



**ESCALAS DIAGNÓSTICAS
E INSTRUMENTOS
PSIQUIÁTRICOS**

Escalas diagnósticas e instrumentos psiquiátricos

Joshua L. Roffman, MD, MMSc

David Mischoulon, MD, PhD

Maurizio Fava, MD

Puntos clave

Contexto

- Las escalas diagnósticas proporcionan medidas validadas de la gravedad de los síntomas en los trastornos psiquiátricos.
- Las escalas diagnósticas se pueden emplear tanto en la investigación como en la práctica clínica.

Historia

- El formato de las escalas psiquiátricas varía enormemente en cuanto a su contenido, volumen y administración.
- Las puntuaciones constituyen valoraciones globales de la función o medidas específicas del trastorno.

Retos para la investigación y la clínica

- Las escalas cumplimentadas por el clínico y las valoradas por el propio paciente tienen sus ventajas e inconvenientes.
- Es importante elegir la escala apropiada en el trastorno idóneo y para el paciente adecuado.

Apuntes prácticos

- La información aportada por las escalas diagnósticas puede ser útil para diferenciar diagnósticos estrechamente relacionados, elegir el tratamiento apropiado según los síntomas y vigilar los efectos del tratamiento.
- Los clínicos deben plantearse usar en la práctica estas escalas en casos cuyo diagnóstico pueda ser dudoso o cuando deseen cuantificar el efecto de un tratamiento en pacientes que no refieran con precisión su propio estado.

Perspectiva general

A diferencia de otras especialidades médicas, la psiquiatría depende casi exclusivamente de las entrevistas con el paciente y la observación para el diagnóstico y el seguimiento del tratamiento. Con la ausencia de hallazgos físicos y biomarcadores en psiquiatría, el examen del estado mental (EEM) constituye nuestro principal instrumento diagnóstico. El EEM proporciona un marco conceptual para recoger los síntomas afectivos, conductuales y

cognitivos de los trastornos psiquiátricos. Con frecuencia, el EEM aporta los detalles necesarios para que los psiquiatras clasifiquen los grupos de síntomas en síndromes clínicos reconocidos e instauren el tratamiento apropiado.

Sin embargo, en algunos casos, el EEM por sí mismo no es suficiente para recoger la colección completa de síntomas del paciente o llegar a un diagnóstico unificador. Por ejemplo, si una paciente psicótica tiene síntomas de abulia, afecto plano y aislamiento social, puede ser difícil determinar (solo con la entrevista diagnóstica estándar) si este patrón refleja síntomas negativos, depresión concomitante o acinesia inducida por la medicación.¹ En otras ocasiones, realizar un EEM quizá no represente un uso eficiente del tiempo o los recursos para lograr el objetivo deseado: imaginemos cuántos pacientes menos se identificarían en los días de detección sistemática de la depresión si el larguísimo EEM completo fuera el instrumento de elección para ese cribado.² Por último, la naturaleza subjetiva del EEM a menudo hace que esté prohibido en los estudios de investigación; sin el uso de una herramienta diagnóstica objetiva y fiable es posible que los individuos se clasifiquen de forma inadecuada o incorrecta, lo que generaría resultados difíciles de interpretar y complicados de generalizar.³

Con el uso de escalas diagnósticas, los clínicos pueden identificar información objetiva y a veces cuantificable sobre los síntomas del paciente en entornos en los que el EEM tradicional es inadecuado o inapropiado. Las escalas sirven de complemento a la entrevista diagnóstica, o como mediciones exclusivas (p. ej., en investigación o detección sistemática). Estos instrumentos son tan versátiles como variados y pueden emplearse para ayudar a la valoración de síntomas, al diagnóstico, a la planificación o al seguimiento del tratamiento. En este capítulo ofrecemos una visión de conjunto de muchas de las escalas diagnósticas psiquiátricas usadas en la práctica clínica y la investigación ([tabla 6-1](#)). También se ofrece información sobre cómo adquirir copias de las escalas descritas en este capítulo.

Tabla 6-1

Escalas diagnósticas

VALORACIONES GENERALES	
SCID-I y SCID-CV	Entrevistas clínicas estructuradas para el diagnóstico de DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV Diagnosis)
MINI	Minientrevista neuropsiquiátrica internacional (Mini-International Neuropsychiatric Interview)
SCAN	Programas para la valoración clínica en neuropsiquiatría (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry)
GAF	Escala de valoración global del funcionamiento (Global Assessment of Functioning Scale)
CGI	Escala de impresión clínica global (Clinical Global Impressions Scale)
TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO	
HAM-D	Escala de depresión de Hamilton (Hamilton Depression Rating Scale)

MADRS	Escala de valoración de la depresión de Montgomery-Asberg (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale)
BDI	Inventario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory)
IDS	Inventario de sintomatología depresiva (Inventory of Depressive Symptomatology)
QIDS-SR	Inventario rápido de sintomatología depresiva-autoinforme (Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self Rated)
Zung SDS	Escala de depresión autoadministrada de Zung (Zung Self-Rating Depression Scale)
HANDS	Escala nacional diaria de la detección sistemática de la depresión del Department of Psychiatry de Harvard (Harvard Department of Psychiatry National Depression Screening Day Scale)
MSRS	Escala de valoración del estado maníaco (Manic State Rating Scale)
Y-MRS	Escala de valoración de la manía de Young (Young Mania Rating Scale)
TRASTORNOS PSICÓTICOS	
PANSS	Escala de los síndromes positivo y negativo (Positive and Negative Syndrome Scale)
BPRS	Escala de valoración psiquiátrica breve (Brief Psychiatric Rating Scale)
SAPS	Escala para la valoración de síntomas positivos (Scale for the Assessment of Positive Symptoms)
SANS	Escala para la valoración de síntomas negativos (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)
SDS	Programa para el síndrome deficitario (Schedule of the Deficit Syndrome)
AIMS	Escala de movimientos involuntarios anómalos (Abnormal Involuntary Movement Scale)
BARS	Escala de valoración de la acatisia de Barnes (Barnes Akathisia Rating Scale)
EPS	Escala de efectos secundarios extrapiramidales (Extrapyramidal Side Effects Scale) de Simpson-Angus
TRASTORNOS DE ANSIEDAD	
HAM-A	Escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Rating Scale)
BAI	Inventario de ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory)
Y-BOCS	Escala de obsesiones-compulsiones de Yale-Brown (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale)
BSPS	Escala breve de fobia social (Brief Social Phobia Scale)
CAPS	Escala de trastorno de estrés postraumático (TEPT) administrada por el clínico (Clinician Administered PTSD Scale)
TRASTORNOS POR CONSUMO DE DROGAS	
CAGE	Cuestionario CAGE

MAST	Prueba de detección sistemática de alcoholismo de Míchigan (Michigan Alcoholism Screening Test)
DAST	Prueba de detección sistemática de consumo de drogas (Drug Abuse Screening Test)
FTND	Prueba de Fagerstrom de dependencia de nicotina (Fagerstrom Test for Nicotine Dependence)
TRASTORNOS COGNITIVOS	
MMSE	Miniexamen del estado mental (Mini-Mental State Examination)
CDT	Prueba del reloj (Clock-Drawing Test)
DRS	Escala de valoración de la demencia (Dementia Rating Scale)
CPFQ	Cuestionario de funcionamiento cognitivo y físico (Cognitive and Physical Functioning Questionnaire)

Consideraciones generales en la elección de escalas diagnósticas

¿Es «buena» una escala diagnóstica determinada? ¿Mide lo que el clínico quiere que mida, y lo hace de forma constante? ¿Cuánto tiempo y dinero se necesitan para administrarla? Es importante tener en cuenta estas preguntas independientemente de la escala diagnóstica usada y del entorno. Antes de describir con detalle las distintas escalas, consideraremos varios factores importantes para evaluar el diseño y la aplicación de la escala ([tabla 6-2](#)).

Tabla 6-2

Factores usados para evaluar las escalas diagnósticas

Fiabilidad	Para un individuo determinado, ¿son constantes los resultados con evaluadores, condiciones de prueba y tiempos de la prueba distintos?
Validez	¿Mide realmente el instrumento lo que pretende medir? ¿Cómo se compara con la prueba de referencia?
Sensibilidad	Si el trastorno está presente, ¿cuál es la probabilidad de que la prueba sea positiva?
Especificidad	Si el trastorno no está presente, ¿cuál es la probabilidad de que la prueba sea negativa?
Valor predictivo positivo	Si la prueba es positiva, ¿cuál es la probabilidad de que el trastorno esté presente?

Valor predictivo negativo	Si la prueba es negativa, ¿cuál es la probabilidad de que el trastorno esté ausente?
Rentabilidad y eficiencia	¿El instrumento proporciona resultados precisos de forma rentable y eficiente?
Administración	¿Las valoraciones están determinadas por el paciente o por el evaluador? ¿Cuáles son las ventajas y los inconvenientes de esta estrategia?
Requisitos de formación	¿Qué grado de dominio es necesario para conseguir mediciones válidas y fiables?

La primera consideración concierne a las medidas psicométricas de fiabilidad y validez. En el caso de la paciente psicótica mencionada, ¿qué sucedería si varios médicos vieran un vídeo de una entrevista y después puntuaran individualmente sus síntomas negativos con una escala? La escala se consideraría fiable si todos los médicos lograran una puntuación similar de sus síntomas negativos. Fiabilidad se refiere al grado en que un instrumento produce mediciones consistentes con distintos examinadores y lugares de prueba. En este caso, la escala de síntomas negativos muestra específicamente una buena fiabilidad interobservador, lo que sucede cuando varios observadores distintos llegan a conclusiones similares basándose en la misma información.

Hay que recordar que en esta paciente los síntomas negativos solo eran una etiología posible de su presentación actual. Si el problema subyacente reflejaba de verdad una depresión concomitante y no síntomas negativos, una escala de síntomas negativos válida indicaría una puntuación baja, y una escala de depresión válida arrojaría una puntuación elevada. La validez de una escala hace referencia a si detecta correctamente el auténtico trastorno subyacente. En este caso, la escala de síntomas negativos produjo un resultado verdadero negativo y la escala de depresión logró un resultado verdadero positivo (tabla 6-3). Sin embargo, si la escala de síntomas negativos hubiera indicado una puntuación alta se habría producido un error tipo 1, y la paciente podría haber recibido el diagnóstico incorrecto de síntomas negativos. Y, viceversa, si la escala de depresión hubiera arrojado una puntuación baja, el error tipo 2 habría llevado al clínico a pasar por alto el diagnóstico correcto de depresión. Las mediciones relacionadas de sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo (definidas en la tabla 6-2 e ilustradas en la tabla 6-3) aportan estimaciones de la validez de una escala diagnóstica, especialmente en comparación con las pruebas de referencia.

Tabla 6-3

Cálculos de validez

	Trastorno presente	Trastorno ausente
Prueba positiva	A (verdadero positivo)	B (error tipo 1)
Prueba negativa	C (error tipo 2)	D (verdadero negativo)
Sensibilidad = $A/(A + C)$		

	Trastorno presente	Trastorno ausente
Especificidad = $D/(B + D)$		
Valor predictivo positivo = $A/(A + B)$		
Valor predictivo negativo = $D/(C + D)$		
Tasa de falsos positivos = 1 menos valor predictivo positivo		
Tasa de falsos negativos = 1 menos valor predictivo negativo		

Varios factores logísticos muy importantes también entran en juego a la hora de evaluar la utilidad de una prueba diagnóstica. Ciertas escalas son gratuitas, mientras que otras solo pueden obtenerse del autor o editor con un coste. Los instrumentos más breves requieren menos tiempo para administrarlos, algo que resulta esencial si hay que proceder a la detección sistemática en un gran número de pacientes, pero podrían ser menos sensibles o específicos que instrumentos más largos y conducir a más errores diagnósticos. Algunas escalas son autoadministradas por el propio paciente, lo que reduce la posibilidad de sesgo del observador; no obstante, esas valoraciones resultan inexactas a veces en pacientes con trastornos del comportamiento o deterioro cognitivo importantes. Además, las escalas administradas por clínicos tienden a ser más válidas y fiables que las autoadministradas, pero también suelen requerir más tiempo y, en algunos casos, formación especializada del evaluador. Una consideración final es el contexto cultural del paciente (y del evaluador): los conceptos de enfermedad psiquiátrica específicos de la cultura afectan enormemente a la comunicación e interpretación de síntomas concretos y a la asignación de un diagnóstico. La importancia relativa de estos factores depende del medio clínico o investigador concreto, y hay que sopesar cuidadosamente cada factor para guiar la elección del instrumento óptimo.^{4,5}

Instrumentos diagnósticos generales

Supongamos que un estudio de investigación evaluará las diferencias en el encéfalo entre individuos con trastorno de ansiedad y personas sanas. La ansiedad aparece con frecuencia concomitantemente con varios trastornos psiquiátricos que, de estar presentes en las personas del grupo de ansiedad, podrían confundir los resultados del estudio. Al mismo tiempo, para el diseño de ese experimento también sería crítico garantizar que los individuos «sanos» carecen realmente de ansiedad (y de otras enfermedades psiquiátricas). El uso de instrumentos diagnósticos psiquiátricos generales, descritos en esta sección, proporciona una medida estandarizada de la psicopatología a través de grupos diagnósticos. Estos instrumentos se usan a menudo en estudios de investigación para valorar la salud mental basal y asegurar la homogeneidad clínica de los pacientes y los controles sanos.

Uno de los instrumentos generales más usados es la entrevista clínica estructurada para el diagnóstico en el eje I del DSM-IV (SCID-I, Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis

I Diagnosis). La SCID-I es una larga entrevista semiestructurada sobre enfermedades psiquiátricas pertenecientes a múltiples dominios ([cuadro 6-1](#)). La parte introductoria emplea preguntas abiertas para valorar los factores demográficos, así como los antecedentes médicos y psiquiátricos, y el uso de medicación. Los siguientes módulos contienen preguntas específicas sobre criterios diagnósticos, tomados del DSM-IV, en nueve campos de psicopatología distintos. En esos módulos las respuestas se puntúan por lo general como «presente», «ausente (o subumbral)» o «información inadecuada»; las puntuaciones se suman para determinar los diagnósticos probables. Puede llevar varias horas administrar la SCID-I, aunque en algunos casos los evaluadores solo usan las partes de la SCID relacionadas con las áreas de interés, clínicas o de investigación. Una versión abreviada, la SCID-CV (versión clínica), contiene módulos simplificados y valora los diagnósticos clínicos más frecuentes.

Cuadro 6-1 Dominios de la entrevista clínica estructurada para el diagnóstico en el eje I del DSM-IV (SCID)

- I. Sección general
- II. Episodios anímicos
- III. Síntomas psicóticos
- IV. Diferencial de síntomas psicóticos
- V. Diferencial de trastornos del estado de ánimo
- VI. Consumo de drogas y otras sustancias
- VII. Trastornos de ansiedad
- VIII. Trastornos somatomorfos
- IX. Trastornos de la conducta alimentaria
- X. Trastornos adaptativos

Aunque por lo general se considera que la SCID-I es fácil de usar, su duración impide que se emplee universalmente en la práctica clínica. Un instrumento general alternativo es la minientrevista neuropsiquiátrica internacional (MINI, Mini-International Neuropsychiatric Interview), otra entrevista semiestructurada basada en los criterios del DSM-IV. Las preguntas tienden a ser más limitadas y se responden con «sí/no»; sin embargo, a diferencia de la SCID-I, la MINI incluye un módulo sobre el trastorno de la personalidad antisocial y contiene preguntas centradas en la posibilidad de suicidio. Dado que el contenido global de la MINI es más reducido que el de la SCID-I, su administración requiere mucho menos tiempo (15-30 min).

Una tercera entrevista general, los programas para la valoración clínica en neuropsiquiatría (SCAN, Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry), no se centra tan directamente en las categorías del DSM-IV y proporciona una valoración más amplia de la función psicosocial ([cuadro 6-2](#)). Los SCAN surgieron del examen del estado actual, más antiguo, que cubre varios grupos de psicopatología pero incluye, además, secciones de anamnesis colateral, aspectos del desarrollo, trastornos de la personalidad y deterioro social. Sin embargo, al igual que la SCID-I, los SCAN pueden ser laboriosos y su administración exige estar familiarizado con el formato. Aunque los SCAN aportan una anamnesis más completa en ciertos aspectos, no se prestan a establecer un diagnóstico del DSM-IV de forma tan lineal como la SCID-I y la MINI.

Cuadro 6-2 Componentes de los programas para la valoración clínica en neuropsiquiatría (SCAN)

I. Examen del estado actual

Parte I: datos demográficos; antecedentes médicos; trastornos somatomorfos, disociativos, de ansiedad, del estado de ánimo, de la conducta alimentaria y por consumo de alcohol y otras drogas y sustancias

Parte II: trastornos psicóticos y cognitivos, introspección, deterioro funcional

II. Lista de verificación de grupos de puntos

Signos y síntomas obtenidos de historiales, otros profesionales, fuentes colaterales

III. Programa de historia clínica

Educación, trastornos de la personalidad, deterioro social

Adaptado de Skodol AE, Bender DS. Diagnostic interviews in adults. In Rush AJ, Pincus HA, First MB, et al. editors: Handbook of psychiatric measures, Washington, DC, 2000, American Psychiatric Association.

Hay otras dos escalas diagnósticas adicionales que pueden usarse para seguir los cambios en la función global a lo largo del tiempo y en respuesta al tratamiento. Ambas son valoradas por el clínico y se administran rápidamente. La escala de valoración global del funcionamiento (GAF, Global Assessment of Functioning) consiste en puntos individuales hasta un total de 100 y está incluida en el eje V del diagnóstico del DSM-IV ([tabla 6-4](#)). Las puntuaciones mayores indican un funcionamiento psicosocial global mejor. Es posible valorar el funcionamiento actual y el mejor funcionamiento del último año. La escala de impresión clínica global (CGI, Clinical Global Impressions) consiste en dos índices, uno de gravedad (severity) de la enfermedad (CGI-S) y el otro de grado de mejoría (improvement) tras el tratamiento (CGI-I). Para la CGI-S, las puntuaciones oscilan entre 1 (normal) y 7 (enfermedad grave); para la CGI-I, van de 1 (muy mejorado) a 7 (mucho peor). Una puntuación relacionada, el índice de eficacia de CGI (CGI Efficacy Index), refleja un índice compuesto de los efectos terapéuticos y adversos del tratamiento. En este, las puntuaciones oscilan entre 0 (mejoría marcada sin efectos secundarios) y 4 (sin cambios o peor, y los efectos secundarios superan los efectos terapéuticos).

Tabla 6-4

Puntuación de la escala de valoración global del funcionamiento (GAF)

Puntuación	Interpretación
91-100	Funcionamiento superior en un conjunto amplio de actividades; sin síntomas
81-90	Buen funcionamiento en todas las áreas; síntomas ausentes o mínimos
71-80	Síntomas transitorios que no causan más que un ligero deterioro del funcionamiento
61-70	Síntomas leves o ciertas dificultades de funcionamiento, pero por lo general funciona bien

Puntuación	Interpretación
51-60	Síntomas moderados o dificultades de funcionamiento moderadas
41-50	Síntomas graves o dificultades de funcionamiento graves
31-40	Conciencia de realidad o comunicación alteradas, o funcionamiento gravemente alterado
21-30	Conducta afectada considerablemente por síntomas psicóticos o incapacidad de funcionar en casi todas las áreas
11-20	Cierto peligro de hacerse daño a sí mismo o de herir a otros, o en ocasiones no logra mantener la higiene
1-10	Peligro persistente de hacerse daño a sí mismo o de herir a otros, acto suicida grave o incapacidad persistente de mantener la higiene
0	Información inadecuada

Adaptado de Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR, ed 4 (text revision), Washington, DC, 2000, American Psychiatric Association.

Los instrumentos diagnósticos generales evalúan un gran conjunto de psicopatologías de muchos dominios. Pueden ser útiles como herramientas de cribado para pacientes y sujetos de investigaciones, y en algunos casos son capaces de determinar si una persona concreta cumple los criterios del DSM-IV para los trastornos psiquiátricos mayores. Sin embargo, no dejan lugar a un estudio detallado de los síntomas afectivos, conductuales o cognitivos, y a menudo no clarifican el diagnóstico en personas con presentaciones atípicas o complejas. Las escalas diagnósticas que se centran en dominios específicos (como estado de ánimo, síntomas psicóticos o de ansiedad) serán más útiles en estas situaciones, así como en los ejemplos de investigación dedicados a áreas sintomáticas específicas. La siguiente sección se ocupa de las escalas adaptadas para explorar grupos específicos de enfermedades psiquiátricas y efectos secundarios de la medicación relacionada.

Escalas para los trastornos del estado de ánimo

El diagnóstico y el tratamiento de los trastornos del estado de ánimo presentan dificultades únicas para el psiquiatra. Las características fundamentales del trastorno de depresión mayor pueden imitar muchas otras enfermedades neuropsiquiátricas distintas, entre ellas distimia, ansiedad, trastornos del espectro bipolar, consumo de drogas, trastornos de la personalidad, demencia y trastornos del movimiento. En algunos casos hay síntomas depresivos obvios previos a la presentación reveladora (p. ej., manía) de esos otros trastornos, y es fácil pasar por alto signos y síntomas más sutiles del trastorno base en las entrevistas diagnósticas habituales. Además, como la mayoría de los fármacos antidepresivos y las psicoterapias hacen efecto gradualmente, resulta difícil apreciar objetivamente el avance diario o incluso semanal. Las escalas diagnósticas pueden ser muy útiles para aclarar el diagnóstico de los trastornos del estado de ánimo y medir objetivamente el progreso creciente durante el tratamiento.

La escala de depresión de Hamilton (HAM-D, Hamilton Rating Scale for Depression) es un instrumento administrado por el médico muy usado en clínica e investigación. Sus preguntas se centran en la gravedad de los síntomas durante la semana anterior; por este motivo, la HAM-D es una herramienta útil para seguir el progreso del paciente tras instaurar un tratamiento. La escala cuenta con varias versiones, desde 6 hasta 31 ítems; las versiones más largas contienen preguntas sobre síntomas de depresión atípica, psicóticos, somáticos y asociados con el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). El evaluador puntúa las respuestas del paciente de 0 a 2, o de 0 a 4, y las suma para obtener la puntuación global. La [tabla 6-5](#) resume la puntuación de la HAM-D-17, de 17 ítems, usada con frecuencia en estudios de investigación. Un descenso del 50% o más en la puntuación de la HAM-D indica respuesta positiva al tratamiento. Aunque la HAM-D se considera fiable y válida, sus principales inconvenientes son la necesidad de formar a los evaluadores y la falta de inclusión de ciertos criterios post-DSM-III (como anhedonia).

Tabla 6-5

Puntuación en la escala de depresión de Hamilton de 17 puntos (HAM-D-17)

Puntuación	Interpretación
0-7	No está deprimido
8-13	Levemente deprimido
14-18	Moderadamente deprimido
19-22	Gravemente deprimido
≥ 23	Muy gravemente deprimido

Adaptado de Kearns NP, Cruickshank CA, McGuigan KJ, et al. A comparison of depression rating scales, Br J Psychiatry 141:45–49, 1982.

La escala de valoración de la depresión de Montgomery-Asberg (MADRS, Montgomery-Asberg Depression Rating Scale), otro instrumento administrado por el clínico, también mide la gravedad de la depresión y se correlaciona bien con la HAM-D. La MADRS contiene 10 ítems, todos ellos reflejan la gravedad de los síntomas de 0 a 6, con una puntuación máxima total posible de 60. La MADRS se ocupa por lo general de síntomas similares a los de la HAM-D-17, pero podría ser más sensible a los cambios asociados a los antidepresivos que la HAM-D. No es tan útil para valorar la depresión atípica, porque no explora el aumento de apetito o sueño ([tabla 6-6](#)).

Tabla 6-6

Puntuación en la escala de valoración de la depresión de Montgomery-Asberg

Puntuación	Interpretación
0-6	Sin depresión

Puntuación	Interpretación
7-19	Depresión leve
20-34	Depresión moderada
>34	Depresión grave

Adaptado de Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry 134(4): 382–389, 1979.

La escala autoadministrada más usada para la depresión es el inventario de depresión de Beck (BDI, Beck Depression Inventory). El BDI es una escala de 21 ítems en la que los pacientes valoran sus síntomas en una escala de 0 a 3, y el clínico obtiene e interpreta la puntuación total (tabla 6-7). Al igual que la HAM-D, el BDI puede usarse como medida repetida para seguir el progreso durante un ciclo de tratamiento. Aunque es sencillo de administrar, el BDI tiende a centrarse más en los síntomas cognitivos de la depresión, y excluye los síntomas atípicos (como hipersomnía y aumento de peso). Otra escala alternativa, el inventario de sintomatología depresiva (IDS, Inventory of Depressive Symptomatology), proporciona una cobertura más exhaustiva de la depresión atípica y los síntomas de distimia. El IDS está disponible en dos versiones, la valorada por el clínico (IDS-C) y la autoadministrada (self-registered; IDS-SR), y contiene 28 o 30 ítems. La tabla 6-8 ofrece las directrices de interpretación propuestas.

Tabla 6-7

Puntuación en el inventario de depresión de Beck (BDI)

Puntuación	Interpretación
0-9	Depresión mínima
10-16	Depresión leve
17-29	Depresión moderada
≥ 30	Depresión grave

Tabla 6-8

Puntuación en el inventario de sintomatología depresiva (IDS)

Puntuación	Interpretación
0-13	Normal
14-25	Enfermedad leve
26-38	Enfermedad moderada
39-48	Enfermedad grave
≥49	Enfermedad muy grave

El inventario rápido de sintomatología depresiva-autoinforme (QIDS-SR, Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self-Report) es un instrumento autoadministrado de 16 ítems derivado del IDS, para medir los cambios referidos por el propio paciente en la gravedad de los síntomas durante los estudios clínicos de antidepresivos. Cada pregunta se puntúa en una escala de 0 a 3, y la puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones de la mayoría de los ítems individuales, y sumando las puntuaciones más altas de tres categorías (sueño, apetito/peso y actividad psicomotora). La puntuación total máxima posible es 27 ([tabla 6-9](#)).

Tabla 6-9

Puntuación en el inventario rápido de sintomatología depresiva-autoinforme (QIDS-SR)

Puntuación	Interpretación
0-5	Sin depresión
6-10	Depresión leve
11-15	Depresión moderada
16-20	Depresión grave
21-27	Depresión muy grave

Adaptado de Rush AJ, Trivedi MH, Ibrahim HM, et al. The 16-item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), Clinician Rating (QIDS-C), and Self-Report (QIDS-SR): a psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biol Psychiatry* 54:573–583, 2003.

Dos escalas autoadministradas más, la escala de depresión autoadministrada de Zung (Zung SDS, Zung Self-Rating Depression Scale) y la escala nacional diaria de la detección sistemática de la depresión del Department of Psychiatry de Harvard (HANDS, Harvard Department of Psychiatry National Depression Screening Day Scale), se usan a menudo en atención primaria y otros entornos de cribado debido a su sencillez y facilidad de uso. La Zung SDS contiene 20 ítems, 10 en clave positiva y 10 en negativa; los individuos asignan a cada uno de ellos desde 1 punto si está presente «poca parte del tiempo» hasta 4 si existe «la mayor parte del tiempo». Para obtener la puntuación total los ítems con clave positiva se invierten y a continuación se suman todos ([tabla 6-10](#)). La HANDS incluye 10 preguntas sobre síntomas de la depresión, y se puntúa según la experiencia de los síntomas desde 0, o «nunca», hasta 3, o «todo el tiempo» ([tabla 6-11](#)). Aunque solo se tardan unos minutos en administrar la Zung SDS y la HANDS, son menos sensibles al cambio que la HAM-D y el BDI; al igual que estas otras escalas, la Zung SDS no se ocupa de los síntomas atípicos de depresión.

Tabla 6-10

Puntuación en la escala de depresión autoadministrada de Zung (Zung SDS)

Puntuación	Interpretación
0-49	Normal
50-59	Depresión de mínima a leve
60-69	Depresión de moderada a grave
≥ 70	Depresión grave

Tabla 6-11

Puntuación en la escala nacional diaria de la detección sistemática de la depresión del Department of Psychiatry de Harvard (HANDS)

Puntuación	Interpretación
0-8	Depresión improbable
9-16	Depresión probable
≥ 17	Depresión muy probable

Existen menos escalas validadas para valorar los síntomas maníacos que para evaluar la depresión. No obstante, dos escalas administradas por el clínico, la escala de valoración del estado maníaco (MSRS, Manic State Rating Scale) y la escala de valoración de la manía de Young (Y-MRS, Young Mania Rating Scale), se han usado extensamente en unidades hospitalarias para caracterizar la gravedad de los síntomas maníacos; la Y-MRS también se correlaciona bien con la duración del ingreso. La MSRS contiene 26 ítems y se valora en una escala de 0 a 5, según la frecuencia y la intensidad de los síntomas. Concede un peso especial a los síntomas relacionados con la hipertimia-grandiosidad y la paranoia-destructividad. La Y-MRS contiene 11 ítems y se puntúa tras una entrevista clínica. Se otorga un énfasis adicional a cuatro ítems que se puntúan en una escala de 0 a 8 (irritabilidad, discurso, contenido del pensamiento y conducta agresiva); el resto se puntúa de 0 a 4. Ambas escalas pueden usarse para detectar síntomas de manía en pacientes con trastorno bipolar no diagnosticado, aunque aún no se ha comprobado formalmente su fiabilidad a este respecto.

Escalas para los trastornos psicóticos

Los síntomas psicóticos varían enormemente en su presentación, desde los más floridos (p. ej., alucinaciones y delirios) a los más inertes (p. ej., aislamiento social y catatonía). En las entrevistas con pacientes que muestran trastornos del pensamiento puede ser muy complejo cubrir el conjunto de síntomas psicóticos, no solo por su heterogeneidad intrínseca, sino también porque resultan extremadamente difíciles de evidenciar en personas trastornadas o no cooperadoras. Además, los antipsicóticos predisponen a los pacientes a sufrir trastornos del movimiento difíciles de diagnosticar; por ejemplo, el solapamiento entre síntomas negativos y acinesia inducida por neurolépticos resulta en ocasiones difícil de desentrañar durante la entrevista diagnóstica. Se han desarrollado varias escalas diagnósticas para ayudar a los clínicos a clasificar y vigilar los síntomas psicóticos, así como los trastornos del movimiento. Todas las escalas de síntomas psicóticos las administra el clínico.

La escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS, Positive and Negative Syndrome Scale) es un instrumento de 30 ítems que hace hincapié en tres grupos de síntomas: síntomas positivos (p. ej., alucinaciones, delirios, desorganización), síntomas negativos (p. ej., apatía, afecto embotado, aislamiento social) y psicopatología general –que incluye diversos síntomas; p. ej., quejas somáticas, ansiedad, descontrol de impulsos, retraso psicomotor, manierismos, posturas–. Se totalizan las puntuaciones de cada uno de los tres grupos y la puntuación total de la PANSS se calcula sumando las de las tres subescalas. Cada ítem se valora en una escala de 1 (menos grave) a 7 (más grave), tras una entrevista semiestructurada (entrevista clínica estructuradas para la escala de los síndromes positivo y negativo [SCI-PANSS, Structured Clinical Interview for Positive and Negative Syndrome Scale]). La [tabla 6-12](#) contiene los datos normativos de las subescalas de la PANSS, obtenidos de una muestra de 240 pacientes adultos que cumplieran los criterios de esquizofrenia del DSM-III.⁶ Diseñada para organizar datos de un amplio conjunto de psicopatologías, la PANSS es la escala ideal con que vigilar los síntomas basales y la respuesta a los fármacos antipsicóticos. Sin embargo, su administración y puntuación lleva de 30 a 40 min, y los evaluadores deben estar familiarizados con todos los ítems de la escala.

Tabla 6-12

Datos normativos para la escala de los síndromes positivo y negativo (PANSS)

Subescala de la PANSS	Número de ítems	Intervalo de puntuación posible	Percentil 50
Síntomas positivos	7	7-49	20
Síntomas negativos	7	7-49	22
Psicopatología general	16	16-112	40

Adaptado de Perkins DO, Stroup TS, Lieberman JA. Psychotic disorders measures. In Rush AJ, Pincus HA, First MB, et al. editors: Handbook of psychiatric measures, Washington, DC, 2000, American Psychiatric Association.

Existen varias herramientas más para valorar la psicopatología global y la gravedad de los síntomas positivos y negativos en pacientes psicóticos. La escala de valoración psiquiátrica breve (BPRS, Brief Psychiatric Rating Scale), de 18 ítems, evalúa un conjunto de síntomas positivos y negativos, así como de otros grupos (como afecto depresivo, manierismos y posturas, hostilidad y tensión). Cada uno se valora en una escala de 7 puntos tras la entrevista clínica. La BPRS se ha usado para evaluar síntomas psicóticos en pacientes con trastornos psicóticos primarios y psicosis secundarias; por ejemplo, depresión con síntomas psicóticos. Son posibles inventarios más detallados de los síntomas positivos y negativos con la escala para la valoración de síntomas positivos (SAPS, Scale for the Assessment of Positive Symptoms), de 30 ítems ([tabla 6-13](#)), y la escala para la valoración de síntomas negativos (SANS, Scale for the Assessment of Negative Symptoms), de 20 ([tabla 6-14](#)). En ambas, los ítems se valoran de 0 a 5 tras una entrevista clínica semiestructurada, como la valoración

exhaustiva de síntomas y anamnesis (CASH, Comprehensive Assessment of Symptoms and History). Las correlaciones entre las puntuaciones de la SAPS y la SANS con sus subescalas homólogas de la PANSS son bastante altas.⁶ Recientemente se ha planteado que la SANS muestra más validez si se eliminan las puntuaciones de atención.⁷

Tabla 6-13

Dominios de la escala para la valoración de síntomas positivos (SAPS)

Dominio de la SAPS	Número de ítems	Intervalo de puntuación posible
Alucinaciones	6	0-35
Delirios	12	0-70
Conductas extrañas	4	0-20
Trastorno formal del pensamiento	8	0-40

Tabla 6-14

Dominios de la escala para la valoración de síntomas negativos (SANS)

Dominio de la SANS	Número de ítems	Intervalo de puntuación posible
Aplanamiento y embotamiento afectivo	7	0-35
Alogia	4	0-20
Abulia-apatía	3	0-15
Anhedonia-asociabilidad	4	0-20
Deterioro atencional	2	0-10

Otra consideración a la hora de evaluar los síntomas negativos es si son un componente primario del trastorno o una consecuencia de procesos concomitantes, como depresión, efectos de fármacos o síntomas positivos. El programa para el síndrome deficitario (SDS, Schedule for the Deficit Syndrome) utiliza cuatro criterios con el fin de establecer si los síntomas negativos están presentes, son duraderos y no están relacionados con causas secundarias ([cuadro 6-3](#)). Tienen que cumplirse los cuatro criterios para considerar que el paciente presenta el síndrome deficitario, así definido por Carpenter et al.⁸

Cuadro 6-3 Programa para el síndrome deficitario (SDS)

Criterio 1

Síntomas negativos (se necesitan al menos dos)

- I. Afecto restringido
- II. Capacidad emocional disminuida
- III. Pobreza del discurso
- IV. Escasos intereses

V. Percepción de metas reducida

VI. Menor impulso social

Criterio 2

Tienen que estar presentes al menos dos síntomas del criterio 1 durante 12 meses

Criterio 3

Al menos dos síntomas del criterio 1 no están relacionados con causas secundarias (es decir, ansiedad, depresión, efectos adversos de los fármacos, síntomas psicóticos, discapacidad intelectual, desmoralización)

Criterio 4

Se cumplen los criterios del DSM-IV de esquizofrenia

Adaptado de Kirkpatrick B, Buchanan RW, Mckenney PD, et al. The Schedule for the Deficit Syndrome: an instrument for research in schizophrenia, *Psychiatry Res* 30:119–123, 1989.

Los pacientes que toman antipsicóticos tienen un riesgo mayor de sufrir trastornos motores como consecuencia del bloqueo dopaminérgico crónico. Se han diseñado varias escalas para evaluar esos efectos secundarios motores, que incluyen síntomas extrapiramidales, acatisia y discinesia tardía. Todas se administran fácilmente en el momento basal y después periódicamente durante el seguimiento para vigilar los trastornos del movimiento inducidos por fármacos. La escala de movimientos involuntarios anómalos (AIMS, Abnormal Involuntary Movement Scale) contiene 10 ítems que evalúan los movimientos orofaciales, las discinesias de extremidades y tronco, y la gravedad global de los síntomas motores en una escala de 5 puntos; otros ítems descartan la contribución de problemas dentales o dentaduras postizas. La escala se acompaña de instrucciones específicas para formular ciertas preguntas al paciente o pedirle que realice maniobras motoras. Tanto la medida objetiva de acatisia como el malestar subjetivo asociado a la inquietud se evalúan con la escala de valoración de la acatisia de Barnes (BARS, Barnes Akathisia Rating Scale), que también contiene instrucciones breves para aplicarla correctamente. Hay que señalar que esta escala resulta útil, además, en pacientes que toman inhibidores de la recaptación de serotonina, ya que también están en riesgo de sufrir acatisia. Por último, la escala de efectos secundarios extrapiramidales (EPS, Extrapiramidal Side Effects Scale) de Simpson-Angus contiene 10 ítems para valorar síntomas parkinsonianos y motores relacionados. Todos se valoran de 0 a 4; la puntuación se suma y después se divide por 10. Los autores señalaron una puntuación de 0,3 como límite superior de la normalidad.

Escalas para los trastornos de ansiedad

Al igual que en los trastornos del estado de ánimo y psicóticos, las escalas pueden ser útiles como medidas diagnósticas o complementarias en la evaluación de los trastornos de ansiedad. También es posible usarlas para seguir el progreso de un paciente durante los ciclos

farmacológicos o la psicoterapia. Sin embargo, no es infrecuente que un paciente tenga síntomas de ansiedad que no alcanzan el umbral del DSM-IV para un diagnóstico formal. Las escalas también ayudan a caracterizar y seguir los síntomas de ansiedad en estas personas.

La escala de ansiedad de Hamilton (HAM-A, Hamilton Anxiety Rating Scale) es el instrumento más usado en la evaluación de los síntomas de ansiedad. La HAM-A, aplicada por el clínico, contiene 14 ítems, con síntomas específicos valorados en una escala de 0 (sin síntomas) a 4 (síntomas graves, extremadamente incapacitantes). Las áreas cubiertas son quejas somáticas (cardiovasculares, respiratorias, digestivas, genitourinarias y musculares), síntomas cognitivos, temor, insomnio, estado de ánimo ansioso y conducta durante la entrevista. Típicamente, su administración lleva 15-30 min. La ansiedad clínicamente significativa se asocia con puntuaciones totales de 14 o más; hay que destacar que las puntuaciones encontradas en pacientes primariamente deprimidos han estado en el intervalo de 14,9 a 27,6, y que las de pacientes con esquizofrenia primaria llegan incluso a 27,5.⁹

Una escala de ansiedad autoadministrada muy usada es el inventario de ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory). En este cuestionario de 21 ítems, los pacientes valoran los síntomas somáticos y afectivos en una escala tipo Likert de 4 puntos (0 = «en absoluto», 3 = «grave: apenas podía soportarlo»). La [tabla 6-15](#) recoge las directrices para interpretar la puntuación total. La administración del BAI es rápida y sencilla pero, al igual que la HAM-A, no identifica diagnósticos de ansiedad específicos.

Tabla 6-15

Puntuación en el inventario de ansiedad de Beck (BAI)

Puntuación	Interpretación
0-9	Normal
10-18	Ansiedad mínima-leve
19-29	Ansiedad moderada-grave
≥ 29	Ansiedad grave

Otras escalas de ansiedad están dirigidas a síndromes clínicos específicos. Por ejemplo, la escala de obsesiones-compulsiones de Yale-Brown (Y-BOCS, Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale) es una entrevista semiestructurada administrada por el clínico y diseñada para medir la gravedad de los síntomas obsesivo-compulsivos. La entrevista está precedida por una lista de verificación opcional de 64 síntomas obsesivos y compulsivos específicos. Después de la entrevista, el evaluador puntúa cinco dominios en las subescalas obsesiva y compulsiva ([tabla 6-16](#)), con una puntuación de 0, que corresponde a ausencia de síntomas, a 4, síntomas extremos. Las puntuaciones totales llegan a 25 de media en pacientes con TOC, en comparación con menos de 8 en individuos sanos.⁹ La escala breve de fobia social (BSPS, Brief Social Phobia Scale) consiste en valoraciones administradas por el clínico en 11 dominios relacionados con la fobia social ([tabla 6-17](#)). La gravedad de cada síntoma se puntúa de 0 (ninguna) a 4 (extrema), y se generan puntuaciones de tres subescalas: temor (fear; BSPS-F), evitación (avoidance; BSPS-A) y fisiológica (physiological; BSPS-P). Estas puntuaciones se suman en la puntuación total (total score; BSPS-T). Una puntuación total mayor de 20 se considera clínicamente significativa. Los síntomas asociados al estrés

postraumático pueden medirse con la escala de trastorno de estrés postraumático (TEPT) administrada por el clínico (CAPS, Clinician Administered PTSD Scale), muy ajustada a los criterios del DSM-IV. La CAPS contiene 17 ítems valorados por el clínico en una entrevista diagnóstica; cada uno se puntúa según la frecuencia, desde 0 (nunca experimentado) hasta 4 (experimentado diariamente), y la intensidad, de 0 (ninguna) a 4 (extrema). Los ítems siguen los cuatro criterios diagnósticos del DSM-IV para el TEPT, así como varios ítems adicionales relacionados con síntomas concomitantes presentes a menudo (como culpa del superviviente y depresión). Las puntuaciones se suman en todos los criterios diagnósticos del DSM-IV para determinar si el paciente debe recibir un diagnóstico de TEPT.

Tabla 6-16

Dominios de la escala de obsesiones-compulsiones de Yale-Brown (Y-BOCS)

Dominio	Intervalo de la puntuación de obsesión	Intervalo de la puntuación de compulsión
Cantidad de tiempo que ocupan los síntomas	0-4	0-4
Interferencia en el funcionamiento normal	0-4	0-4
Malestar subjetivo causado por los síntomas	0-4	0-4
Grado en que el paciente resiste los síntomas	0-4	0-4
Grado en que el paciente puede controlar los síntomas	0-4	0-4

Adaptado de Shear MK, Feske U, Brown C, et al. Anxiety disorders measures. In Rush AJ, Pincus HA, First MB, et al. editors: Handbook of psychiatric measures, Washington, DC, 2000, American Psychiatric Association.

Tabla 6-17

Dominios de la escala breve de fobia social (BSPS)

Dominio: síntomas de evitación y temor	Intervalo posible de la puntuación de evitación	Intervalo posible de la puntuación de temor
Hablar en público	0-4	0-4
Hablar con figuras de autoridad	0-4	0-4
Hablar con desconocidos	0-4	0-4

Dominio: síntomas de evitación y temor	Intervalo posible de la puntuación de evitación	Intervalo posible de la puntuación de temor
Ser avergonzado o humillado	0-4	0-4
Ser criticado	0-4	0-4
Reuniones sociales	0-4	0-4
Hacer algo mientras se es observado	0-4	0-4
Puntuaciones totales	0-28 (BSPS-A)	0-28 (BSPS-F)
SÍNTOMAS FISIOLÓGICOS		INTERVALO POSIBLE DE LA PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS FISIOLÓGICOS
Sonrojo		0-4
Temblores		0-4
Palpitaciones		0-4
Sudoración		0-4
Puntuación total		0-16 (BSPS-P)

Adaptado de Shear MK, Feske U, Brown C, et al. Anxiety disorders measures. In Rush AJ, Pincus HA, First MB, et al. editors: Handbook of psychiatric measures, Washington, DC, 2000, American Psychiatric Association.

Escalas para los trastornos por consumo de drogas

Origen de una morbilidad considerable por cuenta propia, los trastornos por consumo de drogas también comparten otros trastornos del eje I y, en muchos casos, complican notablemente la identificación, la evolución clínica y el tratamiento de otros trastornos psiquiátricos. La detección sistemática eficaz del consumo de drogas en todos los entornos en los que se ven pacientes psiquiátricos, ya sea el servicio de urgencias, atención primaria, planta de ingresados o situaciones no clínicas (como día de detección sistemática), puede ser un paso inicial crítico en el tratamiento de esas personas. Las escalas diagnósticas ofrecen una detección sistemática rápida y efectiva para los trastornos por consumo de drogas, además de ayudar a la planificación del tratamiento y el seguimiento.

El cuestionario CAGE se usa universalmente para la detección sistemática del consumo y dependencia de alcohol. Consiste en cuatro preguntas de «sí/no» (organizadas según las siglas mnemotécnicas en inglés) sobre patrones de consumo de alcohol y sus consecuencias psicosociales, y se tarda muy poco tiempo en administrarlo ([tabla 6-18](#)). Las respuestas positivas a dos o más de las cuatro preguntas significan que la detección sistemática es positiva y es necesario un estudio más completo; la sensibilidad de un resultado positivo se ha medido en 0,78-0,81, con una especificidad de 0,76-0,96.¹⁰ Además, los parámetros psicométricos del CAGE son significativamente mejores que las preguntas individuales

(p. ej., «¿cuánto bebe?») o los valores de laboratorio (como el alcohol en aire espirado o las pruebas de función hepática). Un instrumento autoadministrado ligeramente más largo, la prueba de detección sistemática de alcoholismo de Michigan (MAST, Michigan Alcoholism Screening Test) contiene 25 ítems de «sí/no» relativos al consumo de alcohol. La MAST también incluye preguntas sobre tolerancia y abstinencia, y por este motivo señala problemas a más largo plazo asociados con el abuso crónico del alcohol. Mientras que las respuestas negativas puntúan 0, las respuestas positivas se puntúan de 1 a 5 según la gravedad del síntoma en cuestión. La [tabla 6-19](#) describe la interpretación de la puntuación total de la MAST.

Tabla 6-18

Cuestionario CAGE

C	¿Ha pensado alguna vez que debería beber menos (cut down)?
A	¿Le ha molestado (annoyed) que otras personas critiquen lo que bebe?
G	¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable (guilty) por lo que bebe?
E	¿Alguna vez ha bebido nada más levantarse («eye-opener») para dejar de temblar o librarse de una resaca?

Tabla 6-19

Puntuación en la prueba de detección sistemática de alcoholismo de Michigan (MAST)

Puntuación	Interpretación
0-2	Sin alcoholismo
3-5	Alcoholismo posible
≥ 6	Alcoholismo probable

Otra prueba de cribado para el consumo de drogas o la drogadicción fácil de administrar, la prueba de detección sistemática de consumo de drogas (DAST, Drug Abuse Screening Test), es una encuesta autoadministrada de 28 preguntas de «sí/no». Al igual que la MAST, la DAST incluye preguntas sobre tolerancia y abstinencia, y por este motivo identifica problemas derivados del consumo crónico de drogas. También existe una versión más corta, de 20 ítems, cuyas propiedades psicométricas son prácticamente idénticas a las de la versión mayor; sin embargo, ambas se administran y puntúan en tan solo unos minutos. Una puntuación total de 5 o más en la DAST de 28 puntos es compatible con un probable trastorno por consumo de drogas.

El consumo de nicotina también es muy prevalente en pacientes con ciertos trastornos psiquiátricos (p. ej., esquizofrenia). El tabaquismo de los pacientes psiquiátricos es preocupante no solo porque les confiere un riesgo sustancialmente mayor de sufrir problemas médicos potencialmente mortales, sino también debido a que interacciona con enzimas hepáticas y altera significativamente el metabolismo de los psicotrópicos. La prueba de Fagerstrom de dependencia de nicotina (FTND, Fagerstrom Test for Nicotine Dependence)

es una escala de seis ítems autoadministrada que proporciona una visión general del hábito tabáquico y probabilidad de dependencia de nicotina ([tabla 6-20](#)). Aunque no hay un punto de corte recomendado para la dependencia, la puntuación media en fumadores seleccionados aleatoriamente es 4-4,5.¹⁰

Tabla 6-20

Prueba de Fagerstrom de dependencia de nicotina (FTND)

1. ¿Cuántos cigarrillos fuma al día?

0: ≤ 10

1: 11-20

2: 21-30

3: > 31

2. ¿Fuma más por la mañana que el resto del día?

0: no

1: sí

3. ¿Cuánto tiempo pasa desde que se levanta hasta que fuma el primer cigarrillo?

0: > 60 min

1: 31-60 min

2: 6-30 min

3: ≤ 5 min

4. ¿Qué cigarrillo le disgustaría más dejar?

0: no el primero del día

1: el primero del día

5. ¿Le resulta difícil abstenerse de fumar en lugares donde está prohibido, como, por ejemplo, en la iglesia, la biblioteca, el cine, etc.?

0: no

1: sí

6. ¿Fuma incluso si está tan enfermo que tiene que pasar la mayor parte del día en la cama?

0: no

1: sí

Adaptado de Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, et al. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire, Br J Addiction 86: 1119–1127, 1991.

Escalas para los trastornos cognitivos

Las escalas diagnósticas resultan útiles para identificar trastornos cognitivos primarios (p. ej., demencia) y en la búsqueda de causas médicas o neurológicas de síntomas psiquiátricos (p. ej., depresión asociada al accidente cerebrovascular). Un resultado positivo en las pruebas cognitivas descritas en esta sección suele indicar la necesidad de un estudio más extenso, que puede consistir en análisis de laboratorio, pruebas de imagen del encéfalo o pruebas neurocognitivas formales. Al igual que en las baterías cognitivas formales (descritas en detalle en el [capítulo 8](#)), es importante tener en cuenta que la inteligencia, el nivel de

educación, la lengua materna y la alfabetización del paciente afectan enormemente a su rendimiento en las pruebas cognitivas de detección sistemática, y hay que considerar minuciosamente esos factores a la hora de interpretar los resultados.

El miniexamen del estado mental (MMSE, Mini-Mental State Examination) es una de las escalas más usadas en psiquiatría, y resulta útil como herramienta de detección sistemática basal y para seguir los cambios en las funciones cognitivas a lo largo del tiempo. El MMSE es una prueba administrada por el clínico que aporta información sobre el funcionamiento en varios dominios: orientación en espacio y tiempo, registro y recuerdo, atención, concentración, lenguaje y construcción visual. Consiste en 11 tareas: se valoran todas y se suman para determinar la puntuación total del MMSE (tabla 6-21). Una puntuación de 24 o menos se suele considerar indicativa de posible demencia; sin embargo, al principio de la evolución de la enfermedad de Alzheimer los pacientes aún pueden rendir de un modo comparable al de personas no afectadas. Una segunda limitación del MMSE es que no incluye una prueba de funcionamiento ejecutivo, y por este motivo tal vez no logre detectar alteraciones de los lóbulos frontales en individuos con el resto de funciones encefálicas indemnes.

Tabla 6-21

Puntuación del miniexamen del estado mental (MMSE)

Puntos	Tarea
5	Orientación respecto a estado/comunidad autónoma, país, localidad, edificio, planta
5	Orientación respecto a año, estación, mes, día de la semana, día del mes
3	Registro de tres palabras
3	Recuerdo de tres palabras a los 5 min
5	Restar 7 consecutivamente o deletrear la palabra «mundo» al revés
2	Nombrar dos objetos
1	Comprender una frase
1	Escribir una frase
1	Repetir una frase («Ni síes, ni noes ni peros»)
3	Cumplir una orden de tres pasos
1	Copiar un dibujo
30	Puntuación total posible

Adaptado de Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-Mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician, *J Psychiatr Res* 12:189–198, 1975.

La prueba del reloj (CDT, Clock-Drawing Test) constituye un cribado excelente del funcionamiento ejecutivo y puede ser un complemento muy útil al MMSE. En esta prueba se pide al paciente que dibuje la esfera de un reloj y señale una hora determinada. La [figura 6-1](#) muestra el reloj dibujado por un paciente con una lesión frontal; se pidió al paciente que

dibujara «las 2 menos 10». Obsérvese que los números están dibujados fuera del círculo (que en este caso lo aportó el evaluador) y agrupados en vez de distribuidos regularmente, lo que indica una mala planificación. Las manecillas están unidas cerca de la parte superior del reloj, próximas a los números 10 y 2 en vez de en el centro, lo que indica que el paciente estaba condicionado por el estímulo de estos números. La CDT también detecta síndromes de negligencia en pacientes con lesiones del lóbulo parietal; en estos casos es posible que todos los números estén apiñados en la parte derecha del círculo.

Figura 6-1 Prueba del reloj (Clock-Drawing Test) en un paciente con lesión del lóbulo frontal. Dibuje «las 2 menos 10».

La escala de valoración de la demencia (DRS, Dementia Rating Scale) es un instrumento más largo, pero con frecuencia más válido respecto al pronóstico, para la detección sistemática y el seguimiento de la demencia. Consiste en una prueba administrada por el clínico que cubre cinco dominios cognitivos (recogidos en la [tabla 6-22](#)) y se completa en 30-40 min. En todos los dominios, los ítems específicos se presentan de forma jerárquica, los más difíciles primero. Si la persona realiza los ítems difíciles correctamente se saltan muchos de los restantes de la sección, que son puntuados como correctos. Un punto de corte de 129 o 130 se ha asociado con una sensibilidad del 97% y una especificidad del 99% para el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer en una cohorte de gran tamaño de pacientes con Alzheimer y controles sanos. Las mediciones repetidas de la DRS han demostrado que predicen la velocidad del deterioro cognitivo en la enfermedad de Alzheimer; además, los déficits de rendimiento en dominios específicos han sido correlacionados significativamente con alteraciones encefálicas localizadas. Es posible que la DRS también sea útil para diferenciar la enfermedad de Alzheimer de otras causas de demencia, como enfermedad de Parkinson, parálisis supranuclear progresiva y enfermedad de Huntington.¹¹

Tabla 6-22

Dominios de la escala de valoración de demencia (DRS)

Dominio	Contenidos	Puntuación
Atención	Conjunto de números en orden directo e inverso, órdenes de uno y dos pasos, búsqueda visual, lista de palabras, emparejar dibujos	0-37
Iniciación y mantenimiento	Fluidez verbal, repetición, movimientos alternantes, copiar patrones alternantes	0-37
Construcción	Copiar figuras geométricas simples	0-6
Conceptualización	Identificar parecidos conceptuales y físicos entre objetos, razonamiento inductivo simple, producir una frase	0-39
Memoria	Recuerdo demorado de frases, orientación, memoria lejana, reconocimiento inmediato de palabras y figuras	0-25
Puntuación total		0-144

Adaptado de Salmon DP. Neuropsychiatric measures for cognitive disorders. In Rush AJ, Pincus HA, First MB, et al. editors: Handbook of psychiatric measures, Washington, DC, 2000, American Psychiatric Association.

El cuestionario de funcionamiento cognitivo y físico (CPFQ, Cognitive and Physical Functioning Questionnaire) del Massachusetts General Hospital es un instrumento autoadministrado con siete ítems que cubre varios síntomas cognitivos (motivación, alerta, energía, concentración, memoria, vocabulario y agudeza mental). Los ítems se gradúan en una escala ordinal (1 = mayor de lo normal, 2 = normal, 3 = mínimamente reducido, 4 = moderadamente reducido, 5 = notablemente reducido, y 6 = totalmente ausente). Los clínicos pueden usar la puntuación total como medida global de gravedad. Aún no hay puntos de corte validados para las puntuaciones totales de gravedad, como sí existen en algunos de los otros instrumentos revisados, pero están en desarrollo. La [tabla 6-23](#) presenta unas directrices generales basadas en los intervalos de las puntuaciones mínimas a las máximas posibles. Esta herramienta se usa principalmente en investigación.

Tabla 6-23

Puntuación del cuestionario de funcionamiento cognitivo y físico (CPFQ)

Puntuación	Interpretación
7	Funcionamiento superior al normal
8-14	Funcionamiento normal
15-21	Funcionamiento mínimamente reducido
22-28	Funcionamiento moderadamente reducido
29-35	Funcionamiento notablemente reducido
36-42	Funcionamiento totalmente ausente

Conclusión

En este capítulo hemos descrito la importancia de las escalas diagnósticas globales y específicas de trastornos en psiquiatría. Presentamos las indicaciones, el formato y la utilidad de varios instrumentos diagnósticos muy usados, así como ciertas consideraciones prácticas relativas a su uso. Ninguna escala diagnóstica sustituye a una entrevista minuciosa, un diagnóstico diferencial cuidadosamente planteado y un plan de tratamiento individualizado en psiquiatría. Sin embargo, las escalas pueden afinar todos estos componentes al aportar información centrada de una forma rentable y eficiente, revelar elementos sutiles de la psicopatología con implicaciones terapéuticas importantes y constituir un medio objetivo y a menudo sensible de vigilar los cambios clínicos a lo largo del tiempo. Las escalas diagnósticas aportan también medidas estandarizadas que garantizan la integridad y la homogeneidad de las cohortes en las investigaciones clínicas, mejorando así la fiabilidad y la validez de los estudios de investigación psiquiátrica. Así pues, independientemente del entorno en que se usen, las escalas diagnósticas aumentan la precisión de la valoración psiquiátrica.

Acceda online a las preguntas de opción múltiple (en inglés) en <https://expertconsult.inkling.com>

Bibliografía esencial

1. Kirkpatrick B, Buchanan RW, Ross DE, et al. A separate disease within the syndrome of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58:165–171.
2. Bear L, Jacobs DG, Meszler-Reizes J, et al. Development of a brief screening instrument: the HANDS. *Psychother Psychosom*. 2000;69:35–41.
3. Mischoulon D, Fava M. Diagnostic rating scales and psychiatric instruments. In: Stern TA, Herman JB, Gorrongo TL, eds. *Massachusetts General Hospital psychiatry update and board preparation*. ed 3 Boston, Massachusetts: MGH Psychiatry Academy Publishing; 2012.
4. Roffman JL, Silverman BC, Stern TA. Diagnostic rating scales and laboratory tests. In: Stern TA, Fricchione GL, Cassem NH, et al., editors. *Massachusetts General Hospital handbook of general hospital psychiatry*. ed 6. Philadelphia: Saunders/Elsevier; 2010.
5. Zarin DA. Considerations in choosing, using, and interpreting a measure for a particular clinical context. In: Rush AJ, Pincus HA, First MB, et al., editors. *Handbook of psychiatric measures*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
6. Perkins DO, Stroup TS, Lieberman JA. Psychotic disorders measures. In: Rush AJ, Pincus HA, First MB, et al., editors. *Handbook of psychiatric measures*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
7. Atbasoglu EC, Ozguven HD, Olmez S. Dissociation between inattentiveness during mental status testing and social inattentiveness in the Scale for the Assessment of Negative Symptoms attention subscale. *Psychopathology*. 2003;36:263–268.
8. Carpenter WT, Heinrichs DW, Wagman AMI. Deficit and nondéficit forms of schizophrenia: the concept. *Am J Psychiatry*. 1988;145:578–583.
9. Shear MK, Feske U, Brown C, et al. Anxiety disorders measures. In: Rush AJ, Pincus HA, First MB, et al., editors. *Handbook of psychiatric measures*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
10. Rounsaville B, Poling J. Substance use disorders measures. In: Rush AJ, Pincus HA, First MB, et al., editors. *Handbook of psychiatric measures*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
11. Salmon DP. Neuropsychiatric measures for cognitive disorders. In: Rush AJ, Pincus HA, First MB, et al., editors. *Handbook of psychiatric measures*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.

Lecturas recomendadas

Andreasen NC. Scale for the assessment of negative symptoms (SANS). Iowa City, IA: University of Iowa; 1983.

Andreasen NC. Scale for the assessment of positive symptoms (SAPS). Iowa City, IA: University of Iowa; 1983.

Baer L, Jacobs DG, Meszler-Reizes J, et al. Development of a brief screening instrument: the HANDS. *Psychother Psychosom.* 2000;69:35–41.

Barnes TRE. A rating scale for drug-induced akathisia. *Br J Psychiatry.* 1989;154:672–676.

Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961;4:561.

Beigel A, Murphy D, Bunney W. The manic state rating scale: scale construction, reliability, and validity. *Arch Gen Psychiatry.* 1971;25:256.

Blake DD, Weathers FW, Nagy LN, et al. A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: the CAPS-1. *Behav Ther.* 1990;18:187–188.

Davidson JRT, Potts NLS, Richichi EA, et al. The Brief Social Phobia Scale. *J Clin Psychiatry.* 1991;52:48–51.

Fava M, Iosifescu DV, Pedrelli P, et al. Reliability and validity of the Massachusetts General Hospital cognitive and physical functioning questionnaire. *Psychother Psychosom.* 2009;78:91–97.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. “Mini-Mental State.” A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res.* 1975;12:189–198.

Freedman M, Leach L, Kaplan E, et al. *Clock Drawing: a neuropsychological analysis.* New York: Oxford University Press; 1994.

Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry.* 1989;46:1006–1011.

Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Arch Gen Psychiatry.* 1989;46:1012–1016.

Guy W. ECDEU assessment manual for psychopharmacology—revised (DHEW pub no ADM 76-338), Rockville, MD, 1976, US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, National

Institute of Mental Health Psychopharmacology Branch, Division of Extramural Research Programs.

Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*. 1959;32:50.

Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23:56–62.

Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC, et al. The Fagerstrom Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Br J Addict*. 1991;86:1119–1127.

Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1987;13:261–276.

Kirkpatrick B, Buchanan RW, Mckenney PD, et al. The Schedule for the Deficit Syndrome: an instrument for research in schizophrenia. *Psychiatry Res*. 1989;30:119–123.

Mattis S. Mental status examination for organic mental syndrome in the elderly patient. In: Bellak L, Karasu TB, editors. *Geriatric psychiatry: a handbook for psychiatrists and primary care physicians*. New York: Grune & Stratton; 1976.

Mattis S. *Dementia Rating Scale: professional manual*, Odessa, 1988, Psychological Assessment Resources.

Mayfield D, McLeod G, Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry*. 1974;131:1121–1123.

Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*. 1979;134:382–389.

Munetz MR, Benjamin S. How to examine patients using the Abnormal Involuntary Movement Scale. *Hosp Community Psychiatry*. 1988;39:1172–1177.

Overall JE, Gorham DR. The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Rep*. 1962;10:799.

Rush AJ, Giles DE, Schlessler MA, et al. The Inventory for Depressive Symptomatology (IDS): preliminary findings. *Psychiatry Res*. 1985;18:65–87.

Rush AJ, Trivedi MH, Ibrahim HM, et al. The 16-item Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS), Clinician Rating (QIDS-C), and Self-Report (QIDS-SR): a psychometric evaluation in patients with chronic major depression. *Biol Psychiatry*. 2003;54:573–583.

Selzer ML. The Michigan Alcoholism Screening Test: the quest for a new diagnostic instrument. *Am J Psychiatry*. 1971;127:1653–1658.

Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(Suppl. 20):22–33.

Simpson GM, Angus JWS. A rating scale for extrapyramidal side effects. *Acta Psychiatr Scand*. 1970;212:11–19.

Skinner HA. The Drug Abuse Screening Test. *Addict Behav*. 1982;7:363–371.

Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, et al. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I. History, rationale, and description. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49:624–629.

Tuokko H, Hadjistavropoulos T, Miller JA, et al. The Clock Test: administration and scoring manual. Toronto: Multi-Health Systems; 1995.

Williams JB, Gibbon M, First MB, et al. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). II. Multisite test-retest reliability. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49:630–636.

Wing JK, Babor T, Brugha T, et al. SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry*. 1990;47:589–593.

Wolf-Klein GP, Silverstone FA, Levy AP, et al. Screening for Alzheimer's disease by clock drawing. *J Am Geriatr Soc*. 1989;37:730–734.

Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, et al. A rating scale for mania: reliability, validity and sensitivity. *Br J Psychiatry*. 1978;133:429–435.

Zung WWK. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry*. 1965;12:63–70.

(Stern, 20171024, pp. 61.e1-72.e1)

Stern, T. A. (20171024). *Massachusetts General Hospital. Tratado de Psiquiatría Clínica, 2nd Edition* [VitalSource Bookshelf version]. Retrieved from <https://bookshelf.vitalsource.com/books/9788491132301>

La cita indicada es una instrucción. Compruebe cada cita antes del uso para obtener una mayor precisión.