la validez de constructo de una medición cuando sus resultados se correlacionan significativamente con un mayor número de mediciones de variables que en teoría y de acuerdo con estudios antecedentes, están relacionadas” (Sampieri, et al., 2010, p. 282).

De acuerdo a Sampieri et al. (2010), existen varios factores que pueden afectar la confiabilidad y la validez de las pruebas y pueden llegarnos a introducir a ciertos errores de medición. El primero tiene que ver con la improvisación, a lo que estos autores reconocen en la acción de algunos investigadores, de elegir instrumentos a la ligera, sin ningún tipo de respaldo teórico o pertinencia de la aplicación de pruebas de acuerdo a contexto y necesidades identificadas en los casos, y a las condiciones en que aplican los instrumentos de medición (condiciones de luz, ruido, temperatura, estado anímico del sujeto a evaluar y disponibilidad de este en términos psicológicos, emocionales y físicos, entre otros).

De igual manera, en la creación y desarrollo de los mismos, que muchas veces no tienen que ver con las normatividades de validez y confiabilidad de las pruebas. Desde esta misma línea, se plantea un segundo factor, en el cual se expone el cómo a veces se utilizan instrumentos desarrollados en el extranjero y para el extranjero, que no han sido validados para nuestro contexto y cultura. A lo que se le suma el hecho, de que en muchas ocasiones las normalizaciones que se realizan utilizan un lenguaje anticuado, o confuso, que vuelve a la prueba difícil de entender y por ende de aplicar y sistematizar sus resultados (Sampieri, et al., 2010).

Por otro lado, en muchas ocasiones sucede que el instrumento resulta inadecuado para las personas a quienes se les aplica, ya que al realizar una investigación a quien se debe siempre intentar adaptar, es la prueba dependiendo de las características propias de los sujetos participantes. De igual manera agrupará a todos los elementos de personalidad y características propias de los sujetos a quienes evaluamos tales como la deseabilidad social que demuestran e intención de asentir en todo y mostrarse perfectos y positivos en todo lo que hacen (Sampieri, et al., 2010).

Se debe tener en cuenta que los datos obtenidos por los instrumentos científicos de evaluación, deben ser interpretados desde un contexto más amplio a la puntuación obtenida por la validez y la confiabilidad, acercándose a diversas fuentes de información, de igual manera el proceso de estandarización cobra especial importancia pues el alterar de forma intencional las normas de administración lo cual puede arrojar datos erróneos y manipulados (Jiménez & Sánchez, 2003).

Por ello es tan importante hablar de estos criterios, estandarización y normalización. El primero hace referencia al “proceso de aplicar una prueba a una muestra representativa de personas que la responden con el propósito de establecer normas”

(Cohen & Swerdlik, 2006, p. 105). Podemos reconocer una prueba estandarizada al ver que esta tiene procesos definidos para la administración y calificación.

El proceso de estandarización, es el que debe ser llevado a cabo luego de realizar el debido muestreo desde una muestra significativa para cada prueba, como segundo paso a este proceso, se administra la prueba con el conjunto estándar de instrucciones proporcionadas por el encargado de la estandarización, las cuales permiten que las puntuaciones de la muestra puedan ser comparadas con las puntuaciones a futuro de la aplicación, luego del análisis de los datos, le corresponde el uso de estadística descriptiva para conocer las tendencias de variabilidad y centralidad, para luego elaborar una descripción detallada de la muestra de estandarización; estas muestras tienen unas normas de desarrollo las cuales deben ser tenidas en cuenta para una excelente estandarización, estas son: normas de percentiles, edad, grado, nacionales, nacionales ancladas y locales, de grupo de referencia fijo y normas de subgrupo como lo indican Cohen & Swerdlik (2006), En este momento se retoma el concepto de la Normalización.

Análisis

Para comprender la importancia de los aspectos mencionados anteriormente, cabe resaltar los resultados cuantitativos obtenidos frente a la exploración realizada en base a las pruebas psicodiagnósticas pertenecientes al proyecto de apoyo a la evaluación psicológica clínica de la Universidad Complutense de Madrid, y a las conceptualizaciones teóricas que hemos expuesto hasta el momento, Ver anexo 1. De igual manera, el análisis que mostraremos a continuación de las tablas sistematizadas, nos permitió desarrollar ciertas reflexiones frente a las pruebas psicodiagnósticas, su utilización e importancia en el área de la psicología forense. Ver anexo 2 (Excel)

Desde la información del DSM IV (American Psychiatric Association, 2013), la sistematización realizada con las tablas del proyecto de apoyo a universidad Complutense de Madrid, nos arroja como primer dato, que los 113 instrumentos de diagnósticos sistematizados, se encuentran divididos en diez categorías de clasificación, como se puede observar en la Tabla 1 y Anexo 2 (Excel). En esta, es importante hacer referencia a que las categorías con más instrumentos están relacionadas con los trastornos de la Conducta alimentaria, Fobia social, trastornos del estado de ánimo y trastornos relacionados con sustancias.

La información encontrada mediante la sistematización realizada a las pruebas, arroja también, que la mayoría de instrumentos se encuentran dirigidos a la población general, con 51 instrumentos (45% del total de los instrumentos), seguida de instrumentos dirigidos para adultos con 31 instrumentos (incluyendo aquellos dirigidos a la población general que resultan útiles para esta población). Se aclara que hay dos instrumentos que abarcan población entre los 17 y 80 años que no se han incluido en los datos anteriores aunque hacen parte de los 113 instrumentos como se puede diferenciar en la figura 1.

Por lo anterior, podemos observar como la mayor cantidad de pruebas se encuentran dirigidas a un público en general sin mayores especificaciones sobre características propias de la población, lo que nos invita a reflexionar frente a la utilidad real de estos instrumentos dentro de las problemáticas actuales del contexto colombiano, al reconocer que según medicina legal (2014), en Colombia, los mayores casos de denuncia se presentan en delitos sobre violencia de pareja (44.743 casos anuales), presunto abuso sexual (20.739 casos), violencia intrafamiliar (9.726 casos), y violencia a personas mayores (1.364). Desde esta perspectiva es importante discutir sobre la gran cantidad de pruebas dirigidas a la población general, es decir, sin especificaciones claras sobre qué tipo de pruebas deben aplicarse a qué tipo de sujetos, ya sean niños, jóvenes, adultos, o

adultos mayores, sobre qué contexto provienen, y qué características diferenciales presentan.

Frente a los tipos de instrumentos revisados se resalta que el más común es el Cuestionario del cual se encuentran 61 instrumentos (53.98% del total de los instrumentos revisados), seguido por las entrevistas, 28 instrumentos (24.78% del total de los instrumentos revisados) y luego las Escalas con 16 instrumentos revisados (14.16% del total de los instrumentos revisados). Los tipos de instrumento con menor presencia en la revisión efectuada, son la prueba situacional y los índices antropométricos, un instrumento en cada uno, es decir que cada uno representa el 0.88% del total de los instrumentos revisados. A estos le siguen los inventarios y los test, tres de cada uno por lo cual cada tipo de instrumento representa el 2.65% del total de los instrumentos revisados.

Lo anterior puede ser apreciado por medio de la figura 1, y la tabla 1 expuestas a continuación.

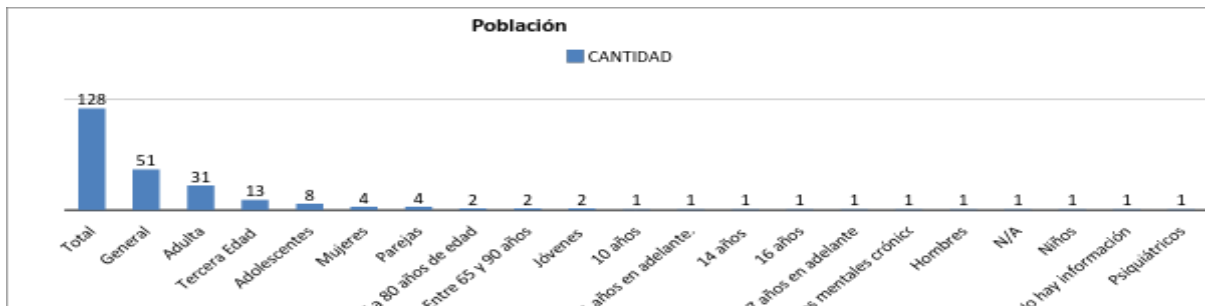


Figura 1: Categorización de población, a la que se encuentran dirigidas las tablas psicodiagnósticas.

Tabla 1

Instrumentos por categorías del SAM V

CATEGORÍA	CANTIDAD
TRASTORNOS DE CONDUCTA ALIMENTARIA	11
FOBIA SOCIAL	10

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO	9
TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS	9
DELIRIUM, DEMENCIA, TRASTORNOS AMNÉSICOS Y	
TRASTORNOS COGNITIVOS	8
DISFUNCIONES SEXUALES Y PROBLEMAS DE PAREJA	7
SALUD GENERAL Y CALIDAD DE VIDA	7
VALORACIÓN DEL ESTRÉS	7
FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL	6
TRASTORNOS SOMATOFORMES, DISOCIATIVOS Y	
FACTICIOS	6
TRASTORNOS DE PERSONALIDAD	5
ESQUIZOFRENIA	4
TRASTORNOS DE ANSIEDAD (EVALUACIÓN	
GENERAL DE LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD)	4
TRASTORNOS POR ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	4
FOBIA ESPECÍFICA	3
TRASTORNOS DEL CONTROL DE IMPULSOS: JUEGO	
PATOLÓGICO	3
DIAGNÓSTICOS GENERALES	2
PROBLEMAS DE FAMILIA	2
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	2
TRASTORNOS DE PÁNICO Y AGORAFOBIA	2
TRASTORNOS DEL SUEÑO	2
<hr/>	
TOTAL	113

Instrumentos revisados de la Universidad Complutense de Madrid, se muestran agrupados por las

categorías del DSM V

Varias fuentes resaltan la importancia de instrumentos de tipo entrevista, y particularmente la entrevista semiestructurada, la cual se plantea como un instrumento ideal para el inicio de una evaluación forense (Echeburua, 2011, el Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses 2009). Se resalta que del total de instrumentos de tipo entrevista revisados el 42.86% de ellas son entrevistas semiestructuradas. Echeburua et al. (2011) plantea alcances y limitaciones de este tipo de instrumentos, indicando que la validez de la entrevista depende en gran medida de la habilidad del evaluador al momento de dirigirla, lo cual permite pensar que los instrumentos psicodiagnósticos de tipo entrevista clínica semiestructurada, pueden ser de utilidad en el ámbito forense cuando se cuenta con profesionales con experiencia en la entrevista clínica y que estén capacitados para la aplicación de pruebas en medida que cada una de ellas indique.

El hecho de encontrar instrumentos de tipo escala y cuestionarios de autorregistro resulta alentador ya que como señala Echeburúa et al. (2003), el uso de estos puede resultar de gran importancia pues permite buscar estrategias que puedan detectar simulación y disimulación en las respuestas cuando los instrumentos ofrecen respuestas en escala de tipo Likert. Limitaciones como la magnificación de los síntomas pueden ser afrontadas con el apoyo de otros instrumentos diagnósticos adecuados para la valoración de la sintomatología arrojada.

La escasa presencia de instrumentos tipo índice antropométrico y prueba situacional no resulta preocupante pues son, en el caso de índices antropométricos, instrumentos que requieren familiarización del evaluador frente a medidas antropométricas estandarizadas y normalizadas en el contexto del evaluado, además de una familiarización del evaluador frente a los diferentes instrumentos antropométricos que pueden requerir las

pruebas, lo cual se puede presentar como un limitante para quienes ejercen la psicología en el campo o una exigencia para estos en la ampliación de su conocimiento.

En el caso de las pruebas situacionales, ya que su tiempo de aplicación puede llegar a ser demandante, al igual que el tiempo dedicado al diseño de las situaciones según las condiciones específicas del caso, y lo que en este se pretenda medir, puede presentarse como un obstáculo para la agilidad del proceso y una complicación según la condición socio-económica de quien solicite la prueba y del evaluado.

Creemos que es posible que dentro de un contexto forense las pruebas situacionales también se pueden ver limitadas por las acciones de deseabilidad social y de simulación o disimulación que el sujeto pueda ejercer en el desarrollo de las situaciones planteadas, por lo cual sería importante pensar en la forma de llevar un control sobre este tipo de respuestas emitidas por el sujeto según lo que se pretenda medir.

Otras limitaciones que encuentra Echeburúa et al. (2003) en los autorregistros se relacionan a lo que él denomina la “Ignorancia”, relacionada a la falta de desarrollos y habilidades o un bajo nivel cultural y de estudios del sujeto, resultando en la incomprensión del contenido de la pregunta. De forma adicional, se refiere a la limitación de la motivación del evaluado y que Echeburúa et al. (2003) divide en dos tipos: estructural (no hay interés en colaborar) o coyuntural (debido a repetición de pruebas, fatiga, enfermedad, etc.). Se encuentran errores comunes como la disimulación, la simulación y la deseabilidad social, particularmente presentes en el ámbito forense. Como última limitación se mencionan las distorsiones de memoria, que en algunos casos se puede relacionar a la amnesia disociativa por estrés postraumático.

Por otro lado, resulta fundamental establecer los datos obtenidos del análisis realizado a estos instrumentos en base a cuántos de ellos cumplen con criterios de confiabilidad y validez. Se aprecia que del total de los instrumentos, el 12% no cuenta con

fiabilidad y el 12% no cuenta con validez. De los 100 instrumentos que cuentan con criterios de Fiabilidad, 96 de ellos cuentan con criterios de validez, de igual manera de los 99 instrumentos que presentan algún criterio de validez, 96 de ellos cuenta con por lo menos un criterio de confiabilidad. Ver anexo 2 (Excel). Esto nos invita a reflexionar sobre la vitalidad que recae en los procesos de actualización, estudio y creación de material científico que nos permita la construcción de pruebas con niveles de confiabilidad y validez establecidos, se propone completar los datos de validez y fiabilidad de los instrumentos que no los tienen pues al ser pruebas de manejo público, deben estar completas frente a los criterios metodológicos.

Por otro lado es importante recalcar en la importancia de la estandarización y normalización de las pruebas en lo referente a su utilización. Como lo recalca Cohen & Swerdlik (2006), debido a la información específica que encontramos, nos referimos únicamente a la cantidad de pruebas adaptadas al castellano, lo cual se puede observar en la figura 2. Lo anterior permite centrarnos a lo encontrado en los datos de adaptación de la prueba, en donde se conoce que la mayoría de las tablas sistematizadas se encuentran adaptadas a la lengua castellana con un porcentaje del 74% , como se puede observar en la figura 2. Es importante mencionar que algunas de estas, se encuentran traducidas al español pero no especifican en sus fichas si se encuentran validadas a este idioma.

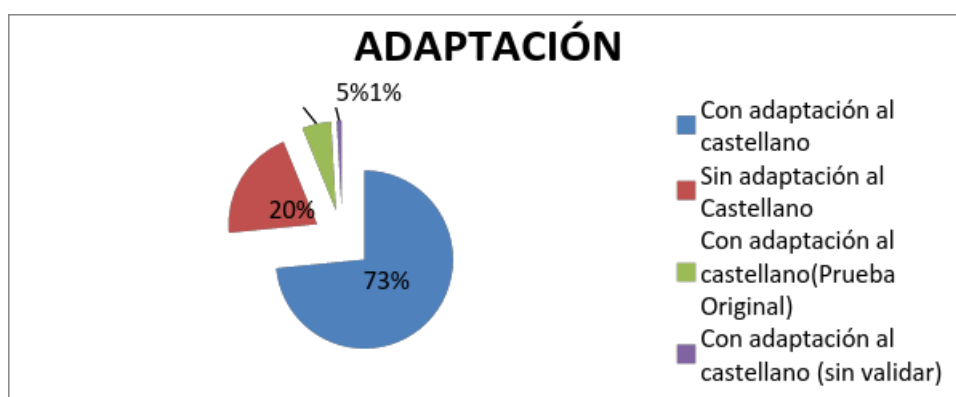


Figura 2

Adaptación al castellano: Cantidad de instrumentos adaptados a la lengua castellana

En tanto a la adaptación al castellano es importante que no solo se piense en la traducción sino que se tenga en cuenta los procesos de estandarización y normalización al contexto en el que se van a aplicar las pruebas. Esto resulta de gran importancia ya que por dificultades como la ignorancia o incomprensión de la pregunta, planteadas por Echeburua et al. (2003), no solo basta con la traducción, pues es fundamental que el lenguaje utilizado en la prueba sea entendible y comprensible para el evaluado. También se debe tener en cuenta la formulación, tanto de la pregunta como de la respuesta ofrecida (si se ofrece como en las escalas de tipo Likert), la cual debe ser clara y no ambigua para lograr evitar distorsiones en las respuestas del evaluado, asegurando así que este responda de manera consciente y adecuada a cada pregunta planteada. Esto nos genera dificultad frente a la propuesta de Echeburua et al. (2003), para instrumentos con escala tipo Likert para evitar simulación o disimulación, ya que su planteamiento obliga al evaluador a leer de manera consciente y meticulosa las opciones de respuesta al generar un control sobre las respuestas por aquiescencia.

Conclusión

Luego de realizar una revisión teórica frente a las temáticas de psicología forense, peritaje psicológico, el objetivo que este cumple frente a la evaluación psicológica forense, y todos los aspectos técnico- científicos frente a la utilización de pruebas psicodiagnósticas, se permite reconocer la importancia del buen uso, y conocimiento de las pruebas psicodiagnósticas en el campo de la psicología forense Colombiana. Su importancia, como lo hemos visto, radica en el apoyo que este tipo de elementos metodológicos permite a la hora de establecer elementos como la credibilidad de testimonio de una posible víctima o victimario, creación de perfiles psicológicos de estos,

evaluación psicológica forense de un determinado caso de orden judicial, conducción de interrogatorios, asesoramiento y capacitación al ámbito policial y jurídico a través de técnicas de entrevista, que como lo indica Garcia-López (2014), evoca las acciones más importantes en el actuar del perito en psicología forense.

Uno de los retos más grandes para la psicología forense en Colombia, corresponde al cómo lograr el desarrollo de profesionales expertos en competencias y conocimientos imperativos para ejercer una evaluación clínica forense rigurosa, la cual permita el desarrollo de un excelente informe pericial, de tal forma que se garantice la protección de las víctimas en cualquiera de los casos, por ello la importancia de la utilización de metodologías de investigación y diagnóstico como lo son las pruebas psicodiagnósticas.

Por lo anterior se considera esencial realizar una adaptación de las pruebas más valiosas para la psicología forense relacionadas con victimología al contexto Colombiano, pues como se menciona anteriormente, el fomentar esto, permite aumentar la validez y confiabilidad de cada una de las pruebas, y su utilización dentro del contexto Colombiano, volviéndolas herramientas útiles para explorar información, corroborarla y sistematizarla dentro de un marco legal, pues como se menciona en los resultados, de los instrumentos estudiados el 12% no cuenta con fiabilidad o validez y 96 de estos no cuenta con alguno de estos dos criterios.

Como se menciona en los resultados obtenidos frente a la población encontrada en las tablas y fichas, se considera que más pruebas deberían estar dirigidas a población infante y adolescente, y adulta mayor, ya que al reconocer a la población general, no se logra realizar una caracterización puntual de estas, lo que obstaculiza el uso de las pruebas psicodiagnósticas frente a la peritación psicología forense. Además de ello, el llegar a tener en cuenta esta observación, permitirá enriquecer la cantidad de pruebas psicodiagnósticas proporcionadas por la base de datos de la Universidad Complutense de

Madrid, y la cantidad de instrumentos que podrían ser utilizadas de forma cotidiana en el contexto Colombiano.

Por otro lado, se resalta la existencia mayoritaria de cuestionarios en las pruebas psicodiagnósticas exploradas, por lo cual se invita a la indagación profunda y crítica, frente a la utilización de este tipo de pruebas, sus ventajas y desventajas frente al contexto psicológico forense, pero sobretodo el cómo mejorar sus rangos de validez y confiabilidad.

Por otro lado, pudo ser apreciado por medio de la exploración realizada, que resulta escasa la investigación teórica y científica relevante a esta temática tan importante para la labor del psicólogo en ámbitos jurídicos como se observa en el Anexo 1, por lo cual se invita a seguir indagando frente a este tipo de tópicos que ameritan no solo mayor profundidad de análisis y concientización de su relevancia en el mundo actual, sino frente a su utilización en nuestro contexto Colombiano a partir de las leyes, protocolos expuestos por Medicina Legal, aquellos internacionales que también son de libre uso, y las normativas éticas de la labor del psicólogo, y su ejercer en ámbitos jurídicos como perito experto.

Finalmente, la importancia del uso de pruebas psicodiagnósticas en la psicología forense, es un tópico que queda abierto a más investigaciones, teniendo en cuenta que la psicología forense está tomando con el tiempo más fuerza en el ámbito de la academia. Por ello, se invita a profesionales y estudiantes en formación, no dejar atrás la importancia de la investigación y actualización en las pruebas psicodiagnósticas, y en línea a esto, se recomienda profundizar en actualización de elementos vitales para la comprensión y utilización de dichas pruebas, como lo son la validez, confiabilidad y normalización de cada una de ellas, y de sus fichas psicotécnicas. Ver anexo 1.

Se ofrece a la comunidad académica y la población interesada en este tema, la matriz proporcionada en este documento Anexo 2 (Excel), la cual permitirá explorar las

pruebas, tipos de instrumentos, criterios de fiabilidad y validez, adaptación y descripción de cada una de ellas con el fin de enriquecer el conocimiento y aumentar su uso en el ámbito de la psicología forense en Colombia. De igual manera este mismo permite complementar aspectos que se consideren esenciales para enriquecer la información obtenida hasta el momento.

Referencias

- Ackerman, M. J. (2010). *Essentials of forensic psychological assessment* (2nd Ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Aguilar, R. (2009) Las pruebas psicológicas (Test) como instrumento para el diagnóstico de la personalidad, en el estudio de los procesos de nulidad matrimonial. *Editorial Universitas canonica*. pp.10-15.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. DSM-5*. ISBN 978-0-89042-554-1
- Anastasi, A. & Urbina, S. (2008) Naturaleza y uso de las pruebas psicológicas. *Test psicológicos* (pp. 84-140). Editorial Pearson Educación.
- Arce, R. y Fariña, F. (2005). Peritación psicológica se la credibilidad del testimonio, la huella psíquica y la simulación: *el Sistema de Evaluación Global*. Papeles del Psicólogo. Vol. 26. pp. 59-77. ISSN 0214 - 7823
- Ávila, A. (2004). Psicopatología y responsabilidad penal. Algunas cuestiones sobre la imputabilidad. Conferencia Inaugural I Congreso de psicología Jurídica en Red. Madrid, España. Colegio oficial de psicólogos de Madrid.

- Benguría Puebla, S., Alarcón, B.M., Valdés López, M.V., Pastellides, P. y Gómez Colmenarejo, L. (2010). Observación: métodos de investigación en educación especial. 27 de Octubre de 2015 en URL:
https://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso10/Observacion_trabajo.pdf
- Bordas, J., Calvo, J., González, J., Magaz, R., Manzanero, A., Otero, J., Pardo, R., Pecharromán, Y., Rodríguez, A., y Toval, L. (2009). *Teoría y práctica de la investigación criminal*. Madrid: Instituto Universitario “General Gutiérrez Mellado” de Investigación “sobre la Paz, la Seguridad y la Defensa.
- Bostwick, G. & Kyte, N. (2005). Measurement. En Grinell, R.M. y Unrau, Y.A. (Eds.). *Social work: Research and evaluation. Quantitative and qualitative approaches* (7ª ed., pp.97-111). Nueva York: Oxford University Press.
- Calvet, H. & Santacana, J. (1985). Consideraciones sobre la zona de desarrollo potencial desde la evaluación psicológica. Anuario de la psicología. No. 38. Recuperado de URL:
<http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/64542> [Consulta: 20-11-15]
- Cohen, R. & Swerdlik, M. (2006). Pruebas y evaluación psicológicas: Introducción a las pruebas y a la medición. España: McGraw-Hill-Interamericana Editores. ISBN 9789701029367
- Contreras, M. & Fajardo, J. (2009) *Aplicación de la ley 1090 en la actividad del psicólogo forense en los casos de abuso sexual infantil en Colombia*. Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de psicología, Colombia.
- Dulzaides, E y molina A. (2004). Análisis documental y de información: dos componentes de un mismo proceso. vol.12, n.2, pp. 1-5. ISSN 1024-9435. Acimed. Recuperado de URL:
<http://eprints.rclis.org/5013/1/analisis.pdf>
- Enciclopedia jurídica (2014). Visto 22 de octubre, sacado de: <http://www.encyclopedia-juridica.biz14.com/d/causa/causa.htm>.

- Esbec & Gomez (2010) *Psicología Forense y Tratamiento Jurídico Legal de la Discapacidad*.
Madrid: Editorial EDISOFER S.L. ISBN 9788489493360
- Echeburúa, E., Corral, P., & Amor, P. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 139-156. ISSN 0214 - 9915
- Echeburúa, E., Corral, P., & Amor, P. (2003). Autoinformes y entrevistas en el ámbito de la psicología clínica forense: Limitaciones y nuevas perspectivas. *Análisis y Modificación de Conducta*. Vol. 29, No.126. pp. 504-522. ISBN 84-368-1027-9. 23
- Echeburúa, E., Loinaz, I. & Muñoz, J. (2011) La evaluación psicológica forense frente a la evaluación clínica: propuestas y retos de futuro. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. Vol. 11, Nº 1, pp. 141-159. ISSN 1697-2600. URL:
http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-375.pdf.
- Figuroa, C. (2013). Psicopatología: Historia clínica y psiquiátrica. *Revista Latinoamericana de psicopatología Fundamental*. Vol. 18(2), p194-213. ISBN 978-3-8325-3429-5.
- García, E., Domínguez-Trejo, B., Varela, O. y Tapias, A. (2008). Psiquiatría y psicología forense en México, precisiones acerca del supuesto intrusismo. *Psicol. Am. Lat.* n.13 México. ISSN 1870-350X
- García-Lopez, E. (2014). *Psicopatología forense: comportamiento humano y tribunales de justicia*. Editorial el manual moderno Colombia. ISBN: 9789589446799
- García Sanchez, I.M. *Sistema de Evaluación*. (2010). Universidad de Salamanca. Recuperado el 29 de Octubre de URL: <http://www.eumed.net/libros-gratis/2010b/687/PRUEBAS%20SITUACIONALES.htm>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, *Protocolo Evaluación Básica en Psiquiatría y Psicología Forenses*. (2009). Bogotá D.C. Recuperado de URL:<http://www.medicinalegal.gov.co/documents/48758/77623/1evaluacionbasica.pdf/c0f273cb-5721-4299-8b04-3a06ef1dcee8> , el 28 de Octubre 2015

Instituto de Medicina Legal y ciencias forenses (2014). Boletín de prensa: Forensis 2013.

<http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/145695/presentacion+forensis2014.pdf/3b0aa016-1a19-4322-9cf3-a9b9fd985978>

Jiménez, F., y Sánchez, G. (2003). Evaluación psicológica forense, contribuciones de las técnicas de Minnesota y Millon. Salamanca: Marú. ISBN: 9788481961508

Ley N° 599 del 2000 Código Penal Colombiano. Diario Oficial 45658. 01 de Septiembre del 2004.

Ley N° 1090 del 2006, De la Profesión de Psicología. Diario Oficial No. 46.383 de 6 de septiembre de 2006

Mogollón, C. (2013). Técnicas psicológicas en el ámbito forense. Universidad Arturo Michelena, Facultad de ciencias Jurídicas y políticas. Recuperado de URL:

<http://es.scribd.com/doc/52685292/Tecnicas-Psicologicas-en-El-Ambito-Forense#scribd>

Monje, C. (2011) Metodología de la investigación Cuantitativa y Cualitativa. Guía didáctica. Universidad Sur Colombiana, facultad de ciencias sociales y humanas. ISBN

9788448137793. Recuperado de URL:

<https://carmonje.wikispaces.com/file/view/Monje+Carlos+Arturo+-+Gu%C3%ADa+did%C3%A1ctica+Metodolog%C3%ADa+de+la+investigaci%C3%B3n.pdf>

Muñoz, J. M. (2013). La evaluación psicológica forense del daño psíquico: propuesta de un protocolo de. Anuario de Psicología Jurídica, 61-69. Doi:10.5093/aj2013a10

Peladez, L.M., Torre, P. y Ysunza Ogazón, A. (1993). Elementos prácticos para el Diagnóstico de la desnutrición. Instituto Nacional de la Nutrición “Dr. Salvador Zubirán”. México.

Recuperado el 29 de Octubre 2015 de URL:

http://salud.edomexico.gob.mx/html/doctos/ueic/cec/elem_prac_diag_nutr.pdf

- Pont, F. M. (2007). Aplicación de las técnicas psicodiagnósticas en el medio penitenciario. Anuario De Psicología Jurídica, ISSN:17179-207.
- Pontificia Universidad Javeriana (2013) Acuerdo No. 576 del Consejo Directivo Universitario del 26 de abril de 2013. Recuperado de:
<http://www.javeriana.edu.co/documents/10179/50258/acuerdo576.pdf/99351f5f-eb9a-44e9-b013-88321dba3b25>
- Rodríguez Gómez (2000). Psicología forense y tratamiento jurídico legal de la discapacidad (200) EDISOFER, Madrid España
- Rodríguez, L. (2007). Las víctimas y la psicología forense en Colombia: Descripción de criterios e instrumentos para la evaluación. Recuperado de URL:
<http://es.scribd.com/doc/16238472/Victimologia-y-Psicologia-Forense#scribd>
- Rodríguez, L. (2009). Análisis de la actividad psicológica forense en los casos de abuso sexual infantil en Colombia a partir de la legislación Colombiana.
- Sampieri, R., Baptista, M. & Fernández, C. (2010) Metodología de la Investigación. Pruebas Estandarizadas e inventarios. Editorial Mc Grall Hill. ISBN 968-422-931-3
- Scott, M. T., Manzanero, A. L., Muñoz, J. M., & Köhnken, G. (2014). Admisibilidad en contextos forenses de indicadores clínicos para la detección del abuso sexual infantil. Anuario De Psicología Jurídica, 2457-63. doi:10.1016/j.apj.2014.08.001
- Soria, M. & Saiz, D. (2005) Psicología Criminal. Madrid España. Editorial Pearson Prentice Hall. ISBN 978-84-8322-306-2
- Tesauro ISOC de psicología (1992). Centro de información y documentación científica CINDOC. Madrid
- Tesauro UNESCO (1995-2005). Organización de las Naciones Unidas para Educación la Ciencia y la Cultura.

Universidad Complutense de Madrid. (2006). Proyecto de apoyo a la evaluación clínica.

Recuperado

de:http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm

Urra, J. & Vázquez, B. (1993). Manual de Psicología forense. Madrid, Editorial Siglo XXI.

Vázquez, B. (2007) Manual de Psicología forense: Evaluación, el informe pericial del psicólogo.

Editorial Madrid, España, Editorial Síntesis S.A.

Anexos 1: Fichas psicotécnicas

http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm

DIAGNÓSTICOS GENERALES

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	The Brief Symptom Inventory
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Inventario Breve de Síntomas
<u>ABREVIACIÓN:</u>	BSI
<u>AUTORES:</u>	Derogatis, L.R
<u>AÑO:</u>	1983
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Inventario
<u>POBLACIÓN:</u>	Pacientes de psiquiatría especializados Consultas externas a partir de 7 años
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	5-10 minutos
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	<p>Lista de 53 Ítems agrupados en 9 escalas de síntomas:</p> <ul style="list-style-type: none">-Somatización-Obsesión-compulsión-Depresión-Ansiedad-Agresividad- hostilidad-Ansiedad Fóbica-Ideación paranoide-Sensibilidad interpersonal-Psicoticismo. <p>3 índices generales:</p> <ul style="list-style-type: none">-Índice severidad global-Índice de malestar por síntomas positivos-índice total de síntomas positivos. <p>Valoración por medio de escala tipo Likert</p>
<u>ADAPTACIONES</u>	N/A

<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Exploración Inicial
<u>ARTÍCULOS:</u>	Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica.</i> (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm .
<u>FIABILIDAD</u>	Fiabilidad: $\alpha=0,9900$
<u>CONSISTENCIA INTERNA:</u>	0,71-0,85
<u>TE- RETEST</u>	0,68 – 0,91
<u>CORRELACIÓN</u>	Con SCL-90-R por encima de 0.90
<u>VALIDEZ:</u>	Correlación media: 0,93
<u>REFERENCIA:</u>	Aragón, N.; Bragado, M.; Carrasco, I. (2000). Fiabilidad y estructura factorial del «inventario breve de síntomas» (brief symptom inventory, b.s.i.) en adultos. <i>Psicología Conductual</i> , 8 (1). Pp. 73-83. Recuperado de: http://www.uah.es/biblioteca/documentos/Ejemplos-APA-BUAH.pdf

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Cuestionario para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría
<u>ABREVIACIÓN:</u>	SCAN

<u>AUTORES:</u>	Wing, J.K., Babor, T., Burke, J., Cooper, J.E., Giel, R., Giel, R., Jablensky, A., Regier, D. y Startorius, N.
<u>AÑO:</u>	1990
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Entrevista semiestructurada
<u>POBLACIÓN:</u>	Adulta
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	90 minutos
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	<p>Proporciona conjunto de medios amplios precisos y específicos para la clasificación y comparación de fenómenos psiquiátricos.</p> <p>Encontrar dentro de la lista de fenómenos psicopatológicos cuales y con qué grado de gravedad han estado presentes durante un periodo determinado</p> <p>Cuatro componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Décima versión del PSE -Glosario de definiciones diferenciales -Lista de comprobación de grupos de ítems (IGC) -Cuestionario para historia clínica (CHS) <p>Se encuentra estructurado en dos partes. La primera comprende trastornos somatoformes, disociativos, ansiedad, depresivos y bipolares, alteraciones de alimentación y sueño, derivados de consumo de alcohol y otras sustancias.</p> <p>La segunda parte se encuentra dirigida a explorar trastornos psicóticos, alteraciones cognitivas, alteraciones manifiestas del lenguaje, afecto y conducta.</p> <p>Se adicionó al instrumento un programa de ordenador CATEGO-5 que clasifica alteraciones psicopatológicas detectadas según los criterios de CIE y DSM.</p> <p>El CATEGO incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perfil sintomatológico - Perfil IGC

	<p>- Índice de definición</p> <p>La puntuación de niveles de severidad se realiza mediante cuatro escalas distintas que se emplean de forma diferenciada según las distintas secciones a evaluar.</p>
<p><u>NORMAS DE APLICACIÓN</u></p>	<p>“El Glosario es un elemento del Módulo de entrenamiento del SCAN, que también contiene materiales para los Centros de Entrenamiento, el personal docente y las personas que participan en los programas de formación. Proporciona una amplia introducción al cuestionario del SCAN, el Glosario y también el nuevo programa de ordenador que funciona bajo Microsoft Windoes^R con instrucciones para su uso, materiales para los Cursos de Entrenamiento en el SCAN y recomendaciones relativas a las tareas de los Centros de Entrenamiento”.</p> <p>La descripción se encuentra en la División de Salud Mental, Organización Mundial de la Salud, Ginebra. Debe ser aplicado por el personal sanitario con un conocimiento adecuado de psicopatología, de igual manera esta población tiene que haber asistido a un curso de entrenamiento en uno de los centros designados por la Organización Mundial de la Salud.</p> <p>Se encuentran versiones reducidas del PSE-10 que pueden ser utilizadas por entrevistadores no profesionales entrenados en los centros.</p>
<p><u>ADAPTACIONES</u></p>	<p>Española: Vázquez Barquero, J., Gaité, L., Artal. J., et al. (1994) Desarrollo y verificación de la versión española de la entrevista psiquiátrica “Sistema SCAN” (cuestionarios para la evaluación clínica en neuropsiquiatría). <i>Actas Luso Españolas Psiquiatría, Neurología y Ciencias afines</i>; 22, 109-120.</p>

<u>MOMENTO DE APLICACIÓN</u>	Exploración Clínica
<u>FIABILIDAD</u>	NO HAY INFORMACIÓN
<u>VALIDEZ</u>	NO HAY INFORMACIÓN
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Wing, J., Babor, T., Burke, J., Cooper, J., Giel, R., Jablensky, Regier, D. & Sartorius, N. (1990). SCAN: Schedules for clinical assessment in neuropsychiatry. <i>Archives of general psychiatry</i>. 47, 589-593</p> <p>Aragón, N.; Bragado, M.; Carrasco, I. (2000). Fiabilidad y estructura factorial del «inventario breve de síntomas» (brief symptom inventory, b.s.i.) en adultos. <i>Psicología Conductual</i>, 8 (1). Pp. 73-83. Recuperado de: http://www.uah.es/biblioteca/documentos/Ejemplos-APA-BUAH.pdf</p> <p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p>

FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Camberwell Assesment of Need
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Cuestionario de Evaluación de Necesidades de Camberwell
<u>ABREVIACIÓN:</u>	CAN
<u>AUTORES:</u>	Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, G., Holloway, F., Wykes, T., Strathdee, G., Loftus, L. y McCrone, P.
<u>AÑO:</u>	1995

<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Cuestionario	
<u>POBLACIÓN:</u>	Pacientes especialmente con Esquizofrenia	
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	25 minutos aproximadamente	
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	Compuesto por 88 ítems divididos en 22 áreas:	
	Alojamiento	Alcohol
	Alimentación	Drogas
	Cuidado del hogar	Compañía
	Cuidado Personal	Relaciones de pareja
	Actividades diarias	Sexualidad
	Salud física	Cuidado de los hijos
	Síntomas psicóticos	Educación Básica
	Información acerca del estado y tratamiento	Teléfono
	Angustia	Transporte
	Seguridad hacia sí mismo	Dinero
	Seguridad de los otros	Ayudas sociales
	Para cada área se debe preguntar acerca de la existencia de un problema actual, cantidad de ayuda que recibe por parte de amigos y familiares, de servicios sociales y la cantidad de ayuda que necesita.	
	Se deben incluir dos preguntas abiertas sobre opinión del usuario acerca de servicios requeridos y un plan de acción formulado por el entrevistador.	
<u>ADAPTACIONES</u>	Española: Jiménez, J. F., Moreno, B., Rodríguez, E. y Torres, F.(1995)	
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN</u>	Exploración inicial	
<u>NORMAS DE APLICACIÓN</u>	Se debe preguntar acerca de la existencia de un problema actual, cantidad de ayuda que recibe por parte de amigos y familiares, cantidad de ayuda que recibe de servicios sociales y cantidad de ayuda que necesita. Se incluyen dos preguntas abiertas.	
<u>FIABILIDAD</u>	Interjueces: 0.99	
<u>TE- RETEST</u>	0,78	

<u>VALIDEZ</u>	<p>Baja correlación con estimaciones de profesionales de la salud frente a necesidades de los pacientes en 18 de las 14 variables.</p> <p>Correlación entre evaluación de necesidades por equipo médico y pacientes: Kappa= 0.18</p>
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica.</i> (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Phelan, M., Slade, M., Thornicroft, G., Dunn, G., Holloway, F., Wykes, T., Strathdee, G., Loftus, L. y McCrone, P. (1995). The Camberwell Assessment of Need: The validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. <i>British Journal of Psychiatry: the journal of mental science</i>, 167; 589-595</p> <p>Jiménez, J., Moreno, B., Rodríguez, E. y Torres, F. (1995). <i>Cuestionario de evaluación de las necesidades de Camberwell</i>. Grupo Andaluz de Investigación en Salud Mental. Dpto. de Medicina Legal, Toxicología Psiquiatría. Universidad de Granada.</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Global Assesment of Functioning
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)
<u>ABREVIACIÓN:</u>	GAF Y EEAG
<u>AUTORES:</u>	Asociación Psiquiátrica Americana
<u>AÑO:</u>	1994
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Escalada de valoración

<u>POBLACIÓN:</u>	General
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	No hay exactitud
<u>NORMAS DE APLICACIÓN:</u>	Se debe valorar la gravedad de los síntomas y del deterioro en la actividad social, escolar o laboral.
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	Medición del funcionamiento psicosocial del individuo, es un instrumento empleado en el eje V del DSM-IV con el fin de evaluar la actividad general. Consta de una escala de 100 puntos donde "0" equivale información adecuada y "100" a satisfacción en amplia gama de actividades. Sin síntomas.
<u>ADAPTACIONES:</u>	Española: Asociación Psiquiátrica Americana (2002). Barcelona: Masson
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	-Exploración inicial -Evaluación pre-tratamiento -Evaluación durante tratamiento, -Evaluación post-tratamiento -Seguimiento
<u>FIABILIDAD</u>	Coefficiente de correlación intraclase: 0,57
<u>VALIDEZ</u>	"El nivel de funcionamiento medio correlaciona de forma significativa con la complejidad del trastorno que presenta el paciente en el eje I del DSM-IV (las personas con esquizofrenia suelen obtener peores puntuaciones, y las personas con trastornos de ansiedad, trastornos de adaptación y depresión mayor tienden a presentar mejores puntuaciones). Se han encontrado correlaciones bajas con otras medidas de capacidad funcional, como subescala de trabajo de la Escala de Calidad de Vida de Lehman (0,22), y correlaciones moderadas con otras medidas de sintomatología psiquiátrica y deterioro cognitivo, como la Escala de Evaluación de Síntomas Psiquiátricos (PSAS), con -0,44 y el Mini Examen del Estado Mental, con 0,26. Se muestra sensible al cambio terapéutico.
<u>ARTÍCULOS:</u>	Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica.</i> (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm .

	American Psychiatric Association (2000). <i>DSM-IV-TR</i> . Washington.
	Asociación Psiquiátrica Americana (2000). <i>DSM-IV-TR</i> . Barcelona: Masson

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Philadelphia Geriatric center – Instrumental Activities of Daily Living
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
<u>ABREVIACIÓN:</u>	PGC-IADL
<u>AUTORES:</u>	Lawton, M. & Brody, E.
<u>AÑO:</u>	1969
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Escala de observación heteroaplicada
<u>POBLACIÓN:</u>	Ancianos institucionalizados y no institucionalizados
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	5 minutos aproximadamente
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	Compuesto por 8 ítems encargados de valorar las siguientes Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD): -Utilizar el teléfono -Realizar compras -Preparar comidas -Realizar tareas domésticas -Utilización de transporte -Responsabilidad en la toma de medicamentos -Capacidad para manejar el dinero
<u>ADAPTACIONES:</u>	No está validada al castellano
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Evaluación pretratamiento
<u>NORMAS DE APLICACIÓN:</u>	Debe ser aplicada por asistentes sociales, enfermeras y otro personal que tenga trato directo con las personas de tercera edad, se debe realizar un breve entrenamiento a evaluadores en tres aspectos: - Presentación - Observación - Coloquio antes y después de la evaluación
<u>FIABILIDAD</u>	“Su consistencia interna viene avalada la relación

	jerárquica mostrada en el cumplimiento de las actividades evaluadas entre sí, y de éstas en relación con las ABVD. En el estudio original el coeficiente de Pearson de fiabilidad interobservador fue de : 0.85”
<u>VALIDEZ</u>	“Tiene buena validez concurrente con otras escalas de AVD y con escalas de valoración cognitiva como el MMSE. Se ha determinado una adecuada validez concurrente con respecto a la Escala de Clasificación Física (Waldman y Fryman, 1.964, r=0,4), Cuestionario de Estado Mental (MSQ), pruebas de orientación y memoria (Kahn, Goldfarb, Pollak, Peck, 1.960, r=0,48) y la Escala de Apreciación de la Conducta (Waldman y Firman, 1.1964).”
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Lawton, M. & Brody, E. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. <i>Gerontologist</i>, 9, 179-86.</p> <p>Kane, R. & Kane, L. (1993) <i>Evaluación de las necesidades en los ancianos</i>. Barcelona: Fundación Caja de Madrid, SG Editores: 39-67</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Index of Activities of Daily Living
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Índice de Actividades de la Vida Diaria de Katz
<u>ABREVIACIÓN:</u>	Katz ADL
<u>AUTORES:</u>	Katz,S., Ford, A., y Moskowitz
<u>AÑO:</u>	1963
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Escala de observación
<u>POBLACIÓN:</u>	Personas de la tercera edad
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	20 minutos
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	Como objetivo busca evaluar actividades de la vida

	<p>diaria de las personas de tercera edad suministrando el índice de autonomía-dependencia.</p> <p>Consta de la evaluación de seis dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Baño - Vestirse - Acudir al servicio - Movilidad mínima - Continencia - Alimentación
<u>ADAPTACIONES:</u>	Española: Montorio, I. 1994
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Evaluación pre-tratamiento y postratamiento
<u>NORMAS DE APLICACIÓN:</u>	El evaluador debe clasificar a la persona en las seis dimensiones, situándolo en cada una por medio de escala Likert donde "0" es sin ayuda , "1" con ayuda humana y "2" completamente independiente.
<u>FIABILIDAD</u>	<p>"Interjueces después de entrenamiento: 0.95</p> <p>Coeficiente de replicabilidad. 0.94-0.97"</p>
<u>VALIDEZ</u>	"Correlaciona con el grado de asistencia que requiere el paciente en el momento actual. Predice la evolución a largo plazo del funcionamiento medio según la movilidad (0.5) y el confinamiento en casa dos años después de su alta de la rehabilitación (0.39)
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica.</i> (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Katz, S., & Akpom, C. (1976). Index of ADL. <i>Medical Care</i>, 14, 116-118.</p> <p>Katz, S., Ford, A., Moskowitz, et al. (1963). Studies of Illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. <i>JAMA</i>, 185, 914-919</p> <p>Montorio, I. (1994). <i>La persona mayor, Guía aplicada de evaluación psicológica.</i> Madrid: Ministerio de</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	The Barthel Index
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Índice de Barthel
<u>ABREVIACIÓN:</u>	N/A
<u>AUTORES:</u>	Mahoney, F., & Barthel, D.
<u>AÑO:</u>	1965
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Escala de Observación
<u>POBLACIÓN:</u>	Personas de la tercera edad Personas con patología cerebrovascular Demencia vascular
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	Menos de 5 minutos
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	Busca medir la capacidad funcional en las actividades de la vida diaria. Es un instrumento que busca evaluar 10 actividades de la vida diaria en donde el paciente es evaluado desde la ayuda que requiera para realizar cada una de las actividades.
<u>ADAPTACIONES:</u>	Española: Baztán, J.J., González, J.I., & del Ser, T. 1994
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Evaluación pre tratamiento en la entrevista realizada al cuidador
<u>FIABILIDAD</u>	“Test-retest: 0.89. Grado de acuerdo entre observadores: 0.95.”
<u>VALIDEZ</u>	“Las correlaciones con el Perfil de PULSES (Moskowitz y McCann, 1957) oscilan de -0.74 a -0.90. Se ha demostrado capaz de predecir la mortalidad de pacientes con accidentes cerebrovasculares, la duración de le estancia hospitalaria y la evolución del paciente independientemente de las evaluaciones médicas”

<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica. (s.f).</i> Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Mahoney, F., & Barthel, D. (1965) Funtional Evaluation: the Barthel Index. <i>Maryland State Medical Journal, 14</i>, 61-65</p>
--------------------------	---

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	WHO Short Disability Assessment Schedule
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Escala Breve de Evaluación de la Discapacidad
<u>ABREVIACIÓN:</u>	WHO DAS-S
<u>AUTORES:</u>	Janca, A., Kastrup, M., Katsching, H., López-Ibor, J.J., Mezzich, J. E., & Sartorius, N.
<u>AÑO:</u>	1996
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Entrevista semiestructurada
<u>POBLACIÓN:</u>	Personas con trastornos mentales o físicos
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	10 minutos
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	<p>Facilita una guía de las áreas que se deben evaluar como:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuidado personal - Ocupación - Familia/vivienda - Funcionamiento social <p>Como objetivo busca evaluar el funcionamiento psicosocial en pacientes con trastornos mentales y dificultades dadas por problemas físicos o mentales.</p>
<u>ADAPTACIONES:</u>	Española: Organización Mundial de la Salud 2000
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	<p>Exploración inicial</p> <p>Evaluación pre-tratamiento</p> <p>Evaluación durante el tratamiento</p> <p>Evaluación post-tratamiento, seguimiento</p>

<p><u>FIABILIDAD</u></p>	<p>“Los coeficientes de Correlación Intraclase oscilan de 0.40 (para categoría de familia / vivienda) a 0.74 (cuidado personal), de tal forma que la mitad de las categorías de discapacidad específicas presentan valores Kappa por encima de 0.50 y la otra mitad entre 0.40 y 0.50”</p>
<p><u>VALIDEZ</u></p>	<p>“Se muestra útil como instrumento para evaluar el cambio y predecir resultados en personas mayores. Discrimina entre pacientes y población normal”.</p>
<p><u>ARTÍCULOS:</u></p>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica.</i> (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Janca, A., Kastrup, M., Katsching, H., López-Ibor, J., Mezzich, J., & Satorius, N. (1996). The World Health Organization Short Disability Assessment Schedule (WHO DAS-S): a tool for the assessment of difficulties in selected areas of functioning of patients with mental disorders. <i>Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology</i>, 31, 349-354.</p> <p>Organización Mundial de la Salud (2000). <i>CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Versión Muldiaxial para adultos</i>. Madrid: Meditor, D.L.</p> <p>Vázquez, J., Vázquez, E., Herrera, S., Saiz, J., Uriarte, M., Morales, F., Herran, A., & Ustun, T. (2000) Versión en lengua española de un nuevo cuestionario de evaluación de discapacidades de la OMS (WHO-DAS-II): fase inicial de desarrollo y estudio piloto. Grupo Cantabria en Discapacidades.</p>

SALUD GENERAL Y CALIDAD DE VIDA

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Composite International Diagnostic Interview
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta
<u>ABREVIACIÓN:</u>	CIDI
<u>AUTORES:</u>	Organización Mundial de la Salud
<u>AÑO:</u>	1993
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Entrevista Estructurada
<u>POBLACIÓN:</u>	General
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	75 Minutos
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	<p>Integra la entrevista DIS que permite evaluar diferentes trastornos; permite realizar una exploración más completa del consumo de sustancias y trastornos generados por estas.</p> <p>Esta entrevista no cuenta con módulos para trastornos de personalidad o de infancia.</p>
<u>ADAPTACIONES:</u>	Española : Organización Mundial de la Salud 1993
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Exploración inicial Evaluación pre-tratamiento Diagnóstico
<u>NORMAS DE LA APLICACIÓN:</u>	En primer lugar el entrevistador debe leer las preguntas y alternativas correspondientes a cada una. Se encuentran preguntas en letras mayúsculas que corresponden únicamente al entrevistador, las preguntas podrán ser repetidas siempre que se utilicen los mismos términos del manual. Al momento de presentarse un síntoma se hará el respectivo examen para determinar gravedad y etiología. Se debe comprobar en cualquier síntoma que no se debe a enfermedades físicas o consumo de sustancias.
<u>FIABILIDAD</u>	“Los estudios llevados a cabo por la OMS han obtenido buenos resultados de fiabilidad test-retest de la entrevista. La mayoría de los diagnósticos tienen índices de acuerdo superiores al 85%. Los estadísticos Kappa oscilan entre 0.52 para la distimia y 0.84 para el trastorno de pánico. La fiabilidad interjueces para todos los diagnósticos es del 97%,”

	con datos de Kappa superiores a 0.90 en la mayoría de los casos (excepto el trastorno de somatización: Kappa= 0.67) ”
<u>VALIDEZ</u>	“El índice kappa encontrado entre la CIDI, en su versión 1.0 y el listado de síntomas de la CIE-10 es de 0.77; para trastornos de ansiedad, el índice kappa es de 0.76 para las categorías diagnósticas del DSM-III-R y de 0.73 para las categorías diagnósticas de la CIE-10; para los trastornos depresivos, el índice kappa es de 0.84 para el DSM-III-R y 0.78 para la CIE-10; para los trastornos por uso de sustancias, el índice kappa es de 0.83 tanto para el DSM-III-R como para la CIE-10.”
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica.</i> (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Organización Mundial de la Salud (1993). <i>Composite International Diagnostic Interview, Versión 2.1</i>, Génova: OMS</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	General Health Questionnaire
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Cuestionario de Salud General de Goldberg
<u>ABREVIACIÓN:</u>	(GHQ)
<u>AUTORES:</u>	David Goldberg
<u>AÑO:</u>	GHQ : 1978 GHQ-28:1979
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Cuestionario auto administrado
<u>POBLACIÓN:</u>	Pacientes de atención primaria o pacientes médico-quirúrgicos no ambulatorios
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	5-10 minutos
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	Permite detectar trastornos psicológicos en ambientes no psiquiátricos evaluando el estado de

	<p>salud general en dos fenómenos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Incapacidad para seguir llevando a cabo las funciones saludables normales - Aparición de nuevos fenómenos de malestar psíquico (distressing). <p>La versión original contiene 60 ítems con un factor general referido a síntomas somáticos y cefaleas y factores específicos correspondientes a depresión, ansiedad, sueño, somáticos y funcionamiento social.</p> <p>El GHQ-28 está dividido en 4 escalas cada uno con 7 ítems organizadas de la siguiente forma.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Subescala A: Síntomas somáticos - Subescala B: Ansiedad e insomnio - Subescala C: Disfunción social - Subescala D: Depresión grave
<u>ADAPTACIONES:</u>	Española: Lobo A., P., - Echeverría M.
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Screening
<u>NORMAS DE APLICACIÓN</u>	Se debe contestar siguiendo las instrucciones de la parte superior
<u>FIABILIDAD</u>	<p>“La consistencia interna de GHQ-60, -30 Y -12, oscila entre 0,82 y 0,93.</p> <p>Fiabilidad test-retest del GHQ-28 es 0.90 y de las otras versiones, 0,50-0,90.”</p>
<u>VALIDEZ</u>	<p>“De criterio:</p> <p>Sensibilidad/especificidad: La sensibilidad del conjunto escala entre el 44% y 100%. La especificidad entre 74% y el 93%</p> <p>Predictiva: Utilizando el GHQ-28, con un punto de corte de 5/6 se obtuvo una sensibilidad del 84.6%, una especificidad del 82%, un VPP DEL 75%, un VPN del 89.3% y un índice de “mal clasificados” del 17%. Para un punto de corte de 6/7 se obtuvo una sensibilidad del 76.9%, especificidad del 90.2%, VPP del 83.3 %, VPN del 85.9% y un índice de “mal</p>

	clasificados" del 15%. (Lobo et al. 1986) "
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclenic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Goldberg, D. (1972). <i>The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire</i>. London: Oxford University Press.</p> <p>Goldberg, D., Hillier, V. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. <i>Psychological Medicine</i>, 9, 129-145.</p> <p>Lobo, A., Pérez, M., Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. <i>Psychological medicine</i>, 16, 135-140.</p> <p>Goldberg, D. (1996). <i>Cuestionario de Salud General de Goldberg</i>. Barcelona: Masson.</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Quality of Life Interview
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Entrevista de Calidad de Vida de Lehman
<u>ABREVIACIÓN:</u>	QOLI
<u>AUTORES:</u>	Lehman, A.
<u>AÑO:</u>	1988
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Entrevista estructurada
<u>POBLACIÓN:</u>	Enfermos mentales crónicos
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	45-60 minutos o 15-20 minutos en la versión abreviada
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	Esta entrevista se centra en sentimientos recientes y

	<p>Actuales de satisfacción, estado funcional y accesos de recursos. Facilita indicador objetivo y subjetivo de calidad de vida y una medida de satisfacción global.</p> <p>“Se encarga de evaluar 8 áreas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Satisfacción general con la vida - Resistencia - Actividades cotidianas y funcionamiento - Relaciones familiares - Finanzas - Trabajo y escuela - Salud - Aspectos legales y de seguridad
<u>ADAPTACIONES:</u>	<p>Se encuentran dos versiones, actualmente la más utilizada es la segunda:</p> <p>-Versión completa con 158 ítems -Versión abreviada con 78 ítems</p>
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Evaluación pre-tratamiento y durante el tratamiento
<u>NORMAS DE APLICACIÓN</u>	Debe ser aplicado por un entrevistador entrenado.
<u>FIABILIDAD</u>	<p>“Consistencia interna versión completa: 0,82-0,89 (escalas subjetivas) y 0,61-0,80 (escalas objetivas). Fiabilidad test-retest versión completa (1 semana): 0,72 (escalas subjetivas) y 0,65 (escalas objetivas). Los criterios de calidad para la versión reducida se muestran similares.”</p>
<u>VALIDEZ</u>	<p>“Muestra correlaciones con la escala de calidad de vida de Heinrichs et al. (QLS): 0,38-0,75. Por lo que respecta a la validez Lehman señala que tanto la validez de constructo como la predictiva pueden considerarse como buenas en función de los resultados obtenidos en el análisis factorial confirmatorios y en los modelos multivariados predictivos. La escala de satisfacción general con la vida del QOLI correlaciona negativamente con depresión (en un rango de -0,17 a -0,56) y ansiedad (en un rango de -0,25 a -0,33) Se muestra sensible al cambio. ”</p>

<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica.</i> (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclenic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Lehman, A. (1988). <i>A Quality of Life Interview for the chronically mentally ill. Evaluation and Program Planning.</i> 11, 51-62</p> <p>Bobes, J., González, M. y Bousoño, M. (1995). <i>Calidad de vida en las esquizofrenias.</i> Barcelona: J.R. Prous.</p>
--------------------------	---

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	The Quality of Life Scale
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Escala de Calidad de Vida en la Esquizofrenia
<u>ABREVIACIÓN:</u>	QLS
<u>AUTORES:</u>	Heinrichs, D., Hanlon, T. y Carpenter, W.
<u>AÑO:</u>	1984
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Entrevista semiestructurada
<u>POBLACIÓN:</u>	Pacientes esquizofrénicos no hospitalizados
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	45 minutos
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	<p>“Objetivo: Evaluar el funcionamiento de los pacientes independientemente de la sintomatología psicótica florida o la necesidad de hospitalización. La escala se desarrolló tomando como constructo base la importancia de las manifestaciones de déficit en el proceso esquizofrénico”</p> <p>Cuenta con 21 ítems que evalúan 4 áreas básicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Funciones Intrapsíquicas, (cognición, conación, y afectividad) - Relaciones interpersonales(frecuencia e intensidad de los contactos personales) - Rol instrumental (trabajo, estudio o figura parental) - Uso de objetos comunes y actividades

	cotidianas
<u>ADAPTACIONES:</u>	Española: Rodríguez, A., Rodríguez, A. M., Jarne. A., Soler, R., Miarons, R. y Grau, A. (1995)
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Evaluación Pre- tratamiento
<u>FIABILIDAD</u>	“El coeficiente de correlación intraclase para la puntuación total de la QLS es 0.94 y para las diferentes subescalas oscila entre 0.91 - 0.97. El coeficiente de correlación intraclase para los ítems individuales varía desde 0.58 a 0.98”
<u>VALIDEZ</u>	“Las correlaciones con la entrevista de Calidad de vida de Lehman son 0.38 par la subescala de bienestar general; 0.34-0.75 para la subescala de contactos interpersonales; y 0.63 para la subescala de actividades diarias.”
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica.</i> (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinc/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Heinrichs, D., Hanlon, T. y Carpenter, W. (1984). The Quality of Life Scale: An instrument of rating the squizohrenic déficit síndrome. <i>Schizophrenia Bulletin</i>, 10, 388-399</p> <p>Española: Rodríguez, A., Rodríguez, A. M., Jarne. A., Soler, R., Miarons, R. y Grau, A. (1995). Estudio factorial y adaptación de la Escala de Calidad de Vida en la esquizofrenia. <i>Revista de Psicología General y aplicada</i>, 48, 353-365.</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos

	de Eje I del DSM-IV (SCID-I)
<u>ABREVIACIÓN:</u>	SCID-I
<u>AUTORES:</u>	First, B., Spitzer, L., Williams, B., & Gibbon, M.
<u>AÑO:</u>	1995
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Entrevista semiestructurada
<u>POBLACIÓN:</u>	Psiquiátrica o general
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	Una hora para personas sin patología. Dos a tres horas para personas con trastornos mentales
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	<p>El instrumento se encarga de proporcionar datos demográficos, historia laboral historia psiquiátrica actual y pasada, tratamientos y evaluación del funcionamiento actual.</p> <p>Se encuentra dividido en nueve módulos, cada uno dirigido a</p> <ul style="list-style-type: none"> -Episodios afectivos -Síntomas y trastornos psicóticos -trastornos del estado del ánimo -Uso de sustancias -Trastornos somatoformes -Trastornos de la alimentación. -Trastornos de adaptación
<u>ADAPTACIONES</u>	Española: First, M., Spitzer, R., Williams, J., & Gibbon, M. (1999)
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Exploración inicial, evaluación pre-tratamiento y diagnósticos
<u>NORMAS DE APLICACIÓN</u>	Este instrumento debe ser administrado por clínicos con experiencia en la aplicación.
<u>FIABILIDAD</u>	“Fiabilidad para pacientes psiquiátricos: Kappa=0.61; para pacientes no psiquiátricos: kappa= 0.37; para diagnósticos del trastorno bipolar: kappa=0.48; de abuso o dependencia de alcohol: kappa= 0.75; de abuso o dependencia de otras drogas: kappa=0.84; de anorexia nerviosa: kappa=0.72; de bulimia nerviosa: kappa= 0.84; distimia: kappa= 0.40; agorafobia sin pánico: kappa= 0.43; fobia social:

	<p>kappa=0.47.</p> <p>Fiabilidad test-retest es buena para todos los trastornos DSM-III-R en general excepto para agorafobia sin pánico, trastorno obsesivo-compulsivo y trastornos somatoformes. La fiabilidad de la SCID-I, según criterios DSM-IV, no se ha establecido todavía.”</p>
<u>VALIDEZ</u>	“Más del 85% de los pacientes con un trastorno psicótico conocido manifestaron la mayoría de su sintomatología en el transcurso de la entrevista”
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>First, B., Spitzer, L., Williams, B., & Gibbon, M. (1995). <i>Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-I) (User's Guide an Interview)</i>. Research Version. New York: Biometrics Research Department, New York Psychiatric Institute.</p> <p>First, B., Spitzer, L., Williams, B., & Gibbon, M. (1997). <i>Structured Clinical Interview for DSM-IV- Clinican Version (SCID-CV) (User's Guide an Interview)</i>. Washington_ American Psychiatric Press.</p> <p>First, B., Spitzer, L., Williams, B., & Gibbon, M. (1999). <i>Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I DSM-IV, Versión Clínica (SCID-I-VC)</i>. Barcelona: Masson.</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Symptom Checklist - 90 - Revised (SCL - 90 - R)
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Cuestionario de 90 Síntomas Revisado.
<u>ABREVIACIÓN:</u>	SCL-90-R
<u>AUTORES:</u>	Derogatis, L.

<u>AÑO:</u>	1994
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Cuestionario
<u>POBLACIÓN:</u>	Adultos y adolescentes
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	12 a 20 minutos
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	<p>El instrumento cuenta con 90 ítems que pueden ser autoadministrado, compuesto por una escala tipo Likert. Se encuentra dividido en 9 dimensiones y tres índices globales.</p> <p>Dimensiones</p> <ul style="list-style-type: none"> -Somatización -Síntomas obsesivos -Sensibilidad interpersonal -Depresión -Ansiedad -Hostilidad -Ansiedad fóbica -Ideación paranoide -Psicoticismo <p>Índices globales</p> <ul style="list-style-type: none"> -Severidad global -Total de síntomas positivos -Malestar por síntomas positivos.
<u>ADAPTACIONES:</u>	Española: Derogatis, L. (2001).
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Exploración inicial
<u>NORMAS DE APLICACIÓN</u>	El paciente debe contestar cada ítem en una escala de 0 a 4, donde 0 es “nada en absoluto” y 4 es “Mucho o extremadamente”, teniendo en cuenta el malestar de la semana anterior hasta el día en que termine el cuestionario.
<u>FIABILIDAD</u>	“Consistencia Interna: 0.79-0.90; Fiabilidad test-retest tras una semana: 0.78 - 0.90; Fiabilidad test-retest tras diez semanas: 0.68 - 0.80.”
<u>VALIDEZ</u>	“Correlación de la subescala de Depresión del SCL - 90 -R con el inventario de Depresión para niños (CDI) : 0.58; Con el inventario de Depresión de Beck (BDI): 0.22 (otros estudios: 0.73 - 0.80); con la Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS): 0.81; subescala de ansiedad somática y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): 0.37; subescala de síntomas obsesivo-compulsivos con la Escala de Obsesión Compulsión de Maudsley (MOCI) y la escala de

	Obsesión Compulsión de Yale-Brown (Y-BOCS): 0.41 - 0.76. Correlación de la subescala de Depresión con el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI): -0.02; subescala de ansiedad y el Inventario de Depresión Beck (BDI): -0.03; correlaciones más altas de la subescala de Obsesión-Compulsión con las subescalas de Depresión y Ansiedad del SCL-90-R que con otras medidas del trastorno obsesivo-compulsivo, lo que indica problemas para la validez discriminante de esta subescala.”
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Derogatis, L. (1994). SCL-90-R, Brief Symptom Inventory, and matching clinical rating scales. En M. Maruish. <i>Psychological Testing. Treatment Planning, and Outcome Assessment</i>. New York: Erlbaum.</p> <p>Derogatis, L. (2001). <i>Cuestionario de 90 Síntomas (SCL-90-R)</i>. Madrid: TEA Ediciones, S.A.</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	The Short Form - 36 Health Survey
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Cuestionario de Salud SF-36
<u>ABREVIACIÓN:</u>	N/A
<u>AUTORES:</u>	Ware, J., Sherbourne, C.
<u>AÑO:</u>	1992
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Cuestionario
<u>POBLACIÓN:</u>	General y clínica a partir de los 14 años
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	De 5 a 10 minutos
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	<p>Instrumento compuesto por 36 ítems divididos en 8 dimensiones:</p> <p>Dimensiones</p> <ul style="list-style-type: none"> -Función física -Rol Físico -Dolor Corporal -Salud general

	<p>-Vitalidad -Función social -Rol emocional -Salud Mental.</p> <p>Adicional se exploran cambios experimentados en el estado de salud en el último año, dimensión no incluida en las 8 anteriores ya mencionadas. Las respuestas se dan por medio de una escala tipo Likert que evalúan intensidad o frecuencia.</p> <p>Es importante mencionar que el instrumento no evalúa aspectos de la salud como funcionamiento cognitivo, sexual y familiar.</p>
<u>ADAPTACIONES:</u>	Española: Alonso, J., Prieto, L., y Antón, J. (1995).
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	“Evaluación de la calidad de vida antes y después de intervención terapéutica y evaluación de seguimiento”.
<u>NORMAS DE APLICACIÓN</u>	<p>Se deben hacer preguntas acerca de la salud para conocer cómo se encuentra y la capacidad para hacer actividades diarias.</p> <p>Se debe tener en cuenta que hay respuestas de si y no, ítems con diferentes alternativas de respuesta y preguntas con escala tipo Likert que dependiendo del ítem muestra diferentes grados de frecuencia e intensidad</p>
<u>FIABILIDAD</u>	“Tiene una alta consistencia interna (0.8 para todas las escalas, excepto para la “función social” que es de 0.76). El coeficiente de correlación intraclase es de 0.85. La validez test-retest con dos semanas de diferencia es de 0.8 para la función física, vitalidad y percepción general de la salud y de 0.6, para función social. Si la comparación se hace con seis meses de diferencia, los valores oscilan entre 0.6 y 0.9, excepto para el dolor, que baja hasta 0.43.”
<u>VALIDEZ</u>	“Se ha mostrado sensible al cambio en varios estudios, los valores psicométricos de la adaptación española, son parecidos a los originales, excepto la fiabilidad de la dimensión “función social”, que es menor”
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Ware, J., Sherbourne, C. (1992) The MOS 36-item short form health survey (SF-36) I. <i>Med Care</i>, 30: 473 - 83...</p>

	<p>Alonso, J., Priento, L., y Antón, J. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): Un instrumento para la medida de los resultados clínicos. <i>Med Clin</i>, 104: 771-6</p> <p>Ayuso-Mateos, J., Lasa, L., Vázquez Barquero, J., Oviedo, A., y Díez Manrique, J. (1999). Measuring health status in psychiatric community surveys: internal and external validity of the Spanish version of the SF-36. <i>Acta Psychiatr Scand</i>, 99, 26-32.</p>
--	---

VALORACIÓN DEL ESTRÉS

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	COPE
<u>TRADUCCIÓN:</u>	COPE
<u>ABREVIACIÓN:</u>	N/A
<u>AUTORES:</u>	Carver, C., Scheier, M., & Weintraub, J.
<u>AÑO:</u>	1989
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Cuestionario
<u>POBLACIÓN:</u>	General
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	De 15 a 20 minutos
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	<p>Es un instrumento que busca evaluar estrategias de afrontamiento ante el estrés, está compuesto por 60 ítems en varias subescalas, algunas de estas son:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Búsqueda de apoyo social -Religión -Humor -Consumo de alcohol o drogas -Planificación -Afrontamiento activo
<u>ADAPTACIONES:</u>	Española: Crespo, M., & Cruzado, J. (1997)...
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Evaluación pre-tratamiento

<u>NORMAS DE APLICACIÓN</u>	“Si se utiliza el cuestionario de manera <i>disposicional</i> , el sujeto ha de contestar haciendo referencia a cómo afronta habitualmente las situaciones de estrés. Si se usa de modo <i>situacional</i> , se ha tenido alguna experiencia estresante en los últimos tres meses, la define y contesta refiriéndose a ella. Se ha de especificar que cada ítem es independiente, que no hay respuestas correctas o incorrectas, y que las respuestas deben indicar su propia experiencia, no lo que la mayoría hace, etc.”
<u>FIABILIDAD</u>	“Consistencia interna: 0.45 - 0.92. Fiabilidad test-retest: 0.46 - 0.86 (8 semanas) y 0.42-0.89 (6 semanas). Correlación versión general y situacional: menor de 0.40 (salvo escalas de consumo de alcohol o drogas y religión)”
<u>VALIDEZ</u>	“Muestra relaciones con otras escalas de afrontamiento y medidas de personalidad. Así, existe una relación positiva entre las estrategias de afrontamiento activo, planificación, reinterpretación positiva y crecimiento personal con otras variables como optimismo, control de la situación, auto estima y fortaleza (hardiness). El afrontamiento activo presenta además una relación positiva con la personalidad tipo A y una relación negativa con ansiedad-rasgo. Las estrategias de negociación y desconexión conductual presentan un patrón opuesto en sus relaciones con estas variables. Por otra parte, las escalas de COPE se diferencian de otras medidas de afrontamiento como la medida unidimensional de atenuador (blunting) vs incrementador (monitoring), y no están relacionadas con la deseabilidad social.”
<u>ARTÍCULOS</u>	Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i> . (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm .

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Recent Life Changes Questionnaire
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Cuestionario de Cambios de Vida Recientes (CVSV)
<u>ABREVIACIÓN:</u>	RLCQ ó CVSV
<u>AUTORES:</u>	Holmes, T., Rahe, R.
<u>AÑO:</u>	1967 año de publicación 1997 Versión actualizada
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Cuestionario autoaplicado

<u>POBLACIÓN:</u>	Adultos entre 18 y 60 años
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	De 10 a 15 minutos
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	<p>El instrumento busca conocer si se ha pasado por etapas donde se han producido cambios estresantes en los dos últimos años, está compuesto por 74 ítems (versión original). Son escenarios relacionados con cambios importantes tanto negativos como positivos. Los sucesos están clasificados en varios ámbitos como</p> <ul style="list-style-type: none"> -Salud -Trabajo -Casa y familia -Personal y social -Finanzas.
<u>ADAPTACIONES:</u>	González de Rivera, J., y Morera, A. (1983). Esta versión cuenta con 77 ítems.
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Exploración inicial, evaluación pretratamiento.
<u>NORMAS DE APLICACIÓN:</u>	El sujeto debe marcar acontecimientos que hayan pasado entre los últimos seis y/o doce meses.
<u>FIABILIDAD</u>	“Fiabilidad test-retest de tres semanas: de 0,85”
<u>VALIDEZ</u>	“Se encuentran correlaciones significativas entre el RLCQ y problemas de salud física y mental. Existen correlaciones altas entre el RLCQ y otras medidas objetivas de sucesos vitales pero se encuentran correlaciones muy bajas con medidas subjetivas de estrés.”
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_pal.htm.</p> <p>Holmes, T., Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. <i>J psuchosom Res</i>, 11, 213-218</p> <p>González de Rivera, J., y Morera, A. (1983). La valoración de los sucesos vitales: adaptación española de la escala de Holmes y Rahe. <i>Psiquis</i>, 4, 7-11.</p> <p><u>Rahe, R., Bennett, L., Romo, M., Siltanen, P., Arthur, R. (1973). Subjects's recent life changes and coronary heart disease in Finland. <i>Am J Psychiatry</i>, 130: 1222-1226.</u></p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Pleasant Events Schedule
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Escala de sucesos placenteros, Cuestionario de Refuerzos
<u>ABREVIACIÓN:</u>	PES
<u>AUTORES:</u>	MacPhillany, D., & Lewinsohn, P.
<u>AÑO:</u>	1971
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Cuestionario
<u>POBLACIÓN:</u>	General especialmente para personas con depresión
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	50 minutos
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	Instrumento compuesto por 320 ítems donde se citan posibles reforzadores, el sujeto deberá marcar el placer encontrado en cada uno de ellos y la frecuencia en que se producen.
<u>ADAPTACIONES:</u>	N/A
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Evaluación pre-tratamiento
<u>NORMAS DE APLICACIÓN:</u>	<p>Primero, se deberán responder los ítems teniendo en cuenta la siguiente escala:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1: El suceso no le ha ocurrido en los últimos treinta días 2: Le ha ocurrido entre 1 y 6 veces en los últimos treinta días. 3: Ha ocurrido frecuentemente(7 veces o más) <p>Luego se deben responder los ítems con la siguiente escala:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1: Si el suceso fue/sería desagradable o neutro 2: Fue/sería algo agradable 3: Fue muy agradable
<u>FIABILIDAD</u>	NO APARECEN EN COMPLUTENSE FIABILIDAD, VALIDEZ O HOMOGENEIDAD
<u>VALIDEZ</u>	
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index</p>

	<p>ppal.htm.</p> <p>MacPhillany, D., & Lewinsohn, P. (1971). The pleasant Events Schedules. Manuscrito no publicado. Eugene. Universidad de Oregon.</p>
--	---

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Daily Hassless/Uplifts Scale
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Escala de Acontecimientos Molestos/Agradables Cotidianos
<u>ABREVIACIÓN:</u>	N/A
<u>AUTORES:</u>	Kanner, A., Coiné, J. y Lazarus, R.
<u>AÑO:</u>	1988
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Cuestionario
<u>POBLACIÓN:</u>	Adultos
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	De 5 a 10 minutos aproximadamente
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	La Escala de Acontecimientos Molestos Cotidianos cuenta con 117 ítems relacionados con sucesos irritantes o incomodidades que puedan ocurrir en actividades de la vida diaria y la escala de Acontecimientos Agradables Cotidianos cuenta con 135 ítems, de acontecimientos que generan satisfacción o placer.
<u>ADAPTACIONES:</u>	“Española: Crespo, M. Facultad de psicología, UCM”
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Evaluación pre-tratamiento
<u>NORMAS DE APLICACIÓN:</u>	Para ambas escalas se debe señalar lo que ha ocurrido en el último mes, junto con la severidad y la frecuencia de los sucesos mencionados. Se utiliza escala tipo Likert donde 1 es “algo severo/algo frecuente” y 3 es “extremadamente severo/extremadamente frecuente”
<u>FIABILIDAD</u>	“Test-retest para acontecimientos molestos en un mes de recuerdo: 0,79 (frecuencia) y 0.48 (severidad), y para acontecimientos agradables: 0,72 (frecuencia) y 0,60 (intensidad).”

<u>VALIDEZ</u>	“La Escala de Acontecimientos Molestos Cotidianos para estar más altamente correlacionada con medidas de salud mental que con medidas de sucesos vitales. Muestra altas correlaciones con medidas de burnout (0,5), baja moral (0,56), síntomas depresivos (0,58) y síntomas psicósomáticos (0,64), mientras que tiene baja correlación con otras medidas de sucesos vitales estresantes, como la Escala de Reajuste Social: 0,36 para mujeres y correlación inexistente para hombres”
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Kanner, A., Coiné, J., y Lazarus, R. (1988). The impact of daily stress on health and mood: psychological and social resources as mediator. <i>Journal of Personality and Social Psychology</i>, 51, 486-489.</p> <p><u>DeLogins, A., Folkman, S., y Lazarus, R. (1988). The impact of daily stress on health and mood: psychological and social resources as mediator. <i>Journal of Personality and Social Psychology</i>. 54, 486-489.</u></p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Psychiatric Epidemiology Research Interview - Life Events Scale
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Escala de Sucesos Vitales de la Entrevista Psiquiátrica Epidemiológica o Entrevista de Investigación de Epidemiología Psiquiátrica.
<u>ABREVIACIÓN:</u>	PERI-LES
<u>AUTORES:</u>	Dohrendwend, B., Krasnoff, L., Askenasy, A., y Dohrendwend, B.P.
<u>AÑO:</u>	1978
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Entrevista estructurada, adicional se puede aplicar también en forma de cuestionario.
<u>POBLACIÓN:</u>	General
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	De 15 a 20 minutos
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	<p>Cuenta con 102 ítems que evalúan presencia o ausencia de distintos acontecimientos vitales estresantes agrupados en 11 áreas:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Colegio -Trabajo -Amor y matrimonio -Situación económica, -Actividades sociales - Miscelánea (versión

	<p>-Hijos española como "Otro"</p> <p>-Familia</p> <p>-Delitos y asuntos legales</p>
<u>ADAPTACIONES:</u>	Española: Adaptación experimental: C. Vizcarro. <i>Universidad Autónoma de Madrid</i> . 1984
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Evaluación pre-tratamiento
<u>NORMAS DE APLICACIÓN:</u>	Teniendo el momento de inicio del episodio el sujeto deberá responder las preguntas por el entrevistador con Sí o No. Se deberán ir anotando la presencia o ausencia de cada uno de los sucesos.
<u>FIABILIDAD</u>	"La consistencia interna de la escala es entre buena y muy buena. Taylor, en 1998 realizó un análisis factorial que identificó 4 áreas: Malestar funcional, estrés relacionado con el trabajo, problemas de salud y problemas de relación con coeficientes alfa que oscilan entre 0.73 - 0.77"
<u>VALIDEZ</u>	
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Dohrendwend, B., Krasnoff, L., Askenasy, A., y Dohrendwend, B.P. (1978). Exemplification of method for scaling life events: the PERI life events scale. <i>Journal of Health and Social Behavior</i> 19, 205-229</p> <p>Fernández-Ballesteros, R., Vizcarro, C., Souto, E. et al. (1987). Evaluación del estrés ambiental. En Fernández-Ballesteros (Comp.), <i>El ambiente: análisis psicológico</i>. Madrid: Pirámide</p> <p><u>Crespo, M., y Labrador, F. (2003). <i>Estrés</i>. Madrid: Síntesis.</u></p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Social Problems Solution Inventory
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Inventario de Solución de Problemas Sociales
<u>ABREVIACIÓN:</u>	SPSI
<u>AUTORES:</u>	D'Zurilla, T.
<u>AÑO:</u>	1990
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Cuestionario
<u>POBLACIÓN:</u>	Adultos
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	Aproximadamente 15 minutos
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	“El SPSI tiene 70 ítems agrupados en dos subescalas: a) escala de orientación al problema o componente motivacional (evaluación primaria y secundaria) compuesta por las subescalas: cognición, emoción y conducta; b) escala de habilidades de solución de problemas (organización de la acción), compuesta por las subescalas: definición y formulación del problema, generación de alternativas de solución, toma de decisiones e implementación/verificación de la solución.”
<u>ADAPTACIONES:</u>	Española: Traducción realizada por Muñoz, M., y Crespo, M. 1990
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Evaluación Pre-tratamiento, evaluación post-tratamiento.
<u>NORMAS DE APLICACIÓN:</u>	Para la señalización de las respuestas se usa una escala Likert de 5 puntos donde: 0: “Nada en lo absoluto” 1: “Escasamente” 2: “Moderadamente” 3: “Bastante” 4: “Completamente”
<u>FIABILIDAD</u>	“Consistencia Interna: 0,92 - 0,94 (total y escalas) y 0,65 - 0,90 (subescalas). Test-retest: 0,83 - 0,88 (total y escalas) y 0,73-0,86 (subescalas)”
<u>VALIDEZ</u>	“Muestra relaciones significativas con otras medidas de solución de problemas. En concreto, la correlación con el Inventario de Solución de Problemas (Heppner y Petersen, 1982) es de -0,71 y con el MEPS (Platts y Spivack, 1975) es de 0,73. También muestra

	<p>relaciones significativas con otros constructos como estrés, síntomas somáticos, ansiedad, depresión, desesperanza y riesgo de suicidio. Por ejemplo, las correlaciones con el Perfil de Estrés de Derogatis oscilan entre -0,45 y -0,56, con el examen de Problemas Personales (Schinka, 984) Oscilan entre -0,26 y -0,19, y las correlaciones con el Cuestionario de 90 Síntomas Revisado (SCL-90-R) oscilan entre -0,37 y -0,45. Precie el nivel de autoestima, satisfacción con la vida, extraversión, ajuste emocional y destrezas sociales.”</p>
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>D’Zurilla, T. (1990). Development and preliminary evaluation of the Social Problem Solving Inventory. <i>Psychological Assessment: A journal of Consulting and Clinical Psychology</i></p> <p>Traducción de Social Problem Solving Inventory (D’ Zurilla y Nezy, 1990), realizada por Muñoz, M y Crespo, M (facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.)</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Ways of Coping Inventory
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Escala de Modos de Afrontamiento Revisada
<u>ABREVIACIÓN:</u>	WOC-R
<u>AUTORES:</u>	Folkman, S., & Lazarus, R.
<u>AÑO:</u>	1998
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Cuestionario
<u>POBLACIÓN:</u>	General
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	De 15 a 20 minutos
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	Esta escala revisada cuenta con 67 ítems los cuales se encargan de describir formas de actuar frente a problemas, la forma de respuesta es escala tipo Likert de 4 puntos desde 0 “en absoluto” hasta 3 “en gran medida”

<u>ADAPTACIONES:</u>	Española: Por Rodríguez, J. et al en 1992, en la adaptación se nombró como “Cuestionario de Formas de Afrontamiento de Acontecimientos Estresantes”
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Evaluación pre-tratamiento y evaluación post.tratamiento.
<u>NORMAS DE APLICACIÓN:</u>	El sujeto debe señalar como actuó en la resolución de algún problema desde la escala tipo Likert.
<u>FIABILIDAD</u>	“Consistencia Interna: 0,61 - 0,79”
<u>VALIDEZ</u>	“El análisis factorial distingue entre factores dirigidos a la resolución de problemas (búsqueda de soluciones alternativas, búsqueda de información y realización de un plan de acción) y factores dirigidos a la emoción (búsqueda de apoyo social emocional, distanciamiento, evitación, acentuación de los aspectos positivos de la situación y autorreproche)”
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Folkman, S., & Lazarus, R. (1998). <i>Manual for the Ways of Coping Questionnaire</i>. Palo Alto. CA. Consulting Psychologist Press.</p> <p>Rodríguez-Marin, J., Terol, M., López-Roig, S., y Pastor, M. (1992). Evaluación del afrontamiento del estrés: propiedades psicométricas del cuestionario de formas de afrontamiento de acontecimientos estresantes. <i>Revista de Psicología de la Salud</i>, 4, 59-84.</p>

PROBLEMAS DE FAMILIA

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Social Support Questionnaire
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Cuestionario de Apoyo Social
<u>ABREVIACIÓN:</u>	SSQ
<u>AUTORES:</u>	Sarason, I., Levine, H., y Basham, R.
<u>AÑO:</u>	1983
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Cuestionario autoadministrado
<u>POBLACIÓN:</u>	General
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	Versión original en 25 minutos. Versión Abreviada en 5 minutos aproximadamente
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	El instrumento original cuenta con 27 ítems y el abreviado con 6. Plantea por cada ítem situaciones diferentes, esto permite conocer número de personas con las cuenta puede contar y el grado de satisfacción del apoyo. Para el conocimiento de número de personas el sujeto cuenta con una opción de máximo nueve y la satisfacción la encuentra por medio de una escala de 6 puntos.
<u>ADAPTACIONES:</u>	Española: Se utiliza la traducción de la versión abreviada de 6 ítems por Sarason, I. (1983)
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Evaluación pre-tratamiento versión original. Versión abreviada se recomienda aplicarla como método screening.
<u>NORMAS DE APLICACIÓN:</u>	Para el conocimiento de número de personas el sujeto cuenta con una opción de máximo nueve y la satisfacción la encuentra por medio de una escala de 6 puntos.
<u>FIABILIDAD</u>	“La correlación de cada ítem de apoyo social con la puntuación oscila de 0.51 a 0.79 y la validez interna es elevada (alfa de 0.97). Para los ítems de satisfacción el coeficiente alfa fue de 0.94 y 0.97 para el apoyo. La correlación test-retest tras 4 semanas es de 0.90 para apoyo y de 0.83 para satisfacción. La consistencia interna de la forma abreviada es alta (0.90 - 0.93) y su correlación con la versión larga es de 0.95”
<u>VALIDEZ</u>	“El análisis factorial demuestra que ambos tipos de puntuaciones representan distintos aspectos del apoyo social. Las puntuaciones correlacionan inversamente con las escalas que exploran depresión. También lo hace con escalas de acontecimientos vitales y con otras de soledad. Correlaciona positivamente con medidas de

	extraversión. La forma abreviada correlaciona con el inventario de Depresión de Beck”
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Sarason, I., Levine, H., y Basham, R. (1983). Assessing social support: the social support questionnaire. <i>Journal of Personality and Social Psychology</i>, 44, 127-139</p> <p>Sarason, I.G., Sarason, B., y Shearin, E. (1987). A brief measure of social support: practical and theoretical implications. <i>Journal Social Personal Relations</i>. 4, 497-510</p> <p><u>McDoweell, I., Newell, C., Measure, H. (1996). <i>A guide to retting scales and questionnaires</i>. Oxford University Press. New York.</u></p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	The Social Climate Scales: Family Environment Scale
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Escalas de Clima Social: Escala de Clima Social en la Familia
<u>ABREVIACIÓN:</u>	(FES)
<u>AUTORES:</u>	Moos, R.
<u>AÑO:</u>	1974
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Cuestionario
<u>POBLACIÓN:</u>	Desde los 10 años
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	20 Minutos
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	<p>El instrumento cuenta con 90 ítems, estos se encuentran agrupados en 10 escalas con 3 dimensiones:</p> <p>“-Relaciones: Evalúa el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva. Subescalas: Cohesión (CO), Expresividad (EX), y Conflicto (CT).</p> <p>- Desarrollo: Evalúa la importancia para la familia de ciertos</p>

	<p>procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados pro la vida en común. 5 subescalas: Autonomía (AU), Actuación (AC), Intelectual-Cultural (IC), Social- Recreativo (SR), Moralidad-Religiosidad (MR).</p> <p>- Estabilidad: Informa sobre la estructura y organización de la familia, sobre el grado de control que ejercen unos miembros sobre otros. 2 Subescalas: Organización (OR) y Control (CN).</p>
<u>ADAPTACIONES:</u>	Española: Seisdedos, N., Victoria de la Cruz, M., y Cordero, A. (1989).
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Evaluación pre-tratamiento, durante el tratamiento y evaluación post-tratamiento.
<u>FIABILIDAD</u>	<p>“Test-retest con intervalo de 2 meses: Cohesión (0.86), Expresividad (0.73), Conflicto (0.85), Autonomía (0.68), Actuación (0.74), Intelectual-Cultural (0.82), Social-Recreativo (0.77), Moralidad-Religiosidad (0.80), Organización (0.76), Control (0.77). Muestra que es relativamente estable en el tiempo, Consistencia interna: Cohesión (0.78), Expresividad (0.69), Conflicto (0.75), Autonomía (0.61), Actuación (0,64), Intelectual-Cultural (0.78), Social-Recreativo (0.67), Moralidad-Religiosidad 80.78), Organización (0.76). Índice de homogeneidad”: Cohesión (0.44), Expresividad (0.34). Conflicto (0.43), Autonomía (0.27), Actuación (0.32), Intelectual-cultural (0.44), Social-Recreativo (0.33), Moralidad-Religiosidad (0.43), Organización (0.45), Control (0.34). Las correlaciones entre las 10 subescalas sugieren que se miden aspectos relativamente diferentes de clima familiar pero dentro de una consistencia considerable.</p>
<u>VALIDEZ</u>	“Discrimina entre familias disfuncionales y no disfuncionales.”
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Moos, R. (1974). <i>The Social Climate Scales: An Overview</i>. Consulting Psychological Press. California: Palo Alto.</p> <p>Seisdedos, N, Victoria de la Cruz, M, y Cordero, A. (1989). <i>Escalas de Clima Social (FES)</i>. TEA Ediciones, S.A., Madrid.</p> <p>Fernández-Ballesteros, R., y Sierra, B. (1982). <i>Estudio Factorial sobre la percepción del ambiente escolar</i>. En: Fernández-Ballesteros, R. (Dir.). <i>Evaluación de contextos</i>.</p>

DELIRIUM, DEMENCIA, TRASTORNOS AMNÉSICOS Y TRASTORNOS COGNITIVOS

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	The Cambridge Examination or Mental Disorders of the Eldery, CAMDEX
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Exámen Cambridge para Trastornos Mentales en la Vejez.
<u>ABREVIACIÓN:</u>	CAMDEX
<u>AUTORES:</u>	Roth, M., Tym, E., Mountjoy, C., Huppert, F., Hendrie, H., Verna, S., y Goddard, R.
<u>AÑO:</u>	1986
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Entrevista diagnóstica
<u>POBLACIÓN:</u>	Fundamentalmente personas de la tercera edad
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	60 minutos con el que se evalúa y 20 minutos con el informante.
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	Este instrumento cuenta con 384 ítems, compuesta por una entrevista psiquiátrica estructurada, escala para evaluación cognitiva CAMCOG tabla estandarizada para el registro de observaciones frente al estado mental, apariencia y conducta. Adicional a las anteriores mencionadas se debe realizar el examen físico y pruebas complementarias. Se debe realizar para finalizar otra entrevista con un familiar o informante con conocimiento actual del entrevistado de tercera edad
<u>ADAPTACIONES:</u>	Española: López, S., Llinás, J., Amiel, J., Vdal, C., y Vilalta, J. (1990)
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	N/A
<u>NORMAS DE APLICACIÓN:</u>	Se debe revisar la sección de Instrucciones para el Entrevistador donde se menciona de forma explícita las especificaciones antes de empezar la evaluación. Los diagnósticos clínicos solo pueden ser realizados por personas especializadas en el área médica.
<u>FIABILIDAD</u>	“La fiabilidad interjueces global que alcanza un índice de 0’83 para las secciones de observación y a un índice de 0’94 para la entrevista al paciente. En la sección CAMCOG, la fiabilidad test-

	retest es de 0'86; mientras que la estabilidad interna de los ítems toma un valor para el alfa de 0'82 en el caso de la CAMDEX y de 0'89 para CAMCOG”
<u>VALIDEZ</u>	“De los resultados de CAMCOG ofrece un alto poder discriminativo entre individuos con o sin demencia, aunque ésta sea de grado mínimo o medio y tanto en su puntuación total, como en las de sus distintas subescalas, la puntuación total de la CAMCOG presenta unos altos niveles de sensibilidad y especificidad a la hora de diferenciar a individuos sin demencia de aquellos con un grado de demencia media. A este respecto, el punto de corte que ofrece una mejor relación entre ambos índices es el de 80/81 con valores del 95% para la sensibilidad y del 87% para la especificidad”
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Roth, M., Tym, E., Mountjoy, C., Huppert, F., Hendrie, H., Verna, S., y Goddard, R. (1986). CAMDEX. A standarised instrument of the diagnosis of mental disorder in the elderly with the especial reference to the elderly detection of Dementia. <i>British Journal of Psychiatry</i>, 149, 698-709</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Screen for Caregiver Burden
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Cuestionario de la Carga del Cuidador
<u>ABREVIACIÓN:</u>	SCB
<u>AUTORES:</u>	Vitalino, P., Russo, J., Young, H., Becker, J., y Maiuro, R.
<u>AÑO:</u>	1991
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Cuestionario
<u>POBLACIÓN:</u>	Conocidos o cuidadores de personas de tercera, especialmente personas con Alzheimer.
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	5 minutos

<u>DESCRIPCIÓN:</u>	<p>El cuestionario puede ser autoadministrado y cuenta con 25 ítems, cada uno de estos contiene información frente a la experiencia de los cuidadores de personas con demencia. La escala que se presenta es tipo Likert con 5 puntos:</p> <p>0= No ha ocurrido nunca 1=Ocurrió, pero no me causó malestar 2=Leve malestar 3=Malestar moderado 4=Malestar severo.</p>
<u>ADAPTACIONES:</u>	N/A
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Exploración inicial, evaluación pre-tratamiento.
<u>NORMAS DE APLICACIÓN:</u>	Cuestionario autoadministrado, la escala suministrada es de 0 a 4 donde 0 es “si no le ha ocurrido nunca”; 1 es “si le ocurrió, pero no le causó malestar”; 2 es “si sintió un leve malestar”; 3 es “si el malestar fue moderado” y finalmente 4 “si el malestar fue severo”.
<u>FIABILIDAD</u>	“La consistencia interna para los cónyuges de pacientes con la enfermedad de Alzheimer es de 0’85 (para la puntuación objetiva) y de 0’89 (para la puntuación subjetiva). La consistencia interna para cónyuges de sujetos control(para la puntuación objetiva) y de 0’82 (para la puntuación subjetiva)”
<u>VALIDEZ</u>	“Se han observado correlaciones más altas entre las puntuaciones objetivas y las medidas de funcionamiento del que recibe la ayuda; mientras que” se dan correlaciones más altas entre puntuaciones subjetivas y las medidas de malestar del cuidador. Este instrumento sirve para discriminar entre cónyuges de sujetos control psicológicamente sano. Asimismo, es sensible al cambio con el transcurso del tiempo en el cónyuge de pacientes con demencia tipo Alzheimer”
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Vitalino, P., Russo, J., Young, H., Becker, J., y Maiuro, R. (1991). The Screen for Caregiver Burden. <i>Gerontologist</i>. 31, 76-83.</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	The Screen for Caregivers Burden
<u>TRADUCCIÓN:</u>	La Entrevista de Carga del Cuidadores
<u>ABREVIACIÓN:</u>	SCB
<u>AUTORES:</u>	Vitalino, P., Young, H., y Russo.
<u>AÑO:</u>	1991
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Entrevista, cuestionario
<u>POBLACIÓN:</u>	Cuidadores adultos de personas de tercera edad con alguna demencia
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	Entre 25 y 40 minutos
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	<p>La entrevista es una versión seleccionada de vitaliano, Young y Russo compuesta por 25 ítems divididos en preguntas relacionadas con problemas y apreciaciones subjetivas que ocurren en situación del cuidado a una persona de tercera edad. Como finalidad pretende enfocarse en indicadores de la carga pero de forma adicional evalúa programas y servicios diseñados para apoyar esta labor. Frente a formatos de respuesta cuanta con escala de 0 a 4 siendo:</p> <p>0=Nunca 1=Rara vez 2= Algunas veces 3=Bastantes veces 4=Casi siempre</p>
<u>ADAPTACIONES:</u>	<p>Española: Adaptado por Izal, M y Montorio, I. (1994). "Evaluación del medio y del cuidador del demente". En T. Del Ser y J. Peña (eds). <i>Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia</i>. Barcelona: Proas.</p> <p>Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miki, L., Lanz y Taussing, M. (1996).</p>
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Evaluación pre-tratamiento o durante el tratamiento.
<u>NORMAS DE APLICACIÓN:</u>	Durante la aplicación se le pueden leer las instrucciones en el momento de la entrevista. Luego de cada pregunta se debe pedir que indiquen frecuencia entre nunca, raramente, algunas veces, bastantes a menudo y casi siempre.
<u>FIABILIDAD</u>	"Los estudios sobre consistencia interna indican que se encuentra

	entre 69 y 90. La fiabilidad hallada según la correlación de Pearson fue muy elevada (r xy 99). ”
<u>VALIDEZ</u>	“Tiene buena validez concurrente con el Cuestionario General de la Salud (GHO). Además hay tres factores subyacentes que también son medidos por el test y que da alta fiabilidad y validez: impacto del cuidado (sobrecarga), calidad de la relación interpersonal (rechazo) y expectativas de autoeficacia (competencia). ”
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Vitalino, P., Young, H., y Russo. (1991). The screen for caregivers burden. <i>The Gerontologist</i>, 31, (1), 76-83.</p> <p>Adaptado por Izal, M y Montorio, I. (1994). “Evaluación del medio y del cuidador del demente”. En T. Del Ser y J. Peña (eds). <i>Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia</i>. Barcelona: Proas.</p> <p>Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miki, L., Lanz y Taussing, M. (1996). <i>Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit</i>.</p> <p>Roig, M., Abengózar, M., y Serra, E. (1998). La sobrecarga en los cuidadores principales de enfermos de Alzheimer. <i>Anuales de psicología</i>, 14, (2), 215-227.</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Psychogeriatric Assessment Scales
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Escala de Evaluación Psicogeriátrica
<u>ABREVIACIÓN:</u>	PAS
<u>AUTORES:</u>	Jorm, A., Mackinnon, A., Henderson, A., Scott, R., Christensen, H., Korten, A., Culler, J., y Mulligan, R.
<u>AÑO:</u>	1995/ versión actual de 1997
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Entrevista estructurada
<u>POBLACIÓN:</u>	Personas de la tercera edad a partir de los 70 años.

<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	Duración variable
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	<p>El instrumento cuenta con 31 ítems para el sujeto y 35 ítems para el informante, compuesta por escalas con el fin de ofrecer alternativas en la evaluación multidimensional.</p> <p>Escalas:</p> <p>Entrevista al sujeto:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ictus con 6 ítems -Depresión con 12 ítems -Deterioro cognitivo con 15 ítems <p>Entrevista al informante:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ictus con 6 ítems -Declinar cognitivo con 10 ítems -Cambio conductual con 15 ítems
<u>ADAPTACIONES:</u>	N/A
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Evaluación pre-tratamiento
<u>NORMAS DE APLICACIÓN:</u>	No es necesario realizar la entrevista completa en una sesión, el entrevistador puede ser personal sanitario no especializado, si se observa problemas de entendimiento de las preguntas varias veces se puede pasar a la siguiente.
<u>FIABILIDAD</u>	“Test-retest 0.70 en la mayoría de las escalas”
<u>VALIDEZ</u>	“Correlación de la Escala deterioro Cognitivo 0.80 con el Mini-mental”, de 0.45 con el IQCODE. Escala de Declinar Cognitivo de 0.48 EN Mini-mental y 0.78 con IQCODE. Escala de Depresión de 0.67 con GDS de Goldberg. Escala de Ictus de 0.65-0.71 con Escala Isquémica de Hachinski... Los diagnósticos fueron validados desde el programa de ordenador del CIE también como desde clínicas independientes usando los criterios del ICD-10 y del DSM-III-R.”
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Jorm, A., Mackinnon, A., Henderson, A., Scott, R., Christensen, H., Korten, A., Culler, J., y Mulligan, R. (1995). The psychogeriatric Assessment Scales: A multi-dimensional alternative to categorical diagnoses of dementia and depression in the elderly. <i>Psychological Medicine</i>, 25, 447-</p>

	<p>460.</p> <p>Jorm, A., Mackinnon, A., Henderson, A., Scott, R., Christensen, H., Jacomb, P., Korten, A. (1997). The psychogeriatric Assessment Scales (PAS): Further data on psychometric properties and validity from a longitudinal study of the elderly. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i>, 12, 93-100.</p>
--	---

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	The Confusion Assessment Method
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Método de Evaluación de la Confusión.
<u>ABREVIACIÓN:</u>	CAM
<u>AUTORES:</u>	Inouye, S., Van Dyck, C., Alessi, C., Balkin, S., Siegal, A., & Horwitz, R.
<u>AÑO:</u>	1990
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Entrevista semiestructurada y escala de observación
<u>POBLACIÓN:</u>	Personas entre 65 y 98 años que presenten riesgo de desarrollar delirium, así como personas jóvenes cuyo diagnóstico necesita ser clasificado.
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	Aplicación total dura entre 20 y 30 minutos, 5 son invertidos en la cumplimentación del cuestionario.
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	Primero se realiza la entrevista del clínico conformada por seis ítems, dos de estos dirigidos a cuidador que puede ser familiar o enfermera, para conocer presencia de fluctuaciones y cuatro ítems dirigidos al paciente para conocer deterioro cognoscitivo. La segunda parte es un cuestionario conformado por cuatro preguntas de sí o no.
<u>ADAPTACIONES:</u>	Española: González, M. (2003).
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Screening
<u>NORMAS DE APLICACIÓN:</u>	Se debe conocer la patología mental para poder realizar una buena evaluación.

<u>FIABILIDAD</u>	“interjueces: Kappa= 1 para la ausencia/presencia del trastorno, kappa=0,67 para el acuerdo de los 9 ítems del cuestionario, kappa=0,56 para el acuerdo en el rasgo primero, k=1 para el acuerdo en los rasgos segundo y tercero y kappa=0,56 para el acuerdo en el último de los rasgos”
<u>VALIDEZ</u>	“Kappa=0,64 para el acuerdo con Mini-Mental State Exam, y kappa=0,82 para el acuerdo con Escala Analógica-Visual para la confusión. Sensibilidad entre 94% y 100%; Especificidad entre 90-95%”
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Inouye, S., Van Dyck, C., Alessi, C., Balkin, S., Siegal, A., & Horwitz, R. (1990). Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of Delirium. <i>Annals of internal Medicine</i>. 113: 941-948</p> <p>González, M. (2003). <i>Delirium. Adaptación de un instrumento de detección y evaluación del pronóstico vital asociado</i>. Universidad de Barcelona. Tesis doctoral.</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Mini-Mental State Exam
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Mini Examen del Estado Mental
<u>ABREVIACIÓN:</u>	MMSE
<u>AUTORES:</u>	Folstein, M., Folstein, S., McHugh, P., y Fanjiang, G.
<u>AÑO:</u>	1975
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Test
<u>POBLACIÓN:</u>	Personas de tercera edad o personas en las que se sospeche algún deterioro cognitivo.
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	De 5 a 10 minutos.

<u>DESCRIPCIÓN:</u>	<p>Test compuesto por 30 preguntas en donde se pretende evaluar el estado mental observando el progreso del estado cognitivo.</p> <p>Áreas a evaluar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientación en el espacio - Orientación en el tiempo - Codificación - Atención y concentración - Recuerdo - Lenguaje - Construcción visual
<u>ADAPTACIONES:</u>	Española: Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., y Grupo de trabajo ZARADEMP. (2002)
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	N/A
<u>NORMAS DE APLICACIÓN:</u>	En forma de test el evaluador realizará las preguntas correspondientes y el evaluado deberá responder o generar las preguntas desde lo solicitado
<u>FIABILIDAD</u>	<p>“La consistencia interna del instrumento oscila entre 0.82-0.84. Su fiabilidad interjueces es de 0.83 en pacientes con demencia, de 0.95 en pacientes con distintos trastornos neurológicos, y de 0.84-0.99 en anciano en régimen de residencia. En cuanto a sus coeficientes de correlación intraclase éstos oscilan entre 0.69 y 0.78 en ancianos en régimen de residencia. El nivel de acuerdo interjueces llega al $\kappa = 0.97$ para 5 evaluadores. Su fiabilidad test-retest entre un día y nueve semanas alcanza índices comprendidos entre 0.75 y 0.94 en pacientes con demencias; 0.56 en pacientes con delirios; y 0.60-0.74 en pacientes con esquizofrenia. Como era de esperar la fiabilidad declina con el paso del tiempo, sobre todo en personas mayores con trastornos”</p>
<u>VALIDEZ</u>	<p>“Se han observado correlaciones significativas del MMSE con diversas medidas de inteligencia, memoria y otros aspectos del funcionamiento cognitivo, en una amplia variedad de poblaciones, empleando para ello instrumentos tales como la Escala de Inteligencia de Weschler para Adultos (WAIS), la Escala de Memoria de Weschler, la Escala de Concentración y Memoria (IMC), El test del Dibujo del Reloj, la Escala de Evaluación de la Enfermedad de Alzheimer (ADAS-COG), o la Escala de Valoración de la Demencia (DRS). También se ha relacionado la prueba con los índices de Actividades de la Vida Diaria (ADL), encontrando el mejor punto de corte en 23 para este tipo de</p>

	<p>tareas. El Mini Mental mantiene buenas correlaciones con otras medidas como la valoración clínica de un experto, la valoración de enfermería, con niveles de necesidades, etc. Algunos estudios han encontrado correlaciones significativas de la escala con daños biológicos identificados mediante tomografía computarizada, resonancia magnética o autopsia.”</p>
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Folstein, M., Folstein, S., McHugh, P., y Fanjiang, G. (1975). “Mini-Mental State” a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. <i>Journal of Psychiatric Researches</i>, 12, 189-198.</p> <p>Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., y Grupo de trabajo ZARADEMP. (2002) <i>Examen cognoscitivo MINI MENTAL</i>. Madrid: TEA Eds.</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Clock Drawing Test
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Test del Dibujo en un Reloj
<u>ABREVIACIÓN:</u>	N/A
<u>AUTORES:</u>	<p>Freedman, M., Leach, L., Kaplan, E., et al.</p> <p>Tuopkko, H., Hadjistavropoulos, T., Miller, J., et al.</p>
<u>AÑO:</u>	1994/1995
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Test
<u>POBLACIÓN:</u>	Personas de la tercera edad en las que se sospeche algún deterioro cognitivo.
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	5 minutos
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	<p>Se realiza en poco tiempo donde se debe dar la instrucción del dibujo de un reloj, puede ser un reloj en hoja en blanco, dar un círculo y pedir que coloque números, o las manecillas del reloj en una hora determinada.</p> <p>Procesos a evaluar:</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Comprensión auditiva - acceso a representación semántica de un reloj - Habilidades de conceptualización y planificación - Destreza visoperceptual - Destreza visoespacial - Destreza visomotora
<u>ADAPTACIONES:</u>	N/A
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Exploración inicial, evaluación pre-tratamiento, evaluación durante el tratamiento, evaluación post-tratamientos, seguimientos etc.
<u>NORMAS DE APLICACIÓN:</u>	Se debe pedir al paciente que dibuje el reloj siempre con una hora y apuntando a una hora determinada. Se pueden dar condiciones diferentes frente al dibujo.
<u>FIABILIDAD</u>	“La fiabilidad interjueces oscila entre 0.85 y 0.98 en pacientes con Alzheimer; entre 0.64 y 0.89 en sujetos de control, psicológicamente sanos; y entre 0.48 y 0.95 en grupos de sujetos con y sin demencia. La fiabilidad test.retest es de 0.76 en pacientes ancianos en régimen ambulatorio y de 0.70 - 0.78 en pacientes con demencia tipo Alzheimer”
<u>VALIDEZ</u>	“Se han hallado correlaciones significativas con otras medidas del estado mental o de la función visoespacial, entre ellos, el Mini Examn del Estado Mental (MMSE), con cifras de 0.65-0.76 (en pacientes ancianos) y de 0.45 (en pacientes con demencia) y de 0.24-0.44 (en pacientes ancianos psicológicamente sanos)- En cuanto a su capacidad discriminativa, la sensibilidad del instrumento oscila entre 75% y el 97% y su especificidad entre el 54% y el 100%, a la hora de discriminar entre pacientes con demencia y pacientes psicológicamente sanos; con un 78%de sensibilidad y un 96% de especificidad cuando se trata de discriminar entre pacientes con Alzheimer y pacientes psicológicamente sanos. Este instrumento se ha mostrado sensible al aumento del deterioro cognitivo, a medida que éste avanza a lo largo del tiempo”
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Freedman, M., Leach, L., Kaplan, E., et al. (1994). <i>Clock Drawing: A Neuropsychological Analysis</i>. New York: Oxford University Press.</p>

	Tuopkko, H., Hadjistavropoulos, T., Miller, J., et al. (1995). <i>The Clock Test: Administrations and Scoring Manual</i> . Toronto: Multi-Health Systems.
--	---

TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Addiction Severity Index
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Índice de Severidad de la Adicción
<u>ABREVIACIÓN:</u>	ASI
<u>AUTORES:</u>	McLellan, A., Luborsky, L., Woody, G., et al. (1980). McLellan, A., Kushner, H., Metzger, D., et al. (1992).
<u>AÑO:</u>	1980/1992
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Entrevista semiestructurada
<u>POBLACIÓN:</u>	Pacientes con abuso de sustancias.
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	De 45 a 75 minutos
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	La entrevista cuenta con 142 ítems en donde se valora severidad de los problemas en diferentes áreas durante los últimos 30 días. Áreas: <ul style="list-style-type: none"> - Problemas médicos - situación de empleo - Uso de drogas - Uso de alcohol - Problemas legales - Adaptación familiar/social - Problemas psiquiátricos
<u>ADAPTACIONES:</u>	Española: Guerra, D. (1992)
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Evaluación pre-tratamiento, evaluación post-tratamiento y seguimiento.

<u>NORMAS DE APLICACIÓN:</u>	Las preguntas realizadas permitirán medir el número, extensión y duración de síntomas de los últimos 30 días. Por medio de una escala de 0 a 4 el paciente por informar frente a severidad e importancia de los problemas siendo 0=Ninguna, 1=Leve, 2=Moderado, 3=Considerable, 4=Extrema.
<u>FIABILIDAD</u>	“Consistencia interna: 0.62 (subescala de drogas) - 0.87 (subescala de alcohol y enfermedades psiquiátricas). Fiabilidad test-retest: 0.92”
<u>VALIDEZ</u>	“muestra relaciones con otras medidas de consumo de alcohol, como el MAST: 0.58 (subescala de uso de alcohol) y el Inventario Cuantitativo de la Conducta de Beber (Hayasida, 1981): 0.87 (subescala de uso de alcohol). Así mismo, muestra correlaciones con otras variables como número de condenas y número de sobredosis (0.43-0.72). Las correlaciones con el Inventario de Depresión de Beck (BDI) y el Cuestionario de 90 Síntomas (SCL-90) son de 0.52 y 0.47, respectivamente. El ASI no es válido para adolescentes, razón por la que se creó el T-ASI, con buena fiabilidad interjueces. Es sensible al cambio terapéutico.”
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>McLellan, A., Luborsky, L., Woody, G., et al. (1980). An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: the Addiction Severity Index: reliability and validity in three centers. <i>Journal of Nervious Mental Disorders</i>, 173, 412-423</p> <p>McLellan, A., Kushner, H., Metzger, D., et al. (1992). The fifth edition of the Addition Severity Index. <i>Journal of Substance Abuse Treatment</i>, 9, 199-213</p> <p>Guerra, D. (1992). El índice de Severidad de la Adicción. En S., Bueno y J. M. Torrencilla (comp.) <i>Medicina Legal en drogodependencias</i>, 186-207. Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Madrid: Harcourt</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Alcohol Use Disorders Identification Test
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Test de Identificación de Trastornos Relacionados con el Uso del Alcohol
<u>ABREVIACIÓN:</u>	AUDIT

<u>AUTORES:</u>	Babor, T., De la Fuente, J., Saunders, J. et. al.
<u>AÑO:</u>	1992
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Cuestionario auto administrado o hereoaplicado
<u>POBLACIÓN:</u>	Hombres y mujeres que consuman de forma frecuente alcohol
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	De 2 a 3 minutos
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	El cuestionario cuenta con 10 ítems, basado en un proyecto de la Organización Mundial de la Salud. Sigue los criterios de la CIE-10 frente a problemas con el consumo de alcohol. Cada ítem evalúa cantidad y frecuencia frente al consumo teniendo en cuenta dificultad para controlar la el abandono de aficiones, síntomas de abstinencia, problemas de funcionamiento derivados y relacionados con el consumo de alcohol
<u>ADAPTACIONES:</u>	Española: Rubio, G. (1998).
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Exploración inicial, Evaluación pre-tratamiento.
<u>NORMAS DE APLICACIÓN:</u>	Puede ser presentado como cuestionario o entrevista.
<u>FIABILIDAD</u>	“Consistencia interna: 0.80”
<u>VALIDEZ</u>	“Posee un buen índice de correlación con el MAST ($r=0,88$) y con índices biológicos como el exámen de gamma-glutamyltransferasa (GGT) (“r” igual a 0.31 en hombres y 0,46 en mujeres). Muestra correlaciones positivas con medidas de factores de riesgo, de consecuencias de la conducta de beber y de actitudes hacia la bebida. Siguiendo los criterios de la OMS sobre problemas relacionados con el consumo de alcohol, si se establece un punto de corte de 11 o más, la sensibilidad es de 0,84 y la especificidad de 0,71. Un punto de corte de 13 o más proporciona una sensibilidad de 0.7 y una especificidad del 0.78.
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Babor, T., De la Fuente, J., Saunders, J. et. al. (1992). <i>AUDIT, The Alcohol Use Disorders Identification Test: guidelines for use in primary health care</i> (WHO, Publ No PSA/92.4.) Génova: Organización Mundial de la Salud.</p>

	Rubio, G. (1998). Validación de la prueba para la identificación de trastornos por el uso de alcohol en atención primaria. <i>Rev. Clin. Esp</i> , 198, 11-4
--	--

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Alcohol Interview Schedule
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Entrevista de Consumo de Alcohol
<u>ABREVIACIÓN:</u>	CAGE
<u>AUTORES:</u>	Hayfield, D., McLeod, G. & Hall, P.
<u>AÑO:</u>	1974
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Entrevista
<u>POBLACIÓN:</u>	Población general
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	1 Minuto aproximadamente
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	La entrevista cuenta con 4 preguntas que recogen información frente a: La idea de dejar de beber, molestias por las críticas, sentimientos de culpabilidad asociados a la bebida y necesidad de beber por las mañanas.
<u>ADAPTACIONES:</u>	Española: Rodríguez-Martos, A., Navarro, R., Vecino, C., & Pérez, R. (1986).
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Screening
<u>NORMAS DE APLICACIÓN:</u>	Las respuestas deben ser de Sí y No.
<u>FIABILIDAD</u>	No aparece
<u>VALIDEZ</u>	Posee altos valores de sensibilidad y especificidad (81% y 97% respectivamente) en contextos hospitalarios y algo más bajos en ambientes extrahospitalarios (66% - 84%). Un punto de corte de 1 o más tiene una alta sensibilidad (86%-90%) y peor especificidad (52%-93%) que un punto de corte de 2 o más, cuya sensibilidad oscila entre 78-81% y especificidad entre 76%-96%. Muestra correlaciones con el MALT (0.42).
<u>ARTÍCULOS:</u>	Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la</i>

	<p><i>evaluación Psicológica Clínica.</i> (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Hayfield, D., McLeod, G. & Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire validation of a new alcoholism screening instrument. <i>American journal of Psychiatry</i>, 131, 1121-1123</p> <p>Rodriguez-Martos, A., Navarro, R., Vecino, C., & Pérez, R. (1986). Validación de los cuestionarios KFA (CBA) Y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo. <i>Drogalcohol</i>, 11, 132-139</p>
--	---

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Kurzfragebogen Für Alkoholgefährdete
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Cuestionario Breve de Alcoholismo
<u>ABREVIACIÓN:</u>	KFA / CBA
<u>AUTORES:</u>	Feuerlein, W.
<u>AÑO:</u>	1976
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Cuestionario
<u>POBLACIÓN:</u>	Población general
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	10 minutos
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	<p>El cuestionario está compuesto por 22 ítems con opción de respuesta Sí y No, permite evaluar áreas relacionadas con el consumo de alcohol como :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Síntomas físicos característicos. - Pensamiento acerca del consumo de alcohol - Posibles antecedentes de la ingesta - Repercusiones de la ingesta
<u>ADAPTACIONES:</u>	Española: Rodriguez-Martos, A., Navarro, R., Vecino, C., & Pérez, R. (1986).
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Screening
<u>NORMAS DE APLICACIÓN:</u>	Las respuestas proporcionadas deben ser únicamente de Sí y No

<u>FIABILIDAD</u>	“Test-retest:0.94”
<u>VALIDEZ</u>	“Presenta correlaciones con el MALT (0.74). Un punto de corte igual o superior a 6 presenta una sensibilidad de 97% y una especificidad de 87%. Se muestra sensible al cambio terapéutico”
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Feuerlein, W. (1976). Kurzfragebogen Für Alkoholgefährdete (KFA): eine empirische analyse. <i>Archiv fur Psychiatrie und Nervenkrankheiten</i>, 222, 139-152</p> <p>Rodriguez-Martos, A., Navarro, R., Vecino, C., & Pérez, R. (1986). Validación de los cuestionarios KFA (CBA) Y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo. <i>Drogalcohol</i>, 11, 132-139</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Münchener Alkoholismus Test
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Test de alcoholismo de Munich
<u>ABREVIACIÓN:</u>	MALT
<u>AUTORES:</u>	Feuerlein, W., Ringer. C., Kufner, K.
<u>AÑO:</u>	1977
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Cuestionario
<u>POBLACIÓN:</u>	Adolescentes y adultos
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	De 5 a 10 minutos
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	El cuestionario está dividido en dos partes la primera es MALT-O (MALT objetivo) se encuentra conformado por 7 ítems indicadores orgánicos de la dependencia alcohólica. La segunda parte se llama MALT-S (MALT subjetivo) compuesta por 27 ítems sobre percepción subjetiva del paciente y problemas con alcohol frente a dependencia psicológica. El MALT-O debe ser aplicado por la clínica y el MALT-S se complementa por el mismo paciente. En total cuenta con 31 ítems en la versión original y en la española con 34
<u>ADAPTACIONES:</u>	Española: Rodriguez-Martos, A., Suarez, R. (1984).

<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Exploración inicial y evaluación pre-tratamiento
<u>NORMAS DE APLICACIÓN:</u>	Las respuestas deben ser dadas con Sí o No, el MALT-O debe ser llenado por el entrevistador desde datos de la anámnesis, de la exploración y del laboratorio en su caso como se menciona en la ficha de la Complutense
<u>FIABILIDAD</u>	“0.84 para ña subescala MALT-S”
<u>VALIDEZ</u>	“Posee una sensibilidad del 100% y una especificidad del 80%”
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Feuerlein, W., Ringer, C., Kufner, K. (1977). Diagnose des alkoholismus: der münchener alkoholismus test. <i>Munch Med Wochnschr</i>, 119: 1275-82.</p> <p>Rodriguez-Martos, A., Suarez, R. (1984). MALT (Munchner Alkoholismus Test): Validación de la versión española de este test para el diagnóstico de alcoholismo. <i>Rev Psiquiatr Psicol Med</i>, 16: 421-32.</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Michigan Alcoholism Screening Test
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Test de discriminación del alcoholismo de Michigan
<u>ABREVIACIÓN:</u>	MAST
<u>AUTORES:</u>	Selzer M.
<u>AÑO:</u>	1971
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Cuestionario
<u>POBLACIÓN:</u>	Pacientes psiquiátricos, población adulta, de la tercera edad y adolescentes
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	Entre 5 y 8 minutos
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	El cuestionario está compuesto por 25 ítems que permiten identificar el grado de abuso de las bebidas alcohólicas, las respuestas son de Sí y No, de igual manera recoge información

	frente al consumo y las consecuencias negativas de este.
<u>ADAPTACIONES:</u>	<p>Española: Banco de instrumentos psicométricos. [Recursos electrónicos] BipFaes. 2005</p> <p>Esta adaptación cuenta con 13 ítems</p> <p>Chilena: Cuenta con 24 ítems y traducción de los 25 que componen el MAST</p>
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Screening
<u>NORMAS DE APLICACIÓN:</u>	Las respuestas deben ser marcadas entre Sí y No
<u>FIABILIDAD</u>	“La fiabilidad test-retest tras un día de intervalo es de 0,97, tras dos días es de 0,86 y tras 3 días es de 0,85”
<u>VALIDEZ</u>	“En la validación española de la versión de 13 ítems se obtuvo una sensibilidad de 82% y una especificidad de 96%, por lo que lo desaconsejaban como instrumento de cribado. Muestra buena correlación con otros instrumentos similares como la Escala de Dependencia de Alcohol (0,79); Veterans alcoholism Screening Test, CAGE y MMPI así como con el diagnóstico actual de problemas de alcohol según DSM-III (0,65); con el diagnóstico a lo largo de la vida de problema de alcohol según DSM-III (0,58); y con síntomas relacionados con el alcohol (0,72). En general, el test ha sido rechazado en poblaciones que viven en países con una muy desarrollada cultura vinícola.”
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica.</i> (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Selzer M. (1971).The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. <i>Am J Psychiatry</i>, 126: 1653-1658</p> <p>Banco de instrumentos psicométricos. [Recursos electrónicos] BipFaes, ed.lit. (S.I. Faes Farma, 2005). Copia impresa. Madrid: Biblioteca de la Facultad de Psicología de la UCM,</p>

	2005.
--	-------

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Drug Abuse Screening Test
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Test de evaluación para el consumo de drogas
<u>ABREVIACIÓN:</u>	DAST
<u>AUTORES:</u>	Skinner, H. A.
<u>AÑO:</u>	1982
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Cuestionario
<u>POBLACIÓN:</u>	Diseñado para adultos con una adaptación para población adolescente en donde se reemplaza escuela por trabajo
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	5 Minutos
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	El cuestionario es una adaptación del MAST para la evaluación del consumo de drogas. Cuenta con 28 ítems en la versión original que se encuentran relacionados con problemas asociados al consumo de drogas, disminución del control debido al consumo y síntomas neuroadaptativos de la dependencia.
<u>ADAPTACIONES:</u>	Española: Becoña, E. y Vázquez, F.L. (2001). Esta adaptación es la traducción de la última versión del DAST compuesta por 20 ítems con opciones de respuesta de Sí o No.
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Screening
<u>NORMAS DE APLICACIÓN:</u>	Las respuestas deben ser de Sí o No.
<u>FIABILIDAD</u>	“Consistencia interna: 0,92 – 0,94. La correlación entre la versión original (28 ítems) y la versión abreviada (20 ítems) es de 0.99.”
<u>VALIDEZ</u>	“EI DAST se ha mostrado tan sensible y específico para la detección de trastornos por consumo de drogas como las entrevistas clínicas o los registros de caso. Un punto de corte de 6 presenta una sensibilidad del 0,96 y una especificidad entre 0,79 – 0,81. Las puntuaciones del DAST correlacionan significativamente

	con el consumo de drogas en los 12 últimos meses para una gran variedad de sustancias (heroína y otros opiáceos, anfetaminas, barbitúricos, cannabis, alucinógenos y pegamento). También presenta correlaciones positivas con otras medidas psicopatológicas como hipocondría, depresión, ansiedad, problemas interpersonales y desviación social.”
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Skinner, H. A. (1982). The Drug Abuse Screening Test. <i>Addictive Behaviors</i>, 7, 363 – 371.</p> <p>Becoña, E. Y Vázquez, F.L. (2001). <i>Heroína, cocaína y drogas de síntesis</i>. Madrid: Síntesis.</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Fagerstrom Test for Nicotine Dependence
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Test de la Dependencia a la Nicotina de Fagerströnm
<u>ABREVIACIÓN:</u>	FTND
<u>AUTORES:</u>	Fagesrstrom, K., & Schneider, N
<u>AÑO:</u>	1989
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Cuestionario
<u>POBLACIÓN:</u>	Jóvenes y adultos
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	2 minutos
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	Cuestionario compuesto por seis ítems el cual permite ver el nivel de dependencia, de forma adicional permite conocer en qué momentos es beneficioso usar implementos para disminuir y evitar el consumo como parches o chicles de nicotina. El mismo fumador puede conocer el resultado de esta prueba, a mayor puntuación, se tiene mayor dependencia, no se tiene un punto de corte exacto pero Becoña y et. al mencionan que una mayor de 6 es nivel alto de dependencia
<u>ADAPTACIONES:</u>	Española: Becoña, E., Gómez-Durán, B., Álvarez-Soto, e., y García, M. (1992)
<u>MOMENTO DE</u>	Evaluación pre-tratamiento

<u>APLICACIÓN:</u>	
<u>NORMAS DE APLICACIÓN:</u>	Se debe marcar solo una alternativa de las propuestas en cada ítem
<u>FIABILIDAD</u>	“Consistencia interna: 0.56-0.64. Fiabilidad test-retest:0.88”
<u>VALIDEZ</u>	“Muestra relaciones con otras medidas bioquímicas de consumo (0.25 - 0.40) y con número de años como fumador (0.52). Se muestra útil para predecir la severidad del deseo, el grado de sintomatología y la cantidad de recaídas.”
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Fagerstrom, K., & Schneider, N. (1989). Measuring nicotine dependence: a review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. <i>Journal of Behavior Medicine</i>, 12, 159-182.</p> <p>Becoña, E., Gómez-Durán, B., Álvarez-Soto, e., y García, M. (1992): Scores of Spanish smokers on Fagerström's Tolerance Questionnaire. <i>Psychological Reports</i>, 71, 1227-1233 (1ª versión) reproducida de Becoña</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	University of Rhode Island Change Assessment
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island
<u>ABREVIACIÓN:</u>	URICA
<u>AUTORES:</u>	McConaughy, E., Prochaska, J., y Velicer, W.,
<u>AÑO:</u>	1983
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Cuestionario
<u>POBLACIÓN:</u>	Población clínica con problemas de adicción, se ha realizado en uso con control de peso y bulimia nerviosa
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	De 10 a 15 minutos
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	El cuestionario se encuentra compuesto por 32 ítems agrupados en

	<p>4 subescalas: Precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento cada una de estas de 8 ítems. Se debe indicar grado de acuerdo por medio de escala tipo Likert de 1 a 5, siendo 1= Completamente en desacuerdo y 5= Completamente de acuerdo. Es importante conocer que estos ítems no hacer referencia a una conducta específica sino de manera genérica al término problema que el evaluador habrá definido previamente.</p>
<u>ADAPTACIONES:</u>	N/A
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Evaluación pre-tratamiento, durante el tratamiento y post-tratamiento
<u>NORMAS DE APLICACIÓN:</u>	En sujeto debe contestar de acuerdo a la escala Likert de 1 a 5.
<u>FIABILIDAD</u>	<p>“Se ha evaluado la consistencia interna, siendo bastante elevada: entre 0.69 y 0.89. Homogeneidad: En estudios como los de Dozois, Westra y otros (2004), se ha evaluado homogeneidad mediante las correlaciones entre los ítems y las respectivas subescalas, así como las correlaciones entre los diferentes ítems, obteniéndose correlaciones más altas dentro de cada escala que con las demás”</p>
<u>VALIDEZ</u>	<p>“En análisis factorial muestra la plausibilidad del modelo transteórico de estadios de cambio. Discrimina entre patrones de uso del alcohol, expectativas sobre la bebida y consecuencias relacionadas con el consumo en muestras de pacientes con problemas de consumo de alcohol que siguen en tratamiento. Igualmente, los estudios parecen validar la existencia de una serie de perfiles respecto a la disposición para cambiar de pacientes adictos (subgrupos precontemplador, desanimado, ambivalente, contemplador, participativo...). En estudios como los de Dozois y Westra (2004) o los de Derisley y Reynolds (2000), igualmente se midieron las correlaciones entre las distintas subescalas, obteniéndose, tal como se esperaba, correlación negativa entre <i>precontemplación</i> y las otras 3 subescalas, al igual que correlaciones más fuertes entre <i>Acción</i> y <i>Mantenimiento</i>, que de éstas con <i>contemplación</i>. Estos datos dan apoyo científico a la teoría de Prochaska y DiClemente. ”</p>
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>McConaughy, E., Prochaska, J., y Velicer, W., (1983). Stages of change in Psychotherapy: measurement and sample profiles. <i>Psychotherapy: Theory, Research and Practice</i>,</p>

ESQUIZOFRENIA

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Brief Psychiatric Rating Scale
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Escala breve de síntomas psiquiátricos
<u>ABREVIACIÓN:</u>	BRPS
<u>AUTORES:</u>	Overall, J. & Gorham, D.
<u>AÑO:</u>	Original: 1962 Actualización propuesta por Woerner y Cols: 1988
<u>TIPO DE INSTRUMENTO</u>	Escala Heteroaplicada
<u>POBLACIÓN</u>	Pacientes psicóticos, especialmente útil en casos moderados y severos.
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN</u>	Debe ser aplicado luego de una entrevista con el paciente, el tiempo que se tarda en completar la escala breve.
<u>DESCRIPCIÓN</u>	Escala evaluadora de síntomas psicóticos, que proporciona una puntuación global, además de otras dos, una para síntomas positivos y otra para síntomas negativos. Incluye variables como la preocupación somática, ansiedad, falta de sociabilidad, desorganización conceptual, sentimientos de culpa y tensión. Detecta el cambio a su ausencia en el funcionamiento de un paciente y la calidad de su salud.
<u>ADAPTACIONES</u>	Española: Peralta, V. & Cuesta, M. (1994)
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN</u>	Evaluación pre, durante y post-tratamiento
<u>OBJETIVO Y NORMAS DE APLICACIÓN</u>	El objetivo del instrumento corresponde a la valoración de la respuesta al tratamiento farmacológico en pacientes psicóticos, al igual que el diagnóstico y clasificación sindrómica de este cuadro. Permite también una clasificación apropiada de la clasificación de la sintomatología predominante positiva, o negativa del síndrome. Debe ser administrada por un terapeuta experimentado después de realizarse una entrevista semiestructurada de unos 15-25 minutos. Existen los "puntos de anclaje" definiciones y descripciones operativas de los ítems y de la valoración de los mismos, que ayudan a homogenizar su complementación (incluidos en la entrevista PANSS). En cuanto al marco de referencia temporal, no existe uniformidad de criterio, el más aceptado es investigar sobre lo sucedido en la última semana.

<u>CONFIABILIDAD</u>	“ Fiabilidad: Consistencia interna 0,59-0,70 , Test re-test 0,70 experto para conducta suicida 0,42 ,Violencia 0,58
<u>VALIDEZ</u>	Validez: Correlación del SCHIZOM con BPRS con el índice de severidad de la adicción ASI y el examen neuroconductual del estado cognoscitivo 0,21-0,78.”
<u>ARTÍCULOS</u>	Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica.</i> (s.). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm . Overall L.E., Gorham D.R. (1962) The Brief Psychiatric Rating Scale. Psychol Rep, 10: 799-812. Woerner M.G., Mannuzza S, Kane J.M. (1988) Anchoring the BPRS: An aid to Improved Reliability. Psychopharmacol Bull, 24(1):112-7.

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	The positive and negative síndrome scale for Schizophrenia
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Escala de Síndromes Positivo y Negativo
<u>ABREVIACIÓN:</u>	PANNS
<u>AUTORES:</u>	Kay, S., Fiszbein, A. & Opler, L.
<u>AÑO:</u>	1987
<u>TIPO DE INSTRUMENTO</u>	Entrevista y escala de observación
<u>POBLACIÓN</u>	Personas con trastorno esquizofrénico
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN</u>	30-40 minutos
<u>DESCRIPCIÓN</u>	Esta escala está basada en la de Brief Psychiatric Rating Scale BRPS de Overall, J. & Gorham, D. (1962), de la cual se conservan algunos de los ítems. En el instrumento se evalúan cuatro escalas: Escala positiva, negativa, de psicopatología general y la escala compuesta.
<u>ADAPTACIONES</u>	Española: Peralta, V. & Cuesta, M. (1994)
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN</u>	Evaluación pre tratamiento y seguimiento
<u>OBJETIVO Y NORMAS DE APLICACIÓN</u>	Lo objetivos de las pruebas corresponden a evaluar el síndrome esquizofrénico desde el punto de vista dimensional, evaluando la gravedad del síndrome y de la psicopatología general de dicho trastorno. De igual manera pretende desde lo categorial, clasificar a este trastorno como positivo, negativo o mixto, lo que le permite ser un buen indicador del pronóstico de la enfermedad. Otro de los objetivos que tiene este instrumento corresponde a la evaluación de los medicamentos aportados a cada paciente para su mejora, empeora o mantenimiento de síntomas.

	La escala debe ser aplicada por un clínico mediante una entrevista semiestructurada. En un primer momento se anima al paciente a hablar de su enfermedad y de sí mismo. En una segunda parte se intenta explorar sistemáticamente los síntomas de esta y su gravedad. Finalmente se procede a clarificar la información obtenida. El tiempo explorado debe de ser de una semana anterior a la entrevista.
<u>CONFIABILIDAD</u>	Fiabilidad: Interobservador 0,31 a 0.93. Frente a las escalas positive y negativamente en su globalidad tiene una buena fiabilidad siendo 0.71 y 0.80 respectivamente, sin embargo en la escala de psicopatología general es más moderada 0.56. En cuanto a la relación de la escala positive vs negative es excelente 0.87 Consistencia interna positive 0.62, consistencia interna negativa 0,92, escala de psicopatología general 0,55.”
<u>VALIDEZ</u>	2Validez: En la validez de constructo se observa que las escalas positivas y negativas no se relacionan entre si 0.09. Cuando se hace en función de la escala de psicopatología global se obtiene una modesta correlación – 0,25. Validez factorial: El análisis dio como resultado cuatro factores: positive, negative, excitación y desorganización.”
<u>ARTÍCULOS</u>	Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica.</i> (s.). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm . Kay, S.R, Fiszbein, A, Opler, L.A. (1987) The positive and negative síndrome scale (PANSS) for schizophrenia. <i>Schizoph Bull</i> ; 13(2): 261-276 Peralta, V., Cuesta, M.J. (1994). Validación de la Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS) en una muestra de esquizofrénicos españoles. <i>Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr.</i> 22(4):171-7.

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Scale for Assesment of negative symtoms and scale for Assesment of positive symtoms
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Escala para la evaluación de síntomas negativos y Escala para la evaluación de síntomas positivos.
<u>ABREVIACIÓN:</u>	SANS – SAPS
<u>AUTORES:</u>	Andreasen

<u>AÑO:</u>	1982, 1984
<u>TIPO DE INSTRUMENTO</u>	Escala
<u>POBLACIÓN</u>	Personas con Esquizofrenia u otro trastorno psicótico.
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN</u>	30 minutos Aprox.
<u>DESCRIPCIÓN</u>	La SANS evalúa síntomas negativos, en cinco categorías: embotamiento de la afectividad, abulia-apatía, anhedonia-ausencia de sociabilidad y deterioro de la atención. La SAPS evalúa los síntomas positivos en cuatro categorías: Alucinaciones, delirios, conducta extravagante o extraña, y desorden del pensamiento formal. En ambas, hay un ítem para cada categoría, donde el clínico evalúa la gravedad total de la sintomatología evaluada en esa categoría.
<u>ADAPTACIONES</u>	Española: Vazquez, C. (1989)
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN</u>	Evaluación durante el tratamiento
<u>OBJETIVO Y NORMAS DE APLICACIÓN</u>	Instrumentos complementarios para evaluar la gravedad de la sintomatología positiva y negativa de pacientes con esquizofrenia u otro trastorno psicótico y respuesta al tratamiento. La aplicación de ambas escalas debe realizarse por personas entrenadas. El entrevistador debe observar la conducta del paciente durante la entrevista, revisar el material clínico y obtener información adicional de familiares y cuidadores. El marco temporal al que se refieren ambas escalas puede variar desde la semana pasada para pacientes con un episodio agudo de tratamiento, hasta los últimos seis meses para pacientes con un trastorno crónico y estable. En cualquier caso, este marco temporal debe ser especificado por el clínico.
<u>CONFIABILIDAD</u>	<p>“Confiabilidad: Consistencia interna para la SANS, Categoría de “embotamiento de la afectividad 0,83, para la categoría de “Abulia-apatía”, para la categoría de “anhedonia-ausencia de sociabilidad”, y 0,75 para “deterioro de la atención”.</p> <p>Consistencia interna SAPS: 0,75 para categoría de “Alucinaciones”, 0,66 para “delirios”, 0,79 para “conducta extravagante o extraña”, y 0,74 para “desorden del pensamiento formal”.</p> <p>Confiabilidad test re test SANS: Puntuación total: 0,45, Para las cinco categorías: 0,13- 0,40.</p> <p>Confiabilidad test re test SAPS: 0,25 – 0,55 para las cuatro categorías,”</p>
<u>ARTÍCULOS</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica.</i> (s.). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Andreasen, N. (1983). Scale for the Assesment of Negative Symtoms</p>

	<p>(SANS). Iowa City: University of Iowa.</p> <p>Andreasen, N. (1984). Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS). Iowa City: University of Iowa.</p> <p>Vazquez, C. (1989). Traducción española de la Escala para la evaluación de síntomas negativos (SANS) Facultad de psicología (UCM) Documento interno.</p> <p>Vazquez, C. (1989). Traducción española de la Escala para la evaluación de síntomas positivos (SAPS) Facultad de psicología (UCM) Documento interno.</p>
--	---

Trastornos Del Estado del Ánimo

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Disfunctional Attitudes Scale
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Escala de Actitudes disfuncionales
<u>ABREVIACIÓN:</u>	DAS
<u>AUTORES:</u>	Weissman y Beck
<u>AÑO:</u>	1993
<u>TIPO DE INSTRUMENTO</u>	Cuestionario
<u>POBLACIÓN</u>	General
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN</u>	15 minutos
<u>DESCRIPCIÓN</u>	Los ítems miden seis sistemas principales de valores: Aprobación, amor, logro, perfeccionismo, omnipotencia y autonomía.
<u>ADAPTACIONES</u>	Española: Sanz, J. & Vazquez, C. (1994)
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN</u>	Evaluación pre-tratamiento y evaluación post-tratamiento.
<u>OBJETIVO Y NORMAS DE APLICACIÓN</u>	Evalúa las distorsiones cognitivas, especialmente las que pueden estar en la base de la depresión.
<u>CRITERIOS DE CALIDAD</u>	NO APARECE
<u>ARTÍCULOS</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Weissman, A. & Beck, A. (1978). Development and validation of the dysfunctional attitude scale: A preliminary investigation.</p>

	<p>Comunicación presentada en la reunión anual de la Asociación para el Avance de la terapia de Conducta. Chicago.</p> <p>Sanz, J. & Vazquez, C. (1993). Adaptación española de la escala de actitudes disfuncionales (DAS) de Weissman y Beck: Propiedades psicométricas y clínicas. <i>Análisis y modificación de conducta</i>, 19(67), 707-750.</p> <p>Sanz, J. & Vazquez, C. (1993). Algunas consideraciones adicionales sobre la versión española de la escala de actitudes disfuncionales (DAS) de Weissman y Beck: <i>Análisis y modificación de conducta</i>, 20(73)</p>
--	--

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Escala de Depresión del centro de estudios Epidemiológicos
<u>ABREVIACIÓN:</u>	CES-D
<u>AUTORES:</u>	Radloff y Locke
<u>AÑO:</u>	N/A
<u>TIPO DE INSTRUMENTO</u>	Cuestionario
<u>POBLACIÓN</u>	Población General
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN</u>	5 minutos
<u>DESCRIPCIÓN</u>	Los ítems, seleccionados de distintas medidas de depresión, evalúan diversos componentes de la depresión como el estado de ánimo depresivo, sentimientos de inutilidad y desesperanza, pérdida de apetito.
<u>ADAPTACIONES</u>	N/A
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN</u>	Exploración inicial, Detención.
<u>OBJETIVO Y NORMAS DE APLICACIÓN</u>	Evalúa la sintomatología depresiva a nivel poblacional
<u>CONFIABILIDAD</u>	“ Confiabilidad: Consistencia interna: 0,85-0,90. Test re test: 0.51-0.67. Dos mitades: 0.77-0.92.
<u>VALIDEZ</u>	NO HAY INFORMACIÓN
<u>ARTÍCULOS</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Radloff, L.S (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. <i>Applied</i></p>

	<p>psychological measurement, 1,385-401.</p> <p>Alcala, S., Caldwell, A., Master, W. & Mijares (1986). Confiabilidad y validez de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos. <i>Hispanic Journal of behavioral sciences</i>, 8(1), 77-84.</p>
--	---

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Geriatric Depression scale (GDS)
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Escala de depresión Geriátrica
<u>ABREVIACIÓN:</u>	GDS
<u>AUTORES:</u>	Adey, M., Brink, T., Heersema, P., Lum, O. & Yesavage, J.
<u>AÑO:</u>	1982
<u>TIPO DE INSTRUMENTO</u>	Cuestionario
<u>POBLACIÓN</u>	Personas de la tercera edad (mayores de 65 años)
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN</u>	10 -15 minutos
<u>DESCRIPCIÓN</u>	Se trata de un cuestionario con respuestas dicotómicas si/no cuyo contenido se centra en aspectos cognitivos-conductuales relacionados con las características especiales de la depresión en naciones. El sentido de las preguntas está invertido de forma aleatoria, con el fin de anular en lo posible tendencias a responder en un solo sentido.
<u>ADAPTACIONES</u>	Español: Gonzales, F. Ramos, B. & Salamero, C. (1991), (1995) Aguado, C. (2000)
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN</u>	Exploración inicial
<u>OBJETIVO Y NORMAS DE APLICACIÓN</u>	Detectar la depresión en la población anciana de una forma rápida, sencilla y eficaz. La aplicación puede ser auto administrada o heteroaplicada (en este caso el evaluador lee las preguntas al paciente sin realizar interpretaciones de los ítems y dejando claro al paciente que la respuesta no debe ser muy meditada). La respuesta debe ser "SI O NO" y debe referirse a como se ha sentido el paciente la semana anterior.
<u>CONFIABILIDAD</u>	"Confiabilidad: 0,94 Consistencia interna. 0,94 por el método de las dos mitades y 0.85 fiabilidad test re test.
<u>VALIDEZ</u>	Validez: Buena correlación entre el inventario de GDS y el inventario de depresión de Beck."
<u>ARTICULOS</u>	Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i> . (s.). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm . Aguado, C., Martinez, J., Onis, M. (2000). Adaptación y validación al

	<p>castellano de la versión abreviada de la "Geriatric Depression Scale" (GDS) de yesavage. Atención primaria, 26:382.</p> <p>Yesavage, J., & Brink, T. (1983) Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. Journal of Psychiatry Research, 17, 37-49</p> <p>Szurek, S. (1998). Evaluación de la depresión en la tercera edad: Escala de evaluación psicogeriatría. Tesis doctoral. Madrid: Facultad de psicología de la universidad complutense de Madrid.</p>
--	--

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Beck Hopelessness Scales
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Escala de desesperanza de Beck
<u>ABREVIACIÓN:</u>	BHS
<u>AUTORES:</u>	Beck, A., Lester, D., Trexler, L. & Weissman, A.
<u>AÑO:</u>	1974
<u>TIPO DE INSTRUMENTO</u>	Cuestionario auto aplicado
<u>POBLACIÓN</u>	Población clínica (psiquiátrica u hospitalizada) en edades de 17 a 80 años de edad
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN</u>	De 5 a 10 minutos
<u>DESCRIPCIÓN</u>	Contiene frases relacionadas con actitudes sobre el futuro, así como frases pesimistas sobre el presente, cada una de las cuales debe evaluarse como verdadero o falso. Resulta fácil cumplimentar. Es uno de los mejores predictores de suicidio y resulta muy adecuada también para estudiar la depresión.
<u>ADAPTACIONES</u>	Española: Aguilar, E. (1996)
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN</u>	Evaluación pre-tratamiento, evaluación durante el tratamiento y evaluación post-tratamiento
<u>OBJETIVO Y NORMAS DE APLICACIÓN</u>	Evalúa, desde un punto de vista subjetivo, las expectativas negativas que una persona tiene sobre su futuro y su bienestar (en qué medida es pesimista un individuo), así como su habilidad para salvar las dificultades y conseguir el éxito en su vida. El paciente debe marcar verdadero o falso según si la expresión del ítem refleja o no su realidad.
<u>CRITERIOS DE CALIDAD</u>	" Confiabilidad: Consistencia interna aceptable 0,82 a 0,84
<u>VALIDEZ</u>	Validez: Constructo 0,37-0,70 así como entre la desesperanza y los síntomas depresivos."
<u>ARTICULOS</u>	Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica.</i> (s.). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/i

	<p>ndex_ppal.htm.</p> <p>Beck, A. Weissman, A., Lester, D. & Trexler, L. (1974) The measurement of pessimism: The hopelessness scales. Journal of consulting and clinical psychology, 42 (6), 881-865.</p> <p>Beck, A. & Steer, R. (1993). Beck hopelessness scale manual. San Antonio: Harcourt Brace.</p> <p>Beck, A. & Steer, R. Kovacs, M. & Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a ten year prospective study of patients hospitalized with suicide ideation. American Journal Psychiatry, 142(5), 559-563.</p>
--	---

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Hamilton Depression Rating Scale
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Escala de Hamilton para la evaluación de la depresión
<u>ABREVIACIÓN:</u>	HRSD
<u>AUTORES:</u>	M. Hamilton
<u>AÑO:</u>	1960
<u>TIPO DE INSTRUMENTO</u>	Escala de observación heteroaplicada
<u>POBLACIÓN</u>	Personas con diagnóstico de trastorno depresivo. También es utilizada en pacientes alcohólicos y con demencia, en población geriátrica.
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN</u>	15 a 20 minutos
<u>DESCRIPCIÓN</u>	Los criterios de puntuación de los ítems están poco especificados contando solo con indicaciones someras, y debe ser el juicio clínico del entrevistador quien asigne el grado de severidad. El marco temporal de la evaluación se refiere al momento actual y/o los días o semana previa. Su contenido se centra fundamentalmente en los aspectos somáticos y comportamentales de la depresión, siendo los síntomas vegetativos, cognitivos, y de ansiedad los que más peso tienen en el cómputo total de la escala.
<u>ADAPTACIONES</u>	Española: Conde (1986), Brieva y cordero (1986)
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN</u>	Evaluación pre, durante y post tratamiento.
<u>OBJETIVO Y NORMAS DE APLICACIÓN</u>	Ofrece una medida cuantitativa de la intensidad del trastorno depresivo y permite cuantificar la evolución de los síntomas bajo el efecto de un tratamiento. Se debe aplicar como complemento a la entrevista realizada al paciente. Se informa al paciente sobre a intención de la aplicación de la escala (para conocer tanto la frecuencia como la intensidad de los síntomas). Hamilton sugiere que para aumentar la fiabilidad de las evaluaciones estén presentes

	dos evaluadores, uno para realizar la entrevista y otro para hacer preguntas complementarias. Los dos registran sus evaluaciones por separado y después se hace el promedio.
<u>CONFIABILIDAD</u>	“ Confiabilidad: En sus dos versiones (Adaptadas) esta escala posee una buena consistencia interna 0,76-0,92. Correlación intercalase es 0,92. Interobservador 0,65-0,90
<u>VALIDEZ</u>	Validez: Su correlación con otros instrumentos de valoración de la depresión como la Escala de depresión Monttgomery- Asberg, o el inventario de sintomatología depresiva y la escala de melancolía de Bech, oscila entre 0,8 y 0,9. La validez es menor en pacientes de edad elevada, aunque ha mostrado buenos índices psicométricos en subpoblaciones de especiales características y mantiene un buen rendimiento en población geriátrica. Muy sensible al cambio terapéutico.”
<u>ARTICULOS</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica.</i> (s.). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Hamilton, M. (1960). Rating scale for depression. J.Neurol Neurosurg Psychiatry, vol 23:56-62</p> <p>Conde, V. & Franch, J.(1984).Escala de Evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología de los trastornos angustiosos y depresivos.Madrid: Upjohn SA</p> <p>Ramos-Brieva, J. & Cordero, A. (1986) Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr, vol 14:324-334.</p> <p>Ramos-Brieva, J. & Cordero, A.(1988)A new validation of Hamilton Rating Scale for depression, J. Psychiar res, Vol 22;21-28</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Escale of suicide ideation
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Escala de ideación suicida
<u>ABREVIACIÓN:</u>	SSI
<u>AUTORES:</u>	Beck, A., Kovacs,M. & Weissman, A.
<u>AÑO:</u>	1979

<u>TIPO DE INSTRUMENTO</u>	Entrevista semi-estructurada
<u>POBLACIÓN</u>	De 17 años en adelante
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN</u>	5-10 minutos
<u>DESCRIPCIÓN</u>	Escala que debe ser complementada por el terapeuta en el transcurso de una entrevista semi-estructurada. Las adaptaciones al castellano la presentan dividida en varias secciones que recogen una serie de características relativas a la Actitud ante la vida/muerte, pensamientos o deseos suicidas, proyecto de intento de suicidio, realización del intento proyectado, y añaden una quinta sección, con dos ítems (20 y 21) en la que se indaga sobre antecedentes de intentos previos de suicidio. Para cada ítem hay tres alternativas de respuesta que indican un grado creciente de seriedad y/o intensidad de intencionalidad suicida.
<u>ADAPTACIONES</u>	Española
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN</u>	Exploración inicial , evaluación pre-tratamiento
<u>OBJETIVO Y NORMAS DE APLICACIÓN</u>	Hay dos formas de aplicar la escala, una referida al momento presente y otra referida al peor momento de la vida del paciente, es decir, al momento de mayor crisis, que puede coincidir con el actual o ser un acontecimiento ya pasado. El entrevistador selecciona para cada ítem, el nivel de intensidad/seriedad que mejor refleje las características de la ideación suicida. Si el paciente contesta con un 0 (ausente), a los ítems 4 y 5 pasa directamente a contestar el ítem 20; si por el contrario, la respuesta al ítem 4 o 5 es 10 2 (máxima intensidad), el paciente debe contestar todos los ítems . Solo se contesta el ítem 21 cuando la respuesta al ítem 20 haya sido 1 o 2.
<u>CRITERIOS DE CALIDAD</u>	“Confiabilidad: Consistencia interna alta 0.89-0.96. Inter examinador: 0.83 Validez: Correlación del BBS con la escala de Desesperanza de Beck 0.25-0.75. Y con la escala de evaluación de depresión de Hamilton 0.30”
<u>ARTICULOS</u>	Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i> . (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm . Comeche, M., Diaz, M. & Vallejo, M. (1995) Cuestionarios, inventarios, escalas, ansiedad, depresión y habilidades sociales. Madrid: Fundación Universidad Empresa, p 194-200 Beck, A., Kovacs, M. & Ranieri, W. (1988). Scale for suicide ideation: psychometric properties of a self-report versión. J Clin Psychol, 47:499-505. Beck, A., Kovacs, M. & Weissman, A. (1979). Assesment of suicidal intention: Th escale for suicide ideation. J Consult Clin Psychol, 47:343-352 Beck, A., Brown, G, Steer, R., et al. (1999). Suicide ideation at it worst point: a predictor of eventual suicide in psychiatric outpatients. Suicide life threat behav, 29:1-9.

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Bech-Rafaelsen mania rating scale
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Escala de mania de Bech-Rafaelsen
<u>ABREVIACIÓN:</u>	BRMRS –MAS
<u>AUTORES:</u>	Bech, P., Rafaelsen, P., Kramp, T. & Bolwing, G.
<u>AÑO:</u>	1978
<u>TIPO DE INSTRUMENTO</u>	Escala Heteroaplicada
<u>POBLACIÓN</u>	Pacientes con síntomas maniacos
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN</u>	Debe aplicarse luego de la entrevista semiestructurada, para completar la escala se tarda de 10 a 15 minutos.
<u>DESCRIPCIÓN</u>	Los ítems hacen referencia a actividad motora, actividad verbal, fuga de ideas, volumen de voz, (hostilidad-agresividad) estado de ánimo (sensación de bienestar), autoestima, contacto (familiaridad), sueño, interés por el sexo y actividad (trabajo). La evaluación de los ítems se realiza mediante una escala Likert de 0 a 4.
<u>ADAPTACIONES</u>	Beck, P. Versión Auto aplicada (1993).
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN</u>	Evaluación pre-tratamiento.
<u>OBJETIVO Y NORMAS DE APLICACIÓN</u>	El objetivo del instrumento corresponde a la presencia e intensidad de los síntomas maniacos, según los criterios diagnósticos DSM-IV y CIE-10 (excepto el B8 comportamientos temerarios o imprudentes de la CIE 10). Después de una entrevista semi-estructurada con el paciente, el clínico completa la escala según información obtenida. El marco de referencia temporal son como mínimo los tres días previos y deberá ser especificado con los resultados.
<u>CONFIABILIDAD</u>	“Confiabilidad: Correlaciones items-puntuacion total: 0,72-0,94 (con la excepción de sueño 0,48); Interjueces: 0,90.
<u>VALIDEZ</u>	Validez: Parece sensible al cambio terapéutico, pero los estudios sobre características psicométricas de esta escala son escasas.”
<u>ARTICULOS</u>	Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica.</i> (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm . Bech, P. & Raphaelsen, O. (1978). The mania rating scale: Scale construction and inter observer agreement. <i>Neuropharmacology</i> , 17, 430-431. Bech, P. (1993). Rating scales for psychopathology, health status and

	quality of life. A compendium on documentation in accordance with DSM-IIT and WHO systems: Berlin: Springer.
--	--

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Clinican Administered rating Scale for Mania
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Escala para la valoración de la manía por clínicos
<u>ABREVIACIÓN:</u>	CARS-M - EVMAC
<u>AUTORES:</u>	Altman, E., Hedeker, P., Janicak, J., Paterson, J. & Davis, J.
<u>AÑO:</u>	1994
<u>TIPO DE INSTRUMENTO</u>	Escala heteroaplicada
<u>POBLACIÓN</u>	Pacientes con trastorno bipolar
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN</u>	30 minutos
<u>DESCRIPCIÓN</u>	Los ítems se agrupan en sub escalas: Mania (10 ítems, que exploran humor elevado, euforia, irritabilidad/agresividad, hiperactividad motora, presión del habla, fuga de ideas, distrabilidad, grandiosidad, necesidad de dormir, excesiva energía y juicio empobrecido; Psicotismo (5 últimos ítems) explora los síntomas de pensamiento desorganizado, ideación delirante, alucinaciones, orientación y conciencia de enfermedad. Tanto los ítems como las puntuaciones poseen criterios operativos descriptivos. El marco de referencia temporal es la última semana.
<u>ADAPTACIONES</u>	Española: Liviano, L. (2000)
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN</u>	Evaluación pre-tratamiento, seguimiento
<u>OBJETIVO Y NORMAS DE APLICACIÓN</u>	El objetivo del instrumento corresponde a evaluar la gravedad de la sintomatología maniaca y psicótica. Como normas de aplicación encontramos que la entrevista debe realizarse por un clínico, preferiblemente entrenado. Al final de cada ítem se incluyen preguntas para explorarlos.
<u>CONFIABILIDAD</u>	<p>“Confiabilidad: La subescala de la manía atiene una elevada consistencia interna con un alfa de Cronbach de 0,90. La corrección de los ítems con la puntuación total es así mismo alta, variando entre 0,49-0,78. La fiabilidad inter-observadores es así mismo alta, con una correlación que para sus distintos ítems varía entre 0,77 – 0,93, siendo 0,94 para la puntuación social. En la sub escala de psicotismo la puntuación está en torno a 0,60, variando la correlación de los ítems con la puntuación total de 0,22 a 0,59. Mantiene una buena confiabilidad inter-observadores con una correlación de 0,90, para la puntuación total, y entre 0,55 y 0,95 para los distintos ítems.</p> <p>Validez: En el estudio de validación de la escala original (Altman y Cols. 1994) la EVMAC mostro una elevada correlación (0,94) con la escala de la mania de Young. En el estudio de la validación de la versión española (Livianos y Cols, 2000) se comparó con la escala de impresión clínica</p>

	global, observándose una baja correlación para ambas subescalas. Discrimina entre pacientes ingresados y pacientes ambulatorios. Permite clasificar correctamente al 83% de estos subgrupos de pacientes.”
<u>ARTICULOS</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Altman, E., Hedeker, D., Janicak, P., Paterson, J., & Davis, J. (1994). The clinician-administered rating scale for mania (cars-M): Development, reliability, and validity. <i>Biol Psychiatry</i>, 36:124-134.</p> <p>Livianos, L., Rojo, L., Guillem, J., Villavicencio, D., et al (2000). Adaptación de la escala para la valoración de la mania por clínicos (EVMAC) <i>Actas Esp Psiquiatr</i>, 28:169-177.</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Beck depression inventory, amended version
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Inventario de Depresión de Beck,
<u>ABREVIACIÓN:</u>	BDI-IA
<u>AUTORES:</u>	Aaron, T., Beck, A., John, R., Brian, F., Shaw, E. & Gary, E.
<u>AÑO:</u>	1978
<u>TIPO DE INSTRUMENTO</u>	Inventario de autoinforme de lápiz y papel. (Puede administrarse como entrevista)
<u>POBLACIÓN</u>	Población clínica de pacientes adultos ambulatorios o internos con trastornos psicopatológicos, pero ha sido aplicado y validado con otros tipos de poblaciones tanto clínicas, como no clínicas.
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN</u>	5 a 10 minutos
<u>DESCRIPCIÓN</u>	El BDI se construyó para” medir las manifestaciones conductuales de la depresión y disponer de una evaluación cuantitativa de la intensidad de la depresión” (Beck, et al, 1961 pp53 y 61)
<u>ADAPTACIONES</u>	Española: The Psychological Corporation (1993) ,
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN</u>	Tanto en la exploración inicial como durante el curso, finalización y seguimiento del proceso terapéutico.
<u>OBJETIVO Y NORMAS DE APLICACIÓN</u>	El objetivo principal del instrumento se constituye en valorar la presencia de síntomas depresivos y su gravedad.
<u>CONFIABILIDAD</u>	N/A

<u>VALIDEZ</u>	N/A
<u>ARTICULOS</u>	Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica.</i> (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm .

Trastornos de Ansiedad (evaluación general de los trastornos de ansiedad)

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Anxiety Disorders Interview Schedule
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Pauta de entrevista para los trastornos de ansiedad
<u>ABREVIACIÓN:</u>	ADIS-IV
<u>AUTORES:</u>	Di Nardo, P., Brown , T., & Barlow , D.
<u>AÑO:</u>	1994
<u>TIPO DE INSTRUMENTO</u>	Entrevista estructurada
<u>POBLACIÓN</u>	Adultos
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN</u>	1 a 2 horas.
<u>DESCRIPCIÓN</u>	Permite el diagnóstico de los trastornos citados, padecidos en algún momento de la vida, y actualmente. Además de información descriptiva añade información funcional, y exceptuando el eje II, permite el uso del sistema multiaxial del DSM.
<u>ADAPTACIONES</u>	Existe versión para niños y adolescentes (ADIS-IV-C), que cubre todos los trastornos de ansiedad. La ADIS-IV, es una adaptación de la entrevista estructurada ADIS-R a los criterios DSM-IV.
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN</u>	Evaluación pre-tratamiento, diagnóstico.
<u>OBJETIVO Y NORMAS DE APLICACIÓN</u>	El objetivo principal del instrumento corresponde al obtener diagnósticos DSM-IV de todos los trastornos de ansiedad, así como de los trastornos del estado de ánimo, abuso de sustancias y algunos somatoformes. El entrevistador realiza preguntas siguiendo las indicaciones de la entrevista.
<u>CONFIABILIDAD</u>	“Confiabilidad de la ADIS-R: 0.79 (Fobia social), 0.85 (Agorofobia), 0.59 (pánico) y 0.42 (trastorno de ansiedad generalizada).”
<u>VALIDEZ</u>	N/A

<u>ARTICULOS</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Brown, T., Di Nardo, P. & Barlow, D. (1994). Anxiety Disorders interview Schedule for DSM-IV (ADIS-IV). San Antonio: The Psychological Corporation.</p> <p>Botella, C. & Ballester, R. (1997). Trastorno de pánico, evaluación y tratamiento. Barcelona: Martinez Roca.</p> <p>Echeburua, E. (1995). Evaluacion y tratamiento de la fobia social. Barcelona. Martinez Roca.</p>
-------------------------	---

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	State-trait Anxiety Inventory
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Escala de Ansiedad Estado/rasgo
<u>ABREVIACIÓN:</u>	STAI
<u>AUTORES:</u>	Spielberg, C., Gorsuch, R., & Lushene, R.
<u>AÑO:</u>	1982
<u>TIPO DE INSTRUMENTO</u>	Cuestionario
<u>POBLACIÓN</u>	Población general (Adultos y adolescentes)
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN</u>	15 minutos
<u>DESCRIPCIÓN</u>	La mitad de los ítems pertenecen a la subescala Estado, formada por frases que describen como se siente la persona en este momento. La otra mitad a la subescala Rasgo, que identifican como se siente la persona habitualmente.
<u>ADAPTACIONES</u>	Española: Spielberger, C., Gorsuch, R. & Lushene, R. (1982)
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN</u>	Evaluación pre-tratamiento, evaluación durante el tratamiento, evaluación post-tratamiento.
<u>OBJETIVO Y NORMAS DE APLICACIÓN</u>	Evalúa el nivel actual de ansiedad y la predisposición de la persona a responder al estrés. El paciente contesta a los ítems teniendo en cuenta que 0= nada, 1=algo y 2=bastante, 3= mucho.
<u>CRITERIOS DE CALIDAD</u>	“Confiabilidad: Consistencia interna: 0.90-0.93 (subescala estado) 0.84-0.87 (subescala rasgo). Test-retest: 0.73-0.86 (subescala rasgo). Validez: Muestra correlaciones con otras medidas de ansiedad, como la escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor y la Escala de Ansiedad de Cattell 0.73-0.87. Presenta un cierto solapamiento entre los constructos de ansiedad y depresión ya que la correlación con el inventario de Depresión de Beck es de 0.60.”
<u>ARTICULOS</u>	Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i> . (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index

	<p>_ppal.htm.</p> <p>Spielberg, C., Gorsuch, R., & Lushene, R. (1970). Manual for the State/trait Anxiety Inventory. Palo Alto: Consulting psychologists press.</p> <p>Spielberg, C., Gorsuch, R., & Lushene, R. (1982). Cuestionario de ansiedad Estado/Rasgo. Madrid: TEA</p>
--	---

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS)
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Escala de valoración de la ansiedad de Hamilton
<u>ABREVIACIÓN:</u>	HARS – HAS
<u>AUTORES:</u>	Hamilton, M.
<u>AÑO:</u>	1959
<u>TIPO DE INSTRUMENTO</u>	Escala de observación
<u>POBLACIÓN</u>	Pacientes diagnosticados con ansiedad
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN</u>	15 a 30 minutos
<u>DESCRIPCIÓN</u>	Esta es una escala compuesta por 13 ítems referentes a síntomas ansiosos, y uno referido al comportamiento durante la entrevista.
<u>ADAPTACIONES</u>	Existe una versión reducida (CAS), otra computarizada y otra en video.
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN</u>	Evaluación pre-tratamiento, evaluación durante el tratamiento, evaluación post-tratamiento.
<u>OBJETIVO Y NORMAS DE APLICACIÓN</u>	El objetivo principal del instrumento corresponde a determinar el grado de ansiedad global del paciente. El terapeuta debe evaluar la conducta que ha tenido la persona durante la entrevista en una escala de 0 (ausencia de síntomas) a 4 (intensidad máxima).
<u>CONFIABILIDAD</u>	“Confiabilidad: Consistencia interna 0,79 -0,86. Test –retest 0,96.
<u>VALIDEZ</u>	Validez: Correlaciones de la HARS con la escala de ansiedad de Covi: 0,73-0,75. Con el inventario de ansiedad de Beck 0,56”
<u>ARTICULOS</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/ind_ex_ppal.htm.</p> <p>Hamilton, M. (1959). The assesment of anxiety states by rating. British Journal of medicine and psychology, 32, 50-55.</p> <p>Carrobles, J., Costa, M., Del Ser, T., & Bartolome, P. (1986). La práctica de la terapia de conducta. Valencia: Promolibro.</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad
<u>TRADUCCIÓN:</u>	
<u>ABREVIACIÓN:</u>	ISRA
<u>AUTORES:</u>	Miguel-Tobal y Cano Vindel, 1986
<u>AÑO:</u>	1988
<u>TIPO DE INSTRUMENTO</u>	Cuestionario
<u>POBLACIÓN</u>	Población general, a partir de los 16 años.
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN</u>	35-55 minutos
<u>DESCRIPCIÓN</u>	Tiene un formato: situación-respuesta” e incluye una situación abierta para que pueda ser descrita por la persona. Ofrece información sobre los distintos sistemas de respuesta; áreas situacionales específicas (ansiedad de evaluación, fóbica, interpersonal, o ante situaciones de la vida cotidiana); y el nivel general de ansiedad.
<u>ADAPTACIONES</u>	N/A
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN</u>	Evaluación pre-tratamiento, evaluación post-tratamiento.
<u>OBJETIVO Y NORMAS DE APLICACIÓN</u>	El objetivo principal de este instrumento corresponde al llegar a evaluar la frecuencia de respuestas de ansiedad (cognitivas, fisiológicas y motoras por separado) ante diferentes situaciones, y permite la obtención de un perfil de reactividad individual. El sujeto debe señalar la frecuencia con que aparece cada una de las respuestas de ansiedad ante cada situación en una escala tipo Likert donde 0= casi nunca y 4 = casi siempre.
<u>CONFIABILIDAD</u>	“Confiabilidad: Consistencia interna 0.78 -0.79. Test re test: 0.75-0.86 (total), 0.68-0.80 (escala cognitive), 0.74-0.79 (escala fisiologica), 0.75-0.82 (escala motora).
<u>VALIDEZ</u>	Validez: Muestra correlaciones en la escala MAS de Taylor: 0.56-0.61; y con la escala de ansiedad estado/rasgo (STAI): 0.54-0.63. Muestra una Buena capacidad de discriminación entre distintos grupos y patologías, como hipertensión, y otros trastornos fisiológicos, síndrome premenstrual, agorafobia, fobia simple, fobia social y ansiedad generalizada. Es sensible al cambio terapéutico.”
<u>ARTICULOS</u>	Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i> . (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/ind_ex_ppal.htm . Miguel-Tobal, J. & Cano Vindel, A. (1986). Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad (ISRA). Madrid: TEA Miguel-Tobal, J. & Cano Vindel, A. (1988). Inventario de situaciones y

	respuestas de ansiedad ISRA (2da Edición revisada con la inclusión de rasgos específicos). Madrid TEA.
--	--

Trastornos de pánico y agorafobia

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Autoregistro de exposición a estímulos internos.
<u>TRADUCCIÓN:</u>	N/A
<u>ABREVIACIÓN:</u>	N/A
<u>AUTORES:</u>	Botella y Ballester
<u>AÑO:</u>	1997
<u>TIPO DE INSTRUMENTO</u>	Autoregistro
<u>POBLACIÓN</u>	Personas en tratamiento para el trastorno de pánico
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN</u>	N/A
<u>DESCRIPCIÓN</u>	Se recoge al tipo de ejercicio realizado, duración, sensaciones experimentales, intensidad de estas (0-10), nivel de ansiedad (0-10), pensamientos automáticos y respuesta racional.
<u>ADAPTACIONES</u>	NO HAY INFORMACIÓN
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN</u>	Evaluación durante el tratamiento
<u>OBJETIVO Y NORMAS DE APLICACIÓN</u>	El objetivo principal del instrumento corresponde al registro de los ejercicios de exposición interoceptiva en el tratamiento para el trastorno de pánico. Justo después de realizar un ejercicio de exposición interoceptiva, el paciente debe completar los apartados del autor registro de acuerdo a lo ocurrido durante la exposición.
<u>CRITERIOS DE CALIDAD</u>	NO HAY INFORMACIÓN
<u>ARTICULOS</u>	NO HAY INFORMACIÓN

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Diario de actividades fuera de casa
<u>TRADUCCIÓN:</u>	NO HAY INFORMACIÓN
<u>ABREVIACIÓN:</u>	NO HAY INFORMACIÓN
<u>AUTORES:</u>	Arturo Bados Lopez
<u>AÑO:</u>	2000
<u>TIPO DE INSTRUMENTO</u>	Autoregistro

<u>POBLACIÓN</u>	Adolescentes y Adultos
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN</u>	NO HAY INFORMACIÓN
<u>DESCRIPCIÓN</u>	Se compone de una tabla de nueve sillas que deberá rellenar (fecha, hora, una breve descripción de la actividad fuera de casa, compañía, tiempo pasado, solo, ansiedad y posible pánico.)
<u>ADAPTACIONES</u>	NO HAY INFORMACIÓN
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN</u>	Evaluación pre-tratamiento, evaluación durante el tratamiento, evaluación post-tratamiento.
<u>OBJETIVO Y NORMAS DE APLICACIÓN</u>	Este instrumento está diseñado para lograr una mejor comprensión del problema de agorafobia, para adaptar el tratamiento a cada caso en función de la información recogida y para disponer de una medida de la mejora a lo largo del tratamiento
<u>CRITERIOS DE CALIDAD</u>	NO HAY INFORMACIÓN
<u>ARTICULOS</u>	Bados, A. (2000). Agorafobia y ataques de pánico. Madrid. Ed. Piramide.

Fobia Específica

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Fear Questionnaire
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Cuestionario de miedos
<u>ABREVIACIÓN:</u>	(FQ)
<u>AUTORES:</u>	Mark, I.M. y Mathews, A.M.
<u>AÑO:</u>	1979
<u>TIPO DE INSTRUMENTO</u>	Cuestionario
<u>POBLACIÓN</u>	General
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN</u>	10 minutos
<u>DESCRIPCIÓN</u>	Consiste en una prueba sencilla que pretende evaluar la evitación, síntomas ansiosos y depresivos y también grados de incapacidad que pudiera provocar fobia social, agorafobia, o fobia a la sangre/inyecciones. Para esto, se dispone de tres escalas, una de Fobia Total, otra de Depresión/Ansiedad, y finalmente un índice de Malestar Fóbico Total.
<u>ADAPTACIONES</u>	Española: Mathews, A., Gelder, M. y Johnston, D. (1986)
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN</u>	Screening evaluación pre-tratamiento y post-tratamiento.
<u>OBJETIVO Y NORMAS DE APLICACIÓN</u>	Objetivos: Fue diseñado con el objetivo de disponer de un instrumento de autoevaluación de fobias que facilitase la comparación de información entre centros y fuese sencillo y

	<p>rápido de aplicar. Evalúa la severidad de la agorafobia, fobia social y fobia a la sangre/inyecciones.</p> <p>Norma de aplicación: El sujeto debe elegir en primer lugar, para los ítems del Apartado I (1 al 17), el número que mejor indique el grado que evitaría (debido al miedo u otras sensaciones desagradables), cada una de las dichas situaciones, en una escala de 9 puntos, en la que 0= no evitaría, 2= lo evito pocas veces, 4= lo evito algunas veces, 6= lo evito muchas veces y 8= lo evito siempre. Los puntos 1, 3, 5 y 7 de la escala no llevan escala verbal.</p> <p>A continuación los ítems del Apartado II (18 al 23) debe elegir el número que mejor indique el grado de interferencia o molestia que le producen cada uno de los problemas indicados en ellos, en una escala de 9 puntos, en que 0=apenas nada, 2= ligeramente molesto, 4=bastante molesto, 6= muy molesto, y severamente molesto. Los puntos 1, 3, 5 y 7 tampoco llevan etiqueta verbal.</p> <p>Por último, en el Apartado III, el sujeto debe evaluar el grado de interferencia que, en el momento actual, le producen sus síntomas fóbicos en el desarrollo de su vida diaria, en una escala de 9 puntos, en la que 0= no tengo fobia, 2= me perturban ligeramente pero no me incapacitan, 4= bastante perturbador, incapacitante, 6= muy perturbador, incapacitante, 8= severamente perturbador – incapacitante. Los puntos 1, 3, 5 y 7 no llevan etiqueta verbal.</p>
<p><u>CONFIABILIDAD</u></p>	<p><u>Fiabilidad:</u> Posee una buena consistencia interna, alfa de Cronbach de 0,83 a 0,86 para la puntuación total y de 0,71 a 0,83 para las tres subescalas. Estudios en población general arrojan perores resultados (0,44 a 0,78 para las subescalas). La fiabilidad test-retest tras una semana es de $r=0,80-0,96$ y cuando el intervalo aumenta (2 – 16 semanas) es de $r=0,8$.</p>
<p><u>VALIDEZ</u></p>	<p><u>Validez:</u> LA subescala de agorafobia presenta índices de correlación con el intervalo de Movilidad para Agorafobia de $r=0,44 – 0,78$. La subescala de fobia presenta correlaciones $r=0,42 – 0,65$ con el intervalo de Ansiedad y Fobia social y con la Escala de Evitación de Watson y Friend.</p> <p>La puntuación total y de las subescalas muestra moderada correlación con escalas que muestran ansiedad y depresión (Inventario de Depresión de Beck, Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado). En cambio no se ve influenciada por la deseabilidad o convivencia social (baja correlación en la escala de Convivencia Social de Marlowe- Crowne). Las subescalas de agorafobia y fobia social se han mostrado sensibles al cambio con el tratamiento. “</p>
<p><u>ARTICULOS</u></p>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Marks, I. y Mathews, A. (1979). Brief Standard self-rating for phobic patients. <i>Behaviour Research and Therapy</i>. Vol.</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Fear survey Schedule III
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Cuestionario de temores
<u>ABREVIACIÓN:</u>	FSS-III
<u>AUTORES:</u>	Wolpe, J. Y Lang, P.J.
<u>AÑO:</u>	1986 (adaptación española)
<u>TIPO DE INSTRUMENTO</u>	Cuestionario
<u>POBLACIÓN</u>	General
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN</u>	40 minutos
<u>DESCRIPCIÓN</u>	Está formado por una lista de estímulos potencialmente ansiógenos agrupados en distintas categorías: animales; situaciones interpersonales; daño físico, enfermedad y muerte; ruidos...
<u>ADAPTACIONES</u>	Española: Carrobes, J. (1986)
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN</u>	Evaluación pre-tratamiento, evaluación post tratamiento.
<u>OBJETIVO Y NORMAS DE APLICACIÓN</u>	Objetivos: Mide la intensidad del miedo irracional ante distintos estímulos relacionados con animales, situaciones sociales, daño físico... Normas de aplicación: La persona tiene que señalar el malestar que le produce cada objeto, en una escala tipo Likert, donde 0= en lo absoluto y 4=muchísimo.
<u>CONFIABILIDAD</u>	“Fiabilidad: La consistencia interna fue de KR-20=0,98. Las medidas de los grupos fueron distintas para varones (140) y mujeres (165,8). Coeficiente de Fiabilidad = 0,97.
<u>VALIDEZ</u>	Validez: La validez de contenido indica que en general la prueba tiene una estructura multidimensional que varía en función del género y la edad. Sólo dos factores explican más del 5% de la varianza: 35,5% el de heridas-enfermedad-muerte y 7% el interpersonal. Muestra correlaciones solamente moderadas con otras medidas de autoinforme de ansiedad y con medidas de observación como el BAT. Este hecho debe interpretarse desde el punto de vista de la naturaleza multidimensional de la ansiedad (Ammerman, 2002). Es sensible al cambio terapéutico.”
<u>ARTICULOS</u>	Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica.</i> (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm .

	<p>Wolpe, J, y Lang, P. (1964). A fear survey Schedule for use in behavior therapy. <i>Behavior Research and Therapy</i>, 2, pp. 27-30.</p> <p>Carrobles, J. (1986) Cuestionario de Temores de Wolpe y Lang, FSS-III-122. En J.A.I. Carrobles, P. Bartolomé, P. Costa y T. del Ser, <i>La práctica de la Terapia de Conducta</i>. Valencia: Promolibro.</p> <p>Méndez, F. y Maciá, D. (1994). Evaluación de los problemas de ansiedad. En R. Fernández Ballesteros (dir.). <i>Evaluación conductual hoy</i>, 426-483. Madrid: Pirámide.</p>
--	---

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Behavioral Avoidance Test/ Behavioral Approach Test
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Test de evitación/ aproximación conductual BAT
<u>ABREVIACIÓN:</u>	(BAT)
<u>AUTORES:</u>	Peter, J. Lang y A. David. Lazovik.
<u>AÑO:</u>	1963
<u>TIPO DE INSTRUMENTO</u>	Test de evitación de multipasos-multitareas.
<u>POBLACIÓN</u>	Sujetos con alguna fobia.
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN</u>	El tiempo empleado en la prueba varía en función de cada sujeto, esto es, depende de la respuesta de evitación y/o aproximación del sujeto al estímulo.
<u>DESCRIPCIÓN</u>	<p>Consiste en la observación de las conductas de escape y de evitación, así como de otras respuestas externas del sujeto ante estímulos que evocan respuestas de ansiedad. Existen dos formas de efectuar el procedimiento:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Aproximación activa: El sujeto se acerca cada vez más al estímulo temido. 2. Exposición pasiva: El sujeto permanece en el mismo sitio mientras se aproxima el estímulo fóbico. <p>Las variables físicas registradas habitualmente son la distancia, tiempo, intensidad y grado de interacción con el estímulo temido. De estas variables se extrae una medida de la ansiedad del sujeto. También se pueden emplear medidas psicofisiológicas para registrar la ansiedad del sujeto durante la prueba.</p>
<u>ADAPTACIONES</u>	PTA (Phobic Test Apparatus) o Test de evitación pasiva (Levis 1969). En esta versión se mueve el objeto temido hacia donde está el sujeto mediante una cinta transportadora hasta que el sujeto la detiene pulsando un botón. Existen otras versiones BAT para la claustrofobia (Miler y Bernstein, 1972), fobias a las ratas (Rutner y Pear, 1972), miedo a las alturas (Ritter, 1970), agorafobia (Everaerd, Rijken y Emmelkamp, 1973), y en trastornos obsesivos compulsivos

	(Rachman, Hodgson y Marks, 1971).
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN</u>	Evaluación pre-tratamiento, durante el tratamiento y post-tratamiento)
<u>OBJETIVO Y NORMAS DE APLICACIÓN</u>	Objetivos: Está diseñado para evaluar el nivel de ansiedad y la intensidad de la respuesta motora de evitación de sujetos con fobias. (Inicialmente que diseñado para un sujeto con fobia a las serpientes). Normas de aplicación: Muchos autores señalan que a instrucción proporcionada al sujeto debe ser “ <i>aproximarse/exponerse todo lo que pueda</i> ”, para minimizar la diferencia entre el pretest y el postest de modo que se obtenga una medida conservadora del cambio. En cuanto a las situaciones artificiales de los BAT conviene que sean lo más parecida posible a las situaciones naturales habituales del sujeto evaluado. El sujeto debe aproximarse al estímulo temido. A menudo se le pide al sujeto que informe de su nivel de ansiedad en diferentes momentos durante el BAT, mediante una escala de estimación de cero a ocho puntos u otra similar.
<u>CRITERIOS DE CALIDAD</u>	“ <i>Fiabilidad:</i> interjueces es casi perfecta (Carrobles y Diez-Chamizo, 1987).
<u>VALIDEZ</u>	<i>Validez:</i> La correlación entre el BAT y el Test de evitación pasiva oscila entre 0,87 y 0,95. (Carrobles y Diez-Chamizo).”
<u>ARTICULOS</u>	Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica.</i> (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm . Lang, P. (1963). The experimental desensitization o an animal phobia. <i>Journal of Abnormal and Social Pshycology</i> , 66, 519-523. Carrobles, J. Diez Chamizo, V. (1981). Evaluación de conductas ansiosas. En R. Fernández- Ballesteros y Carrobles, <i>Evaluación conductual</i> , 425-453. Madrid: Ediciones Pirámide.

Fobia Social

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Brief Social Phobia Scale
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Escala breve de fobia social
<u>ABREVIACIÓN:</u>	BSPS
<u>AUTORES:</u>	Davidson, J.; Potts, N.; Richichi, E.; Ford, S.; Krishnam, K.; Smith, R.; Wilson, W.
<u>AÑO:</u>	1991
<u>TIPO DE INSTRUMENTO</u>	Escala
<u>POBLACIÓN</u>	Población Adulta

<u>TIEMPO DE APLICACIÓN</u>	Entre 5 y 10 minutos
<u>DESCRIPCIÓN</u>	Se trata de una escala de 11 ítems que se divide en 3 subescalas: miedo, evitación y síntomas fisiológicos. Los 7 primeros ítems evalúan el miedo y la evitación a siete situaciones; y los últimos 4 evalúan la presencia e intensidad de cuatro síntomas neurovegetativos. Se obtiene una puntuación en cada subescala y una puntuación total.
<u>ADAPTACIONES</u>	Adaptación Española: Se puede encontrar una versión en Bobes (2004).
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN</u>	Evaluación pre tratamiento y post tratamiento
<u>OBJETIVO Y NORMAS DE APLICACIÓN</u>	Objetivos: Evalúa el miedo y la evitación ante distintas situaciones y la intensidad de los síntomas fisiológicos de la fobia social según criterios DSM. Normas: Se trata de una administración heteroaplicada. A las cuestiones planteadas, se ha de otorgar la puntuación correspondiente a “miedo”, “evitación” y “fisiología”, donde: 0=Nunca, 1= Rara vez, 2= A veces, 3= Frecuentemente y 4 =Siempre.
<u>CONFIABILIDAD</u>	“ <i>Fiabilidad:</i> consistencia interna, 0,81. Fiabilidad test-retest (una semana): 0,91. Fiabilidad Inter-examinadores es de 0,99.
<u>VALIDEZ</u>	<i>Validez:</i> Presenta correlaciones con la Escala de Ansiedad Social de Liebowitz (LSAS) (0,70) y con Escalas de Miedo a la Evaluación Negativa (0,45). Las correlaciones son bajas para la Escala de Ansiedad Hamilton (HARS) (0,20-0,34). Es sensible al cambio durante el tratamiento.”
<u>ARTICULOS</u>	Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica.</i> (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm . Davidson, J.; Potts, N.; Richichi, E.; Ford.; Krishnan, K.; Smith, R. & Wilson, W. (1991) The Brief Social Phobia Scale. <i>Journal of Clinical Psychiatry</i> , 52 (suppl.), 48-51.

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Interaction Anxiousness Scale
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Escala de Ansiedad a la Interacción
<u>ABREVIACIÓN:</u>	IAS
<u>AUTORES:</u>	Mark, R. Leary
<u>AÑO:</u>	1983

<u>TIPO DE INSTRUMENTO</u>	Inventario de autoinforme de lápiz y papel
<u>POBLACIÓN</u>	Desarrollada a partir de muestras de estudiantes universitarios y ampliamente validada e investigada en este tipo de muestras. No hay apenas estudios de la IAS con otro tipo de muestras, salvo algunas excepciones como, por ejemplo, el estudio de Chien et al. (2003) con pacientes con esquizofrenia y el de Wei et al. (2006) con candidatos a policía.
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN</u>	Menos de 5 minutos
<u>DESCRIPCIÓN</u>	L IAS está formada por ítems seleccionados a partir de diversos estudios con muestras universitarias, que describen respuestas subjetivas de ansiedad (tensión, nerviosismo, no sentirse cómodo, relajado) ante diversidad situaciones de interacción contingente, es decir, situaciones en las cuales las respuestas de un individuo son contingentes a las respuestas de otras personas con las que interactúan (p. Ej., una entrevista de trabajo, entablar una conversación con una persona del sexo opuesto, un jefe o un profesor, hablar por teléfono). Para controlar el sesgo de aquiescencia, la IAS también incluye 4 ítems formulados de forma inversa, es decir, ítems que reflejan sentimientos de comodidad y relajación en las situaciones o la ausencia de ansiedad o timidez ante las mismas (3 ítems 3, 6, 10 y 15). La persona evaluada debe responder en una escala de tipo Likert de 5 puntos en qué medida tales ítems le describen, de manera que una puntuación más alta indica una mayor propensión a experimentar ansiedad subjetiva en situaciones sociales. La IAS trata de separar la propensión a experimentar sentimientos y emociones de ansiedad en las situaciones sociales, es decir, la ansiedad social subjetiva, de las conductas manifiestas de ansiedad social (p. ej., la evitación de las situaciones, la reticencia a participar en ellas, la inhibición en la conducta verbal, en los gestos o en los movimientos), asumiendo que aunque ambos componentes están a menudo asociados, no siempre hay una relación directa entre ellos. Por tanto, la IAS es un instrumento adecuado para medir los aspectos subjetivos de la ansiedad social experimentada en interacciones contingentes, pero no es un instrumento adecuado cuando se desea medir las conductas manifiestas de la ansiedad social ni otros componentes de la ansiedad social (p. ej., cognitivos, fisiológicos) o cuando se quiere medir la ansiedad ante situaciones sociales no contingentes como, por ejemplo, hablar en público, o en otras situaciones sociales generadoras de ansiedad más específica (p. ej., relaciones íntimas).
<u>ADAPTACIONES</u>	Existen una adaptación de la IAS al chino (Chun-zi, Yao-xian y Xiong-zhao, 2004; Wei, Ping.Ging y Li-Ying, 2006) y dos adaptaciones al español (Pérez y Sepúlveda, 1991; Sanz, 1994).
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN</u>	Exploración inicial , curso finalización y seguimiento del tratamiento
<u>OBJETIVO Y NORMAS DE APLICACIÓN</u>	Objetivo: Medir la tendencia a experimentar sentimientos de ansiedad (componente afectivo o subjetivo de ansiedad social) en situaciones de interacción contingente (“cara a cara”), es decir, situaciones en las que se precisa retroalimentación de los demás. Normas: Para cada uno de los ítems de la IAS la persona evaluada debe indicar el grado en que le describe o caracteriza utilizando para ello una escala tipo Likert de 5 puntos desde 1 (“En absoluto

	característico en mí”) hasta 5 (“Muy característico en mí”).
<u>CONFIABILIDAD</u>	<p>“<i>Fiabilidad</i>”: La versión original ha obtenido índices de fiabilidad de consistencia interna (coeficientes <i>alfa</i> de Cronbach) en diferentes muestras de estudiantes universitarios estadounidenses que oscilan entre 0,87 y 0,89 (Leary y Kowalski, 1993), mientras que Leary (1983) obtuvo también en estudiantes universitarios una fiabilidad test-retest a las 8 semanas de 0,83. Sanz (1994) ha informado que la versión española presenta un coeficiente <i>alfa</i> de consistencia interna de 0,90 en estudiantes universitarios españoles.</p>

<p><u>VALIDEZ</u></p>	<p><u>Validez</u>: Un respetable número de estudios han obtenido buenos índices de <i>validez convergente</i> de la IAS en la población de estudiantes universitarios al mostrar que el instrumento correlaciona de forma moderada con otras medidas de ansiedad social (Leary y Kowalski, 1991). Por ejemplo, con relación a la escala de Evitación y ansiedad Social (SAD) de Watson y Friend, Leary y Kowalski (1993) informan de una correlación de 0,71, mientras que, trabajando con la versión española, Sanz (1994) obtuvo correlaciones de 0,75 y 0,61, con las subescalas de malestar y de evitación de la SAD, respectivamente. También diferentes estudios ha revelado índices adecuados de <i>validez discriminante</i> de la IAS respecto a instrumentos que miden otros constructos diferentes de ansiedad especiales. Por ejemplo, respecto a medidas de depresión, Leary y Kowalski (1991) y Sanz (1994) también indican que la IAS, a pesar de tener una aceptable valides discriminante, correlaciona de forma significativa, aunque moderada, con instrumentos que miden otros constructos relacionados íntimamente con la ansiedad social ($r=-0,47$ y $-0,39$, respectivamente; Sanz, 1994). Existen también datos que apoyan la <i>validez de criterio</i> de la IAS, puesto que sus puntuaciones son capaces de predecir la ansiedad que experimentarán estudiantes universitarios cuando participan en situaciones sociales diádicas como, por ejemplo, después de interactuar con una persona del sexo opuesto ($r=0,48$) o durante una entrevista con un investigador ($r=0,48$). Finalmente, los datos de <i>validez factorial</i> de la IAS son también buenos pues señalan de forma consistente a la presencia de un único factor que , supuestamente, reflejaría el constructo de ansiedad social subjetiva en situaciones sociales contingentes, o bien a la presencia de dos factores altamente correlacionados, en uno de los cuales saturarían los ítems que tienen que ver con las interacciones con figuras de autoridad (ej., profesor, jefe, empleador) y que, por tanto, reflejaría un factor más específico de ansiedad afectiva-subjetiva en las situaciones contingentes con figuras de autoridad, las cuales son particularmente problemáticas para las personas con ansiedad social (Leary y Kowalski, 1987; Sanz, 1994).”</p>
<p><u>ARTICULOS</u></p>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Leary, M. (1983). Social anxiousness: The construct and its measurement. <i>Journal of Personality Assesment</i>, 47, 66-75.</p> <p>Sanz, J. (1994). The Spanish version of the Interaction Anxiousness Scale: Pshychometric properties and relationship with depression and cognitive factors. <i>European journal of Phychological Assesment</i>, 10, 129-135.</p>

	Leary, M., Kowalski, R. (1987) Manuel for the interaction Anxiouness Scale. <i>Social and Behavioral Sciences Documents</i> , 16, 2 (Ms. No. 2774).
--	---

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Social Interaction Anxiety Scale
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Escala de Ansiedad ante la Interacción Social
<u>ABREVIACIÓN:</u>	SIAS
<u>AUTORES:</u>	Mattick, R. & Clarke, J.
<u>AÑO:</u>	1998
<u>TIPO DE INSTRUMENTO</u>	Escala autoadministrada
<u>POBLACIÓN</u>	General (jóvenes y adultos)
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN</u>	Alrededor de 5 minutos
<u>DESCRIPCIÓN</u>	Evalúa los miedos de las interacciones sociales más generales. Los ítems de la escala hacen referencia a la angustia que se siente cuando se conoce y habla con otra gente, siendo estas personas miembros del sexo opuesto, desconocidos o amigos. Las principales preocupaciones incluyen miedo a ser incapaz de expresarse, a resultar aburrido o estúpido, a no saber qué decir o cómo responder a las interacciones sociales y a ser ignorado.
<u>ADAPTACIONES</u>	Adaptación española: Olivares, J., García-López, L., Hidalgo, M. (2001).
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN</u>	Exploración inicial, evaluación pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento.
<u>OBJETIVO Y NORMAS DE APLICACIÓN</u>	Objetivos: Está diseñado para detectar y/o distinguir casos patológicos de fobia social, agorafobia, ataques de pánico, etc., de niveles normales de ansiedad o miedo en las interacciones sociales. Normas: El examinador lee las instrucciones al paciente y le pregunta si tiene alguna duda. Si hay, se le aclara y el sujeto comienza a rellenar la escala indicando en qué grado cree que las frases son verdaderas en su caso, teniendo en cuenta que 0=nada, 1=ligeramente, 2=moderadamente, 3?mucho, 4=muchísimo.
<u>CRITERIOS DE CALIDAD</u>	" <i>Fiabilidad:</i> Altos niveles de consistencia interna en torno a 0,90. Alta fiabilidad test-retest, la escala es consistente a lo largo del tiempo.

<u>VALIDEZ</u>	<p><i>Validez:</i> Validez discriminativa alta, la escala diferencia entre sujetos con fobias social, agorafobia, simple fobia y casos normales de no fobia. Con los análisis correlacionales se ha demostrado que la SIAS correlaciona de manera muy elevada con la SPS (Social Phobia Scale) ya que los miedos de la fobia social y los miedos de las interacciones sociales más generales coexisten frecuentemente. Es sensible a los cambios por el tratamiento.</p> <p>A pesar de todos estos datos favorables, la mayoría de los ítems están escalados en la misma dirección aumentando así la posibilidad de crear tendencias de respuesta en el sujeto.”</p>
<u>ARTICULOS</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica.</i> (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Mattick, R., y Clarke, J (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear ans social. <i>Behaviour Research and Therapy</i>, 36, 455-470.</p> <p>Olivares, J., García-López, L., Hidalgo, M (2001). The social Phobia Scale and the Social Interaction Anxiety Scale: factor structure ans reliability in a Spanish-speaking population. <i>Journal of Pshychoeducational Assessment</i>, 19, 69-80.</p> <p>Bados, A (2001). <i>Fobia Social</i>. Madrid: Síntesis.</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Assertiveness Schedule
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Escala de Asertividad
<u>ABREVIACIÓN:</u>	RAS
<u>AUTORES:</u>	Rathus
<u>AÑO:</u>	1984
<u>TIPO DE INSTRUMENTO</u>	Cuestionario
<u>POBLACIÓN</u>	General
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN</u>	10 minutos
<u>DESCRIPCIÓN</u>	El sujeto debe contestar hasta qué punto a información que contiene cada ítem es característica del mismo según una escala de 6 respuestas que va desde muy característico, hasta muy poco característico.
<u>ADAPTACIONES</u>	Adaptación española: Carrasco. J., clemente, M., y Llavona, L (1984).

<u>MOMENTO DE APLICACIÓN</u>	Evaluación pre-tratamiento, y evaluación post-tratamiento, seguimiento.
<u>OBJETIVO Y NORMAS DE APLICACIÓN</u>	Objetivos: Medir el cambio conseguido en los programas de asertividad. Normas: El sujeto debe contestar hasta qué punto la información que contiene cada ítem es característica de él mismo, según la escala de 6 respuestas que vas desde muy característico hasta muy poco característico.
<u>CRITERIOS DE CALIDAD</u>	“ Fiabilidad: Muestra una fiabilidad test-retes moderada-alta, después de un intervalo de 8 semanas en un grupo de 68 sujetos: $r=0,7782$, siendo p inferior a 0,01. La consistencia interna del instrumento analizada a través del método de las dos mitades (correlación entre puntuaciones pares e impares) fue de 0,7723, siendo p inferior a 0,01 indicando una homogeneidad moderada alta. Validez: La correlación entre las puntuaciones en el RAS de 46 sujetos y las puntuaciones que les otorgaban en asertividad a esos mismos dos evaluadores independientes fue de 0,7049, reflejando una validez alta en esos términos.”
<u>ARTICULOS</u>	Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica.</i> (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm . Rathus, S. (1973). A 30 item Schedule for assessing assertiveness. <i>Behavior Therapy.</i> 4, 398-406. Carrasco, J., Clemente, M., y Llavona, L. (1984). LA evaluación de la aserción a través de los inventarios de Rathus y de Gambrill y Richey. <i>Revista Española de Terapia del Comportamiento.</i> 2, 121-134. Echeburúa, E. (1995). Evaluación y Tratamiento de la Fobia Social. Barcelona: Martínez Roca.

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Social Avoidance and Distress Scale
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Escala de Evitación y Malestar Social
<u>ABREVIACIÓN:</u>	SAD
<u>AUTORES:</u>	Watson y Friend
<u>AÑO:</u>	1999
<u>TIPO DE INSTRUMENTO</u>	Cuestionario
<u>POBLACIÓN</u>	Personas que puedan tener ansiedad social
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN</u>	5 minutos
<u>DESCRIPCIÓN</u>	Del total de ítems, la mitad evalúa los aspectos conductuales de la ansiedad (evitación) y la otra mitad, los aspectos subjetivos (ansiedad

	experimentada).
<u>ADAPTACIONES</u>	Española: Bobes, J et al. (1999).
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN</u>	Evaluación pre-tratamiento y evaluación post-tratamiento.
<u>OBJETIVO Y NORMAS DE APLICACIÓN</u>	Objetivo: Evalúa la ansiedad experimentada en situaciones sociales y la tendencia a evitarlas.
<u>CONFIABILIDAD</u>	“ <i>Fiabilidad:</i> Fiabilidad test-retest (intervalo de 4 semanas): 0,68. Fiabilidad subescala de “Evitación”: 0,87. Fiabilidad subescala de “Ansiedad Social”: 0,85. Consistencia interna (coeficiente KR-20): 0,94. Correlación bilateral ítem-total: 0,77.
<u>VALIDEZ</u>	<i>Validez:</i> Las correlaciones de esta escala con otros instrumentos de medida de ansiedad y timidez suelen estar por encima de 0,75, mientras que las correlaciones con otras medidas de ansiedad suelen ser bajas. Las dos subescalas predicen diferencialmente la conducta en interacciones reales. Es una escala sensible al cambio terapéutico”.
<u>ARTICULOS</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica.</i> (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Watson, J., & Friend, R. (1969). Measurement of social- Evaluative Anxiety. <i>Journal of Consulting and Clinical Psychology</i>, 33, 448-457.</p> <p>Bobes, J., Badía, X., Luque, A., García, M., González, M., & Dal-Re, R. (1999). Validación de las versiones en español de los cuestionarios Libebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distres Scale y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social. <i>Medicina Clínica</i>, 112, 530-538.</p> <p>Echeburúa, E. (1995). <i>Evaluación y tratamiento de la fobia social</i>. Barcelona: Martínez Roca.</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Fear of Negative Evaluation Scale
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Escala de Temor a la Evaluación Negativa
<u>ABREVIACIÓN:</u>	FNE
<u>AUTORES:</u>	Watson, D., & Friend, R. –Leary
<u>AÑO:</u>	1969
<u>TIPO DE INSTRUMENTO</u>	Cuestionario
<u>POBLACIÓN</u>	Población general (Adultos)

<u>TIEMPO DE APLICACIÓN</u>	5 minutos
<u>DESCRIPCIÓN</u>	Escala autoadministrada formada por 30 ítems, de tipo dicotómico (V o F), con un rango de 0 a 30. Está compuesta por un listado de enunciados positivos (marcados como P) y negativos (marcados como N) y que se están intercalados. Los ítems están relacionados con pensamientos y sentimientos que pueden experimentar las personas ante la evaluación interpersonal, lo que nos permite medir el temor a revivir críticas o apreciaciones negativas por parte de los demás.
<u>ADAPTACIONES</u>	Adaptación española: Girodo, M. (1980) y Caballo, V. (1987).
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN</u>	Evaluación pre-tratamiento
<u>OBJETIVO Y NORMAS DE APLICACIÓN</u>	Objetivos: Evaluar el componente cognitivo de la ansiedad social, Por ello, mide el grado en que la gente experimenta temor ante la posibilidad de ser juzgado negativamente por parte de los demás. Normas: El individuo debe señalar “verdadero” o “falso”, si las afirmaciones que se le presentan son o no aplicables para él. Para la versión brece, sin embargo, debe guardar su respuesta en una escala de 5 puntos, en la que 1=en absoluto es característico en mí, 2= un poco característico en mí, 3= moderadamente característico en mí, 4= muy característico en mí, y 5= extremadamente característico en mí.
<u>CRITERIOS DE CALIDAD</u>	“ Fiabilidad: Coeficiente Alfa de <i>Consistencia Interna</i> de 0,94 para la versión original y de 0,90 para la versión breve. La fiabilidad test-retest con un intercalo de un mes, es de 0,78 para la original y de 0,75 para la versión breve, La correlación entre ambas versiones de la escala es de 0,96. Validez: La correlación (<i>validez convergente</i>) del FNE con la escala de Evitación y Malestar Social (Social Avoidance ans Distress Scale SAD) es de 0,51, y de 0,32 con la escala de interacción social (Interaction Anxiousnes Scale-IAS). Además muestra una correlación significativa con el nivel de depresión y ansiedad, es muy probable que esto sea debido a que la ansiedad social esté presente en otros trastornos de ansiedad u no únicamente en la fobia social. Como consecuencia, su <i>Validez discriminante</i> es objeto de controversia, y, en último término, qué es lo que se mide, ya que habría que aclarar si refleja un estado de malestar emocional general o son esencialmente medidas de ansiedad social”
<u>ARTICULOS</u>	Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i> . (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm . Leary, M. (1983). A brief version os the Fear of Negative Evaluation Scale. <i>Personality and social Psychology</i> , 33, 448-457. Girodo, M. (1980). Cómo vencer la timidez. <i>Barcelona: Martínez Roca</i> . Echeburúa, E. (1995). Evaluación y Tratamiento de la Fobia Social. <i>Barcelona: Martínez Roca</i> .

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Escala Multidimensional de Expresión Social Parte-Motora (EMES) y Parte-Cognitiva (EMES-C)
<u>TRADUCCIÓN:</u>	N /A
<u>ABREVIACIÓN:</u>	EMES EMES-C
<u>AUTORES:</u>	Caballo, V.
<u>AÑO:</u>	1997
<u>TIPO DE INSTRUMENTO</u>	Escala autoadministrada
<u>POBLACIÓN</u>	General (adultos y adolescentes)
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN</u>	Alrededor de 15 minutos
<u>DESCRIPCIÓN</u>	<p>Instrumento auto administrado con ítems tipo Likert de 0 a 4 puntos para la EMES-M como para la EMES-C.</p> <p>La EMES-M ofrece información acerca de 64 ítems agrupados en 12 factores que agrupan las siguientes situaciones: Iniciaciones de interacciones; hablar en público/enfrentarse con superiores; defensa de los derechos del consumidor; expresión de molestia, desagrado, enfado; expresión de sentimientos positivos hacia el sexo opuesto; expresión de molestia u enfado hacia familiares; rechazo de peticiones provenientes del sexo opuesto; aceptación de cumplidos; preocupación por los sentimientos de los demás; expresión de cariño hacia los padres. Cada una de estas dimensiones es evaluada respecto a 6 diferentes grupos de personas.</p> <p>La EMES-C consta de 44 ítems relacionados con pensamientos negativos asociados a situaciones de interacción social. Ofrece información acerca de 12 diferentes factores que agrupan las siguientes situaciones: temor a la expresión en público y a enfrentarse con superiores; temor a la desaprobación de los demás al expresar sentimientos negativos u al rechazar peticiones; temor a hacer y recibir peticiones; temor a hacer y recibir cumplidos; preocupación por la expresión de sentimientos positivos y la iniciación de interacciones con el sexo opuesto; temor a la evaluación negativa por parte de los demás en la expresión de conductas positivas; preocupación por la expresión de los demás en la expresión de sentimientos; preocupación por la impresión causada en los demás ; temor a expresar sentimientos positivos; temor a la defensa de los derechos; asunción de posibles carencias propias.</p>
<u>ADAPTACIONES</u>	N/A
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN</u>	Evaluación pre-tratamiento
<u>OBJETIVO Y NORMAS DE APLICACIÓN</u>	<p>Objetivos: EMES-M Este es un cuestionario dirigido a evaluar conductas socialmente adecuadas y el EMES-C es un cuestionario dirigido a evaluar pensamientos negativos relacionados con distintas dimensiones de las habilidades sociales.</p> <p>Normas: En ambas escalas el individuo debe puntuar la frecuencia con que presenta estas conductas o pensamiento en una escala</p>

	<p>tipo Likert de 5 puntos, de 0 (“nunca o muy raramente”) a 4 (“siempre o muy menudo”).</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Siempre o muy a menudo (91 a 100% de las veces). 3. Habitualmente o a menudo (66 a 90% de las veces). 2. De vez en cuando (35 a 65% de las veces). 1. Raramente (10 a 34% de las veces). 0. Nunca o muy raramente (0 a 9% de las veces).
<u>CONFIABILIDAD</u>	<p>“<i>Fiabilidad</i>: EMES-C Consistencia interna: 0,92. Fiabilidad test-retes: 0,83. EMES-M Consistencia interna: 0.92 (para ambas escalas). Fiabilidad test-retest: 0,92.</p>
<u>VALIDEZ</u>	<p><i>Validez</i>: La escala EMES-C posee buenas correlaciones con otras medidas de ansiedad social, como la Escala Miedo a la Evaluación Negativa (FNE); la escala de Evitación y Ansiedad Social (SAD): 0,57; y el cuestionario de Pensamientos Automáticos de Hollín y Kendall (ATQ) y 0,48 (ATQ-I). LA validez concurrente empleando la FNE (Temor a la evaluación negativa, Watson y Friend, 1969), la SAD (Escala de evitación y ansiedad Social, Watson y Friend, 1969) como criterios se refleja en las siguientes correlaciones: FNE (0,58), SAD (0,57), ATQ-F (0,49) y ATQ-I (0,48).”</p>
<u>ARTICULOS</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Caballo, V. (1997). <i>Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales</i>. Madrid; SIGLO XXI.</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Gambrill-Richey ASsertion Inventory
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey
<u>ABREVIACIÓN:</u>	GRAI
<u>AUTORES:</u>	Gambrill y Richey
<u>AÑO:</u>	1975
<u>TIPO DE INSTRUMENTO</u>	Cuestionario
<u>POBLACIÓN</u>	Adultos
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN</u>	10 minutos

<u>DESCRIPCIÓN</u>	El inventario está compuesto por 40 situaciones que se agrupan en ocho categorías: 1) rechazar peticiones, 2) expresar limitaciones personales tales como admitir la propia ignorancia en algún tema, 3) iniciar contactos sociales, 4) expresar sentimientos positivos, 5) encajar críticas, 6) discrepar de las opiniones de otras personas, 7) ser asertivo con las personas que te ofrecen un servicio, 8) hacer críticas a los otros. Éstas a su vez se dividen en dos subescalas: grado de malestar y probabilidad de respuesta.
<u>ADAPTACIONES</u>	Adaptación española: Carroles, Costa y del Ser, 1975.
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN</u>	Evaluación pre-tratamiento, y evaluación post-tratamiento, seguimiento.
<u>OBJETIVO Y NORMAS DE APLICACIÓN</u>	Objetivos: Recoger información relevante para evaluar la conducta asertiva. Normas: Los sujetos tienen que leer dos veces el listado de los 40 ítems. La primera vez deben contestar el grado de malestar que sentirían en cada una de las situaciones según una escala de cinco puntos. Después se leerá nuevamente cada una de las situaciones, puntuando la probabilidad de que la persona realice la conducta descrita cuando realmente se le presenta la situación. También se utilizará una escala de cinco puntos. Para ello, es importante que tape las puntuaciones de ansiedad (a la izquierda de las descripciones) mientras indica la probabilidad de respuesta, ya que una puntuación puede contaminar a la otra. Finalmente el sujeto debe indicar las situaciones en que le gustaría mostrarse más asertivo.
<u>CONFIABILIDAD</u>	“Fiabilidad: La fiabilidad test- retest en una muestra de 49 estudiantes, con un intervalo de cinco semanas, fue de 0,87 para la escala de malestar y 0,81 en la de probabilidad de respuesta”.
<u>VALIDEZ</u>	No aplica
<u>ARTICULOS</u>	Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i> . (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm . Gambrill, D., & Richey, C. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. <i>Behavioral Therapy</i> , 6, 550-561. Comeche, M., Díaz, M., Vallejo, M. (1995). <i>Cuestionarios, inventarios y escalas: ansiedad, depresión y habilidades sociales</i> . Madrid: UNED Carrasco, J., Clamente, M, Llanova. (1989). Análisis del inventarios de aserción de Gambrill y Richey. <i>Estudios de psicología</i> . 37, 63-74.

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Social interaction test
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Test de Interacción Social

<u>ABREVIACIÓN:</u>	SIT
<u>AUTORES:</u>	Trower, P., Bryant, B., & Argyle, M.
<u>AÑO:</u>	1978
<u>TIPO DE INSTRUMENTO</u>	Escala de observación.
<u>POBLACIÓN</u>	Personas con dificultades en sus habilidades sociales.
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN</u>	8 minutos.
<u>DESCRIPCIÓN</u>	Se graba en video (totalmente confidencial) la observación de interacción entre personas (situaciones que se pueden encontrar en la vida diaria): el paciente, y un hombre y una mujer, que son cómplices y tienen el papel asignado de antemano, al igual que el estilo de comportamiento (la mujer con estilo cálido y amigable, y el hombre frío y dominante). El test se divide en dos partes. La primera comprende tres grupos de variables: elementos relacionados con las connotaciones de voz (tomo, volumen, ritmo, etc.), conducta no verbal (contacto ocular, posición del cuerpo, aspecto físico, etc.), y el contenido conversacional. La segunda parte se refiere a las impresiones psicológicas generales, en la que los jueces deben interpretar la conducta global del paciente, en una escala de trece adjetivos bipolares, puntuando hacia un polo u otro con una puntuación del 1 al 7.
<u>ADAPTACIONES</u>	Española (Caballo, 1988)
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN</u>	Evaluación pre-tratamiento.
<u>OBJETIVO Y NORMAS DE APLICACIÓN</u>	Objetivo: Evalúa las habilidades sociales en situaciones naturales, y por tanto puede detectar fobia social. Normas: La prueba se aplica en una habitación preferiblemente con aparato de video. Se le comunica las instrucciones a los participantes, tanto al paciente como a los cómplices. Se les dice que es parte de un experimento de comunicación, y se pide al paciente que sea él quien comience. Debe hablar de sí mismo durante los cuatro primeros minutos (se le indica el reloj), luego se le pide a la mujer que haga lo mismo durante los próximos cuatro minutos, sin que implique realizar cada uno un discurso, solo que en cada caso cada persona mantenga una conversación. Enfatizamos que no es una entrevista y que no deben hablar como con su terapeuta. Por último al otro cómplice, el hombre, se le dice que él puede decir pequeñas cosas que quiera cuando quiera.
<u>CONFIABILIDAD</u>	No se describe
<u>VALIDEZ</u>	Presenta como dificultad gran falta de validez. No se describe
<u>ARTICULOS</u>	Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica.</i> (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm .

	Trower, P., Bryant, B., & Argyle, M. (1978). <i>Social skills and mental health</i> . Londres: Meten & Co Ltd.
--	--

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Simulated Social Interaction Test
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Test de Interacción Social Simulada
<u>ABREVIACIÓN:</u>	SSIT
<u>AUTORES:</u>	Curran, J.
<u>AÑO:</u>	1982
<u>TIPO DE INSTRUMENTO</u>	Prueba situacional estructurada de interacción breve (prueba de representación de papeles).
<u>POBLACIÓN</u>	Adultos
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN</u>	Hasta 15 minutos, aunque la duración más típica es de 4 a 5 minutos.
<u>DESCRIPCIÓN</u>	Consta de ocho situaciones que abarcan las siguientes áreas: recibir críticas, asertividad social, enfrentamiento y expresión de ira, contacto heterosexual, afrontar desánimo, conflicto o rechazo por parte de familiares, pérdida interpersonal y recibir cumplidos. Para cuatro de las escenas se usa un colaborador masculino y para las otras cuatro uno femenino. El formato que utiliza es de respuesta simple y evaluación con escala Likert (0-11). Las escalas de codificación y evaluación son ansiedad social y habilidad social, Cada situación se compone de una descripción detallada de la situación particular, en la que el sujeto se encuentra, un comentario realizado por el compañero de rol-play, dirigido al individuo evaluado y la respuesta del sujeto al compañero.
<u>ADAPTACIONES</u>	Adaptación española: Caballo, V., & Carrobles, J. (1988).
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN</u>	Evaluación pre-tratamiento, evaluación durante el tratamiento, post-tratamiento y seguimiento.
<u>OBJETIVO Y NORMAS DE APLICACIÓN</u>	Objetivos: Evaluar habilidades sociales ante diversas situaciones sociales. Normas: El formato estándar, consta de unas instrucciones breves, en las cuales un narrador/a describe una situación, y un confederado/a presenta una frase estímulo, a la cual debe responder el propio sujeto.
<u>CRITERIOS DE CALIDAD</u>	“Su principal desventaja, se relaciona con la falta de validez. Este test, posee limitaciones tales, como que las situaciones son más bien esquemáticas, restrictivas y un tanto artificiales. SE ha alegado, que una forma posible de aumentar la validez, es mediante la construcción de escenas tan relevantes como era posible para los sujetos. “
<u>ARTICULOS</u>	Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la</i>

	<p><i>evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Curran, J. (1982) A procedure for the assessment of social skills: the simulated social interaction test. En: J.P Curran & P.M. Monti (Eds). <i>Social skills training: a practical handbook for assessment and treatment</i>. New York: Guilford Press, 348-373.</p> <p>Caballo, V. & Carrobes, J. (1988). Comparación de la efectividad de diferentes programas de entrenamiento en habilidades sociales. <i>Revista Española de Terapia de Comportamiento</i>. 6, 93-114.</p> <p>Jiménez, R., Vázquez, A. & Vázquez, R. (2004). Test de Interacción Social Simulada (SSIT): características psicométricas en una muestra de pacientes con esquizofrenia. <i>Revista de Psicología de la Salud</i> (en prensa).</p>
--	---

Trastornos por Estrés Postraumático

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático
<u>TRADUCCIÓN N:</u>	N/A
<u>ABREVIACIÓN N:</u>	EGS-TEPT
<u>AUTORES:</u>	Echeberúa, E., Corral, P., Amor, P.J., Zubizarreta, I., Y Sarasua, B.
<u>AÑO:</u>	1997
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Entrevista Estructurada
<u>POBLACIÓN:</u>	Personas con posible trastorno de estrés postraumático
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN</u>	10-15 min
<u>DESCRIPCIÓN N:</u>	<p>Estructurada en un formato de tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas y consta de 3 sub-escalas: reexperimentación, evitación y activación: además cuenta con una sub-escala complementaria de manifestaciones somáticas de la ansiedad en relación con el suceso.</p> <p>Sensible al cambio terapéutico.</p>
<u>FIABILIDAD</u>	“Índice de consistencia interna (alpha de Crombach) es de 0.92. Sí

	fiabilidad test-retest a las 4 semanas es de 0.89”
<u>VALIDEZ</u>	<p>“Validez convergente alta y significativa 0.82.</p> <p>Sensibilidad diagnóstica del 100% y una especificidad del 93.7%, eficacia diagnóstica del 95.45%.</p> <p>Correlaciones con el inventario de Beck (0.54), con la Escala de Depresión de HAmilton (0.60), con el Inventario Ansiedad-Estado (0.62) y, finalmente, con la Escala de Inadaptación (0.48).”</p>
<u>ADAPTACIONES</u>	N/A
MOMENTO DE APLICACIÓN:	Evaluación Pre-tratamiento diagnóstico
<u>ARTÍCULOS</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de:</p> <p>http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Echeberúa, E., Corral, P., Amor, P.J., Zubizarreta, I., Y Sarasua, B. (1997). Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático: propiedades psicométricas. <i>Análisis y modificación de conducta</i>, 23, 90, 503-526</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Impact of Event Scale-Revised (IES-R)
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Escala del Impacto de Sucesos Revisada
<u>ABREVIACIÓN:</u>	E.I.E-R
<u>AUTORES:</u>	Horowitz, Wilner y Álvarez
<u>AÑO:</u>	1979
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Cuestionario
<u>POBLACIÓN:</u>	Adultos que han estado expuestos (vivido, presenciado u oído) a un evento altamente estresante.
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	10 min

<p><u>DESCRIPCIÓN:</u></p>	<p>La IES es un instrumento breve, consta solo de 15 ítems. Es fácil de aplicar pero tiene una limitación muy importante: al ser un instrumento elaborado en 1979 (antes de la conceptualización del trastorno de estrés postraumático) abarca solo dos (intrusión y evitación) de las tres subescalas del cuadro clínico. Por eso apareció la IES-R. Esta nueva escala consta de 22 ítems, 7 de intrusión, 8 de evitación, 6 de hiperactivación, y 1 de flashback (característico del componente de intrusión, aunque forma parte de la escala de la subescala de hiperactivación por razones analógicas).</p>
<p><u>Fiabilidad</u></p>	<p>“0.86 en escala total, 0.78 en escala de intrusión y 0.82 en sub-escala de evitación. La correlación entre escalas es de $r = 0.42$.”</p> <p>“Fiabilidad test-retest es de 0.87 para la escala total, 0.89 para subescala de intrusión y 0.79 para evitación.”</p>
<p><u>Validez</u></p>	<p>“Correlaciones de la IES, que correlacionan con otros constructos indicadores de psicopatología presentando diferencias por sexo, con el módulo de estrés postraumático de la SCID-I: subescala de intrusión (0.48), subescala de evitación (0.32), escala total (0.48). Correlaciones con la escala de Mississippi (MSS): subescala de intrusión (0.56), subescala de evitación (0.29), escala total (0.53). Correlaciones con escala de estrés postraumático del MMPI: subescala de intrusión (0.33), subescala de evitación (0.21), escala total (0.33).</p> <p>Diferencia entre grupos con estrés postraumático y grupos sin éste. Es sensible al cambio con tratamiento psicosocial y farmacológico”</p>
<p><u>ADAPTACIONES:</u></p>	<p>Española, Baguena, Villarroya, Beleña, Díaz, Roldán y Reig (2001)</p>
<p><u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u></p>	<p>Evaluación pre-tratamiento y post-tratamiento</p>
<p><u>ARTÍCULOS:</u></p>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Horowitz, Wilner y Álvarez: Impact of the event scale: a measure of subjective stress. (1979). <i>Psychosomatic medicine</i>, 41, pag 209-221</p> <p>Weiss, D.S. y Marmar, C.R. (1996). The Impact of Event Scale-Revised (IES-R). En J.P. Wilson y T.M. Keane. <i>Assessing psychological trauma and PTSD</i>. New York: Guilford Press</p> <p>Baguena, Villarroya, Beleña, Díaz, Roldán, Y Reig. (2001). Propiedades</p>

	psicométricas de la versión española de la EIE-R. <i>Análisis y modificación de conducta</i> , n 114, pag 581-604.
--	--

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Posttraumatic Stress Diagnostic Scale
<u>TRADUCCIÓN N:</u>	Escala Diagnóstica de Estrés Postraumático
<u>ABREVIACIÓN N:</u>	PDS
<u>AUTORES:</u>	Foa
<u>AÑO:</u>	1997
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Cuestionario
<u>POBLACIÓN:</u>	Adultos que hayan sido víctimas o hayan presenciado eventos traumáticos
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	10-15 min
<u>DESCRIPCIÓN N:</u>	Se compone de 4 secciones. En la primera y la segunda se evalúa el criterio A del DSM-IV de este trastorno. En la sección tres, los criterios B, C y D, y en la cuarta, la interferencia de los síntomas en distintas esferas de la vida. 49 ítems.
<u>FIABILIDAD</u>	Consistencia interna de 0.92 para escala total, 0.78 para la subescala de reexperimentación, 0.84 para subescala de evitación y 0.84 para la subescala de activación. Fiabilidad test-retest 0.77-0.85

<u>VALIDEZ</u>	Correlaciones con Inventario de Depresión de Beck (BDI): 0.62-0.90 y de la PDS con la escala de impacto de los Sucesos (IES): 0.49-0.93
<u>ADAPTACIONES</u>	N/A
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Screening y evaluación pre-tratamiento
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Foa, E.B. (1995). <i>Posttraumatic Stress Diagnostic Scale: Manual</i>. Minneapolis: National Computer Systems.</p> <p>Foa, E.B., Cashman, L. Jaycox, L., et al. (1997). The Validation of na Self-Report measure of Posttraumatic Stress Disorder: the Posttraumatic Diagnostic Scale. <i>Psychological Assessment</i>, 9, 445-451</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Clinician Administered PTSD Scale
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Escala para el Trastorno de Estrés Postraumático Administrada por el Clínico
<u>ABREVIACIÓN:</u>	CAPS
<u>AUTORES:</u>	Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L.M., Kaloupek, D.G., Klauminzer, G., Charney, D.S. y Keane, T.M.
<u>AÑO:</u>	1990
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Entrevista Estructurada
<u>POBLACIÓN</u>	General

⋮	
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	30-60 min
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	Es una entrevista estructurada que consta de un apartado que corresponde al criterio A del DSM-IV, que evalúa el acontecimiento traumático sufrido por el sujeto desde dos perspectivas, desde la naturaleza del acontecimiento y desde la repercusión en el sujeto. En el segundo apartado evalúa cada uno de los 17 síntomas que figuran en los criterios del DSM-IV. La evaluación de los síntomas se realiza desde una perspectiva categorial (determinando si el síntoma se encuentra o no presente) y desde una cuantitativa (donde se puntúa separadamente la frecuencia y la intensidad de cada síntoma, para ello se utiliza una escala de Likert de 5 puntos, de 0 a 4).
<u>FIABILIDAD</u>	“Consistencia interna: para los 17 ítems de la escala se calculó un alpha de Crombach de 0.94. Su fiabilidad test-retest para los 17 ítems los coeficientes para cada uno de los 3 pares de evaluadores oscilaban entre 0.9 y 0.98 y para los criterios de síntomas entre 0.77 y 0.96.”
<u>VALIDEZ</u>	“Coeficiente de correlación entre la CAPS y la puntuación de la Mississippi Scale for Combat Related PTSD fue de 0.91 y con la escala de Trastorno de Estrés Postraumático de Keane del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota 0.77”.
<u>ADAPTACION ES:</u>	Bustamante, V., Page, J., Zayas-Basan, M., Mellman, T. (1997) De donde
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Diagnóstico, Evaluación pre-tratamiento.
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L.M., et al. (1990). A Clinician Rating Scale for Assessing Current and Lifetime PTSD: The CAPS-1. <i>Behaviour Therapist</i>. Vol. 13.187-188.</p> <p>Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L.M., et al. (1995). The Development of a Clinician-Administered PTSD Scale. <i>Journal of Traumatic Stress</i>. Vol8 No. 1, 75-90</p> <p>Bobbes, J., Bousoño, M., Caicedo, A. y Gonzalez, M.P. (2000). <i>Trastorno de Estrés Postraumatico</i>. Marcelona: Masson.</p>

Trastornos de Ansiedad Generalizada

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Weekly Record of Anxiety and Depression
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Autorregistro para el Trastorno de Ansiedad Generalizada
<u>ABREVIACIÓN</u>	N/A
<u>AUTORES:</u>	Brown, T.A., O'Leary, T.A. y Brandon, D.H.
<u>AÑO:</u>	1993
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Autorregistro
<u>POBLACIÓN:</u>	General
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	N/A
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	<p>Modelo de autorregistro consistente en que la persona apunta al final del día, según escalas de 0 a 8, su nivel medio de ansiedad, su nivel máximo, su nivel medio de depresión, su nivel medio de afecto positivo y el porcentaje del día que pasó preocupado (de 0 a 100 por 100). No obstante, pueden incluirse otras variables como el nivel de ansiedad y preocupación, pensamientos aparecidos y métodos o conductas empleados para reducir la preocupación o la ansiedad, número de contingencias diarias; grado de malestar asociado a la preocupación; nivel de interferencia en la vida diaria (a través de la calificación de, concentración, toma de decisiones, sueño, relajación, placer, etc., según sea pertinente en cada persona).</p>
<u>ADAPTACIONES</u> :	NICO PONER ADAPTACIÓN SI APLICA O NO Y FIABILIDAD Y VALIDEZ
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Evaluación pre-tratamiento, todo el tratamiento
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Brown, T.A., O'Leary, T.A. y Brandon, D.H. (1993). Generalized Anxiety Disorder. En D.H. Barlo (ed), <i>Clinical Handbook of Psychological Disorders. A step by step treatment manual (2 Ed.)</i>, 137-188. New York: The Guilford Press.</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Penn State Worry Questionnaire
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Cuestionario de Preocupaciones del Estado de Pennsylvania
<u>ABREVIACIÓN:</u>	PSWQ
<u>AUTORES:</u>	Meyer, T.J., Metzger, R.L., y Borkovec, T.D.
<u>AÑO:</u>	1990
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Cuestionario Auto-aplicado
<u>POBLACIÓN:</u>	Adultos
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	5 min.
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	Constituido por un total de 16 ítems cuantificables una escala de tipo Likert de 1 (nada en absoluto) a 5 (muy a menudo). Los ítems miden frecuencia e intensidad de síntomas relacionados con la preocupación.
<u>Fiabilidad</u>	“Consistencia interna del cuestionario es alta con un alpha de 0.86-0.93 para población general y de 0.91-0.95 en pacientes con trastorno de ansiedad”
<u>Validez</u>	“Capaz de diferenciar el Trastorno de Ansiedad Generalizada de otros trastornos de ansiedad, incluidos el TOC. Correlaciones del instrumento con el Cuestionario de Dominos de Preocupaciones: 0.59; con la Escala de Preocupaciones en Estudiantes: 0.67; con las Escalas de Ansiedad de Hamilton (HARS) y de Ansiedad Rasgo-Estado (STAI): -0.02 -0.18; y con las Escalas de Depresión de Beck (BDI): -0.10 -0.04. Es sensible a los cambios terapéuticos conductuales y cognitivos.”
<u>ADAPTACIONES:</u>	Adaptación Infantil. (PSWQ-C). Choprita, Tracey Brown, Collica y Barlow. (1997) Adaptación Española: Comeche, M.I., Diaz, M. y Vallejo, M.A. (1995)
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Exploración inicial, evaluación pre-tratamiento y evaluación post-tratamiento

<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Meyer, T.J., Metzger, R.L., y Borkovec, T.D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. <i>Behaviour Research and Therapy</i>, 28:487-495</p> <p>Comeche, M.I., Diaz, M. y Vallejo, M.A. (1995). <i>Cuestionarios, Inventarios y Escalas, Ansiedad, Depresión y Habilidades Sociales</i>. Madrid: Fundación Universidad Empresa.</p> <p>Brown, T.A., Anthony, M.M., y Barlow, D.T. (1992). Psychometric Properties of Penn State Worry Questionnaire in a clinical anxiety disorder sample. <i>Behaviour Research and Therapy</i>, (1):33-37.</p>
--------------------------	---

Trastornos Somatoformos, Disociativos y Facticios

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Pain Behaviour Questionnaire
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Cuestionario de Conductas de Dolor
<u>ABREVIACIÓN:</u>	PBQ
<u>AUTORES:</u>	Appelbaum, K.A., Radnitz, C.L., Blanchard, B.E. y Prins, A.
<u>AÑO:</u>	1988
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Cuestionario
<u>POBLACIÓN:</u>	Adultos que padecen cefalea primaria
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	Alrededor de 15 min.
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	Se trata de un cuestionario breve en el que se recoge información sobre distintos modos de afrontar el dolor de cabeza (evitación, queja verbal, queja no verbal activa y pasiva, descanso y mediación). Existen cinco modalidades de respuesta (nunca, algunas veces, la mitad de las veces, la mayoría de las veces y siempre) siguiendo a Appelbaum y cols. (1988) en su estudio de re aplicación, se han cuantificado las respuestas de 0 a 4 para

	facilitar el análisis e interpretación de los datos.
<u>Fiabilidad</u>	“Consistencia interna de 0.82 para el total de la prueba y de 0.81, 0.75, 0.76, 0.78 y 0.70 para los factores 1, 2, 3,4 y 5 respectivamente. El factor 6 al estar sus dos ítems negativamente correlacionados, no puede beneficiarse del coeficiente de fiabilidad; sin embargo sus coeficientes de correlación de Pearson es de -0.39 ($p < 0.01$).”
<u>Validez</u>	“Se muestra sensible al diagnóstico, los parámetros sensoriales del dolor, la mediación y la influencia de los precipitantes, además de relacionarse entre sí.”
<u>ADAPTACION ES:</u>	Rodriguez, L. Cano, F.J., y Blanco, A. (2000) DE DONDE
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Evaluación pre-tratamiento.
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Appelbaum, K.A., Radnitz, C.L., Blanchard, B.E. y Prins, A. (1988). The Pain Behaviour questionnaire (PBQ): a global reportt of pain behaviour in chronicle headache. <i>Headache</i> : 28:53-58</p> <p>Rodriguez, L. Cano, F.J., y Blanco, A. (2000). Conductas de dolor y discapacidad en migrañas y cefaleas tensionales. Adaptación española del Pain Behaviour Questionnaire (PBQ) y del Headache Disability Inventory (HDI). <i>Análisis y Modificación de Conducta</i>, 200, Volumen 26, N109.</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	McGill Pain Questionnaire
<u>TRADUCCIÓ N:</u>	Cuestionario de Conductas del Dolor McGill
<u>ABREVIACIÓN:</u>	MPQ
<u>AUTORES:</u>	Ronald Melzack
<u>AÑO:</u>	1975
<u>TIPO DE INSTRUMENTO</u>	Cuestionario o entrevista

<u>POBLACIÓN</u> :	Adultos
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	15-20 min. Al aumentar la experiencia puede ser aplicada en 5-10 min.
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	<p>Los 78 adjetivos describen distintas características del dolor. Forman 20 grupos que constituyen 4 categorías: localización, cambios temporales e intensidad del dolor. Concretamente las dimensiones del cuestionario son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Sensorial</i> (subgrupos de 1 a 10): describe el dolor en términos de las propiedades temporal, espacial, de presión, térmicas, del brillo y de Matidez. 2. <i>Afectiva</i> comprende los subgrupos del 11 al 15, y describe el dolor en términos de tensión, en manifestaciones neurovegetativas y de temor y castigo. 3. <i>Evaluativa</i> comprende el subgrupo 16 y describe el dolor en términos de la valoración global de la experiencia del dolor. 4. <i>Miscelanea</i> (subgrupos 17 al 20): se incluyeron adjetivos que los pacientes utilizan en contadas ocasiones pero que son característicos de ciertos tipos de dolor. <p>El orden de los adjetivos de dolor de cada grupo depende de la intensidad que se le asocia, determinada en los estudios iniciales de Melzack y colaboradores. 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 al nivel de intensidad más elevada, y se le asigna el valor numérico más alto.</p>
<u>Fiabilidad</u>	“La fiabilidad test-retest tras 4 semanas oscila entre el 66 y el 80% y tras 3-7 días entre el 50 y el 100%.”
<u>Validez</u>	“Correlaciones entre el MPQ y otras medidas de dolor: 0,29-0,88. Puntuaciones altas en el MPQ se correlacionan con puntuaciones en depresión, ansiedad y somatización medidas por el Inventario Breve de Síntomas (ESI), y con molestias físicas y psicológicas percibidas medidas por el Perfil de Impacto de la Enfermedad (SIP). Las puntuaciones de la versión abreviada se correlacionan con la versión estándar, oscilando entre 0,65 y -0,94 para la puntuación PRI, y entre 0,69 y 0,87 para la puntuación PPI. Parece discriminar entre poblaciones de pacientes con diferentes síndromes de dolor: neuralgia trigeminal, dolor facial atípico, dolor de cabeza, migraña, dolor de cabeza mixto, etc. Se muestra sensible al cambio terapéutico.”
<u>ADAPTACION ES:</u>	Versión abreviada SF-MPQ, Melzack (1987). Reconstrucción abreviada de Lazaro y cols. (1994) MPQ-SV. Adaptación Española: Lahuerta y cols. (1982). Y la Versión Madrid-Árias (1980).
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Evaluación pre-tratamiento y en seguimiento.

<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Melzack, R. (1975). The McGill Pain Questionnaire. Major Properties and scoring methods, <i>Pain</i>, 1, 227-299.</p> <p>Lahuerta, J., Smith, B.A., y Martinez-Lage (1982). An adaptation of the MCGill Pain Questionnaire to the Spanish language, <i>Schmerz</i>, 3. 132-134.</p>
--------------------------	--

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Structured Diagnostic Interview for Hypochondriasis.
<u>TRADUCCIÓN N:</u>	Entrevista Diagnóstica Estructurada para la Hipocondría
<u>ABREVIACIÓN:</u>	SDIH
<u>AUTORES:</u>	Barsky, A., Cleary, P.D., Wyshack, G., Spitzer, R., Williams, J.B., y Klearman, G.L.
<u>AÑO:</u>	1992
<u>TIPO DE INSTRUMENTO</u> :	Entrevista estructurada
<u>POBLACIÓN</u> :	NO HAY INFORMACIÓN
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	15 min. Aproximadamente
<u>DESCRIPCIÓN N:</u>	Consta de 12 preguntas divididas en 5 módulos: 4 ítems de carácter general, 3 ítems que evalúan el criterio A del DSM III-R (preocupación por la enfermedad), 2 ítems que evalúan el criterio B (ausencia del reconocimiento de la enfermedad), 2 ítems que evalúan el criterio C (fobia a la enfermedad) y un ítem para evaluar el criterio D (duración del trastorno). Evalúa además: afectividad, ansiedad, psicotismo y desordenes por abuso de sustancias. Combina preguntas abiertas con preguntas dicotómicas (SI-NO).
<u>FIABILIDAD</u>	“Coeficientes de acuerdo interjueces, según criterios DSM III R, oscilan del 88 x 100 al 97 x 100. El acuerdo en el diagnóstico es del 96 x

	100.”
<u>VALIDEZ</u>	<p>“Correlación significativa con otras medidas de autoinforme de síntomas hipocondríacos (0,75) y con puntuaciones en hipocondría realizadas por clínicos de atención primaria (0,28).Dentro del grupo de pacientes hipocondríacos, la entrevista permite discriminar un subgrupo de hipocondría que es significativamente</p> <p>Más sintomático. Asimismo, diferencia entre individuos con hipocondría y personas con trastornos de pánico, depresión mayor y trastorno por somatización. Predice el número de quejas médicas no específicas, el deterioro funcional y la utilización de servicios médicos.”</p>
<u>ADAPTACION ES:</u>	Avia, M.D. (1993) DE DONDE
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Diagnóstico
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de:</p> <p>http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Barsky, A., Cleary, P.D., Wyshack, G., Spitzer, R., Williams, J.B., y Klearman, G.L. (1992). A Structured Diagnostic Interview for Hypochondriasis: a proposed criterion standard. <i>Journal of Nervous and Mental Disease</i>, 180, 20-27</p> <p>Avia, M.D. (1993). <i>Hipocondría</i>. Barcelona: Martínez Roca</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Dissociative Experience Scale-II
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Escala de Experiencias Disociativas II
<u>ABREVIACIÓN:</u>	DES-II
<u>AUTORES:</u>	Carlson, E.B., Putnam, F.W., et al.
<u>AÑO:</u>	1993
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Cuestionario autoadministrado
<u>POBLACIÓN:</u>	Adultos, población clínica y no clínica

⋮	
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	10-20 min
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	<p>Contiene 28 descripciones de experiencias que provienen de entrevistas profundas con pacientes afectados de disociación y expertos clínicos. Las escalas incluyen un amplio rango de experiencias como desajustes en la memoria, problemas de identidad, cognición y sensaciones de despersonalización, desrealización, absorción y experiencias imaginativas. El formato original de la DES requiere marcar las respuestas sobre una escala analógico-visual de 10 cm de ancho mientras que la DES-II emplea una escala tipo Likert de 11 puntos que va desde 0% (“no me pasa nunca”) al 100% (“me pasa siempre”).</p>
<u>Fiabilidad</u>	“Fiabilidad test-retest oscila entre 0,78-0,93 y la consistencia interna es de 0,93.”
<u>Validez</u>	“Validez de constructo (altas correlaciones ítem-test) y una Elevada validez convergente con otras pruebas: 0,76 con la SCID-D; 0,63 con la Escala de Alteraciones Perceptuales (Sandres, 1986); 0,53 con la escala de Absorción de Tellegen (Tellegen y Atkinson, 1974); 0,80 con el Cuestionario de Experiencias de Disociación (Riley, 1988) y 0,68 con la DDIS.”
<u>ADAPTACION ES:</u>	<p>DES original DES-T (versión abreviada de 8 ítems) DES para población adolescente Adaptación española: Icarán, E. y Orengo-García, F. (1996)</p>
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Exploración inicial. También se aplica para monitorizar la respuesta al tratamiento.
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Carlson, E.B., Putnam, F.W., et al. (1993). An update in The Dissociative Experience Scale. <i>Dissociation</i>. 6, 16-27 Bernstein, E., Putnam, F.W. (1986). Development, Reliability and Validity of a Dissociation Scale. <i>The Journal of Nervous and Mental Diseases</i>. 174, 727-735. Icarán, E. Colom, R y Orengo-García, F. (1996). Experiencias Disociativas: una escala de medida. <i>Anuario de Psicología</i>, 10, 69-84</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Whiteley Index of Hypochondriasis
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Índice Whiteley para Hipocondría
<u>ABREVIACIÓN:</u>	WIH
<u>AUTORES:</u>	Pilowsky, I.
<u>AÑO:</u>	1967
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Cuestionario autoadministrado
<u>POBLACIÓN:</u>	Adultos con posible hipocondría
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	10 min
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	Los ítems tienen una respuesta dicotómica (SI o No). Del análisis factorial de 10 de los 14 ítems se derivan 3 subescalas: preocupación corporal (3 ítems); fobia a la enfermedad (4 ítems); y, convicción de la presencia de la enfermedad. El Índice de Whitley es un test sencillo y de fácil administración, ha demostrado su capacidad para identificar a personas con actitudes hipocondríacas, medir la gravedad de las mismas y como se modifican en un tratamiento.
<u>FIABILIDAD</u>	“Coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) obtenido para el Índice en diferentes muestras de pacientes osciló de 0.76 a 0.80. La fiabilidad test-retest Fue para pacientes psiquiátricos de 0.81 con un intervalo medio de aplicación de 18.4 semanas y en población general de 0.90 aplicado a las 3.3 semanas.”
<u>VALIDEZ</u>	“Validez convergente con otras escalas: la Illness Attitude Scale (r = de 0.21 a 0.36), con un cuestionario administrado al cónyuge del paciente (r = 0.59). El cuestionario mostró un adecuado poder discriminante, estadísticamente significativo, entre pacientes psiquiátricos con diagnóstico de hipocondriasis y pacientes psiquiátricos sin ese”
<u>ADAPTACIONES:</u>	Versión en Avía, M.D. (no validada) Versión con escala Likert de 5 grados. Escala dentro de cuestionario Illness Behaviour Questionnaire
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Screening, evaluación pre-tratamiento y evaluación post-tratamiento

<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Pilowsky, I. (1967). Dimensions of Hipocondriasis. <i>Br J Psychiatry</i>, 113, 89-93</p> <p>Avia, M.D. (1993). <i>Hipocondría</i>. Barcelona: Martínez Roca</p>
--------------------------	---

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	The Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders – Revised
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos Disociativos según DSM-IV – Revisada
<u>ABREVIACIÓN:</u>	SCID D-R
<u>AUTORES:</u>	Marlene Steinberg, M.D.
<u>AÑO:</u>	1994
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Entrevista semiestructurada
<u>POBLACIÓN:</u>	Pacientes psiquiátricos hospitalizados como no hospitalizados con la posibilidad de padecer síntomas disociativos.
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	Varía en función de la persona entrevistada, siendo menos de 30 minutos para personas sin trastornos psiquiátricos, entre 45-90 minutos para aquellos con trastornos psiquiátricos no disociativos, entre 60 y 120 minutos para las personas con trastornos disociativos y más de 3 horas para pacientes con sintomatología severa.
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	Las cuestiones planteadas se agrupan en 5 bloques delimitados por la diferente psicopatología de los trastornos disociativos (amnesia disociativa, fuga disociativa, desorden disociativo de la identidad, despersonalización y desorden disociativo no especificado). La entrevista es semiestructurada y flexible, las respuestas constan de principio y fin para ser rellenadas en función de los casos. Las respuestas afirmativas de esas preguntas conducen a otras preguntas que van ahondando en la problemática disociativa. El instrumento también posee preguntas internas relacionadas con el comportamiento no verbal del entrevistado.
<u>FIABILIDAD</u>	“Fiabilidad test-retest del SCID-D para la evaluación de la severidad de

	<p>síntomas disociativos y trastornos disociativos, ha sido presentada en una gran variedad de Poblaciones. El SCID-D dirigido por Steinberg utilizó un diseño test-retest en una muestra de 141 pacientes psiquiátricos que examinaba tanto la fiabilidad interjueces como la fiabilidad temporal del SCID-D para tres períodos (línea base, 2 semanas y seis meses. El rango del índice kappa para la presencia de sintomatología era muy bueno para cada período (0.77-0.86). Los niveles de acuerdo interjueces para cada tipo de trastorno disociativo eran entre muy buenos (0.72) y excelentes (0.86). La fiabilidad test-retest para el total de la evaluación de la presencia de trastornos disociativos es muy buena (0.88).”</p>
<u>VALIDEZ</u>	<p>“Buena Discriminación entre pacientes con trastornos disociativos y personas con otros trastornos psiquiátricos. Se muestra útil a la hora de detectar previamente trastornos disociativos no especificados y en la confirmación de casos. Resultados encontrados en sujetos diagnosticados con la SCID-D con trastornos disociativos, tienen puntuaciones significativamente más altas en severidad de síntomas disociativos que sujetos con otros trastornos psiquiátricos. Además el rango de severidad de las cinco áreas de síntomas disociativos evaluadas por el SCID-D, ayudan a los clínicos a distinguir entre individuos con trastornos disociativos e individuos con otros trastornos psiquiátricos (incluyendo trastorno de ansiedad, trastorno de personalidad, abuso de sustancias, trastornos alimenticios y trastornos psicóticos).”</p>
<u>ADAPTACION ES:</u>	<p>No existen posteriores ni en español</p>
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	<p>Evaluación pre-tratamiento, Diagnóstico.</p>
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Steinberg, M. (1994). <i>The Structured Clínica Interview for DSM-IV Dissociative Disorders – Revised</i>. Second Edition. Washington: American Psychiatric Press.</p> <p>Steinberg, M. (1989-1992). <i>Field Trials of the Structured Clinical Interview for DSM-III R Dissociative Disorders</i>. New HEacen CT, Yale University School of Medicine.</p> <p>Boon, S. Draijer, N. (1992). Diagnostic Dissociative Disorders in the Neatherlands: a pilot study with the Structures Clínica Interview for DSM- III R Dissociative Disorders. <i>Am J Psychiatry</i> 148,458-462</p>

Disfunciones Sexuales y Problemas de Pareja

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Entrevista para la Evaluación de Problemas Sexuales
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Española
<u>ABREVIACIÓN:</u>	NO APLICA
<u>AUTORES:</u>	Carrobles, J.A.
<u>AÑO:</u>	1985
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Entrevista semiestructurada
<u>POBLACIÓN:</u>	personas con problemas sexuales
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	Variable, pero la duración puede ser de varias sesiones.
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	<p>Esta entrevista está dividida en dos fases o formatos básicos que se complementan entre sí:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Entrevista inicial para la evaluación del problema <ul style="list-style-type: none"> • Naturaleza del problema y adecuación del mismo para una terapia sexual • Condiciones y requisitos para llevar a cabo una terapia sexual 2) Entrevista de evaluación o historia sexual <ul style="list-style-type: none"> • Historia del problema <p>Conducta sexual: Análisis funcional</p>
<u>Fiabilidad</u>	NO HAY INFORMACIÓN
<u>Validez</u>	NO HAY INFORMACIÓN
<u>ADAPTACION ES:</u>	NO HAY INFORMACIÓN
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Evaluación pre-tratamiento.

<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Carrobles, J.A. y Sanz, A. (1991). <i>Terapia Sexual</i>. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.</p> <p>Fernandez Ballesteros, R. y Carrobles, J.A. (Dir) (1981). <i>Evaluación Conductual. Metodología y Aplicaciones</i>. Madrid: Piramide</p>
--------------------------	---

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Dyadic Adjustment Scale
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Escala de Ajuste Diádico
<u>ABREVIACIÓN:</u>	DAS - EAD
<u>AUTORES:</u>	Caceres, J.
<u>AÑO:</u>	1996
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	cuestionario
<u>POBLACIÓN:</u>	Parejas casadas y no casadas que cohabitan
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	Aproximadamente de 5 a 10 min.
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	Además de dar una puntuación de ajuste global, evalúa cuatro dimensiones de la relación: -consenso (grado de acuerdo en la pareja, en temas importantes de la relación); - cohesión (grado en que la pareja se implica en actividades conjuntas); -satisfacción (grado de satisfacción de la pareja en relación a su momento presente y su grado de compromiso a continuar con dicha relación); -expresión de afecto (grado en que la pareja está satisfecha con la expresión de afecto dentro de la relación y de la satisfacción que deriva de la relación sexual). . Su formato es de escala Likert con puntuación de 0 a 4 ó 5, a excepción de dos ítems que puntúan 0 o 1 y un ítem que puntúa de 0 a 6.
<u>FIABILIDAD</u>	“Consistencia interna se usó el Alpha de Cronbach's, obteniendo como fiabilidad de la escala total 0.96. La escala total como sus componentes

	<p>tienen suficientemente alta la fiabilidad para justificar su uso (consenso:0.90; satisfacción: 0.94; cohesión: 0.86; expresión de afecto. 0.96)”</p>
<u>VALIDEZ</u>	<p>“Validez de criterio: los 32 ítems correlacionan significativamente con el criterio externo de status marital, es decir, por cada ítem la muestra de divorciados difirieron significativamente de la muestra de casados. Validez de constructo: El test se comparó con la Escala de Ajuste Marital de Locke-Wallace (la más frecuentemente usada), la correlación entre ambas fue de 0.86 en muestra de casados y 0.88 en muestra de divorciados, siendo la del grupo total (N=312) 0.93, lo que sugiere la posibilidad de que ambas escalas sean redundantes.”</p>
<u>ADAPTACION ES:</u>	NO HAY INFORMACIÓN
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	No especificado, con lo que no se considera una variable que pueda afectar el resultado.
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Spanier, G.B. (1976). Measuring Dyadic Adjustment: New Scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. <i>Journal of Marriage and the family</i>. 38(1), 15-28</p> <p>Caceres, J. (1996). <i>Manual de Terapia de Pareja e Intervención de Familia</i>. MAdrid: Fundación Universidad-Empresa</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Brief Index for Sexual Functioning for Woman
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Índice Breve del Funcionamiento Sexual en las Mujeres
<u>ABREVIACIÓN:</u>	BISF-W
<u>AUTORES:</u>	Jennifer, M., Taylor, M.S., Raymond, C.Rosen, y Sandra R. Leiblum
<u>AÑO:</u>	1994
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	cuestionario
<u>POBLACIÓN:</u>	mujeres heterosexuales y homosexuales

<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	de 15 a 20 minutos
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	El contenido de los ítems incluyen dolor durante el acto, dificultades para alcanzar el orgasmo, impacto de los problemas de salud en la actividad sexual y frecuencia de determinados comportamientos sexuales (masturbación, fantasías sexuales...). Los ítems son evaluados según una escala Likert de 4 a 9 puntos.
<u>FIABILIDAD</u>	“Consistencia interna: 0,80-0,85 (para la subescala de Actividad Sexual), 0,70-0,75 (para la subescala de Satisfacción Sexual), 0,35-0,40 (para la subescala de Interés/Deseo Sexual); fiabilidad test-retest: 0,68 (para la subescala de Satisfacción Sexual), -0,78 (para la subescala de Actividad Sexual).”
<u>VALIDEZ</u>	“Correlación de la subescala de Actividad Sexual del BISF-W y la subescala de Impulso del Inventario de Funcionamiento Sexual de Derogatis (DSFI): 0,59; correlación entre la subescala de Satisfacción Sexual de BISF-W y la subescala de Satisfacción Sexual del DSFI: 0,67; correlación subescala de Interés/Deseo Sexual del BISF-W y la subescala de Impulso del DSFI: -0,46.”
<u>ADAPTACION ES:</u>	Inventario Breve de Funcionamiento Sexual de (BSFI) O’leary, Fowler, Lenderking, et al. (1995)
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	evaluación pre-tratamiento
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Taylor, M.S., .Rosen, C.R. y Leiblum, S.R. (1994). Self-report Assessment of Female Sexual Function: Psychometric evaluation of the Brief Index of Sexual Functioning for Women. <i>Archives of Sexual Behaviour</i>. 23, 627-643</p> <p>Carrasco, M.J. (2001). <i>Disfunciones sexuales Femeninas</i>. Madrid: Síntesis</p> <p>Aluja, A.Y., Torruja, R. (1994). Inventario de Exitación y Ansiedad Sexual Ampliado (SAI-E): Subescalas por derivación factorial. <i>Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona</i>. 21 (2), 42-46</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	The Female Sexual Function Index
<u>TRADUCCIÓN N:</u>	Indicé de Función Sexual Femenina

<u>ABREVIACIÓN:</u>	FSFI – IFSF
<u>AUTORES:</u>	Rosen, R. y cols.
<u>AÑO:</u>	2000
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Cuestionario
<u>POBLACIÓN:</u>	Mujeres
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	5 a 10 min
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	Este cuestionario consta de 19 preguntas agrupadas en 6 dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. Cada pregunta tiene 5 o 6 opciones, asignándoles un puntaje que va de 0 a 5
<u>FIABILIDAD</u>	“Fiabilidad media mediante la alfa de Cronbach fue mayor de 0,82 para los 6 dominios y para la escala en su conjunto y la fiabilidad test-retest analizada con el coeficiente de correlación de Pearson fue elevada en todos los dominios y en la puntuación total.”
<u>VALIDEZ</u>	“Validez discriminante se estableció comparando las respuestas medias del grupo de enfermas con el grupo control, las diferencias más altas para los grupos fue para los dominios excitación y lubricación, la puntuación total de la escala fue de 19,2/6,63 para el grupo de enfermas y de 30,5/5,29 para el grupo control. La validez divergente se estableció comparando el FSFI con el Test de Satisfacción Marital de Locke-Wallas, la correlación se determinó mediante r de Pearson y fue moderada para el grupo control (r = 0,53) y muy baja para el grupo de enfermas (r = 0,22)”
<u>ADAPTACION ES:</u>	Inventario Breve de Funcionamiento Sexual de (BSFI) O’leary, Fowler, Lenderking, et al. (1995) De donde
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Exploración inicial

<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de:</p> <p>http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Rosen, R., Brown, N.C., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C. Shabsigh, R., Ferguson, D., Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index: a multidimensional self-report instrument for the report of female sexual function. <i>J Sex Martial Ther.</i> 26(2), 191-208</p> <p>Meston, C.M. (2003) Validation of Female Sexual Function Index (FSFI) in women with female orgasmic disorder and women with hypoactive sexual desire disorder. <i>J Sex Martial Ther.</i> (1)39-46</p> <p>Meston, C.M. y Derogatis, L.R. (2002). Validated instruments for assessing female sexual function. <i>J Sex Martial Ther.</i> 28 suppl. 1, 155-164</p>
--------------------------	---

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Brief Sexual Function Inventory
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Inventario Breve de Funcionamiento Sexual
<u>ABREVIACIÓN:</u>	BSFI
<u>AUTORES:</u>	O'leary, M.P., Fowler, F.J., Lenderking, W.R. et al.
<u>AÑO:</u>	1995
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Cuestionario autoaplicado
<u>POBLACIÓN:</u>	Adultos Varones (inicialmente se usó con varones en tratamiento por cáncer de próstata)
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	10 min
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	Los 11 ítems se responden mediante una escala tipo Likert de 5 grados (0 a 4 puntos). El BSFI asigna puntos a cada una de las subescalas que se derivan del mismo: impulso sexual (0 a 12 puntos), erección (0 a 16 puntos), eyaculación (0 a 12 puntos) y satisfacción global de la sexualidad (0 a 4 puntos).
<u>FIABILIDAD</u>	“Coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) obtenido para los diferentes dominios de BSFI han sido: impulso sexual (0.85-0.90), erección (0.90-0.95), y, eyaculación (0.60-0.65). Los coeficientes de correlación intraclases (CCI) obtenido en la prueba test-retest, administrada con 7 días de diferencia, fue de 0.85-0.90 para el impulso

	sexual, 0.80-0.85 para erección, y 0.75-0.80 para la eyaculación.”
<u>VALIDEZ</u>	“Mostró un adecuado poder discriminante, estadísticamente significativo en los dominios de erección y satisfacción sexual, entre pacientes con y sin disfunción sexual.”
<u>ADAPTACION ES:</u>	Versión Española, no validada
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Screening, evaluación pre-tratamiento
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>O’leary, M.P., Fowler, F.J., Lenderking, W.R. et al. <i>A Brief Male Sexual Inventory for Urology</i>. 1995, 46, 697-706</p> <p>Burbena, A., Berrios, G.F., Fernandez de Larrinoa, P. (2000). <i>Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología</i>. Barcelona: Masson</p> <p>Derby, C.A., Araujo, C.B. Feldman, H.A., Makinley, J.B. (2000). <i>Measurement of erectile dysfunction in population-based studies: the use of a single question sel-assessment in the Massachusetts Male Aging Study</i>. <i>Int J Impot Res</i>. Aug. 12(4), 197-204</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	The Sexual Interaction Inventory
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Inventario de Interacción Sexual
<u>ABREVIACIÓN:</u>	SII
<u>AUTORES:</u>	LoPiccolo y Sterger
<u>AÑO:</u>	1974
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Cuestionario Autoaplicado
<u>POBLACIÓN:</u>	Parejas Heterosexuales
<u>TIEMPO DE</u>	15 - 30 min

<u>APLICACIÓN:</u>	
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	Los 102 ítems están distribuidos en 17 conductas heterosexuales específicas en las que participan muchos miembros de la pareja. Cada una de estas conductas incluye 6 preguntas acerca de la frecuencia real e ideal de cada conducta, el grado de placer que proporcionan en uno mismo, el que se cree que proporcionan a la pareja y el que se cree que le gustaría a la pareja que le proporcionará. Cada pregunta se responde en una escala de 1 a 6.
<u>FIABILIDAD</u>	“Consistencia interna: 0,80-0,93; fiabilidad test-retest (a las 2 semanas): 0,50-0,90 para las distintas escalas, y un alfa de Cronbach para escala entre 0'79 y 0'93, indicando una buena consideración interna”
<u>VALIDEZ</u>	“Correlaciones bajas (0,35) entre esta escala y otras medidas de satisfacción sexual de la pareja. Instrumento sensible al cambio durante el tratamiento y que discrimina entre personas con disfunción sexual y no clínicas.”
<u>ADAPTACIONES:</u>	NO HAY INFORMACIÓN
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	NO HAY INFORMACIÓN
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>LoPiccolo y Sterger. (1974). Then Sexual Interaction Inventory: A new instrumen for assessment of sexual dysfunction. <i>Archives of Sexual Behaviour</i>. 3(6). 585-595</p> <p>Aluja, A. (1996). Evaluación de algunos aspectos del comportamiento sexual: instrumentos de medida para uso clínico. <i>Psiquis</i>, 17(2),68-86</p> <p>Fuertes, A. y López, F. (1997). <i>Aproximaciones al estudio de la Sexualidad</i>. (pp. 233-234). Salamanca: Amarú Ediciones</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Masters and Johnson First Interview
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Primera Entrevista de Masters y Johnson.
<u>ABREVIACIÓN:</u>	No aplica

<u>AUTORES:</u>	Masters, W.H. y Johnson, V.E.
<u>AÑO:</u>	1970
<u>TIPO DE INSTRUMENTO</u> :	entrevista semiestructurada
<u>POBLACIÓN</u> :	Parejas heterosexuales con problemas sexuales
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	a horas sin exámenes fisiológico y 7 horas con dichos exámenes
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	Entrevista realizada por dos coterapeutas de distinto sexo. Consta de tres bloques: “ <i>Base Preliminar</i> ” (información sobre aspectos comportamentales-sociales, descripción del problema sexual, descripción de la vida sexual habitual el paciente, historia sexual de cada miembro de la pareja, opinión sobre la calidad de la relación por cada miembro de la pareja, motivación para el tratamiento e historia médica), “ <i>Estadística del matrimonio actual</i> ” e “ <i>influencias y hechos en los ciclos de vida</i> ” (infancia, adolescencia, 13-19 años, adultez prematrimonial, matrimonio, percepción de sí mismo, sentidos especiales: tacto, visión, olfato y audición, ancianidad, y misceláneas). Hay preguntas dirigidas únicamente a uno de los miembros de la pareja (indicado en tal caso entre paréntesis al inicio de la pregunta) y las demás para ambos. En diversas ocasiones hay párrafos intercalados en la entrevista que van dirigidos a los terapeutas, para aconsejarles o darles indicaciones sobre cómo llevar a cabo el interrogatorio.
<u>FIABILIDAD</u>	NO HAY INFORMACIÓN
<u>VALIDEZ</u>	NO HAY INFORMACIÓN
<u>ADAPTACIONES:</u>	No hay
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	evaluación pre-tratamiento
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Masters, W.H. y Johnson, V.E. (1970). <i>Human Sexual Inadequacy</i>. Boston: Little Brown</p> <p>Masters, W.H. y Johnson, V.E. (1976). <i>Incompatibilidad Sexual Humana</i>. Buenos Aires: Editorial Intermédica</p> <p>Masters, W.H., Johnson, V.E., y Kolondy, R.C. (1987). <i>La sexualidad humana</i>. (3 vols.). Barcelona: Grijalbo.</p>

Trastornos de Conducta Alimentaria

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Autorregistro de Alimentación
<u>TRADUCCIÓN:</u>	NO APLICA
<u>ABREVIACIÓN:</u>	NO APLICA
<u>AUTORES:</u>	Saltaña, C., Tomás, T., García, E., y Sanchez-Carracedo, D.
<u>AÑO:</u>	1994
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Autorregistro
<u>POBLACIÓN:</u>	Suele ser utilizado en personas con problemas de obesidad
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	Unos 5 min cada vez que la persona ingiera algún alimento
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	Es una tabla de doble entrada donde se registran cada día las cantidades, el tipo de alimento, la manera de cocinarlo, el lugar donde se come y la hora, durante las cuatro comidas principales del día. También recoge la conducta de picar entre horas.
<u>Fiabilidad</u>	NO HAY INFORMACIÓN
<u>Validez</u>	NO HAY INFORMACIÓN
<u>ADAPTACIONES:</u>	NO HAY INFORMACIÓN
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Evaluación pre-tratamiento y durante el mismo
<u>ARTÍCULOS:</u>	Saltaña, C., Tomás, T., García, E., y Sanchez-Carracedo, D. (1994). Evaluación conductual de la Obesidad Crónica. En J.L. Graña. <i>Conductas adictivas: Teoría, evaluación y tratamiento</i> . Madrid: Debate 46
	Saldaña, C. y Rosell, R. (1988). <i>Obesidad</i> . Barcelona: Martínez Roca.

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Eating Attitudes Test
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Cuestionario de Actitudes hacia la Comida
<u>ABREVIACIÓN:</u>	EAT
<u>AUTORES:</u>	Garner y Garfinkel
<u>AÑO:</u>	1979
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Cuestionario
<u>POBLACIÓN:</u>	Preferiblemente jóvenes y adolescentes (de los dos sexos)
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	10-15 min
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	Evalúa el miedo a engordar, motivación para adelgazar y patrones alimentarios restrictivos. Resulta idóneo para identificar problemas alimentarios en poblaciones no clínicas, aunque no es capaz de discriminar entre anorexia y bulimia.
<u>FIABILIDAD:</u>	“En la versión original 0.79 para el grupo de anorexia y 0.94 para el grupo control”
<u>VALIDEZ:</u>	“0.87 con el criterio para el grupo de anoréxicas; buena sensibilidad a los efectos de una intervención. La versión española discriminó correctamente entre anoréxicas y controles; sensibilidad del 91% y especificidad del 69% para un punto de corte de 20; consistencia interna de alfa = 0.93 para el total y 0.92 para el grupo de anoréxicas; validez concurrente de $r = 0.63$ con el BDI; buena sensibilidad a los efectos de una intervención.”
<u>ADAPTACION ES:</u>	Versión reducida de 26 ítems Versión Española: Castro, Toro, Salamero y Guimera (1991)
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Screening
<u>ARTÍCULOS:</u>	Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i> . (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm .

	Garner, D.M. y Garfinkel, P.E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. <i>Psychological Medicine</i> , 9, 273-279
	Castro, J., Toro, J., Salamero, M., y Guimera, E. (1991). The Eating Attitudes Test: Validation of the spanish versión. <i>Psychological Assessment</i> , 7(2), 175-190
	Rubio, B., y Sebastián, P. (1999). <i>Trastornos del Comportamiento Alimentario</i> . Murcia: Adaner

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Bulimia Test Revised
<u>TRADUCCIÓN:</u> <u>N:</u>	Cuestionario de Bulimia Revisado
<u>ABREVIACIÓN:</u>	BULIT-R
<u>AUTORES:</u>	Smith, M.C., Thelem, M.H., Farmer y Wonderlich, J.
<u>AÑO:</u>	1991
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	cuestionario autoadministrado
<u>POBLACIÓN:</u>	Diseñado para población general. El Nivel de estudios requerido para contestar lo es medio-superior
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	aproximadamente 10 min
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	<p>Evalúa la existencia de Bulimia Nerviosa según los criterios del DSM-IV. Hace especial referencia a los atracones, conductas compensatorias, preocupación por el peso. Los ítems se evalúan en una escala Likert de cinco puntos. Revisando los siguientes ítems podemos obtener información adicional:</p> <p>Atracones: 1, 2, 3, 4, 8, 11, 12, 17, 18, 22, 24, 28, 31 y 35 Sentimientos: 5, 6, 10, 14, 16, 19, 20, 23, 26 y 29 Vómitos: 1, 8, 15, 27 y 30 Comida: 9 y 21 Peso: 25 y 32</p>
<u>FIABILIDAD</u>	“Consistencia interna: 0'92-0'98; Fiabilidad test-retest: 0,83-0,95.”
<u>VALIDEZ</u>	“Correlación con la versión no revisada: 0'99; Correlaciones con otras medidas del mismo trastorno como el Test de Investigación en Bulimia de Edimburgo, el Inventario de trastornos alimentarios y la escala de

	atracones del 0'60 al 0'93; con los criterios diagnósticos establecidos mediante entrevista clínica y con diagnóstico de bulimia nerviosa del DSM-III se da una correlación de 0'57 a 0'62. Discrimina entre pacientes con bulimia nerviosa de aquellos sin ningún trastorno de la alimentación pero se muestra menos efectivo a la hora de discriminar entre pacientes con bulimia nerviosa y personas con un trastorno de alimentación no especificado."
<u>ADAPTACION ES:</u>	Versión española: Mora, M. y Raich, R.M. (1993b)
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Screening, evaluación pre-tratamiento y evaluación post-tratamiento
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Smith, M.C., y Thelem, M.H. (1984). Development and Validation of a Test of Bulimia. <i>Journal of Consulting Clinical Psychology</i>, 52, 863-872</p> <p>Mora, M. y Raich, R.M. (1993b). <i>Adaptació del Bulimia Test i Body Shape Questionnaire en una mostra universitària</i>. Comunicación presentada en la VIII Jornada de Terapia del Comportament i Medicina Conductual en la PRáctica Clínica. Barcelona</p> <p>Raich, R.M. (1994). <i>Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios</i>. Madrid: Pirámide</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Body Shape Questionnaire
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Cuestionario de la Forma Corporal
<u>ABREVIACIÓN:</u>	BSQ
<u>AUTORES:</u>	Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn
<u>AÑO:</u>	1987
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Cuestionario
<u>POBLACIÓN:</u>	Mujeres adolescentes y adultas. No debe utilizarse con personas obesas.
<u>TIEMPO DE</u>	

<u>APLICACIÓN:</u>	
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	Instrumento autoadministrado de 34 preguntas cerradas de respuesta según una escala de frecuencia tipo Likert de 6 grados (1= nunca hasta 6=siempre). La puntuación total oscila entre 34 a 204 puntos. Los ítems se pueden dividir según la adaptación española del cuestionario en cinco factores o también único factor, en la división en cinco factores el primer factor sería preocupación por el peso en conexión con la ingesta (ítems 6,23,17,21,2,14,19); el segundo factor sería preocupación por los factores antiestéticos de la obesidad (ítems 28,30,5,16); el tercer factor sería insatisfacción y preocupación corporal general (ítems 7,18,13); el cuarto factor sería insatisfacción corporal respecto a la parte inferior del cuerpo: muslos, caderas y nalgas (ítems 3,10); y el quinto factor correspondería al empleo del vómito o laxantes para reducir la insatisfacción corporal (ítems 26,32). La división de los ítems en único factor general: Insatisfacción corporal (ítems 2,15,14,9,23,19,6,10,12,29,34,17,3,4,21,20,25) explicaría el solo el 48.7% de la variabilidad total.
<u>FIABILIDAD</u>	“Coeficiente de consistencia interna (alfa de Crombach) de 0.93 a 0.97 en población no clínica. Coeficiente de correlación interclases test-retest es de 0.88”
<u>VALIDEZ</u>	“Coeficiente de correlación de Pearson sobre la validez convergente entre 0.61 y 0.81. Discrimina de buena manera entre pacientes con bulimia nerviosa, con posible bulimia nerviosa y sin trastorno de comportamiento alimentario.”
<u>ADAPTACION ES:</u>	Versión Española: Raich, R.M., Mora, M., Soler, a., Avila, C., Clos, i. y Zapater, I. (1996)
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Especialmente, screening y evaluación post-tratamiento aunque puede usarse en todas las fases del proceso de evaluación
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de:</p> <p>http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z., y Fairburn, C.G. (1987). The Development and Validation of the Body Shape Questionnaire. <i>International Journal of Eating disorders</i>, 6, 485-494</p> <p>Raich, R.M., Mora, M., Soler, a., Avila, C., Clos, i. y Zapater, I. (1996). Adaptación de un instrumento de la insatisfacción corporal. <i>Clínica y Salud</i>, 7 (1), 51-66</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Interview for Diagnostic of Eating Disorders
<u>TRADUCCIÓN N:</u>	Entrevista para el Diagnóstico de los Desórdenes Alimenticios
<u>ABREVIACIÓN:</u>	IDED
<u>AUTORES:</u>	Williamson, D.A., Davis,C.J., Duchmann, E.G., y cols.
<u>AÑO:</u>	1990
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Entrevista Estructurada
<u>POBLACIÓN:</u>	Personas con posible trastorno de alimentación
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	30-45 min
<u>DESCRIPCIÓN N:</u>	Es una entrevista diagnóstica estructurada (con preguntas cerradas) en 3 partes: una parte hace una evaluación general y de la historia del problema (9 preguntas), otra parte anorexia nerviosa (5 preguntas) y otra bulimia nerviosa (4 preguntas).
<u>FIABILIDAD</u>	<p>Fiabilidad: interjueces (kappa): para el diagnóstico de anorexia nerviosa: 1; para el de bulimia nerviosa: 0,64; de sobreingesta compulsiva: 0,87; para los controles obesos: 0,88; para los controles de peso normal: 0,91; fiabilidad interjueces total: 0,86.</p> <p>Consistencia interna de las subescalas de anorexia y bulimia: 0,75; de la subescala de sobreingesta compulsiva: 0,96;</p> <p>Correlaciones ítem - total de la subescala de anorexia: 0,52 - 0,75; de la subescala De bulimia: 0,50 - 0,76; de la subescala de sobreingesta compulsiva: 0,83 - 0,94.</p> <p>Consientes de correlación intraclass para la subescala de anorexia nerviosa: 0,39 0,85; para la subescala de bulimia nerviosa: 0,70 - 0,93; para la subescala de sobreingesta compulsiva: 0,77 - 0,93.</p>
<u>VALIDEZ</u>	Validez: Las correlaciones de la subescala de anorexia nerviosa con las subescalas de bulimia nerviosa y sobreingesta compulsiva son de 0,63

	<p>y 0,22 respectivamente; la correlación de la subescala de bulimia nerviosa con la de sobreingesta compulsiva es de 0,70.</p> <p>Las correlaciones con el Test de Actitudes hacia la Comida (EAT): 0,57 con la subescala de anorexia; 0,37 con la subescala de bulimia nerviosa; -0,065 con la Subescala de sobreingesta compulsiva.</p> <p>Las correlaciones con el Cuestionario de Bulimia Revisado (BULIT-R): 0,36 con la subescala de anorexia; 0,57 con la subescala de bulimia nerviosa; 0,41 con la Subescala de sobreingesta compulsiva.</p> <p>Las correlaciones con el Inventario de Trastornos de Alimentación (EDHI): 0,34 con la subescala de anorexia; 0,37 con la subescala de bulimia nerviosa; 0,37 con la subescala de sobreingesta compulsiva</p> <p>Las correlaciones con el Cuestionario de Evaluación de la Imagen Corporal (EIA): 0,055 con la subescala de anorexia; 0,13 con la subescala de bulimia nerviosa; 0,31 Con la subescala de sobreingesta compulsiva.</p>
<u>ADAPTACION ES:</u>	<p>IDED-R, IDED-R III (Williamson, 1996) IDED - IV</p> <p>Versión Española: Raich, R.M. (1994)</p>
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Evaluación pre-tratamiento, diagnóstico
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Williamson, D.A., Davis, C.J., Duchmann, E.G., McKenzie, S.M., y Watkins, P.C. (1990). <i>Assessment of Eating Disorders: Obesity, anorexia and bulimia nervosa</i>. New York: Pergamon Press, 29-79</p> <p>Raich, R.M. (1994). <i>Anorexia y bulimia: trastornos alimentarios</i>. Madrid: Pirámide.</p> <p>Kutlesic, V., Williamson, D.A., Gleaves, D.H., Barbin, J.M. y Murph-Eberenz, K.P. (1998). <i>The interview for the diagnostic of eating disorders-IV: Application to DSM-IV diagnostic criteria</i>. Psychological Assessment, 10(1), 41-48</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Eating Disorder Examination
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Examen de los Trastornos de la Alimentación
<u>ABREVIACIÓN:</u>	EDE-12.01

<u>ÓN:</u>	
<u>AUTORES:</u>	Cooper, Z. y Fairburn, C.G.
<u>AÑO:</u>	1993
<u>TIPO DE INSTRUMENTO</u> :	Entrevista semiestructurada
<u>POBLACIÓN</u> :	personas con posible trastorno de alimentación
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	entre 30-60 min
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	Entrevista para cuya administración se requiere extenso entrenamiento. Distingue tres formas de sobreingesta: episodios de bulimia, sobreingesta objetiva y sobreingesta subjetiva. Da cuenta del estado actual del sujeto, analiza conductas, sentimientos y preocupaciones de las últimas cuatro semanas y finalmente, las preguntas diagnósticas referidas a los últimos tres meses. Cubre los factores respecto a la conducta alimentaria (dieta, ayuno, descontrol alimentario: atracones; conductas purgativas; comidas prohibidas y ansiedad tras la ingesta), imagen corporal (errores perceptivos; insatisfacción corporal y conductas de evitación) y aspectos emocionales relacionados con la ingesta.
<u>FIABILIDAD</u>	“Consistencia interna 0,68-0.9 solo tres ítems caen por debajo de 0.9: social eating (0.69-0.89); pursuit of thinnes (0.89); body composition (0.88). Acuerdo interjuez: en torno a la unidad; Alta fiabilidad para episodios de bulimia objetiva (0.98) y subjetiva (0.65-0.96)”
<u>VALIDEZ</u>	“Validez concurrente: correlación de le EDE con autorregistros de frecuencia de vómito 0.9-0.95; y con autorregistros de los atracones en pacientes con bulimia nerviosa: 0.9-0.91 (antes y después de tratamiento respectivamente). Discriminante: los autores señalan que posee una buena validez discriminante y aseguran publicar datos al respecto en ediciones posteriores de la revista International Journal of Eating Disorders”
<u>ADAPTACION ES:</u>	Versión Española: Raich, R.M. Mora, M., Sanchez, D.Y., y Torras, J. (2000)
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Evaluación pre-tratamiento, diagnóstico y post-tratamiento

<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Cooper, Z. y Fairburn, C.G. (1987). The eating disorder examination: a semistructured interview for assessment of the specific psychopathology of eating disorders. <i>International Journal of Eating Disorders</i>, Vol. 6 n 1, 1-8</p> <p>Fairburn, C.G. y Wilson, G.I. (1993). <i>Binge eating: nature, assessment and treatment</i>. New York, EUA: Guilford Press</p> <p>Raich, R.M. Mora, M., Sanchez, D.Y., 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. <i>Revista AETCA</i>. 1(6), 3-5</p>
--------------------------	--

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Body Dysmorphic Disorder Examination
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Examen del Trastorno Dismórfico
<u>ABREVIACIÓN:</u>	BDDE
<u>AUTORES:</u>	Rosen y Reiter
<u>AÑO:</u>	1995
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	entrevista estructurada
<u>POBLACIÓN:</u>	personas con posible trastorno dismórfico
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	30 min a 1 hora
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	La entrevista valora la disforia ocasionada por alguna parte del cuerpo, así como otros aspectos relacionados. Tiene preguntas obligatorias, que podrían ampliarse con cuestiones adicionales que el entrevistador considere oportunas.
<u>FIABILIDAD:</u>	“Consistencia interna 0.94”
<u>VALIDEZ:</u>	“buena validez concurrente y predictiva (Raich, 2000)”

<u>ADAPTACIONES:</u>	Raich, Torras y Mora (1997) DE DONDE
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Evaluación inicial
<u>ARTÍCULOS</u> :	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Rosen, J.C., y Reiter, J.T. (1995). <i>Development of the Body Dysmorphic Disorder Examination (BDDE)</i>. University of Vermont, Documento no Publicado.</p> <p>Raich, R.M. (200). <i>Imagen Corporal. Conocer y valorar el propio cuerpo</i>. MAdrid: Prámide</p> <p>Raich, Torras y Mora (1997). Análisis estructural de variables influyentes en aparición de alteraciones de la conducta alimentaria. <i>Psicología Conductual</i>, 5(1), 55-70</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Body Mass Index (BMI) o Quetelet Index (QI)
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Índice de Masa Corporal de Quetelet
<u>ABREVIACIÓN:</u>	BMI o QI
<u>AUTORES:</u>	Lambert Adolph Quetelet
<u>AÑO:</u>	1835 (Quetelet) 1953 (Keys y Brozek)
<u>TIPO DE INSTRUMENTO</u> :	Índice Antropométrico
<u>POBLACIÓN</u> :	Adulta o infantil aunque actualmente hay cierta controversia en el establecimiento de valores estándar del IMC para evaluar la obesidad en niños y adolescentes. Además se han publicado trabajos en los que se pone de manifiesto la inutilidad de este índice para deportistas de alto nivel (véase apartado "validez").

<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	1 min
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	El IMC es una fórmula divisoria, sencilla y de rápida utilidad. Se divide el peso en kilogramos entre la altura en metros elevada al cuadrado.
<u>FIABILIDAD</u>	“El problema de la fiabilidad vendrá determinado porque las variables implicadas Estén bien medidas.”
<u>VALIDEZ</u>	<p>“Validez: Hay diversos estudios que ponen en duda la validez del IMC cuestionando que realmente mida el porcentaje de grasa en deportistas. Esto se deriva en gran parte de que el IMC es una simple manipulación estadística de dos variables de distinta dimensión y además está basado en un supuesto muy cuestionable: “Todo el peso que exceda de los valores determinados por las tablas talla-peso corresponderá a masa grasa”. En el caso de los deportistas un exceso en el IMC puede ser debido al aumento de masa ósea o masa muscular.</p> <p>Otra controversia se refiere si los valores del IMC difieren entre hombres y mujeres. La designación de rangos estándar de la OMS no hace distinción en cuanto al sexo, es decir, los rangos son válidos para ambos. Sin embargo parece concluyente que los límites aceptables del IMC correspondientes a cada altura parecen aumentar ligeramente con la edad en la Mujer pero no en el hombre.”</p>
<u>ADAPTACION ES:</u>	Existe una traducción IMC
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Exploración inicial, evaluación pre-tratamiento y post-tratamiento
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica.</i> (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Quetel, L.A. (1835). <i>Sur l’homme et le developpement de ses facultés, essai d’une physique social.</i> París</p> <p>Williamson, D.A. (1990). <i>Assessment of eating disorders: obesity, anorexia and bulimia nervosa.</i> New York: Pergamon Press</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Screening for Disordered Eating
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Instrumento de Detección de los Trastornos de Alimentación
<u>ABREVIACIÓN:</u>	N/A

<u>AUTORES:</u>	Anstine. D., y Grinenko, D.
<u>AÑO:</u>	2000
<u>TIPO DE INSTRUMENTO</u> :	Entrevista
<u>POBLACIÓN</u> :	Mujeres adolescentes
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	3 min
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	Se trata de cuatro preguntas sacadas a su vez de un cuestionario de 36 preguntas formado por el Test de Actitudes hacia la Comida (EAT-26) y preguntas de tests adicionales.
<u>FIABILIDAD</u>	“Alta”
<u>VALIDEZ</u>	“Alta. La validez muestra una correlación significativa entre las puntuaciones de alto riesgo en la EAT-26 y las cuatro preguntas.”
<u>ADAPTACIONES:</u>	NO HAY INFORMACIÓN
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Exploración inicial
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Anstine. D., y Grinenko, D. (2000). Rapid screening for disorders eating in collegeaged females in the primary care setting. <i>The Journal of Adolescent Health, 26 (5), 338-342</i></p> <p>Pritts, S.D., Jeffrey, S. (2003). Diagnosis of Eating Disorders in Primary Care. <i>American Family Physician</i>.</p> <p>Paniagua, H., y García, S. (2003). Signos de alerta de trastornos alimentarios, depresivos, del aprendizaje y conductas violentas entre adolescentes de Cantabri. <i>Revista Española de Salud Pública. Vol 77, n 3. Madrid</i></p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Eating Disorder Inventory-2
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Inventario de los Trastornos de la Conducta Alimentaria

<u>ABREVIACIÓN:</u>	EDI-2
<u>AUTORES:</u>	Garner, D.M.
<u>AÑO:</u>	1998
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Cuestionario
<u>POBLACIÓN:</u>	Personas de 11 años en adelante. Puede aplicarse en grupos que puedan tener predisposición a esta patología con fines preventivos. Está especialmente dirigido a adolescentes y mujeres, aunque también se ha aplicado a hombres y a ancianos.
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	20 min
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	El EDI-2 es un instrumento de autoinforme muy utilizado para evaluar los síntomas que normalmente acompañan a la anorexia y a la bulimia nerviosa. Ofrece puntuaciones en 11 escalas que son clínicamente relevantes en el caso de los trastornos de la conducta alimentaria: tres que evalúan actitudes y conductas relacionadas con la comida, el peso y el tipo (obsesión por la delgadez, bulimia e insatisfacción corporal); cinco más generales referidas a constructor organizativos o rasgos psicológicos que son clínicamente relevantes en el caso de trastornos de la conducta alimentaria (ineficacia, perfeccionismo, desconfianza interpersonal, conciencia interoceptiva y miedo a la madurez); y tre adicionales (ascetismo, impulsividad e inseguridad social).
<u>FIABILIDAD</u>	“Consistencia interna: 0.83-0.92, excepto la subescala Miedo a la Madurez:0.65; fiabilidad test-retest: 0.79-0.95 (tras una semana), excepto la subescala de conciencia interoceptiva: 0.67; 0.81-0.97 (tras tres semanas), excepto la subescala Miedo a Madurar:0.65; 0.41-0.75 (tras 1 año)”
<u>VALIDEZ</u>	“Correlación de la subescala de Motivación para Adelgazar con el Test de Actitudes hacia la Comida (EAT): 0.71; subescala de Restricciones Alimentarias y el EAT: 0.61; subescala de Bulimia con las subescalas de Bulimia y Preocupación por la Comida del EAT: 0.68. Discrimina entre pacientes con trastornos de alimentación de personas sin trastorno. Es sensible al cambio producido tras el tratamiento en pacientes con bulimia.”
<u>ADAPTACIONES:</u>	Adaptación Españolas: Corral, S., González,m., Pereña, J., y Seisdedos, N. (1998)
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Exploración inicial, evaluación pre-tratamiento, evaluación y evaluación post-tratamiento

<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Garner, D.M. (1991). <i>Eating Disorder Inventory-2 Professional Manual</i>. Odessa: Psychological Assessment Resources.</p> <p>Garner, D.M. (2000). <i>Inventario de los Trastornos Alimentario-2 (EDI-2)</i>. Madrid: TEA Ediciones. Adaptada por Corral, S., González, m., Pereña, J., y Seisdedos, N. (1998)</p>
--------------------------	---

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	The Bulimic Investigatory Test, Edimburgh
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Test de Investigación en Bulimia
<u>ABREVIACIÓN:</u>	BITE
<u>AUTORES:</u>	Henderson, M., y Freeman, C.P.L.
<u>AÑO:</u>	1987
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Cuestionario
<u>POBLACIÓN:</u>	Adolescentes y Adultos
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	10 min
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	<p>Cuestionario formado por 33 ítems que se centran en detectar síntomas bulímicos y valorar la severidad de estos de forma que incluya todos los criterios DSM.III. Estos 33 ítems están agrupados en dos subescalas: la escala de síntomas que está compuesta de 30 ítems y la escala de gravedad compuesta por 3 ítems. Se presenta también un apéndice cuya aplicación es opcional, ya que no contribuye a la puntuación final del sujeto y solo sirve para recoger datos demográficos importantes de las personas que sufren trastornos de alimentación. Las preguntas que se realizan en el cuestionario están relacionadas con los hábitos de alimentación que sigue el sujeto y los pensamientos que tiene sobre la comida así como las conductas que realiza con relación a la alimentación.</p>
<u>FIABILIDAD</u>	“Fiabilidad entre ítems en la escala de síntomas es de 0,96 y para la

	<p>escala de gravedad es de 0,62. En ambas escalas se demuestra una alta consistencia interna.</p> <p>Fiabilidad test-retest para el grupo control es de 0,86 y para el grupo experimental es de 0,68. Por lo tanto se puede observar que dicha fiabilidad oscila entre ambos valores con una correlación positiva.”</p>
<u>VALIDEZ</u>	“Correlaciona positivamente con otros test similares como el EAT y el EDI”
<u>ADAPTACION ES:</u>	NO HAY INFORMACIÓN
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	NO HAY INFORMACIÓN
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de:</p> <p>http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Henderson, M. y Freeman, C.P.L. (1987). A Self-rating scale for bulimia. The BITE. <i>BRitish Journal of Psychiatry</i>, 150,18-24.</p> <p>Rivas, T., Bersabe, R., y Jiménez, M. (2004). Fiabilidad del test de investigación bulímica de Edimburgo (BITE) en una muestra de adolescentes españoles. <i>Psicología conductual</i>, 12,3; 447-461.</p>

Trastornos del Sueño

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Sleep Disorders Questionnaire
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Cuestionario de Trastornos del Sueño
<u>ABREVIACIÓN:</u>	SDQ
<u>AUTORES:</u>	Douglas, A.B., Bornstein, R., Nino-Murcia, G., et al.
<u>AÑO:</u>	1994
<u>TIPO DE INSTRUMENTO</u>	Cuestionario

⋮	
<u>POBLACIÓN</u>	NO HAY INFORMACIÓN
⋮	
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	30 min aproximadamente
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	El cuestionario consta de 176 ítems que podemos clasificar en 7 subescalas: Narcolepsia, apnea de sueño, problema de movimientos periódicos de los miembros, trastorno del sueño, síndrome de fatiga crónica, trastorno de estrés postraumático, validez de la respuesta total. Un último ítem, la masa corporal, se valúa por el examinador en una escala de 5 puntos. Cada uno de los ítems se valora dentro de una escala que va de 1 (completamente en desacuerdo) a 5 (completamente de acuerdo).
<u>FIABILIDAD</u>	“Consistencia interna de 0,70 a 0,86 para las 6 primeras subescalas. La fiabilidad test-retest para las 4 primeras subescalas es de 0,75 a 0,85”
<u>VALIDEZ</u>	“Para medir la validez se ha establecido la sensibilidad y la especificidad de las 5 primeras subescalas comparando los resultados con estudios polisomnográficos y con evaluaciones clínicas de trastornos del sueño.”
<u>ADAPTACIONES:</u>	Versión reducida del SDQ de 52 ítems
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Evaluación pre-tratamiento
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Douglas, A.B., Bornstein, R., Nino-Murcia, G., et al. (1994). The Sleep Disorders Questionnaire: I. Creation and multivariate structure of SDQ. <i>Sleep</i>, 17, 160-167</p> <p>Douglas, A.B., Bornstein, R., Nino-Murcia, G., et al. (1990). Test-retest reliability of the Sleep Disorder Questionnaire (SDQ). <i>Sleep Res</i>; 19:215</p> <p>Douglas, A.B., Bornstein, R., Nino-Murcia, G., et al. (1986). Creation of the “ASDC Sleep Disorders Questionnaire. <i>Sleep Res</i>; 15:117</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	The Stanford Sleepiness Scale
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Escala de Somnolencia de Stanford

<u>ABREVIACIÓN:</u>	SSS - ESS
<u>AUTORES:</u>	Hoddes, E., Zarcone, V., Smith, H.
<u>AÑO:</u>	1972
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Escala autoadministrada
<u>POBLACIÓN:</u>	Pacientes con trastornos del sueño (somnolencia)
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	NO HAY INFORMACIÓN
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	<p>La escala está construida por 7 ítems donde el sujeto debe elegir la oración que mejor describe su estado de vigilia en el momento de la evaluación.</p> <p>Hay dos modalidades para registrar la información:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la actividad autoinformada por el sujeto cada hora a lo largo de las 24 horas del día • Registrar el estado de somnolencia en tres momentos diferentes del día
<u>FIABILIDAD</u>	“Forma alternativa 0.88”
<u>VALIDEZ</u>	<p>“Fuerte relación entre la ESS y otras medidas subjetivas del sueño. Por otro lado, hay resultados inconsistentes en cuanto a las relaciones de esta escala con otras medidas más objetivas de evaluación del sueño. También se ha encontrado que fluctuaciones de la ESS correlacionan significativamente con otras variables fisiológicas como la temperatura periférica, la tasa cardiaca, con el Test de Adicción de Wilkinson y con la Escala Analógica Visual para la fatiga (0.52). La ESS se muestra sensible a los efectos de intervenciones farmacológicas y a los estados de privación y recuperación del sueño.”</p>
<u>ADAPTACION ES:</u>	Adaptación Española: Buela-Cassal, G., Sierra, J.C. (1994,1996)
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Exploración inicial, detección y control de cambios del sueño durante el tratamiento.

<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Hoddes, E., Zarcone, V., Smith, H., et al. (1973). Quantification of Sleepiness: a new approach. <i>Psychophysiology</i>, 10, 431-436</p> <p>Buela-Cassal, G., Sierra, J.C. (2001). Evaluación y Tratamiento de los Trastornos del Sueño. En G. Buela-Cassal, y J.C. Sierra, (EDS), <i>Manual de evaluación y tratamientos psicológicos</i>, 393-438. Madrid: Biblioteca Nueva</p> <p>Buela-Cassal, G. y Sanchez, A.I. (2002). <i>Trastornos del Sueño. Guía de Intervención. Psicología Clínica</i>. Editorial Síntesis</p>
--------------------------	---

Trastornos del Control de Impulsos: Juego Patológico

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	South Oaks Gambling Screen
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Cuestionario de Juego South Oaks
<u>ABREVIACIÓN:</u>	SOGS
<u>AUTORES:</u>	Lesieur, H.R. y Blume, S.R.
<u>AÑO:</u>	1987
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Cuestionario
<u>POBLACIÓN:</u>	Adultos
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	5-10 min
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	Breve cuestionario compuesto por 24 ítems de los cuales 4 no se consideran en la puntuación final, quedando está compuesta de 20 ítems en su versión original y de 19 en la versión española. El contenido de los ítems se relaciona, entre otras cuestiones, con las conductas de juego, fuente de obtención de dinero para jugar o pagar deudas y emociones implicadas. Las preguntas están referidas al juego, considerado siempre como apuesta, y se dividen a lo largo de un formato simple con distintas posibilidades de respuesta en cada caso.

<u>FIABILIDAD</u>	“Test-retest (O°98); consistencia interna (O°94)”
<u>VALIDEZ</u>	“Elevada validez de criterio, ya que correlaciona significativamente con las valoraciones de evaluadores independientes (0,86). Validez externa satisfactoria. Correlaciona con valoraciones de los miembros de la familia (0,60). Validez convergente, esta es de 0,92 con los criterios diagnósticos del DSM-III-R. Asimismo discrimina adecuadamente entre jugadores patológicos y población normal, tanto a un nivel de puntuación global en el cuestionario ($t = 53,34$; $p < 0,001$) como a un nivel más específico. Al aplicarse en población normal puede dar un incremento de los falsos positivos. La sensibilidad y la especificidad son, del 100 y del 98 por 100, respectivamente. De este modo, la eficacia diagnóstica sería del 98 por 100.”
<u>ADAPTACION ES:</u>	Adaptación Española: Echeburúa Ordizola, E., Báez Gallo, C., Fernandez Montalvo, J., Paez Rovira, D. (1994).
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Screening. La versión Española, además podría usarse como instrumento diagnóstico
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Lesieur, H.R. y Blume, S.R. (1987). The Sout Oaks Gambling Screen (The SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. <i>American Journal of Psychiatry</i> 144, 1184-1188</p> <p>Echeburúa Ordizola, E., Báez Gallo, C., Fernandez Montalvo, J., Paez Rovira, D. (1994). Cuestionario de juego patológico. <i>Analisis y Modificación de Conducta</i>, 74, 769-791</p> <p>Lesieur, H.R. y Blume, S.R. (1993). Revising The South Oaks Gambling Screen in different settings. <i>J. Gambling Studiwes</i>, 9, 213-223</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Massachusetts Gambling Screen
<u>TRADUCCIÓN N:</u>	Escala de Detección del Juego de Massachusetts
<u>ABREVIACIÓN:</u>	MAGS
<u>AUTORES:</u>	Shaffer, J., LaBrie, R., Scanlan, K.M., Cummings, T.N.
<u>AÑO:</u>	1994
<u>TIPO DE INSTRUMENTO</u> :	Cuestionario
<u>POBLACIÓN</u> :	Adolescentes con posibilidad de ser jugadores patológicos, o en riesgo de serlo
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	5-10 min
<u>DESCRIPCIÓN N:</u>	Está dividido en dos subescalas: la escala DSM-IV (12 ítems), lo cual evalúa los criterios diagnósticos del juego según DSM-IV; y la subescala MAGS, que mide la percepción y la valoración que hace el sujeto de su propia conducta de juego y las posibles repercusiones de esta actividad. La subescala MAG se divide en un conjunto de ítems sin capacidad para discriminar entre jugadores patológicos y no patológicos, y otro conjunto de ítems que si los discriminan (5, 7, 9, 11, 12 y 14). Las respuestas utilizadas en este instrumento son de tipo dicotómico.
<u>FIABILIDAD</u>	“Consistencia interna de la escala DSM-IV es de 0,87, y la de la subescala MAGS es de 0,83”
<u>VALIDEZ</u>	“Convergente de la subescala DSM-IV es de 0,76. La eficacia diagnóstica del cuestionario es del 96%.”
<u>ADAPTACION ES:</u>	Adaptación Española: Secades, R. y Villa, A. (1998)
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Exploración inicial

<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Shaffer, J., LaBrie, R., Scanlan, K.M., Cummings, T.N. (1994). Pathological gambling among adolescents: Massachusetts Gambling Screen (MAGS). <i>Journal of Gambling studies</i>, 10, 339-362</p> <p>Secades, R. y Villa, A. (1998). <i>El juego patológico. Prevención, evaluación y tratamiento en la adolescencia</i>. Madrid: Pirámide</p> <p>Fernandez-Alba, A.Y., y Labrador, F.J. (2002). <i>Juego Patológico</i>. Madrid: Síntesis</p>
--------------------------	---

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Inventario de Pensamientos Sobre el Juego
<u>TRADUCCIÓN:</u>	NO APLICA
<u>ABREVIACIÓN:</u>	NO APLICA
<u>AUTORES:</u>	Echeburúa, E. y Báez, C.
<u>AÑO:</u>	1994
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Cuestionario
<u>POBLACIÓN:</u>	Adultos diagnosticados como jugadores patológicos
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	10 min
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	Se trata de un instrumento comprendido por cuatro subescalas. La primera evalúa los sesgos cognitivos en relación con la conducta de juego y consta de 15 ítems dicotómicos. La segunda hace referencia a los sesgos cognitivos en relación con la adicción al juego, conformada por 6 ítems dicotómicos; la siguiente se relaciona con el estilo atribucional y el locus de control en relación con la adicción al juego y también se compone de 6 ítems dicotómicos. En el último apartado el jugador puede describir los pensamientos que pasan por su mente antes, durante y después de jugar.
<u>FIABILIDAD</u>	“Test-retest alta”

<u>VALIDEZ</u>	“Validez interna ya que sus contenidos miden lo que se desean medir. Goza de homogeneidad y su normativización es buena, los criterios son correctos, pero no es demasiado sensible al cambio terapéutico.”
<u>ADAPTACION ES:</u>	NO HAY INFORMACIÓN
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Evaluación pre-tratamiento
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Echeburúa, E. y Báez, C. (1994). Concepto y evaluación del juego patológico. En J.L. GRaña (Ed), <i>Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento</i>, 521-556. Madrid: Debate</p> <p>Echeburúa, E. y Salaberriría, K. (1995). Evaluación de las adicciones legales: alcoholismo y juego patológico. En A. Roa (Comp.), <i>Evaluación en Psicología Clínica y de la Salud</i>, 299-344. Madrid: CEPE</p>

Trastornos de Personalidad

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Defense Style Questionnaire
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Cuestionario de Estilos de Defensa
<u>ABREVIACIÓN:</u>	DSQ
<u>AUTORES:</u>	Bond, M.
<u>AÑO:</u>	1983
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Cuestionario

<u>POBLACIÓN</u> :	General
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	20 min
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	El DSQ es un cuestionario autoaplicable de 88 ítems. Proporciona puntuaciones en un continuo de cuatro estilos de defensa (en el orden en el que se enumeran a continuación), cada uno de los cuales incluye diferentes mecanismos de defensa: Acción inadaptadas (33 ítems: comportamiento pasivo-agresivo, proyección, regresión, inhibición, identificación proyectiva, acción, somatización, huida, fantasear, rehusar la ayuda, quejarse / lamentarse, consumo y destrucción), Distorsión de la realidad (15 ítems: omnipotencia, omnipotencia y desvalorización, negación, idealización primitiva, proyección y aislamiento), Autosacrificio (8 ítems: pseudoaltruismo, formación reactiva y negación) y Adaptación (7 ítems: supresión, sublimación, humor, anticipación y afiliación). Además, se incluyen 25 ítems que no evalúa ninguna de los cuatro estilos (10 de estos ítems evalúan deseabilidad social).
<u>FIABILIDAD</u>	“Fiabilidad test-retest: 0.68-0.73”
<u>VALIDEZ</u>	“Por lo menos la mitad de los ítems del DSQ correlacionan significativamente con medidas de los estilos de defensa anteriores (< 0.30); Correlación significativa entre el DSQ y valoraciones de los mecanismos de defensa extraídas de entrevistas: 0.36 (entre el estilo de Acción Desadaptada y valoraciones de la inmadurez de las defensas); Correlaciones negativas significativas entre los tres primeros estilos y medidas del funcionamiento del ego y positivas con el estilo Adaptativo (0.19-0.32); correlaciones entre los estilos de Acción desadaptada y Distorsión de la Realidad y un índice de trastorno de la personalidad: 0.52; correlaciones moderadas entre la intensidad de los estresores psicosociales y los estilos de Acción Desadaptada y Distorsión de la Realidad: 0.45. Discrimina entre grupos de pacientes y grupos de no pacientes en función de la frecuencia de uso de uno u otro estilo de defensa en un grupo u otro. Los ítems están evaluados en una escala de 1: totalmente en desacuerdo, hasta 9: totalmente de acuerdo.”
<u>ADAPTACION ES:</u>	DSQ-40 en la que se reduce de los 88 ítems originales a 40.
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Evaluación pre-tratamiento, durante el mismo, post-tratamiento y seguimiento.

<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Bond, M., Gardner, S.T., Christian, J., y Sigal, J.J. (1983). Empirical study of self-rated defense styles. <i>Archives of General Psychiatry</i>, 40(3), 333-338</p> <p>Bond, M., y Wesley, S. (1969). <i>Manual for the Defense Style Questionnaire</i>. Montreal, Quebec: McGill University</p> <p>Bond, M. y Sagala, J. (1986). An Empirical Study of Relationship Between Diagnosis and defense Style. <i>Archives of General Psychiatry</i>, 43, 285-288</p>
--------------------------	---

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV
<u>ABREVIACIÓN:</u>	SCID-II
<u>AUTORES:</u>	First, Gibbon, Spitzer, et al.
<u>AÑO:</u>	1986
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Entrevista semiestructurada
<u>POBLACIÓN:</u>	Adultos con posible trastorno de personalidad
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	Menos de una hora (la entrevista junto con el cuestionario)
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	Contiene preguntas de respuesta abierta, cerrada y si/no, y evalúa los trastornos de personalidad del eje II del DSM-IV, además del trastorno de personalidad depresiva y pasivo-agresiva. Incluye un cuestionario de detección.
<u>FIABILIDAD</u>	"Fiabilidad interjueces (kappa): 0.24 (para el trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad) - 0.74 (para el trastorno histriónico de la personalidad) en centros de pacientes psiquiátricos; en centros no

	<p>psiquiátricos: kappa= 0.38.</p> <p>Fiabilidad test-retest: 0.37 (para trastornos límite de la personalidad) y 0.84 (para trastorno antisocial de la personalidad) en pacientes ingresados por dependencia de cocaína u opiáceos; y 0.74 para la presencia de cualquier trastorno de la personalidad en pacientes ingresados.”</p>
<u>VALIDEZ</u>	“Correlaciones de la SCID-II con el Examen de los Trastornos de la Personalidad (PDE): 0.20-0.55; con el Cuestionario para los Trastornos de la Personalidad Revisado (PDQ-R): 0.02-0.53. Escasa coincidencia con el Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI).”
<u>ADAPTACION ES:</u>	Adaptación Española: First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., y Benjamin, L.S. (1999)
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Evaluación pre-tratamiento
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., y Benjamin, L.S. (1997). <i>Users guide for the Structured Clinical interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders</i>. Washington: American Psychiatric Press, Inc.</p> <p>First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., y Benjamin, L.S. (1999). <i>Entrevista Clínica a Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV</i>. Barcelona: Masson</p>
	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de:</p> <p>http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p>
<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	International Personality Disorder Examination
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad
<u>ABREVIACIÓN:</u>	IPDE
<u>AUTORES:</u>	Loranger, A.W., Sartorius, N., Dreoli, A., Berger, P.I. y otros (1994)
<u>AÑO:</u>	1996
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Entrevista clínica semiestructurada
<u>POBLACIÓN</u>	Mayores de 18 años (con ligeras modificaciones parece útil a partir de

:	15 años). No es apropiada para pacientes muy agitados o con depresión grave, psicosis, retraso mental o deterioro cognitivo importante. El uso con paciente psicótico en remisión es controvertido.
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	60-90 minutos. Si dura más, se debería administrar en varias sesiones
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	La entrevista está formulada en dos módulos, según la DSM-IV y según el CIE-10. Los ítems están ordenados bajo seis encabezamientos: trabajo, uno mismo, relaciones interpersonales, afectos prueba de realidad y control de impulsos. En ambos módulos las preguntas son abiertas, cerradas y de respuesta "SI / NO". Existe un cuestionario de detección (screening) con preguntas de "VERDADERO / FALSO" en ambas versiones. Este reduce el tiempo de administración de la entrevista, identificando aquellos trastornos de personalidad en los que la persona no puntúa, y por tanto, descartar de la entrevista preguntas referidas a dicho trastorno.
<u>FIABILIDAD</u>	"Los índices de fiabilidad y estabilidad son similares a los obtenidos para otros instrumentos que se emplean en el diagnóstico de trastornos por abuso de sustancias, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y psicosis (Loranger, Sartorius, Andreoli et al., 1994) Los Kappa para los trastornos de personalidad esquizotípica, personalidad compulsiva, histriónica, límite y antisocial oscilan entre 0,70 y 0,96."
<u>VALIDEZ</u>	"Método útil y válido para evaluar trastornos de personalidad con fines de investigación (Loranger, Sartorius, Andreoli et al., 1994)."
<u>ADAPTACION ES:</u>	Adaptación Española: Lopez-Ibor Aliño, J.J., Pérez Urdaniz, A., y Rubio Larrosa, V. (1996)
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Evaluación pre-tratamiento, diagnóstico
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de:</p> <p>http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Loranger, A.W., Hirschfield, R.M.A., Sartorius, N., Regier, D.A. (1991). <i>The WHO/ADAMHA International Pilot Study of Personality Disorder: Background and Purpose</i>. <i>J Pers Disord</i>, 5:296-306</p> <p>Loranger, A.W., Sartorius, N., Dreoli, A., Berger, P.I., Channabasavanna, S.M., Coid, B., Dahal, A., Diekstra, R.F.W., Ferguson, B., Jacobsberg, L.B., Mombour, W., Pull, C., Ono, Y., y -reiger, D.A. (1994). <i>The World Health Organization/ Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration International Pilot Study of Personality Disorder</i>. <i>Archives of General Psychiatry</i>, 51:215-224</p> <p>Lopez-Ibor, J.J., Pérez, A., y Rubio, V. (1996). <i>Examen Internacional de los trastornos de la personalidad (IPDE): Modulo DSM-IV y CIE-10</i>. Madrid: Meditor</p>

--	--

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Millon Clinical Multiaxial Inventory
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II
<u>ABREVIACIÓN:</u>	MCMII-III
<u>AUTORES:</u>	Millon, Davis y Millon
<u>AÑO:</u>	1977
<u>TIPO DE INSTRUMENTO:</u>	Cuestionario
<u>POBLACIÓN:</u>	Adultos
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	20-30 min
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	Contiene 11 subescalas que evalúan trastornos de la personalidad clínicos (Esquizoide, Evitativo, Depresivo, Dependiente, Histriónico, Narcisista, Antisocial, Pasivo-Agresivo y Autodestructiva), y tres que evalúan trastornos graves de la personalidad (Esquizotípica, Paranoide y Límite). Además tiene índices que ajustan las puntuaciones de las subescalas o determinan la extensión de su validez.
<u>FIABILIDAD</u>	“Consistencia interna mediante Coeficiente Alfa de 066-089; fiabilidad

	<p>test-retest para las puntuaciones dimensionales: 0.85-0.93; fiabilidad test-retest (dos semanas) para el diagnóstico dimensional entre 0,85 y 0,93 (0,60-0,89 en MCMHI).</p> <p>El acuerdo entre jueces en los diagnósticos es de kappa <0.45 para todos los trastornos de personalidad, índice muy bajo.”</p>
<u>VALIDEZ</u>	<p>“La sensibilidad del MCMHII varía mucho entre escalas: 0.44-0.92 (media: 060); igual que su poder predictivo: 0.30-0.81 (media: 069). Como todos los cuestionarios que evalúan trastornos de personalidad tiende a cometer más errores de falsos positivos que otros instrumentos, lo que le hace ser considerado una buena prueba de detección siempre y cuando exista una medida posterior más exigente (Estudios de dos pasos).”</p>
<u>ADAPTACION ES:</u>	Adaptación Española: Versión III del MCMI, (Millon, T. 2000)
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Evaluación pre-tratamiento
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de:</p> <p>http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Millon, T., Davis, R., y Millon, C. (1997). <i>MCMI-III Manual 2 ed.</i> Minneapolis: National Computer Systems. <i>Psychology</i>, 50, 444-445</p> <p>Millon, T. (2000) <i>Inventario Multiaxial Clínico de Millon (MCMI-II)</i>. Madrid: TEA Ediciones</p> <p>Kaye, A.L. y Shea, M.T. (2000). Personality Disorders, Personality Traits and Defense Mechanisms Measures. En A.J. Rush, H.A., Pincus, M.B. First, et al (Eds) <i>Handbook of Psychiatric Measures</i>. Washington APA</p>

<u>NOMBRE ORIGINAL:</u>	Minnesota Multiphasic Personality Inventory
<u>TRADUCCIÓN:</u>	Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota
<u>ABREVIACIÓN:</u>	MMPI y MMPI-2
<u>AUTORES:</u>	Hathaway y McKinley (1940) y Butcher, Dalstrom, Graham, et al (1989)
<u>AÑO:</u>	1940 y 1989

<u>TIPO DE INSTRUMENTO</u> :	Cuestionario
<u>POBLACIÓN</u> :	Adultos
<u>TIEMPO DE APLICACIÓN:</u>	60-90 min
<u>DESCRIPCIÓN:</u>	Contiene 8 subescalas básicas (hipocondriasis, depresión, histeria, desviación psicopática, paranoia, psicastenia, esquizofrenia y manía) que son multidimensionales y a su vez contienen otras subescalas, 2 subescalas de Masculinidad-Feminidad e Introversión-Extroversión Social, y tres subescalas que evalúan actitudes en la comunicación
<u>FIABILIDAD</u>	“Consistencia interna: 0.34 (Paranoia)-0.88 (Esquizofrenia) para las escalas básicas; 0.68 (Conducta Tipo A)-0.86 (Cinismo) para las escalas de contenido; 0.24 (Hostilidad Sobrecontrolada)-0.91 (Trastorno de Estrés Postraumático) para las escalas complementarias. Fiabilidad test-retest: 0.58 (Paranoia)-0.92 (Introversión Social) para las escalas básicas; 0.78 (Comportamiento Bizarro)-0.91 (Ansiedad) para las escalas de contenido; 0.62 (Escala de Alcoholismo de MacAndrew)-0.91 (Trastorno de Estrés postraumático) para las escalas complementarias.”
<u>VALIDEZ</u>	“Tiene mayor validez convergente que discriminante.”
<u>ADAPTACION ES:</u>	Adaptación española: Hathaway, S.R. y McKinley, J.C. (2000)
<u>MOMENTO DE APLICACIÓN:</u>	Evaluación pre-tratamiento y post-tratamiento
<u>ARTÍCULOS:</u>	<p>Universidad Complutense de Madrid. <i>Proyecto de Apoyo a la evaluación Psicológica Clínica</i>. (s.f). Recuperado de: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/index_ppal.htm.</p> <p>Butcher, J.N., Dahlstrom, W.G., Graham, J.R., Tellegen, A., y Kaemmer, B. (1989). <i>Minnesota Multiphasic Personality-2 (MMPI-2); Manual for Administration and Scoring</i>. Minneapolis; University of Minnesota Press.</p> <p>Hathaway, S.R. y McKinley, J.C. (1979). <i>Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota: MMPI (2 edición)</i>. Madrid: TEA Ediciones</p> <p>Hathaway, S.R. y McKinley, J.C. (2000). <i>Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota: MMPI-2: MMPI-2</i>. Madrid: TEA Ediciones</p>

