

Vázquez, C., Valiente, C., y Díez-Alegría, C. (1999). La evaluación del delirio: desde los sistemas categoriales a la evaluación multidimensional. En F. Silva (ed.), Avances en evaluación psicológica (pp. 311-360. Valencia: Promolibro. ISBN: 84-7986-251-3.

LA EVALUACIÓN DEL DELIRIO: DESDE LOS SISTEMAS CATEGORIALES A LA EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL.

Carmelo Vázquez

Facultad de Psicología
Universidad Complutense

Carmen Valiente

Facultad de Psicología
Universidad Complutense

Cristina Díez-Alegría

Hospital Clínico Universitario de San Carlos
Servicio de Psiquiatría

En las últimas décadas, el estudio de los síntomas en psicopatología ha ido perdiendo peso frente al estudio de las categorías psiquiátricas. La descripción, evaluación y análisis causal de los delirios, las alucinaciones, la culpa, la anhedonia, o la despersonalización, han sido gradualmente sustituidos por el estudio de otras categorías más abstractas como la esquizofrenia, la depresión mayor, o el trastorno bipolar. El éxito de los sistemas diagnósticos modernos a partir del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) ha sido posiblemente la principal causa de este cambio de tendencia por la que se concede una inusitada posición de privilegio a las etiquetas diagnósticas llegando éstas a ordenar la investigación y el pensamiento clínico¹. Un ejemplo de esto es que prácticamente cualquier investigación clínica actual asume implícitamente la validez de los sistemas diagnósticos vigentes, de modo que la clasificación de los sujetos en grupos clínicos típicamente se efectúa atendiendo a su *diagnóstico* tipo DSM o CIE.

Pero, desafortunadamente, las categorías diagnósticas alcanzan unas cotas de validez bastante limitadas (Costello, 1993), de tal modo que nuestro conocimiento sobre la psicopatología humana encuentra una seria limitación con esta estrategia. ¿Se puede pensar en alguna solución alternativa? Como han advertido con indudable acierto Persons (1986) y Costello (1992), el *estudio de síntomas y signos* no sólo evitaría los problemas de validez de las clasificaciones diagnósticas (Vázquez, 1990) sino que permitiría centrar nuestra atención en fenómenos aislados de extraordinario interés clínico que han quedado en cierto modo olvidados bajo la pesada “lápidas” de los diagnósticos psiquiátricos reductores de información. Así mismo, este cambio de foco favorecería acercarse a una concepción de continuidad normal-patológico más válida que la perspectiva categorial todo-o-nada típica de la aproximación psiquiátrica tradicional.

El caso de la esquizofrenia, por ejemplo, es particularmente claro. Bajo esa etiqueta clínica, aparentemente bien limitada y de gran tradición clínica, se engloban subcuadros no sólo clínicamente muy dispares (ej.: hebefrenia y paranoia, por poner algunos ejemplos), sino posiblemente también muy diferentes en cuanto a su genética, patogénesis, y fisiopatología (Bentall et al., 1988; Costello, 1993). En este sentido, autores como Bentall (1990, 1996) han sugerido que nuestro avance sería mucho mayor si volviéramos nuestra atención hacia la investigación de síntomas como el delirio y las alucinaciones (que comparten cuadros diagnósticos diferentes), en vez de centrarnos exclusivamente en tomar como punto de partida las categorías diagnósticas (en este caso concreto, el “trastorno esquizofrénico”). Con este modo de proceder mejoraríamos incluso nuestro conocimiento sobre tales categorías. Volver la mirada hacia los elementos más moleculares de las entidades diagnósticas también nos parece congruente con una

¹ Incluso hasta los textos y manuales con un enfoque conductual articulan sus contenidos en torno a las grandes categorías diagnósticas DSM de la American Psychiatric Association (APA).

aproximación más operativa en el manejo terapéutico de los cuadros clínicos pues de lo que se trata es de modificar comportamientos, cogniciones, y emociones concretas, y no entidades con un nivel de abstracción mayor.

I. LA DEFINICIÓN DE DELIRIO

El delirio es particularmente interesante para este planteamiento pues posiblemente no hay un síntoma históricamente más definitorio de la locura (Berríos y Fuentenebro, 1996; Colina y Alvarez, 1994). A pesar de su importancia, la investigación sobre el delirio como síntoma exclusivo y único es asombrosamente escasa, y contrasta con la proliferación de investigaciones sobre cuadros clínicos que, paradójicamente, son en parte definidos por la presencia de aquél (ej.: esquizofrenia, trastornos afectivos con sintomatología psicótica, psicosis tóxicas, trastornos delirantes, etc.)². El primer problema con el que nos enfrentamos es que, a pesar de que el delirio es uno de los elementos clave de la psicopatología humana, su definición es todavía incierta. Una de las consecuencias de este problema conceptual inicial es que va a dificultar una evaluación bien dirigida y precisa, como trataremos de mostrar en las siguientes páginas.

Un primer modo de aproximarse al problema de la definición es acudir al significado aceptado en el lenguaje común. Según el Diccionario de la Lengua Española (RAE, 1984) el delirio es una «falsa opinión fija sobre cosas objetivas». Esta definición, a todas luces inadecuada, como podremos comprobar a lo largo de este capítulo, se circunscribe sólo a tres aspectos. En primer lugar, incluye valores de *verdad/falsedad* para definir lo que es delirante, en segundo lugar, subraya el carácter de *fijeza* de la idea y, en tercer lugar hace referencia a una distorsión sobre cosas “objetivas”. Por último, definir el delirio como “opinión” es una alternativa bastante controvertida porque, como veremos más adelante, se discute si el delirio es realmente un juicio probabilístico o abierto, sobre la realidad.

Desde el punto de vista clínico, sin duda la aproximación conceptual de Jaspers (1946/1993) ha sido la más influyente de nuestro siglo. Para este psiquiatra y filósofo alemán, el delirio se trata de: a) Una idea falsa que; b) se mantiene con una convicción subjetiva extraordinaria; c) se mantiene ante contraargumentaciones o ante experiencias en contra; y d) tiene un contenido imposible. Como puede apreciarse, la visión de Jaspers sobre los delirios incluía tres conceptos (*certeza subjetiva incorregibilidad, y contenido irreal*), que han permanecido prácticamente en todas las definiciones desde entonces (ver Tabla 1). No obstante, conviene recordar que el propio autor era consciente de la dificultad

² Los delirios pueden estar presentes en más de 75 condiciones clínicas muy diversas: uso de cortisona, distrofia muscular, hemodiálisis, encefalitis, Alzheimer, hipopituitarismo, insuficiencias hepáticas crónicas, corea de Huntington, epilepsia de lóbulo temporal, etc. (Maher y Ross, 1984).

de definir el delirio y proponía que esos criterios debían considerarse como características aproximadas más que como ingredientes necesarios de una definición cerrada (Spitzer, 1995)³.

En el influyente y omnipresente DSM-IV (APA, 1994) se hace un intento relativamente detallado pero, a nuestro juicio, como tendremos ocasión de analizar algo más adelante, fallido, de definir el delirio. En este sistema diagnóstico se considera que el delirio es una creencia falsa basada en inferencias incorrectas (ver Tabla 1). Es interesante que en la definición propuesta se suavice el aspecto de la convicción pues simplemente se afirma que el delirante mantiene con “firmeza” su idea delirante, pero no se alude directamente a la existencia de una supuesta convicción inmodificable.

INSERTAR TABLA 1: Definiciones de delirio

Quizás la definición más atípica, pero no por ello menos interesante, sea la de Oltmanns (1988). Este autor parte de la idea, con la cual estamos de acuerdo, de que más que una definición cerrada, el concepto de delirio se ajusta mejor al de un *prototipo*, como muchos otros constructos psicopatológicos, pues contiene elementos característicos que no son necesarios ni suficientes para su definición (Vázquez, 1991): se trataría, por tanto, de un concepto abierto, definido, por su propia naturaleza, de un modo borroso e inestable. Entrando ya en su propuesta, destacan varios elementos que no suelen ser comunes en las definiciones del delirio. En primer lugar, plantea claramente que el delirio sólo puede entenderse en el ámbito de la *comunicación* más que en el de la lógica, al subrayar no tanto la veracidad o falsedad del mismo como su ajuste a lo que es compartido socialmente y a lo que es tenido por cierto por los demás⁴. De este modo, la idea delirante no lo es por ser falsa sino por ser hecha en un contexto inapropiado y, más importante aún, con una justificación inapropiada (es decir, no pueden darse razones convincentes o adecuadas para esas verbalizaciones) –ver también Spitzer (1990) y Harper (1992). En segundo lugar, aunque el contenido de los síntomas psicóticos casi siempre es *disfórico* e invasivo (Slade y Bentall, 1988), no se suele incluir esta característica emocional tan importante en las definiciones más típicas. En tercer lugar, una característica fundamental para poder efectuar una teoría psicopatológica del delirio es que su contenido es siempre altamente *autorreferente*: el yo está siempre directamente involucrado. Esta característica es para algunos autores (ej.: Castilla del Pino, 1998) la clave más importante para poder interpretar no sólo el contenido sino la propia *función del delirio*: proteger la autoestima, convirtiéndose

³ Obviamente la noción de Jaspers de delirio no quedaba circunscrita sólo a esas características. Entre otras cosas, Jaspers juzgaba que debajo de los juicios delirantes existía una transformación en la experiencia de la realidad y la personalidad.

⁴ Harper (1992) plantea abiertamente que las definiciones de delirio (ej.: DSM, CIE) parten de que se trata de ideas no asumidas por el resto de la mayoría de las personas de la cultura o subcultura, lo que implícitamente sugiere que se ven involucrados factores de *poder social* y de *mayoría social*.

así en una especie de tabla de salvación última de un mundo personal amenazado o destruido⁵. Como señalan Chadwick y Lowe (1994), esta aproximación constructivista al delirio plantea la interesante idea de que es el *individuo*, y no una patología oculta, lo que construye el delirio. Por último, la definición de Oltmanns plantea una característica importante para el diagnóstico diferencial del delirio frente a otras ideas anómalas como las obsesiones: en el delirio el sujeto no suele ofrecer resistencia mental ante su presencia aunque su contenido sea altamente aversivo⁶.

Pasemos ahora a analizar más en profundidad algunas de las características asociadas prototípicamente al delirio y contenidas, en mayor o menor medida, en las definiciones más habituales:

a) *Falsedad*. Este parece un criterio válido *prima facie*. Sin embargo, es complicado aceptarlo incondicionalmente como criterio definitorio. ¿Cómo se distingue un delirio religioso de una profunda *creencia religiosa* de las personas normales? ¿Qué sucede si el celotípico es *realmente* engañado por su esposa? El criterio de verdad/falsedad es difícil de utilizar. De hecho, el clínico raramente siente la necesidad de determinar la veracidad de la idea para diagnosticar su carácter delirante. En definitiva, el criterio de falsedad a veces no es aplicable, a veces no es relevante, y a veces sencillamente no se cumple (Brockington, 1991; Spitzer, 1995). Por otro lado, el criterio de “falsa creencia” no puede ser definitorio del delirio pues está demostrado que el pensamiento de las personas normales está repleto de sesgos, distorsiones, creencias irracionales (Vázquez, 1995) e incluso cabe la posibilidad de que estas características distorsionantes sean *intrínsecas* al pensamiento sano (Avia y Vázquez, 1998). Para evitar el espinoso tema de la falsedad, un tema central de la filosofía y la lógica, algunos autores prefieren emplear el concepto “popperiano” de *falsabilidad*. Según esto, lo característico del delirio sería no tanto su falsedad como su carácter de explicación no falsable, es decir, el hecho de ser creencia no susceptible de someterse a un proceso de validación mediante pruebas de realidad (Walkup, 1990).

b) *Inferencia incorrecta*. La definición del DSM-IV (APA, 1994) asume que el delirio surge de un proceso inferencial incorrecto. Si embargo, este es un elemento muy discutible. En primer lugar, definir el delirio como un proceso defectuoso lógico, parece reducirlo a un trastorno formal del pensamiento. En segundo lugar, aun admitiendo que el delirio conlleve alguna anomalía en el razonamiento, existen muchas hipótesis alternativas sobre la *naturaleza* del problema lógico subyacente (Baños y Belloch, 1995; Maher y Ross, 1984); la existencia de anomalías en el proceso de inferencias, planteada en la definición del DSM-IV, es sólo una de tales hipótesis. Si esta se asume como cierta, parecería que implícitamente se acepta que en el delirio están intactas otras operaciones cognitivas (ej.: codificación o registro de la información, procesos deductivos de razonamiento, etc.), lo cual no está en absoluto probado (Maher, 1992; Bentall, Kinderman, y Kaney, 1994). Para terminar, la asunción de una teoría explicativa del delirio

⁵A este respecto es interesante resaltar que autores como Schlinger (1995) han efectuado un análisis sobre las funciones evolutivo-filogenéticas que pueden tener los delirios de persecución.

⁶No obstante, hay casos obsesivos en los que el sujeto se “entrega” a la idea obsesiva (Stern y Cobb, 1978) -cit. en Garety (1994).

incluida en la definición propuesta por el DSM-IV es algo bastante paradójico en un sistema de clasificación que se autoproclama “ateórico”.

c) *Realidad externa*. Es difícil de precisar a qué se refiere el DSM-IV al apelar a la “realidad externa”. Muchos delirios tienen relación con uno mismo (ej. : delirios propioceptivos, delirios nihilistas de negación de la propia existencia, etc.) o con la propia producción cognitiva (delirios metacognitivos como, por ejemplo, las ideas de inserción, transmisión, o robo del pensamiento) sin que aparentemente hagan referencia directa al “mundo exterior”. Por último, y este es un aspecto epistemológico nada desdeñable, el propio concepto de “realidad” ha sido motivo de un largo debate en la filosofía occidental que es ingenuamente pasado de largo en estas definiciones de delirio que asumen una posición de realismo absolutista (Harper, 1992). Una posición más construccionista de la realidad puede ayudar a entender mucho mejor el *proceso de formación* de delirios tan entrelazados con la interacción social como la paranoia: es típico que las cogniciones paranoides se acentúen en quien las padece puesto que el paranoide es casi siempre perseguido, observado, o escrutado con atención por los de su alrededor en una escalada que se alimenta mutuamente (Lemert, 1962, cit. en Harper, 1992; Mayerhoff et al., 1991).

d) *Incorregibilidad y certeza subjetiva*. Quizás lo más llamativo del delirio es que no se expresa como una proposición condicional o probabilística (ej. : “creo que va a llover”, “estoy seguro de que voy a aprobar”, etc.) sino como una verdad terminal (Garety y Hemsley, 1994). El delirio, al menos en su estado más puro e intacto parece más un *saber* que una opinión o creencia⁷ (cada uno de nosotros sabemos nuestro propio nombre, no creemos llamarnos así y, por lo tanto, saber nuestro nombre es un tipo de conocimiento no probabilístico u opinable) –Scharfetter, 1979. En palabras de Castilla del Pino (1998), “..el delirio no es una creencia, sino una evidencia” (p. 17), de tal modo que “...el delirante no es que cometa un error....sino que está instalado definitivamente en un error total, sobre él y sobre su entorno, al conferirle a sus creencias el rango de evidencias” (p. 35)⁸.

Pero este criterio, que parece esencial al delirio, es bastante problemático e incluso, como ya señaló Matusek (1952), la propia idea de la *incorregibilidad* puede haber paralizado la investigación y el interés clínico sobre los delirios. En muchas ocasiones la convicción sobre la veracidad del delirio no es absoluta (Strauss 1969; Brett-Jones, Garety y Hemsley, 1987), especialmente cuando transcurre cierto tiempo

⁷ Es discutible si el delirio puede considerarse, desde un punto de vista lógico, una “creencia”. Para autores como Price (1934) o, más modernamente, Berrios (1991), el delirio no se ajusta, con criterios estrictos, a la definición de creencia. No obstante, y a pesar del interés de este punto de vista, creemos todavía operativo seguir considerándolo un tipo especial de creencia que, por cierto, no resulta muy diferente, en cuanto a sus características formales de otros tipos de ideas humanas como, por ejemplo, las creencias religiosas muy firmes (Peters et al. 1999).

⁸ Para Castilla, la clave del pensamiento delirante es que en él se comete un error diacrítico (paso lógico por el que implícita o explícitamente respondemos a la cuestión de que si lo que percibimos es “real” o una “interpretación”). El error consistiría, según esta teoría, en la homologación de una interpretación a una observación o a un dato evidente.

desde su inicio o cuando, por efectos de la medicación antipsicótica, el delirio parece comenzar una fase de “disolución” (cf. Castilla del Pino, 1991, 1998). En cualquier caso, las definiciones típicas del delirio apenas recogen esta situación tan frecuente en la psicopatología del delirante ni sugieren, obviamente, ninguna aproximación de evaluación para estas situaciones tan comunes.

II. CLASIFICACIÓN DE LOS DELIRIOS

No se puede decir que exista, en propiedad, una taxonomía de los delirios pues no hay ningún principio regulador (sea de orden etiológico, clínico, o pronóstico) que sirva de modo indiscutido como elemento vertebrador de una auténtica taxonomía clasificadora. A lo largo de la historia de la Psicopatología se han empleado diversos criterios para intentar clasificarlos:

- *Contenido.* Este es posiblemente uno de los criterios de clasificación más obvios y también más superficiales (Garety y Hemsley, 1994). Aún hoy el DSM-IV efectúa un listado de delirios atendiendo a su contenido (de celos, de pobreza, eróticos, referencia, paranoides, religiosos, somáticos, etc.). Sin embargo, la clasificación en función del contenido proporciona muy poca información clínica sobre el estado del paciente o sobre su curso y tratamiento. Los temas delirantes son relativamente escasos y diversas investigaciones transculturales y transhistóricas han demostrado que sus contenidos generales están influidos por factores culturales mientras que los más específicos están afectados por elementos biográficos individuales (Spitzer, 1995; Castilla del Pino, 1998). Por ejemplo, Lenz (1964) demostró que el contenido de los paranoides hospitalizados en Austria fue cambiando con el curso de la historia: en 1850 el tema más común era la persecución por el demonio, en 1880 la persecución por parte de los prusianos, en 1920 de los socialdemócratas, en 1940 de los nazis, y en 1960 de los comunistas. Otros temas delirantes han sufrido metamorfosis semejantes con el curso del tiempo, siendo el tema básico invariante: los delirios hipocondríacos tomaban la forma de plagas, luego de sífilis, más tarde de cáncer y, en la actualidad, de SIDA (Colenda et al., 1990). Dado que cada cultura refuerza y alimenta expectativas, deseos, y temores diferentes a las de otras, esto también influye en aquello sobre lo que se delira. Así, por ejemplo, los coreanos y los chinos tienen temas delirantes diferentes: en aquellos predominan más los temas relacionados con la familia, la religión, y el sexo, mientras que en los chinos predominan temas de envenenamiento y extracción de vísceras y de sangre lo que, en ambos casos, responde a ciertas pautas macroculturales diferenciales (Kim et al., 1993).

A veces se ha intentado evaluar el grado de «extravagancia» o rareza del contenido del delirio (*bizarreness*). Pero tampoco esto ha dado buenos resultados puesto que, aparte de que no parece ser un concepto clínico o terapéuticamente útil, en su medición existe un escaso acuerdo interjueces (Flaum et al., 1991; Junjinger et al., 1992; Spitzer et al., 1993). A pesar de todo, todavía hoy los clínicos

desgraciadamente prestan más atención al contenido del delirio que al proceso subyacente o a las condiciones clínicas, biográficas, o ambientales, que han facilitado su formación (Spitzer, 1995).

- *Delirios primarios y secundarios.* Esta es una de las dicotomías más clásicas vertidas sobre la clasificación de los delirios. Para Jaspers (1946/1993), las ideas delirantes *genuinas* (o *primarias*) son irreductibles a análisis psicológicos pues ocurren súbitamente, sin una conexión “comprensible” con los acontecimientos precedentes, mientras que las ideas deliroides (o *secundarias*) tendrían una explicación a la luz biográfica de los sujetos o de su personalidad previa (como suele suceder, por ejemplo, en los delirios de culpa, enfermedad, o ruina de la depresión)⁹. Sin embargo esta distinción entre delirio primario y secundario, ampliamente aceptada en la psiquiatría anglosajona no tiene consistencia empírica (Garety y Hemsley, 1994) y raramente se incluye en sistemas de evaluación modernos.

- *Delirios crónicos y agudos.* La cronicidad del delirio tiene una relativa importancia por imponer una cierta estructura formal. En principio, los delirios agudos suelen estar más acompañados de ansiedad y un estado de ánimo más delirante (ideas de sospecha, sensación de hipersignificado de la realidad, etc.) y responden mejor a neurolépticos. Por el contrario, los delirios crónicos suelen estar muy cristalizados y entretrejidos y quienes los sufren suelen mostrar cambios más profundos en cuanto a su estructura de conocimiento e interpretación del mundo (Spitzer, 1995).

- *Delirios compartidos e individuales.* Aunque la mayor parte de los delirios son experiencias individuales, no compartidas, en algunas ocasiones el delirio es compartido por alguna otra persona (normalmente algún familiar cercano con quien se convive, quien puede llegar a asumir de modo simbiótico la creencia delirante de la otra persona).

- *Delirios congruentes o no congruentes con el estado de ánimo.* Esta distinción, recogida en el DSM-IV el CIE-10 (OMS, 1992), alude a la consonancia entre el estado de ánimo y el contenido del delirio. En la práctica, el concepto de delirio congruente/incongruente se aplica a los delirios que aparecen en el curso de los trastornos del estado de ánimo.

A pesar de su aparente exhaustividad, estas clasificaciones suponen, en nuestra opinión, un ejercicio relativamente estéril, pues ofrecen no mucho más que un mero análisis nominal o un nivel de observación atóxico de un fenómeno tan intrincado como el delirio. La escasez de teorías relevantes que guíen los conceptos sobre los que se ha de clasificar y evaluar el delirio, convierte a estos intentos clasificadores en un artificio verbal las más de las veces.

⁹Sobrepasa el alcance de este trabajo una explicación más minuciosa de los tipos de ideas delirantes primarias propuestos en la tradición clínica: temple o atmósfera delirante, idea delirante repentina (o intuición delirante), recuerdos delirantes, y percepción delirante (Pfeffer y Waldron, 1987; Baños y Belloch, 1995).

III. LA EVALUACIÓN TRADICIONAL DE LOS DELIRIOS

A. El delirio como síntoma en instrumentos diagnósticos

La exploración sistematizada del delirio, con instrumentos específicos de medida, es reciente. Quizás los primeros esfuerzos por efectuar un análisis completo y fiable del delirio se encuentran en las entrevistas estructuradas diagnósticas. Aunque el objetivo de las mismas es llegar a proporcionar un diagnóstico categorial, para ello necesitan explorar el delirio tal y como se exige en los criterios diagnósticos de los sistemas a que típicamente hacen referencia (normalmente el DSM-III o versiones superiores). Por ello creemos conveniente hacer, primero, un breve repaso de estos instrumentos tan extendidos en la clínica y en la investigación para comprobar cómo se evalúa en ellos el delirio. En la Tabla 2 exponemos un resumen de las entrevistas estructuradas que analizamos, y en la Tabla 3 señalamos los diferentes contenidos de delirio cubiertos por estas entrevistas.

INSERTAR TABLA 2: Características de las entrevistas estructuradas

INSERTAR TABLA 3: Contenidos delirantes incluidos en entrevistas

1. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS) (Endicott y Spitzer, 1978).

La SADS es una de las primeras entrevistas estructuradas existentes (véase Vázquez, 1990) y su objetivo es proporcionar diagnósticos, sólo para las principales categorías, basados en los criterios diagnósticos antecedentes del DSM-III (APA, 1980)¹⁰. Consiste en un protocolo semiestructurado detallado y complejo que requiere desde 1.5 a 2.5 horas para su ejecución, dependiendo de la experiencia del clínico, y la locuacidad y el grado de trastorno del paciente.

a. Evaluación del delirio. La SADS define los delirios como una convicción en creencias que casi con total seguridad se puede decir no son *verdaderas* y no son compartidas por el subgrupo religioso o cultural del sujeto, pudiendo ser pasajeras o sostenidas a través del tiempo. De los 286 ítems del SADS, 13 están dedicados a identificar la presencia de tipos de delirios, cubriendo diversas áreas temáticas (véase Tabla 3). Cada uno de estos ítems es valorado en una escala de 0 a 3 (0= no hay suficiente información, 1= ausente, 2= probable, y 3= definitivamente presente). Si se juzga que el delirio está al

¹⁰ Los Criterios Diagnósticos de Investigación -*Research Diagnostic Criteria*- de Spitzer y Endicott (1978).

menos probablemente presente, entonces se valoran sus características mediante seis apartados. En el primero de estos apartados se juzga la *gravedad* a través de una escala Likert de 0 a 6:

- 0= no hay información,
- 1= no delirante,
- 2= probablemente,
- 3= definitivamente delirante aunque cuestiona su falsa creencia,
- 4= generalmente esta convencido de su creencia pero no influye en su conducta,
- 5= el delirio tiene un efecto significativo en sus acciones (ej.: “a menudo pide a sus familiares que le perdonen por sus pecados o preocupado con la creencia de que es el nuevo Mesías”), y
- 6= sus acciones basadas en los delirios tienen un impacto significativo en el sujeto y otras personas significativas [ej.: “deja de comer porque piensa que su comida está envenenada”]).

Como puede observarse, en esta escala de gravedad se entremezcla información sobre la medida en la que el sujeto cuestiona su creencia, su grado de convicción, cómo reaccionó, y la frecuencia e impacto del síntoma en su funcionamiento.

En el segundo apartado se juzga, a través de una pregunta (“¿por qué pensaste que *..el delirio..* te estaba sucediendo?”), la medida en la que el contenido de los delirios es *congruente* con el afecto del sujeto. Se valora mediante una escala Likert de 0 a 3 (0= no hay información, 1= no hay consistencia entre el delirio y el afecto, 2= hay una conexión posible, y 3= hay una conexión completa). En el tercer apartado se recoge información a través de preguntas cerradas sobre la primera vez que surgen los delirios, la última vez y el número de episodios delirantes. El entrevistador rellena una tabla donde se resume la información sobre los diferentes episodios delirantes, el tipo y contenido del delirio, la edad de aparición, la duración del síntoma, y el tratamiento recibido. En los tres apartados restantes se valora si el síntoma se presentaba sólo cuando el sujeto consumía alcohol o drogas, o cuando estaba en una fase depresiva o maníaca, con el fin de hacer un diagnóstico diferencial.

b. Fiabilidad y Validez. Endicott y Spitzer (1978) encontraron que la fiabilidad intraclase era bastante alta para la mayoría de los ítems del SADS, con un 90% de los ítems con coeficientes superiores a .60 para las entrevistas conjuntas. Otro estudio de Keller et al. (1981) concluyó que la fiabilidad interjueces del diagnóstico era buena, especialmente para los síntomas y síndromes afectivos, pero para la esquizofrenia era tan sólo de .52. Estos autores apuntan que existían desacuerdos entre los clínicos sobre

los síntomas psicóticos, lo que no es de extrañar dada la poca consistencia interna de las escalas de valoración citadas.

c. Usos más frecuentes. La SADS requiere un entrenamiento riguroso en profesionales de la salud y por lo tanto no es un método económico. Además, para usos clínicos rutinarios es probablemente demasiado detallada y consume excesivo tiempo.

Existen diversas versiones del SADS, entre las que cabe destacar el Kiddie-SADS (Endicott y Spitzer, 1978) usada para niños con edades comprendidas entre los 6 y 17 años. Tras diversas revisiones se ha desarrollado el K-SADS-III-R (Ambrosini, 1988) que permite formular diagnósticos DSM-III-R y RDC.

2. *Diagnostic Interview Schedule (DIS)* (Robins et al., 1981).

El DIS es una de las entrevistas más utilizadas. Se diseñó para poder efectuar estudios epidemiológicos a gran escala y con la idea de que fuese administrada por no expertos tras un proceso de entrenamiento (Vázquez, 1990). Es una entrevista altamente estructurada que cubre los diagnósticos de adultos del eje I mediante una serie de módulos independientes, proporcionando diagnósticos DSM-III y DSM-III-R. Esta diseñado para adultos mayores de 18 años y su administración dura de 1 a 3 horas. Los datos se codifican y editan y se puede usar el ordenador para generar los diagnósticos. Es una entrevista que no permite flexibilidad: las preguntas se deben efectuar exactamente como están escritas para permitir su comparabilidad interestudio.

a. Evaluación del delirio. De los 33 ítems que se incluyen en el módulo que valora trastornos esquizofrénicos o esquizofreniformes, 13 ítems valoran la presencia de delirios de diversos contenidos (véase Tabla 3). Para su exploración se le pide al sujeto que explique cómo llegó a esa creencia o cómo es posible que haya sucedido el contenido de su creencia. Además, en caso de existir el síntoma, se evalúa el momento de inicio, duración, intensidad, frecuencia, antigüedad, gravedad y deterioro, así como si el sujeto pidió consulta médica por la creencia, repercusiones en el funcionamiento (estado de ánimo, trabajo, relaciones, creencias sobre sí mismo) y coexistencia con otras alteraciones (ansiedad, manía o depresión). Además, en esta entrevista se intenta determinar si estos síntomas son debidos a enfermedad física o al consumo del alcohol o drogas.

b. Fiabilidad y Validez. El DIS muestra unos coeficientes de fiabilidad interjueces alta ($k=.95$) (Robins et al., 1981). En relación con la esquizofrenia se ha encontrado que el DIS tiende a sobrediagnosticar esquizofrenia (Folstein et al., 1985) y no permite una evaluación precisa de la prevalencia de los síntomas psicóticos a través del tiempo (Pulver y Carpenter, 1983). Robins et al. (1982) apuntan que el DIS tiene una mayor precisión diagnóstica cuando el trastorno es actual y/o es más grave.

c. Usos más frecuentes. El DIS es un instrumento de encuesta para la detección de casos psiquiátricos en la población general, pero también se ha utilizado como instrumento diagnóstico con colectivos clínicos. El principal inconveniente del DIS es su rigidez, aunque esto permite que sea una de las pocas entrevistas estructuradas económicas y fáciles de usar en estudios a gran escala. Existe también una versión de administración computarizada.

El DIS se usa exclusivamente con adultos mayores de 18 años, aunque existen versiones adaptadas para niños de 6 a 17 años; 1) *Diagnostic Interview Schedule for Children (DIS-C-1)* y *Diagnostic Interview Schedule: Parent Version (DIS-P)* de Costello et al. (1982, 1984); y 2) una versión revisada para los criterios DSM-III-R, el *Diagnostic Interview Schedule for Children- Revised (DIS-C-R)* (Shaffer et al., 1993).

3. Structured Clinical Interview (SCID) (Spitzer et al., 1987).

El SCID es otra entrevista estructurada, en este caso para ser administrada por clínicos experimentados, cuya finalidad es generar diagnósticos DSM-III-R. Existen versiones del SCID para pacientes hospitalizados y de ambulatorio, para sujetos control, o para hacer diagnósticos de eje I o el eje II. El SCID contiene módulos independientes que generan información sobre las diferentes clases de trastornos psiquiátricos, lo que permite que se pueda modificar la administración del SCID para diagnosticar sólo un tipo de patología si así lo requiere el estudio. Se comienza la entrevista con un repaso semiestructurado del desarrollo y historia del trastorno, sirviendo esto para proporcionar un diagnóstico tentativo que luego se evaluará sistemáticamente.

a. Evaluación del delirio. El SCID conceptualiza el delirio de acuerdo a la definición contenida en el DSM-III-R (APA, 1987) –idéntica a la del DSM-IV (APA, 1994). Se codifica la presencia/ausencia de los síntomas mediante una escala de 4 puntos (?=insuficiente información, 1= ausencia del síntoma, 2= por debajo del umbral clínico en gravedad o duración, 3= síntomas claramente presentes). Las ideas sobrevaloradas, definidas en la entrevista como “creencias no razonables y sostenidas que se mantienen con menor intensidad que el delirio”) se codificarían como un 2, sin que se dé más información sobre cómo distinguir unas de otras. Si existe razón para pensar que el síntoma psicótico se debe a alguna causa orgánica se codificará como un 1, lo que se determina preguntado si existía consumo de drogas, alcohol o medicinas o si el paciente estuvo enfermo físicamente durante los síntomas. De los 8 síntomas en el módulo de criba de trastornos psicóticos, 5 ítems indagan la presencia de creencias delirantes de diversos temas (Tabla 3).

b. Fiabilidad y Validez. Gibbon et al. (1981) encontraron que la fiabilidad de test-retest y la fiabilidad interjueces eran bastante elevadas.

c. Usos más frecuentes. Este instrumento es útil para usos clínicos o de investigación, aunque no es un método económico. Sólo se puede administrar por entrevistadores clínicos entrenados, utilizando múltiples fuentes de información para hacer los juicios diagnósticos. Se necesita considerable experiencia clínica por parte del entrevistador, no sólo para evaluar información inconsistente sino también para evaluar y extrapolar las respuestas del paciente a los criterios DSM.

4. Present State Examination (PSE) (Wing et al., 1974).

EL PSE es uno de los instrumentos con más tradición y prestigio, especialmente en el ámbito europeo. Se trata de una entrevista profunda y minuciosa sobre la psicopatología del paciente. Los datos recogidos por el PSE son registrados y procesados informáticamente, con lo que se pueden generar perfiles de síntomas y categorías de la CIE-9 y el DSM-III. Su duración puede ser de 1 hora a varias, y evalúa síntomas durante el último mes, excluyendo información sobre la personalidad y ajuste social. Una vez registrados los síntomas se pueden agrupar en síndromes a través de un programa de ordenador llamado CATEGO. Tras el examen de síntomas y la obtención de la información adicional para clasificar los trastornos CIE y DSM, se pueden producir cualquiera de las siguientes categorías para pacientes con psicosis funcionales: 1) esquizofrenia, 2) psicosis afectivas maníacas y mixtas, 3) psicosis depresivas, 4) psicosis paranoides, 5) otras psicosis.

a. Evaluación del delirio. El PSE hace quizás el rastreo más minucioso de síntomas (véase Tabla 3). Para cada delirio se valora su *frecuencia* a través de una escala de 7 puntos:

0= ausencia de síntomas,

1= síntomas ocurren de manera transitoria,

2= síntomas presentes en múltiples ocasiones,

3= síntoma presente continuamente,

5= problemas del lenguaje hacen difícil la interpretación de la respuesta,

8= existe duda por parte del paciente y

9= examen incompleto.

En la entrevista se explorara también su duración, si es monotemático, su sistematización, su preponderancia, su congruencia con el estado de ánimo, grado de convicción¹¹, acciones basadas en los delirios, edad de inicio, y la posibilidad de que sea producto de una causa orgánica.

¹¹ Precisamente, es interesante resaltar que el PSE distingue entre “delirio total” y “delirio parcial” en base al grado de *convicción* que expresa el sujeto.

b. Fiabilidad y Validez. Los estudios de fiabilidad interjueces indican que el PSE tiene una buena fiabilidad cuando los entrevistadores han recibido un entrenamiento adecuado. Wing et al. (1974) encontró un acuerdo total en el diagnóstico para el 92% de los casos de esquizofrenia.

c. Usos más frecuentes. La administración del PSE la tienen que llevar a cabo profesionales entrenados y con experiencia. La formación suele durar una semana. La entrevista puede llegar a ser bastante larga, por lo que no es un método ágil o económico. El PSE no se suele utilizar como instrumento diagnóstico, ya que no da diagnósticos clínicos sino que genera categorías similares para que posteriormente se le asigne el diagnóstico al sujeto mediante un juicio clínico. En cuanto al criterio temporal, excluye información anterior al último mes, como sugiere el propio nombre de la entrevista.

El PSE y el DIS han constituido la base para el desarrollo y ensayos de campo de los siguientes instrumentos que están siendo validados y publicados por la OMS en los últimos años:

-Composite International Diagnostic Interview (CIDI) (Robins et al., 1989), en español la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta. Es una entrevista diagnóstica, muy semejante al DIS, y también administrable por legos, que permite proporcionar diagnósticos DSM-III-R, DSM-IV, y CIE-10 mediante un programa de ordenador.

-Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN) (Wing, et al., 1992), en español el Cuestionario para la Evaluación Clínica en Neuropsiquiatría, traducido por Vázquez-Barquero (1993). El SCAN es un conjunto de instrumentos, utilizables sólo por clínicos entrenados, destinados a analizar, medir y clasificar la psicopatología y la conducta asociada a las principales alteraciones psiquiátricas de la edad adulta e incluye, entre algunos otros componentes, el PSE en una versión actualizada.

Tanto el CIDI como el SCAN son instrumentos destinados a analizar, medir y clasificar la psicopatología y la conducta asociada a las principales alteraciones psiquiátricas de la edad adulta. Fueron desarrollados principalmente para ser utilizados en estudios epidemiológicos, pero también pueden utilizarse con otras finalidades clínicas y de investigación (ej.: Vázquez et al., 1997). Ambos requieren un entrenamiento específico y una cierta experiencia clínica para su utilización adecuada.

5. Diagnostic Interview for Children and Adolescents (DICA) (Harjonic et al., 1975,1982).

Esta es una entrevista estructurada que proporciona diagnósticos DSM-III-R para niños de 6 a 12 años (DICA-R-C) o adolescentes de 13 a 17 años (DICA-R-A) -Reich y Welner (1988). Incluye varios

grupos diagnósticos infanto-juveniles en los que hay síntomas psicóticos (sección no diagnóstica que sirve para evaluar la gravedad de los otros diagnósticos). Incluimos estas entrevistas en este capítulo porque la evaluación del delirio en niños y adolescentes es un tema muy poco tratado y pensamos que quizás los instrumentos que recogen más información, a pesar de su pobreza psicopatológica, son estas entrevistas estructuradas. La DICA recoge información tanto de padres como de niños. Su estructura permite saltos de secciones no relevantes y su duración oscila entre 60 y 90 minutos.

a. Evaluación del delirio. De los 185 ítems organizados temáticamente por áreas de conflicto y/o síndromes psíquicos, 16 ítems se dedican a los síntomas psicóticos, de los cuales 8 exploran la presencia de síntomas delirantes de diversos temas (Tabla 3). La DICA evalúa la presencia de creencias delirantes con respuestas SI/NO, permitiendo determinar la edad de inicio y de la última vez, así como la medida en que estas creencias les han ocasionado *problemas* en casa, con sus amigos y en su rendimiento escolar. Hay que tener cuidado al valorar estos síntomas ya que la imaginación de los niños produce una amplia variedad de experiencias visuales y les hace difícil diferenciar la fantasía de la realidad.

b. Fiabilidad y Validez. Se han hallado buenas tasas de acuerdo interjueces (Harjonic et al., 1975,1982).

c. Usos más frecuentes. La administración del DICA no precisa que se hagan valoraciones clínicas por lo que puede ser administrado por entrevistadores no experimentados, aunque sí requiere un entrenamiento riguroso. Es un instrumento muy usado en estudios epidemiológicos en población general infantil.

B. Instrumentos Diseñados para la Evaluación General de Síntomas

El delirio es un síntoma que se incluye en algunos instrumentos muy utilizados que evalúan un amplio rango de síntomas psicopatológicos. En esta sección revisamos algunos de estos instrumentos y analizamos la extensión y calidad de la evaluación de la actividad delirante.

1. Manchester Scale (Krawiecka et al., 1977).

Esta es un breve escala de evaluación diseñada para registrar cambios a través del tiempo en pacientes psicóticos crónicos, siendo necesario que el evaluador esté *familiarizado* con el paciente evaluado. Su administración dura de 10 a 15 minutos y se administra como una entrevista no-estructurada aunque con algunas preguntas fijas. Las valoraciones están hechas tanto en base a la psicopatología conocida y observada como por lo dicho por el sujeto durante la entrevista.

a. Evaluación del delirio. La escala consta de 8 ítems. Cuatro de ellos (depresión, ansiedad, delirios, y alucinaciones) se basan en la información dada por el propio paciente, mientras que los otros 4 (incoherencia o irrelevancia del habla, afecto plano o incongruente, pobreza de habla o mutismo, y enlentecimiento psicomotor) están basados en la observación del evaluador. Se evalúa la *intensidad* del síntoma para cada ítem en una escala de Likert (ej.: 0= ausencia de delirio, 1= alguna evidencia de idea sobrevalorada pero no patológica, 2= ideas sobrevaloradas, 3= delirios moderados y 4= delirios graves).

b. Fiabilidad y Validez. Manchanda et al. (1986) han encontrado una fiabilidad alta para todos los ítems pero en especial para los síntomas positivos.

c. Usos más frecuentes. Comparado con el BPRS puede que la Manchester Scale sea una mejor escala para la valoración de síntomas positivos. Sin embargo, y debido a que sólo incluye un ítem de depresión y otro de enlentecimiento psicomotor como indicadores de trastornos anímicos, no es tan indicada para sujetos con síntomas maníacos o psicosis esquizoafectivas, ni tampoco para cuando se requiera cubrir un amplio rango de patología.

2. *Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS)* (Asberg et al., 1978).

El CPRS fue diseñado para medir los cambios en la gravedad de la psicopatología de un amplio rango de trastornos psiquiátricos, en particular los cambios producidos tras una intervención terapéutica. Su duración es de 45 a 60 minutos y pretende ser sensible al cambio.

La escala consiste de 67 ítems, 40 basados en los síntomas según el paciente, 25 basados en las conductas observadas, 1 ítem de valoración global y 1 ítem en donde el entrevistador valora la fiabilidad de la entrevista. Las valoraciones se basan en toda la información que se recoge en una entrevista que se hace a continuación de la entrevista clínica psiquiátrica, pues los autores consideran que así se consiguen valoraciones más validas que con protocolos de entrevistas estructuradas.

a. Evaluación del delirio. De los 40 ítems indicativos de síntomas relatados por el propio paciente, seis están incluidos en la sección de delirios, aunque también se contemplan creencias delirantes en uno de los ítems incluidos en la sección de vivencias del yo (en concreto, la sensación de ser controlado) y en otro de los ítems incluidos en la sección de pensamiento (bloqueo de pensamiento) (véase la Tabla 1). Los ítems reciben una puntuación de gravedad a través de escalas Likert de 4 puntos (0= ausencia de síntoma, 1= posible desviación, pero dentro de lo normal, 2= síntoma claramente patológico y 3= síntoma patológico en grado extremo). Se recomienda el uso de puntos intermedios en la escala Likert (ej.: 2,5) para aumentar la sensibilidad de la escala. Si se examina con atención la escala de valoración de los síntomas delirantes, podemos apreciar que parecen entremezclarse las dimensiones de frecuencia y convicción (ej.: para la ideas de persecución, la escala de valoración de gravedad es 0=

ninguna suspicacia, 1= sospechas ocasionales maliciosas, 2= sentimientos persistentes de que hablan de él y 3= convicción inalterable de ser víctima de una persecución).

b. Fiabilidad y validez. Jacobsson et al. (1978) encontró altos coeficientes de fiabilidad interjueces para todos los síntomas positivos. Montgomery et al. (1978) obtuvieron buenos índices de fiabilidad interjueces aun con breves períodos de entrenamiento.

c. Usos más frecuentes. Esta escala tiene varias ventajas: la claridad de la descripción de los ítems y el énfasis en evaluar síntomas sensibles al cambio. Como medida de cambio de la esquizofrenia es menos específica que otras escalas más largas ya que los síntomas fueron elegidos para abarcar un amplio espectro de los trastornos psiquiátricos, y sólo un número relativamente pequeño de ítems son claramente relevantes y válidos para la esquizofrenia. Esta escala se ha usado ampliamente en diferentes grupos de pacientes en estudios de tratamiento. Se recomienda su uso en intervalos semanales. Está diseñada para ser usada por cualquier profesional de salud mental con experiencia en entrevistas a pacientes psiquiátricos.

3. *Schizophrenia Change Scale (SCS) o Montgomery Schizophrenia Scale (MSS)* (Montgomery et al., 1978).

Fue diseñada como una escala específica para la esquizofrenia. Se extrajeron del CPRS los 12 ítems más sensibles al cambio en la esquizofrenia tras tratamiento neuroléptico. Su duración es de 10 a 15 minutos. Como en el CPRS, los ítems son valorados en base a un entrevista clínica flexible y puntuados en una escala Likert, donde las puntuaciones más altas se obtienen en base a una mezcla de los parámetros de frecuencia y gravedad.

a. Fiabilidad y validez. Montgomery et al. (1978) obtuvieron cifras de fiabilidad entre jueces desde .54 a .99. Los datos indican que esta escala es más sensible a los cambios que el BPRS.

b. Usos más frecuentes. Esta escala tiene la ventaja de que al basarse en el CPRS, contiene ítems claramente definidos y de uso frecuente. Sin embargo, los ítems se solapan y la escala serviría de poco con pacientes no colaboradores. Su utilidad principal en la evaluación de síntomas positivos es que incluye ítems que tienden a responder a la medicación, pero no puede usarse como una escala general de la sintomatología esquizofrénica.

4. *Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)* (Overall y Gorham, 1962).

Es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar *gravedad* de síntomas en trastornos psiquiátricos graves (fundamentalmente psicóticos). Con el BPRS se intentó conseguir una valoración rápida y extensa de cambios en la psicopatología, desarrollada a partir de un análisis factorial de grupos de ítems (Lorr et al., 1953, 1960). La administración dura entre 15 y 30 minutos. La escala consiste de 18 ítems (o 23 en su versión más reciente –Nuechterlein et al., 1986). El entrevistador valora al sujeto en base a los síntomas de los que informa y a su conducta durante la entrevista. Para cada ítem se juzga el estado del paciente en el momento actual o en las últimas 72 horas, según el síntoma. Los autores sugieren una entrevista estándar de 3 minutos para establecer el *rapport*, 10 minutos de interacción no directiva y 5 minutos de interrogatorio directo (para lo que el BPRS proporciona un guión de entrevista y sugiere las preguntas a efectuar).

a. Evaluación del delirio. Del total de ítems del BPRS, seis se centran en ideas delirantes (las escalas de preocupación somática, depresión, culpa, grandiosidad, suspicacia y contenidos inusuales del pensamiento). En estas escalas se entremezclan confusamente diferentes parámetros de medida como preocupación, convicción, frecuencia, intensidad o alteración del funcionamiento (ej.: en la escala de valoración del contenido inusual del pensamiento las puntuaciones se ordenan del siguiente modo: 2= ideas de referencia pero no mantenidas con plena convicción, 3= ideas de referencia con plena convicción, 4=delirio presente pero no mantenido con mucha fuerza y funcionamiento no alterado o delirio encapsulado con plena convicción y funcionamiento no alterado, 5= pleno delirio con algo de preocupación o algunas áreas de funcionamiento alteradas, 6= pleno delirio con mucha preocupación o muchas áreas de funcionamiento alteradas, 7= pleno delirio con casi total preocupación o la mayoría de las áreas de funcionamiento alteradas). Un problema particular en la evaluación de los delirios es que su contenido tiene que ser inusual para que se puntúen, y además, la categoría de contenido inusual del pensamiento y la de sospecha se solapan.

b. Fiabilidad y validez. A pesar de la falta de entrenamiento estandarizado y de la ausencia de criterios de valoración rigurosos presenta coeficientes de fiabilidad interjueces entre .56 y .87 (Overall y Gorham, 1962). En el plano teórico los constructos sintomáticos tienen una dudosa validez de constructo ya que se generaron sólo en base a un análisis factorial. Además, no es fácil diferenciar un constructo de otro y no guardan una relación clara con los signos y síntomas diagnósticos utilizados en la práctica psiquiátrica.

c. Usos más frecuentes. La escala se construyó para su uso en estudios de tratamiento de los trastornos psiquiátricos en general y por eso sólo algunos de sus ítems son específicos a la esquizofrenia, y menos aún a los síntomas positivos (tan sólo desorganización conceptual, conducta alucinatoria, contenido inusual del pensamiento, sospecha y grandeza). A pesar de sus desventajas, el BPRS es aún hoy la escala probablemente más usada en investigación, seguramente porque ofrece un método simple y rápido de evaluación. Sin embargo, sus instrucciones no son suficientes ni adecuadas (aunque la versión

de Nuechterlein et al., 1986 ha mejorado este aspecto), no da un tiempo estandarizado para la valoración, carece de programa o pautas de entrenamiento y requiere un entrevistador con experiencia.

C. Instrumentos diseñados para la evaluación de Síntomas Positivos.

Por último, revisaremos algunos instrumentos diseñados exclusivamente con la finalidad de evaluar la presencia de síntomas positivos y/o negativos. Se trata de instrumentos más modernos que intentan, aunque sin grandes innovaciones conceptuales ni formales, efectuar una evaluación más exhaustiva de estos síntomas. En algunos casos la evaluación de estos síntomas se incluye dentro de instrumentos que también evalúan síntomas negativos.

1. The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) (Kay et al., 1988, 1989).

El PANSS valora los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia, a través de una entrevista con el paciente que dura alrededor de 30-40 minutos. El período de valoración es la última semana aunque esto se puede modificar según las necesidades. La escala está compuesta por 30 ítems: 7 de síntomas positivos, 7 de síntomas negativos y 16 de psicopatología general. Las valoraciones no se basan exclusivamente en la entrevista con el paciente, sino que también consideran la información dada por los clínicos encargados y familiares. Se calculan puntuaciones totales separadas para los síntomas positivos y negativos, lo que permite una estimación de la dominancia del síndrome positivo o negativo en cada caso.

a. Evaluación del delirio. Existen 7 ítems de sintomatología positiva; 1) delirios, 2) desorganización conceptual, 3) alucinaciones, 4) excitabilidad, 5) grandiosidad, 6) suspicacia / perjuicio, y 7) hostilidad. En general, cada ítem se puntúa de 1 (sintomatología ausente) a 7 (máxima puntuación que considera la frecuencia del síntoma y la disfunción conductual que produce). El PANSS define los delirios de un modo muy estándar: creencias infundadas e idiosincrásicas, sin base real. Las bases para la puntuación en la escala de Likert son una mezcla bastante heterogénea del *contenido* del pensamiento expresado en la entrevista (estructura del tema delirante), el grado de *firmeza* con que se mantiene la idea y su *influencia* sobre las relaciones sociales y la conducta. Además, el PANSS contempla actividad delirante en los ítems de grandiosidad y de suspicacia/perjuicio, y en ambos casos las bases para la puntuación de la escala Likert reflejan el contenido del discurso del paciente y la influencia de este contenido sobre su conducta.

b. Fiabilidad y validez La escala tiene buenos índices de fiabilidad test-retest (en torno a .80) y de validez concurrente, con coeficientes de correlación de .77 entre el PANSS y las escalas de Andreasen

(Kay et al., 1987, 1989). Además, la correlación negativa entre las escalas positiva y negativa del PANSS sugiere una buena validez de constructo.

c. Usos más frecuentes. A pesar de los esfuerzos para lograr una escala psicométricamente sólida, su uso no está muy extendido en otros grupos de investigación.

2. Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS) (Andreasen, 1984).

El SAPS evalúa síntomas positivos y se diseñó para que se utilizara junto con la *Scale for the Assessment of Negative Symptoms* y la entrevista *Comprehensive Assessment of Symptoms and History (CASH)*. Se administra como un entrevista clínica general, seguida de preguntas estandarizadas al paciente, aunque la valoración de síntomas también incluye información de otras fuentes (familiares y clínicos encargados del caso). El tiempo de valoración es el mes anterior, aunque se puede usar con otros períodos de tiempo. La ventaja principal de esta escala son las detalladas definiciones dadas de un gran número de síntomas que se evalúan independientemente.

a. Evaluación de los delirios. Los delirios se evalúan a través de 12 ítems que cubren diferentes áreas temáticas delirantes (véase Tabla 1), cada uno de los *contenidos* delirantes son detallados en una minuciosa definición que se incluye en el CASH. Se proporciona una puntuación global de la *gravedad* de la actividad delirante a través de una combinación inconsistente de parámetros muy diferentes (duración y persistencia, magnitud de la preocupación, grado de convicción) que no tienen porqué covariar y, de modo aparte, se evalúan los *efectos* de la idea delirante sobre su comportamiento. En cuanto a la gravedad, ésta se evalúa mediante una escala de 0 a 5:

0= Síntoma ausente;

1= Dudoso;

2= Leve: ideas delirantes simples y ocasionales, el paciente puede cuestionarlo;

3= Moderado: delirio claro, consistente y sostenido;

4= Marcado: delirio consistente y mantenido que condiciona su actuación;

5= Grave: delirio bien sistematizado, que condiciona su actuación, con características extravagantes.

b. Fiabilidad y Validez. Un estudio italiano de Moscarelli et al. (1987) obtuvo resultados indicativos de una buena consistencia interna del SAPS, aunque Andreasen (1990) indica que los ítems SAPS tienen menos consistencia interna que los ítems del SANS. En general, Andreasen (1990) indica que la fiabilidad interjueces de la mayoría de los ítems del SAPS es buena.

c. Usos más frecuentes. Aunque no se requiere entrenamiento específico, parece ser que cuando se utilizan entrevistadores sin experiencia clínica, los resultados del SAPS son menos fiables.

IV. LA EVALUACIÓN MULTIDIMENSIONAL DE LOS DELIRIOS

Los instrumentos más recientes de evaluación del delirio reflejan la nueva noción de que es necesario entender los síntomas como variables continuas y dimensionales. Así, el delirio, en el campo de la evaluación, dejaría de ser un síntoma medido en una escala de todo o nada, o un ítem incorporado en una entrevista diagnóstica, para pasar a tener identidad propia y valorarse en distintas dimensiones probablemente *independientes*. Desde esta nueva concepción del delirio se han llevado a cabo numerosas investigaciones en el campo de la evaluación (Phillips, 1977; Brett-Jones, Garety y Hemsley, 1987; Garety, 1992; Garety y Hemsley, 1994) con un doble objetivo: mejorar los métodos de medida de los síntomas psicóticos y aportar evidencia empírica a las teorías multidimensionales del síntoma. En la Tabla 4 exponemos un resumen de las dimensiones incluidas en los instrumentos más importantes de evaluación multidimensional del delirio.

TABLA 4: Dimensiones en instrumentos multidimensionales

Dimensiones del delirio

Aunque desde los años 50 comenzaron a surgir algunos modelos sobre de las distintas dimensiones del delirio, es sólo a partir de la década de los 70 cuando empiezan a realizarse estudios empíricos con el objetivo de examinar la hipótesis multidimensional de este síntoma.

Hole, Rush y Beck (1979), en uno de los primeros trabajos, propusieron tres dimensiones distintas del delirio: *Convicción* (grado en el que se cree que una creencia es verdadera), *Desorganización* (grado de consistencia interna, lógica y sistematización de la creencia) y *Extravagancia* (grado de rareza en el contenido de la creencia).

Los resultados obtenidos por Hole et al. (1979) apoyaban la aproximación multidimensional al descubrir que existía una baja correlación entre las tres dimensiones propuestas. Desde entonces, en prácticamente todos los instrumentos multidimensionales se incluye la *convicción* como una dimensión - ver Tabla 4. Sin embargo, el delirio no necesariamente es mantenido con una convicción firme y constante a lo largo del tiempo, sino que puede fluctuar en distintos momentos y períodos de la vida del

sujeto que sufre este síntoma, aunque el grado de fluctuación sea escaso comparado con los cambios en otras dimensiones (Sharp, Fear, Williams, Healy, Lowe, Yeadon y Holden, 1996). En cualquier caso, los resultados obtenidos por la mayoría de los autores reflejan que la *convicción* es la dimensión más permanente y característica de las creencias delirantes, que covaría con algunos aspectos de su fenomenología y es independiente de otros (Chadwick y Lowe, 1990; Brett-Jones, Garety y Hemsley, 1987; Sharp, Fear, Williams, Healy, Lowe, Yeadon y Holden, 1996).

El mismo estudio fue replicado por Kendler, Glazer y Morgenstern (1983) añadiendo en la evaluación dos nuevas dimensiones a las tres ya propuestas, la *Extensión* o grado en que la creencia involucra otras áreas de la vida del sujeto¹², y la *Presión* o grado de preocupación e inquietud que causa la creencia.

La *Preocupación* es otra de las dimensiones más utilizadas por los distintos estudios. Fue introducida, con tal denominación, por Garety (1985) y definida como la frecuencia con que el sujeto piensa en sus creencias delirantes en un determinado período de tiempo. La autora incorpora también en su estudio lo que se ha llamado la *Interferencia conductual*, propuesta anteriormente por Strauss (1969), referida al grado en que la creencia afecta al comportamiento del sujeto en otras áreas de su vida, y finalmente otras dos más, la *acomodación* o capacidad para darse cuenta y responder a la evidencia que desconfirma su creencia, y la *Reacción a la contradicción hipotética*, con la que indica la falta de disposición del paciente para alterar su creencia ante una hipótesis contraria que se le presenta.

Todos estos estudios tenían como objetivo común aportar evidencia a la hipótesis multidimensional del delirio y todas ellas hallaron resultados similares, pues encontraron una correlación baja entre las distintas dimensiones. Brett-Jones, Garety y Hemsley (1987) utilizaron las dimensiones hasta ahora propuestas en 9 estudios de caso único. Los resultados mostraron que la correlación entre convicción y preocupación, y convicción e interferencia era muy pequeña y no significativa. Parece, pues, que existe una significativa *desincronía* entre las distintas dimensiones de la creencia delirante.

En la misma línea se encuentran los datos obtenidos por Harrow, Rattenbury y Stoll (1988), aunque en este caso las comparaciones se establecen entre la convicción y otras dimensiones nuevas que ellos mismos incorporan en la realización de su estudio. Se trata de la *Perspectiva* (el grado en que el sujeto es consciente de cómo los demás consideran su creencia) y el *Compromiso* (el grado de

¹² Esta última dimensión es también utilizada por Villagrán (1993, 1995) en el diseño de una escala de evaluación del delirio para el uso clínico, que veremos más adelante. Sin embargo este autor define la "Extensión" como el número de situaciones y/o personas o grupos de personas que se ven implicados en la conducta psicótica del sujeto. Esta situación pone de manifiesto que muchas escalas utilizan nombres diferentes para denominar dimensiones que, en realidad, miden un mismo constructo y, por el contrario, a veces se utiliza el mismo nombre en diferentes escalas para evaluar un constructo que no es completamente equiparable de una definición a otra. En la medida de lo posible, hemos intentado dar información sobre estos aspectos al explicar las características de los diferentes instrumentos.

importancia, inmediatez y urgencia con que el sujeto se adhiere a su creencia)¹³. En este caso las correlaciones fueron significativas con una dirección positiva entre Convicción y Perspectiva y no significativas entre las dos últimas. La aparición de cambios en unas dimensiones y no en otras cuando se repetía la entrevista en un mismo individuo a través del tiempo, sin que estos cambios produjeran modificaciones en el contenido del delirio, apoya la independencia de las distintas dimensiones.

La evidencia aportada por este tipo de estudios ofrece valiosas ventajas en el ámbito terapéutico para el tratamiento del delirio. Considerar el delirio como un síntoma integrado por varias dimensiones independientes y sensibles al cambio, permite desarrollar estrategias de intervención que, aunque no consigan siempre eliminar el síntoma de modo completo, atenúan aquellos aspectos que dificultan la rehabilitación funcional de estos sujetos, ya que no es solamente el hecho de sostener creencias delirantes lo que más incapacita a una persona en su medio, sino lo que esto conlleva, a saber: una constante preocupación, elevada ansiedad, alteraciones conductuales, etc. Estos factores se muestran relativamente independientes y, por ello, modificables sin centrarse en el contenido de estas creencias.

Con el fin de comprobar las ventajas terapéuticas de la concepción multidimensional, Chadwick y Lowe (1990) examinaron la efectividad de la terapia cognitiva en el tratamiento del delirio. Los autores consideraron tres dimensiones: *Convicción*, *Preocupación* y *Ansiedad*. Los resultados reflejaron una gran *variabilidad* intersujetos e interdimensional: los cambios obtenidos en cada una de las dimensiones no se correspondían con los encontrados en las restantes. A partir de estos resultados, Sharp, Fear, Williams, Healy, Lowe, Yeadon y Holden (1996) realizan una investigación para examinar la variabilidad de la fenomenología delirante en el tiempo, utilizando como instrumento de evaluación el MADS -que más adelante describiremos-. Los resultados hallados reflejaron igualmente una *gran variabilidad intersujeto* de sesión a sesión en las puntuaciones globales de la escala, tanto durante la fase de línea base como en la intervención, y también una variación en las correlaciones interdimensionales en ambas fases del estudio. Así, mientras que en la línea base se halló una correlación negativa entre la convicción y las otras dimensiones estudiadas, durante la fase de intervención esta correlación se convirtió en positiva (a mayor convicción, mayor preocupación y ansiedad). Los autores interpretan que este cambio de dirección en las correlaciones se corresponde con variaciones reales y sistemáticas de la fenomenología delirante.

Dedicaremos el apartado siguiente a la clasificación y descripción de las escalas multidimensionales más utilizadas en la práctica clínica y en la investigación.

Instrumentos de evaluación multidimensional

1. Dimensions of Delusional Experience Scale (DDES) (Kendler, Glazer y Morgenstern, 1983)

¹³ Esta dimensión se evalúa combinando medidas de preocupación y cambio conductual.

Es una entrevista semi-estructurada que mide cinco dimensiones: convicción, extensión, extravagancia, desorganización y presión (preocupación). Su duración es de 45 minutos y las puntuaciones son aportadas por el entrevistador en cada una de estas dimensiones. La extensión y la desorganización se miden en una escala ordinal de 3 puntos, la convicción en una escala ordinal de 4 puntos y la rareza y la presión en una escala ordinal de 5 puntos.

Fiabilidad y Validez. Para calcular la fiabilidad interjueces en un estudio con 23 sujetos evaluados por dos entrevistadores, se utilizó el índice de kappa ponderado, siendo los resultados para la convicción de 0.80 y 0.30 para la extravagancia ($p < 0.05$). Las correlaciones entre las distintas dimensiones resultaron bajas, apoyando la hipótesis multidimensional del delirio.

2. *Personal Ideation Inventory (PII)* (Rattenbury, Harrow, Stoll y Kettering, 1984)

Se trata de una entrevista semi-estructurada que incluye las dimensiones de convicción, perspectiva y compromiso, referida esta última al grado de importancia que tiene la creencia para el sujeto, reflejada en la preocupación, las alteraciones conductuales y el grado de influencia en sus actividades diarias. Está compuesta por 71 ítems a los que el entrevistador asigna una puntuación basada en categorías predeterminadas. La entrevista evalúa la creencia tanto en el tiempo presente como cuando ésta se encontraba en su punto máximo.

Fiabilidad y Validez. Para evaluar la fiabilidad interjueces se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson, y no el más recomendable índice de kappa, siendo los resultados de 0.82 para la convicción en la creencia, 0.81 para la perspectiva y 0.77 para el compromiso emocional. Los coeficientes de fiabilidad se calcularon a partir de la evaluación de 14 entrevistas grabadas por distintos jueces.

Respecto a la independencia de las distintas dimensiones, la convicción correlaciona positivamente con la perspectiva ($r = 0.58$) y con el compromiso ($r = 0.51$), pero la correlación entre estas dos últimas ($r = 0.21$) no fue significativa.

3. *Personal Questionnaire Assessments of Conviction and Preoccupation* (Garety, 1985; Brett-Jones, Garety y Hemsley, 1987)

Esta entrevista se basa en la modificación realizada por Phillips (1977) (Ordinal Personal Questionnaire), del Personal Questionnaire de Shapiro (1961). El Ordinal Personal Questionnaire se creó como instrumento de uso clínico para la evaluación de *cambios subjetivos* en los pacientes en relación a sus síntomas durante el curso del tratamiento. El cuestionario incluye subescalas para cada una de las

dimensiones propuestas: la convicción, la preocupación y el malestar. Para su aplicación, el contenido de los ítems se ajusta al contenido específico del delirio de cada individuo (ej.: mi *padre/jefe/vecino* me persigue) pidiendo al sujeto que evalúe la intensidad del síntoma en una escala ordinal de 5 puntos.

La escala de 5 puntos con la que los sujetos evalúan su creencia corresponde a cada una de las afirmaciones que se presentan para evaluar la creencia del sujeto (“definitivamente cierto”, “probablemente cierto”, etc.). Éstas son presentadas al sujeto en tarjetas individuales, siendo su tarea evaluar si cada una de estas afirmaciones es *más* o *menos* cierta que la anterior en relación a su creencia. Se puntúa con un 1 si el sujeto está más seguro de su creencia de lo que se indica en la tarjeta y 0 si está menos seguro. El orden de presentación de las tarjetas es de menor a mayor de modo que, en el caso de la convicción se comienza por la tarjeta de “definitivamente falso”, y siempre han de presentarse todas las tarjetas hasta el final, ya que con ello es posible detectar las posibles inconsistencias en las respuestas del sujeto (v.g., tras obtener una puntuación de 0 en una tarjeta, puntúa 1 en alguna de las siguientes). Con esta escala es posible hacer comparaciones en un mismo sujeto a través del tiempo, pero *no* entre diferentes sujetos. Se administra de forma individual con una duración de 5 minutos.

La mayor utilidad de esta escala es la monitorización de los diferentes aspectos de la creencia delirante a través del tiempo y su uso se recomienda en estudios con diseño de caso único. Dado que es un instrumento sensible al cambio, se ha utilizado para evaluar en estudios de caso único los cambios en la intensidad de la convicción y en el nivel de preocupación (Garety, 1985: 8 casos; Brett-Jones et al., 1987: 9 casos; Grossman, 1989: 9 casos; Chadwick y Lowe, 1990: 6 casos).

Fiabilidad y validez. La fiabilidad test-retest fue calculada a partir de 34 entrevistas y el índice kappa obtenido fue de 0.89 para la convicción y 0.63 para la preocupación (Brett-Jones et al., 1987). Chadwick y Lowe (1990) calcularon la correlación entre las puntuaciones en la escala y la evaluación subjetiva que los sujetos hacen de su convicción. Aunque el coeficiente de correlación resultó muy elevado ($r = 0.99$), probablemente la correlación es artificialmente alta porque la evaluación subjetiva se realizó inmediatamente después de la administración de la escala.

4. *Characteristics of Delusions Rating Scale* (Garety y Hemsley, 1987).

La escala evalúa 11 dimensiones, cada una de ellas a través de un único ítem. En primer lugar el sujeto debe escribir su creencia; a continuación se presentan las 11 dimensiones a evaluar. El sujeto debe indicar en una línea, marcando con un lápiz, el nivel de su creencia en cada dimensión. El valor de cada punto queda determinado por los modificadores adverbiales situados en los extremos de dicha línea (ej.: para el ítem de Intensidad los dos extremos de la respuesta son “Lo creo absolutamente” y “No lo creo en

absoluto”; para el ítem de Preocupación los extremos son “Nunca pienso en eso” y “Pienso en eso todo el tiempo”).

La escala se administra de forma individual y autoaplicada, con una duración aproximada de 20 minutos. Las 11 dimensiones que se evalúan son Intensidad (definida como convicción), Preocupación, Interferencia (influencia en la conducta), Recreación (el grado de atracción que tiene para el sujeto pensar en la creencia), Rechazo (el grado en que es capaz de apartarlo de su mente), Absurdidad (el grado de sensatez que tiene la creencia para el sujeto), Evidencia, Alivio (el grado de seguridad o tranquilidad que busca en la creencia), Malestar, Tristeza y Omnipresencia (el grado en que puede hacer o pensar en otras cosas). Para evitar los sesgos propios de la aquiescencia se varía la dirección para los distintos ítems. Una vez aplicada la escala y redireccionados los ítems, las posiciones indicadas por los sujetos en cada línea se transforman en puntuaciones del 1 al 10.

Fiabilidad y Validez. No existen datos sobre la fiabilidad test-retest. En un estudio posterior, en el que se utilizaba esta misma técnica pero con distintas variables, realizado con 9 casos únicos evaluados en 10 ocasiones distintas resultando un total de 90 entrevistas, la fiabilidad test-retest se mostró alta, con un coeficiente alpha de Cronbach = 0.82. Las correlaciones de esta escala con otras variables que median constructos relacionados fueron positivas. Respecto a la validez de las 11 dimensiones propuestas, un análisis de componentes principales realizado por los autores redujo la estructura de la escala a 4 factores.

Aunque la fiabilidad y validez necesitan mayor investigación, y se desconoce su sensibilidad al cambio, la escala permite evaluar un amplio número de características del delirio con un formato de fácil comprensión y aplicación.

5. *Reaction of Hypothetical Contradiction and Accommodation* (Brett-Jones, Garety y Hemsley, 1987)

Evalúa el impacto potencial en el sujeto de la información incompatible con su creencia delirante y el grado en que el sujeto integra ésta en su creencia. Su administración tiene una duración de 5 minutos. Se trata de una entrevista abierta en la que se presenta al sujeto evidencia hipotética, pero plausible, en contra de su creencia y se le pregunta cómo afecta a la misma esta nueva hipótesis que se le plantea. Para evaluar la acomodación, considerada como la medida en que el sujeto es consciente de los hechos reales que contradicen su creencia y cómo ésta se ve afectada por tales hechos, se pregunta al sujeto por algún hecho pasado en las anteriores semanas que alterara en alguna medida su creencia. Las respuestas del sujeto a la contradicción hipotética se asignan a una de cuatro categorías propuestas; para las respuestas sobre acomodación se proponen cinco categorías. Las categorías para cada una de ellas son las que figuran en la Tabla 5.

TABLA 5: Reacción ante hipótesis RHCA

Fiabilidad y validez. La fiabilidad interjueces, en una muestra de 27 entrevistas, utilizando el índice kappa fue de 0.74 ($p < 0.002$) para la reacción a la contradicción hipotética y de 0.75 ($p < 0.002$) para la acomodación.

6. Maudsley Assessment of Delusions Schedule (MADS) (Buchanan, et al., 1993; Taylor et al., 1994).

Fue diseñada para su utilización como instrumento en la investigación. Su finalidad era obtener información sobre la fenomenología delirante, y particularmente determinar si diferentes tipos de creencias delirantes están unidas a diferentes tipos de *conductas* (v.g. conductas defensivas, violentas, etc.). Se trata de una entrevista estandarizada en la que se evalúan ocho dimensiones: convicción, preocupación, sistematización, afecto asociado, mantenimiento (las razones que aporta el sujeto para mantener su creencia), acción (conducta asociada a la creencia) *insight* (la conciencia que tiene el sujeto de su problema) e idiosincrasia. Se le hacen distintas preguntas a los sujetos relativas a cada una de las dimensiones que se evalúan. Sus respuestas se puntúan según distintos criterios en cada dimensión. Así, en el caso de la convicción la puntuación se establece de 0 (“lo dudo”) a 4 (“absolutamente cierto”); la preocupación se evalúa en una escala de 0 a 4, siguiendo el criterio utilizado en el Present State Examination (PSE; Wing et al., 1974) y la sistematización se evalúa también mediante el criterio utilizado en el PSE, en una escala de 0 a 3. El sujeto obtiene una puntuación en cada subescala y una puntuación total.

Fiabilidad y validez. Esta entrevista tiene una buena consistencia interna y se muestra sensible al cambio. No obstante no es recomendable para situaciones en que la evaluación deba repetirse numerosas veces: la fiabilidad test-retest evaluada con un intervalo de 3 a 5 días es relativamente baja ($k=0.63$).

7. Escala de Degradación de la Psicosis (EDP) (Villagrán, 1993, 1995)

Se trata de un instrumento heteroaplicado, creado para su utilización en el ámbito clínico. Su utilización no se restringe a la evaluación de la sintomatología delirante, pero al ofrecer escalas individuales para cada síntoma puede utilizarse como una escala de evaluación específica y

multidimensional del delirio. Se administra tras una entrevista semiestructurada con una duración de 45 minutos. En una primera fase se delimitan las creencias delirantes del sujeto, recogiendo las descripciones textuales ofrecidas por el paciente. Posteriormente se evalúan estas creencias en relación a las cinco dimensiones propuestas por medio de un ítem para cada una de ellas. Cada ítem se puntúa en una escala de 0 a 4 puntos. En la Tabla 6 presentamos a modo de ejemplo estas escalas para tres de las cinco dimensiones.

TABLA 6: EDP

Así, por cada creencia delirante que presente el sujeto se establecerá una puntuación en cada uno de los cinco ítems de la escala. Estos ítems corresponden a las siguientes dimensiones, tal y como las define Villagrán (1993): *Actualización* (“incidencia o frecuencia de aparición de la conducta psicótica en el período de tiempo actual”), *Extensión* (“número de situaciones y/o personas o grupos de personas que se ven implicados en la conducta psicótica del sujeto”), *Estructuración* (“grado de precisión en los rasgos formales y de contenido de la conducta psicótica”), *Presión* (“grado en que las restantes conductas del sujeto se ven afectadas por la conducta psicótica; grado de adecuación de aquéllas al contenido de ésta”), y *Certeza*. A diferencia de los cuatro primeros ítems, el ítem sobre la certeza evalúa dos dimensiones, midiendo tanto el grado de convicción sobre la realidad como el carácter ficticio de la conducta.

Fiabilidad y Validez. El índice kappa de fiabilidad interjueces para la escala global es alto (0.85), oscilando entre índices muy altos en las dimensiones de Certeza (0.96) y de Actualización (0.90) y más bien bajos en la de Presión (0.59). La consistencia interna es aceptable (coeficiente de Cronbach = 0.73). En lo referente a la validez los ítems de esta escala correlacionan altamente y consistentemente con la totalidad de las demás escalas utilizadas: BPRS, SAPS y DDES. En cuanto a la validez de constructo, parece que las puntuaciones en la escala son sensibles a los cambios producidos por tratamientos farmacológicos. Aunque este instrumento ha sido diseñado para su uso clínico también puede ser utilizada en investigación psicopatológica.

8. Delusions Rating Scale (Haddock, 1994)

Se trata de una entrevista estructurada diseñada para recoger información sobre detalles específicos en relación a distintas dimensiones del delirio. Consta de 6 ítems que se valoran en una escala

ordinal tipo Likert de 0 a 4 puntos. La escala puede ser tanto hetero como autoaplicada. Las dimensiones evaluadas son: Grado de preocupación, Duración de la preocupación, Convicción, Grado de malestar (frecuencia con que la creencia causa malestar al sujeto), Intensidad del malestar, e Interferencia (modo en el que el delirio interfiere con las actividades diarias del sujeto). Los diferentes ítems son evaluados en relación al pasado inmediato del sujeto, es decir la semana anterior a la entrevista, excepto la convicción, que se valora en el momento en que se realiza la entrevista. Como ejemplo presentamos en la Tabla 7 el primer ítem de la escala con su escala de valoración correspondiente.

TABLA 7: Grado de preocupación, DRS

Fiabilidad y Validez. No se conoce ningún dato sobre su estandarización, fiabilidad y validez.

9. The Brown Assessment of Beliefs Scale (Eisen, Phillips, Baer, Beer, Atala, y Rasmussen, 1998).

Esta escala, inspirada parcialmente en la Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, es un instrumento diseñado para evaluar delirios en diversos trastornos mentales (obsesiones, dismorfobias, trastornos afectivos, etc.). Tras un proceso de depuración psicométrica a través de correlaciones ítem-puntuación total y fiabilidad interjueces, la escala quedó conformada finalmente por 7 ítems que cubren varias dimensiones: Convicción, Fijeza de ideas, Percepción del punto de vista de los demás sobre las propias creencias, Explicación de los distintos puntos de vista, Intentos de refutar la creencia, *Insight*, Ideas/delirios de referencia. Se administra mediante una entrevista semiestructurada de una duración de unos 10-15 minutos. El clínico ha de escribir textualmente la creencia concreta dominante durante la pasada semana y, sobre esta idea concreta, se van efectuado una serie de preguntas para cada dimensión. Las respuestas se evalúan con una escala de cinco puntos que oscila desde “0=No delirante, o patología mínima” hasta “4=Delirante o patología máxima”.

Fiabilidad y validez. Los únicos datos disponibles provienen del estudio original de Eisen et al., (1998) en el que participó un total de 50 pacientes (obsesivos, dismorfofóbicos, y afectivos con síntomas psicóticos). En cuanto a la fiabilidad, la correlación ítem-puntuación total oscila de 0.38 a 0.85 y el coeficiente alfa de Cronbach es de 0.87. Respecto a la validez divergente, la escala no correlacionó significativamente ni con el inventario de depresión de Beck (BDI) ni con la puntuación total de la escala Yale-Brown de obsesiones. Sí se observó una correlación significativa con los ítems de aislamiento emocional y pensamiento inusual del BPRS. En cuanto a la validez convergente, la escala correlacionó

significativamente ($r = 0.56$) con la puntuación total de la escala de experiencia delirante de Garety y Hemsley (1987) y, asimismo, la dimensión de convicción obtuvo altas correlaciones con otras evaluaciones de convicción efectuadas con las escalas de Kendler et al. (1983), Garety y Hemsley (1987) y la escala de fijeza de creencias de Foa y Kozak (1995). La escala, al menos pacientes obsesivos, parece sensible al cambio aunque la magnitud de la correlación es sólo moderada con los cambios clínicos, lo que hace pensar que los parámetros del cambio clínico y la convicción no discurren completamente en paralelo.

10. Peters Delusions Inventory (Peters, Joseph y Garety, 1996)

Esta escala se diseñó para evaluar ideación delirante en la *población general*, utilizando el Present State Examination (Wing, Cooper y Sartorius, 1974) para la selección de los ítems. Las dimensiones evaluadas son: Malestar, Preocupación y Convicción. La escala está compuesta por 40 preguntas relacionadas con diferentes creencias (ej.: “¿Alguna vez te sientes como si Dios te ha elegido de algún modo?”). El sujeto debe responder afirmativa o negativamente a cada una de ellas. En el caso de dar una respuesta afirmativa se evaluará cada una de las tres dimensiones propuestas mediante un formato de respuesta tipo Likert de 1 a 5 puntos (ver Tabla 8).

TABLA 8: PDI

Así se obtendrá una puntuación total de la escala que corresponde con el número de creencias a las que el sujeto contesta afirmativamente, y una puntuación para cada una de las dimensiones evaluadas resultado de la suma de las puntuaciones en una dimensión para todas las creencias.

Fiabilidad y validez. El coeficiente de Cronbach es elevado ($\alpha = 0.88$), lo que indica una adecuada consistencia interna. La fiabilidad test-retest es también alta ($r = 0.82$). La validez concurrente se obtuvo comparando la escala con el STA (Claridge y Broks, 1984), la Magical Ideation Scale (MGI, Eckblad y Chapman, 1983) y el Delusions Symptom-State Inventory (DSSI, Foulds y Bedford, 1975). La matriz de correlación muestra para todas las escalas una alta correlación entre ellas, confirmando la validez de constructo del PDI. La diferencia entre el grupo compuesto por la población general y el grupo de pacientes psicóticos es marcadamente significativa para esta escala. El PDI puede ser una escala de gran utilidad en estudios centrados en el seguimiento de sujetos con propensión a un episodio psicótico, y quizás como medida de cambio terapéutico en ámbitos clínicos.

V. CONCLUSIONES

En esta revisión hemos querido dejar constancia de las características detalladas de los instrumentos que, con esa finalidad explícita o no, evalúan la actividad delirante. De esta exposición debería quedar claro que la evaluación moderna del delirio ha adoptado una perspectiva multidimensional y una aproximación al síntoma entendido como un continuo. Estos dos cambios suponen una variación radical, y de implicaciones epistemológicas muy importantes (Persons, 1986; Vázquez, 1991; Costello, 1992), respecto a la perspectiva psiquiátrica tradicional que ha dominado el pensamiento clínico. Creemos que otro aspecto interesante de esta revisión es la observación de que cuando se analizan con detalle instrumentos de amplio uso (BPRS, DIS, PANS, etc.), se aprecia que los criterios lógicos de evaluación están en muchos casos ausentes en tales medidas: por ejemplo, es típico que se entremezclen criterios de convicción, malestar, o interferencia con la vida cotidiana al juzgar la gravedad del delirio.

No obstante, la configuración de estos instrumentos es todavía muy tentativa e idealmente debería estar más dirigida por teorías sólidas sobre el delirio. Las dimensiones claves del delirio son, en nuestra opinión, desconocidas. A pesar de que la convicción, malestar, u otras parezcan importantes y son reiteradamente incluidas en los instrumentos de última generación, estas dimensiones pudieran ser en realidad elementos más bien superficiales de anomalías estructurales o procesuales más. Por ejemplo, si en el delirio intervienen determinados procesos anómalos de interpretación de la realidad, como proponen teorías diversas (Castilla del Pino, 1998; Bentall, 1996; Frith, 1992), estos componentes más sustanciales y cercanos a su génesis deberían ser centro de atención en la evaluación de la actividad delirante. Desgraciadamente, dado el escaso desarrollo teórico válido sobre el delirio esto parece aún una empresa lejana. No obstante, a nuestro juicio, la búsqueda de este tipo de indicadores más ligados a la teoría debería convertirse en el horizonte fundamental de la construcción racional de instrumentos de evaluación.

Pero a pesar de la insatisfacción que pueda dejar el análisis conceptual de estos instrumentos, las nuevas aproximaciones dimensionales que hemos revisado pueden ser muy *útiles*. El análisis dimensional del delirio facilita una *aproximación conductual* del mismo ya que se operativizan una serie de parámetros que se pretende que sean sensibles al cambio (ej.: Fowler, 1996; Chadwick et al., 1996) y nos permite volver nuestra mirada hacia unos componentes que muchas veces quedan sepultados bajo las lápidas diagnósticas. Creemos, en definitiva, que el análisis pormenorizado de las dimensiones del delirio puede ser un primer paso para buscar resquicios que permitan asaltar una muralla que, hasta ahora, se ha demostrado históricamente casi inexpugnable.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association. (Trad. en Ed. Masson).
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Third Edition, Revised. Washington, DC, American Psychiatric Association. (Trad. en Ed. Masson).
- Andreasen, N. (1984). *Scale for The Assessment of Positive Symptoms*. Department of Psychiatry, Iowa City.
- Andreasen, N. (1990). Methods for assessing positive and negative symptoms. En N. Andreasen (ed.), *Schizophrenia: Positive and negative symptoms and syndromes. Moderns Problems in Pharmacopsychiatry* (pp. 73-85). Basilea: Karger.
- Asberg, M., Montgomery, S., Perris, C., Scahlling, D. y Sedvall, G. (1978). The Comprehensive Psychopathological Rating Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Suppl 277, 5-27.
- Avia, M.D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente. Psicología de las emociones positivas*. (Prólogo de M.P.E. Seligman). Madrid: Alianza.
- Baños, R., y Belloch, A. (1995). Psicopatología del pensamiento. En A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología* (Vol. 1, pp. 303-334). Madrid: McGraw-Hill.
- Bentall, R. (1996). La investigación psicopatológica sobre las alucinaciones y los delirios. Psicopatología y aplicaciones para las estrategias del tratamiento. En J.A. Aldaz y C. Vázquez (eds.), *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación* (pp. 89-108). Madrid: Siglo XXI.
- Bentall, R.P. (1990). The syndromes and symptoms of psychosis. Or why you can't play "twenty questions" with the concept of schizophrenia and hope to win. En R.P. Bentall (ed.), *Reconstructing schizophrenia* (pp. 303-324). London: Routledge.
- Bentall, R.P., Jackson, H., y Pilgrim, D. (1988). Abandoning the concept of schizophrenia: some implications of validity arguments for psychological research into psychotic phenomena. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 303-324.
- Bentall, R.P., Kinderman, P. y Kaney, S. (1994). The self, attributional processes and abnormal beliefs: Towards a model of persecutory delusions. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 331-341.
- Berrios, G. (1991). Delusions as "wrong beliefs": A conceptual history. *British Journal of Psychiatry*, 159 (Suppl. 14), 6-13.

- Berrios, G. y Fuentenebro, F. (1996). *Delirio. Historia. Clínica. Metateoría*. Madrid: Trotta.
- Brett-Jones, J., Garety, P. y Hemsley, D. (1987). Measuring delusional experiences: a method and its application. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 257-265.
- Brockington, I.F. (1991). Factors involved in delusion formation. *British Journal of Psychiatry*, 159 (Suppl 14), 42-45.
- Buchanan, A., Reed, A., Wessely, S., Garety, P., Taylor, P., Grubin, D. y Dunn, G. (1993). Acting on delusions (2): the phenomenological correlates of acting on delusions. *British Journal of Psychiatry*, 163, 77-81.
- Castilla del Pino, C. (1991). Crítica a la razón psicopatológica. En C. Castilla del Pino y J.M. Ruiz-Vargas (Eds.). *Aspectos cognitivos de la esquizofrenia* (pp. 11-33). Madrid: Trotta.
- Castilla del Pino, C. (1998). *El delirio, un error necesario*. Oviedo: Nobel.
- Chadwick, P., Birchwood, M., y Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices and paranoia*. Chichester: John Wiley.
- Chadwick, P. y Lowe, C. (1990). The measurement and modification of delusional beliefs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 225-232.
- Chadwick, P.D.J. y Lowe, C.F. (1994). A cognitive approach to measuring and modifying delusions. *Behaviour Research and Therapy*, 3, 355-367.
- Claridge, G. y Broks, P. (1984). Schizotypy and hemisphere function - I. Theoretical considerations and the measurement of schizotypy. *Personality and Individual Differences*, 5, 633-648.
- Colina, F. y Alvarez, J.M. (1994). (Eds.). *El delirio en la clínica francesa*. Madrid: Dorsa.
- Costello, A.J. Edelbrock, C.S., Dulcan, M., Kalas, R. y Klaric, S.A. (1984). Report on the NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC). Washington, DC: National Institute of Mental Health.
- Costello, C. (1992). Research on symptoms versus research on syndromes: Arguments in favour of allocating more research time to the study of symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 160, 304-308.
- Costello, C. (1993a). (Ed.). *Symptoms of schizophrenia*. New York: Wiley.
- Costello, C. (1993b). Advantages of the symptom approach to schizophrenia. En C. Costello (Ed.), *Symptoms of schizophrenia* (pp. 1-25). New York: Wiley.
- Costello, C. (1993). Advantages of the symptom approach to schizophrenia. En C.G. Costello (ed.), *Symptoms of schizophrenia* (pp. 1-26). New York: Wiley.

- Eckblad, M. y Chapman, L. (1983). Magical ideation as an indicator of schizotypy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51*, 215-225.
- Eisen, J.L., Phillips, K.A., Baer, L., Beer, D.A., Atala, K.D. y Rasmussen, S.A. (1998). The Brown Assessment of Beliefs Scale: Reliability and validity. *American Journal of Psychiatry, 155*, 102-108.
- Endicott, J., Spitzer, R.L. (1978). A diagnostic interview: the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry, 35*, 837-844.
- Flaum, M., Arndt, S., y Andreasen, N.C. (1991). The reliability of “bizarre” delusions. *Comprehensive Psychiatry, 32*, 59-65.
- Foa, E.B. y Kozak, M.J. (1995). DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 152*, 90-96; correction, *152*, 654.
- Folstein, M.F., Romanoski, A.J., Nestadt, G., et al. (1985) A brief report on the clinical reappraisal of the DIS carried out at the Johns Hopkins site of the ECA Program of the NIMH. *Psychological Medicine, 15*, 809-814.
- Foulds, G. y Bedford, A. (1975). Hierarchy of classes of personal illness. *Psychological Medicine, 5*, 181-192.
- Fowler, D. (1996). Terapia cognitivo-conductual: un nuevo enfoque para el manejo de los trastornos psicóticos. En J.A. Aldaz y C. Vázquez (eds.), *Esquizofrenia: fundamentos psicológicos y psiquiátricos de la rehabilitación* (pp.187-204). Madrid: Siglo XXI.
- Frith, C. D. (1992). *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Hillsdale, New Jersey: LEA. (Trad. en Ariel, 1995).
- Garety, P. (1985). Delusions: problems in definition and measurement. *British Journal of Medical Psychology, 58*, 25-34.
- Garety, P. (1992). Assessment of symptoms and behaviour. En M. Birchwood y N. Tarrier (eds), *Innovations in the psychological management of schizophrenia*. Chichester: Wiley.
- Garety, P. y Hemsley, D. (1987). Characteristics of delusional experience. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences, 236*, 294-298.
- Garety, P. y Hemsley, D. (1994). *Delusions: Investigations into the psychology of delusional reasoning*. Oxford: Oxford University Press.
- Gibbon, M., McDonald-Scott, P., Endicott, J. (1981). Mastering the art of research interviewing: a model training procedure for diagnostic evaluation. *Archives of General Psychiatry, 38*, 1259-1262.

- Gibbon, M., McDonald-Scott, P., Endicott, J. (1981). Mastering the art of research interviewing: a model training procedure for diagnostic evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 38, 1259-1262.
- Grossman, A. (1989). Single-case longitudinal studies investigating the relationships between delusional beliefs and mood state. Tesis no publicada. Instituto de Psiquiatría, Universidad de Londres.
- Haddock, G. (1994). *Delusions Rating Scale*. Universidad de Manchester.
- Harjanic, B., Herjanic, M., Brown, F. y Wheatt, T. (1975). Are children reliable reporters? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 3, 41-48.
- Harper, D.J. (1992). Defining delusion and the serving of professional interests: The case of "paranoia." *British Journal of Medical Psychology*, 65, 357-369.
- Harrow, M., Rattenbury, F. y Stoll, F. (1988). Schizophrenic delusions: and analysis of their persistence, of related premorbid ideas, and of three major dimensions. En T. Oltmanns y B. Maher (eds), *Delusional beliefs*. Nueva York: Wiley.
- Hole, R., Rush, A. y Beck, A. (1979). A cognitive investigation of schizophrenic delusions. *Psychiatry*, 42, 312-319.
- Jacobsson, L., Von Knorring, L., Mattsson, B., Perris, C., Edenius, B., Kettner, B., Magnusson, K. y Villemos, P. (1978). The comprehensive psychopathological rating scale in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 271, 39-44.
- Jaspers, K. (1993). *Psicopatología general*. México: Fondo de Cultura Económica. (Orig. 1946).
- Junjinger, J., Barker, S. y Coe, D. (1992). Mood theme and bizarreness of delusions in schizophrenia and mood psychosis. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 287-292.
- Kay, S., Fiszbein, A., y Opler, L. (1987). The positive and negative syndrome scale for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-275.
- Kay, S., Opler, L. y Lindenmayer, J.P. (1988). Reliability and validity of the positive and negative syndrome scale for schizophrenics. *Psychiatry Research*, 23, 99-110.
- Kay, S., Opler, L. y Lindenmayer, J.P. (1989) The positive and negative syndrome scale: Rationale and standardisation. *British Journal of Psychiatry*, 155 (Suppl. 7), 59-65.
- Keller, M.B., Lavori, P.W., Andreasen, N.C., et al. (1981). Test-retest reliability of assessing psychiatrically ill patients in a multicenter design. *Journal of Psychiatric Research*, 16, 213-227.
- Kendler, K., Glazer, W. y Morgenstern, H. (1983). Dimensions of delusional experiences. *American Journal of Psychiatry*, 140, 466-469.

- Kim, K., Donggen, L., Zhenzi, J., Xingji, C., et al. (1993). Schizophrenic delusions among Koreans, Korean-Chinese and Chinese: A transcultural study. *International Journal of Social Psychiatry, 39*, 190-199.
- Krawiecka, M., Goldberg, D. y Vaughan, M. (1977). A standardised psychiatric assessment scale for rating chronic psychotic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 55*, 299-308.
- Lemert, E.M. (1962). Paranoia and the dynamics of exclusion. *Sociometry, 25*, 2-20.
- Lenz, H. (1964). *Vergleichende Psychiatrie*. Viena: Wilhem Maudrich Verlag.
- Lorr, M., Jenkins, R.L., y Holsopple, J.Q. (1953) Multidimensional scale for rating psychiatric patients. *Veterans Administration Technical Bulletin, 10*, 507.
- Lorr, M., McNair, D.M., Klett, C.J. y Lasky, J.J. (1960) A confirmation of nine postulated psychotic syndromes. *American Psychologist, 15*, 495.
- Maher, B. (1992). Models and methods for the study of reasoning in delusions. *Revue Européene de Psychologie Appliquée, 42*, 97-102.
- Maher, B. y Spitzer, M. (1993). Delusions. En C. Costello (Ed.), *Symptoms of schizophrenia* (pp. 92-120). New York: Wiley.
- Maher, B.A. y Ross, J.S. (1984). Delusions. En H.E. Adams y P. Sutker (eds.), *Comprehensive handbook of psychopathology* (pp. 383-411). New York: Plenum.
- Manchanda, R., Saupe, R., y Hirsh, S. (1986). Comparison between the brief psychiatric rating scale and the Manchester scale for the rating of schizophrenia symptomatology. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 74*, 563-568.
- Matussek, P. (1952/1987). Studies in delusional perception. En J. Cutting y M. Shepherd (eds.), *The clinical roots of the schizophrenia concept* (pp. 89-103). Cambridge: Cambridge University Press.
- Mayerhoff, D., Pelta, E., Valentino, C. y Chakos, M. (1991). Real-life basis for a patient's paranoia. *American Journal of Psychiatry, 148*, 682-683.
- Montgomery, S., Taylor, P. y Montgomery, D. (1978). Development of a schizophrenia scale sensitive to change. *Neuropharmacology, 17*, 1061-1063.
- Oltmanns, T.F. (1988). Approaches to the definition and study of delusions. En T.F. Oltmanns y B.A. Maher (eds.), *Delusional Beliefs* (pp. 3-12). New York: Wiley.
- Overall, J. y Gorham, D. (1962) The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports, 10*, 799-812.
- Persons, J. (1986). The advantages of studying psychological phenomena rather than psychiatric diagnosis. *American Psychologist, 41*, 1252-1260.

- Peters, E., Joseph, S. y Garety, P. (1996). The measurement of delusional ideation in the normal population: Introducing the PDI (Peters et al. Delusions Inventory). Enviado para su publicación.
- Pfeffer, J.M. y Waldron, G. (1987). *Psychiatric differential diagnosis*. Edinburgo: Churchill Livingstone.
- Phillips, J. (1977). Generalised Personal Questionnaire techniques. En P. Slater (ed.), *Dimensions of intrapersonal space, Vol. 2*. Wiley: Chichester.
- Price, H.H. (1934). Some considerations about belief. *Proceedings of the Aristotelian Society*, 35, 229-252.
- Pulver, A.E., Carpenter, W.T.Jr. (1983). Lifetime psychotic symptoms assessed with the DIS. *Schizophrenia Bulletin*, 9, 377-382.
- Rattenbury, F., Harrow, M., Stoll, F. y Katterring, R. (1984). *The personal Ideation Inventory: an interview for assesing major dimensions of delusional thinking*. Microfiche Publications, New York.
- Real Academia Española de la Lengua (1984). *Diccionario de la Lengua Española*. Madrid: Real Academia Española.
- Robins, L.N., Helzer, J.E., Croughan, J., et al. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule; its history, characteristics and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38, 381-389.
- Robins, L.N., Helzer, J.E., Ratcliff, K.S., (1982). Valididty od the Diagnostic Interview Schedule version II: DSM-III diagnosis. *Psychological Medicine*, 12, 855-870.
- Scharffeter, C. (1979). *Introducción a la psicopatología general*. Madrid: Morata. (Orig. 1977).
- Schlanger, D. (1995). Evolutionary perspectives on paranoid disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 18, 263-279.
- Shaffer, D., Schwab-Stone, M., Fisher, P., Cohen, P., Piacentini, J., Davies, M., Conner, K., Regier, D. (1993). The Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised Version (DIS-C-R): I. Preparation, field testing, interrater reliability, and acceptability. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 643-650.
- Shapiro, M. (1961). A method of measuring changes specific to the individual psychiatric patient. *British Journal of Medical Psychology*, 34, 151-155.
- Sharp, H., Fear, C., Williams, M., Healy, D., lowe, C., Yeadon, H. y Holden, R. (1996). Delusional phenomenology. Dimensions of change. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 123-142.
- Slade, P.D. y Bentall, R.P. (1988). *Sensory deception: A scientific analysis of hallucination*. London: Croom Helm.

- Spitzer, M. (1990). On defining delusions. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 377-397.
- Spitzer, M. (1995). Ideas delirantes. En V.E. Caballo, G. Buela-Casal, y J.A. Carrobbles (eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos* (pp. 737-776). Madrid: Siglo XXI.
- Spitzer, R.L., Endicott, J., Robins, E. (1975). Clinical criteria for psychiatric diagnosis and DSM-III. *American Journal of Psychiatry*, 132, 1187-1192.
- Spitzer, R.L., Endicott, J., Robins, E. (1978). Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 35, 773-782.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Gibbon, M. (1987). *Instruction Manual for the Structure Clinical Interview for DSM-III-R*. New York, Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- Stern, R.S. y Cobb, J.P. (1978). Phenomenology of obsessive-compulsive neurosis. *British Journal of Psychiatry*, 132, 233-239.
- Strauss, J. (1969). Hallucinations and delusions as points on continua function. *Archives of General Psychiatry*, 20, 581-586.
- Strauss, J. S. (1969). The person with delusions. *British Journal of Psychiatry*, 159 (Suppl.), 57-62.
- Taylor, P., Garety, P., Buchanan, A., Reed, A., Wessely, S., Ray, K., Dunn, G. y Grubin, D. (1994). Delusions and violence. En J. Monahan y H. Steadman (eds). *Violence and mental disorder: developments in risk assessment*. Chicago: Chicago University Press.
- Vázquez, C. (1990). Fundamentos teóricos y metodológicos de la clasificación en Psicopatología. En: F. Fuentenebro y C. Vázquez (eds.), *Psicología Médica, Psicopatología, y Psiquiatría* (Vol. 2), pp. 655-678). Madrid: McGraw-Hill.
- Vázquez, C. (1991). Las unidades de análisis en el estudio de la conducta anormal: ¿Signos, síntomas, o categorías?. En J. Buendía (Ed.), *Psicología Clínica y Salud: Desarrollos actuales* (pp. 17-39). Murcia: Publicaciones de la Universidad de Murcia.
- Vázquez, C. (1995). Limitaciones, errores, y sesgos en el procesamiento de la información: la ficción de la teoría del «hombre científico». En M.D. Avia y Sánchez-Bernardos, M.L. (Eds.), *Personalidad: Aspectos cognitivos y sociales* (pp. 185-225). Madrid: Pirámide.
- Vázquez, C., Muñoz, M., y Sanz, J. (1997) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R mental disorders among homeless persons in Madrid: A European study using the CIDI. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 523-530.
- Villagrán, J. (1993). *Escala de degradación de la psicosis* (EDP). Unidad docente de Psiquiatría. Córdoba.

Villagran, J. M. 1995. La escala de Degradacion de las Conductas Psicoticas (EDP): II. Aplicacion del análisis psicopatológico. *Anales de Psiquiatria*, 11, 45-55.

Walkup, J. (1990). On the measurement of delusions. *British Journal of Medical Psychology*, 63, 365-368.

Ward, C.H., Beck, A.T., Mendelson, M., et al. (1962). The Psychiatric nomenclature: reasons for diagnostic disagreement. *Archives of General Psychiatry*, 7, 198-205.

Wing, J.K, Cooper, J. y Sartorius, N. (1974). *The measurement and classification of psychiatric symptoms*. Cambridge: Cambridge University Press.

Wing, J.K. (1988). Abandoning what? . *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 325-328.

TABLA 1. Algunas de las definiciones más características del delirio.

AUTORES	DEFINICIÓN
DSM-IV (1994)	<ul style="list-style-type: none"> a) Falsa creencia, b) basada en una inferencia incorrecta, c) relativa a la realidad externa, d) que es firmemente sostenida, a pesar de lo que todo el mundo cree y a pesar de cuanto constituye una prueba o evidencia incontrovertible y obvia de lo contrario.
Oltmanns (1988)	<ul style="list-style-type: none"> a) la evidencia a favor y en contra de la creencia es tal que otra gente lo considera increíble, b) no es compartida, c) es sostenida con convicción, d) es preocupante o invasiva (resulta difícil no hablar de ella), e) es autorreferencial, f) es una fuente de malestar o interferencia, y g) no se ofrece resistencia
Pfeffer y Waldron (1987)	<ul style="list-style-type: none"> a) Creencia inconsistente con la información disponible, b) no compartida por otros del mismo grupo cultural, c) firmemente mantenida, y d) no puede ser desmontada con argumentos o pruebas en contra
White y Watt (1981)	<ul style="list-style-type: none"> a) Falsa creencia que b) no puede modificarse mediante razonamiento o información externa
Mullen (1979)	<ul style="list-style-type: none"> a) Creencia anormal, b) mantenida con convicción absoluta, c) vivida como verdad evidente (normalmente con gran significado emocional), d) no susceptible de razonamiento o modificable por la experiencia, e) de contenido a menudo fantástico o inherentemente improbable, y f) no compartida por otros
Jaspers (1946/1993)	<ul style="list-style-type: none"> a) Una idea falsa que b) se mantiene con una convicción subjetiva extraordinaria, c) se mantiene ante contraargumentaciones o ante experiencias en contra, y d) tiene un contenido imposible.

TABLA 2. Características de las principales entrevistas estructuradas que evalúan síntomas delirantes.

	SAFS	SADS	DIS	SCID	PSE	DICA	MANCHESTER	CPRS	SCS	BPRS	PANSS
	SCALES										
AUTORES	ENDICOTT ET AL. (1978)	ROBINS ET AL. (1981)	SPITZER ET AL. (1987)	WING ET AL. (1974)	REICH ET AL. (1990)	KRAWIECKA ET AL. (1977)	ASBERG ET AL. (1978)	MONTGOMERY ET AL. (1978)	OVERALL ET AL. (1962)	KAY ET AL. (1988)	ANDREASEN (1984)
ÁREA A EVALUAR	PSICOPATOLOGIA, DIAGNOSTICO RDC	PSICOPATOLOGIA, DIAGNOSTICO DSM	PSICOPATOLOGIA, DIAGNOSTICO DSM, RDC, FEIGNER	PSICOPATOLOGIA, DIAGNOSTICO DSM, CIE	PSICOPATOLOGIA, DIAGNOSTICO DSM	CAMBIOS EN LA PSICOPATOLOGIA, SÍNTOMAS +	CAMBIOS EN LA PSICOPATOLOGIA,	CAMBIOS EN LA PSICOPATOLOGIA, SÍNTOMAS +	PSICOPATOLOGIA	SÍNTOMAS +, SÍNTOMAS -	SÍNTOMAS +
FORMATO	SEMIESTRUCTURADA	ESTRUCTURADA	ESTRUCTURADA	ESTRUCTURADA	ESTRUCTURADA	NO-ESTRUCTURADA	SEMIESTRUCTURADA	SEMIESTRUCTURADA	SEMIESTRUCTURADA	SEMIESTRUCTURADA	ESTRUCTURADA
PERÍODO VALORADO	EPISODIO ACTUAL, AÑO PASADO DE ENFERMEDAD, SEMANA QUE ESTUVO PEOR, ULTIMA SEMANA	ULTIMAS DOS SEMANAS, HACE UN MES, HACE SEIS MESES, HACE UN AÑO	TODA LA VIDA, ACTUALIDAD (ULTIMO MES)	ULTIMO MES	PASADO Y PRESENTE	ULTIMAS 72 HORAS	ULTIMA SEMANA	ULTIMO MES
DURACIÓN	90' A 150'	60' A 180'	SEGÚN LOS MÓDULOS USADOS	60'	45' A 90'	10' A 15'	45' A 60'	10' A 15'	15' A 30'	30' A 40'
FUENTES	PACIENTE, NOTAS CLÍNICA, FAMILIARES	PACIENTE	PACIENTE	PACIENTE	PACIENTE, PADRES	PACIENTE, CONOCIMIENTO PREVIO DEL CASO	PACIENTE	PACIENTE	PACIENTE	PACIENTE, FAMILIARES, CLÍNICO AL CARGO	PACIENTE
ENTRENAMIENTO	RIGUROSO	1 SEMANA	RIGUROSO	1 SEMANA	SENCILLO	SENCILLO	SENCILLO	SENCILLO	SENCILLO	SENCILLO	SENCILLO
ENTREVISTADOR	CON EXPERIENCIA	LEGOS	CON EXPERIENCIA	CON EXPERIENCIA	LEGOS	CON EXPERIENCIA	CON EXPERIENCIA	CON EXPERIENCIA	CON EXPERIENCIA	CON EXPERIENCIA	LEGOS
VERSIONES	SADS-LIFETIME, KIDDIE-SADS, KIDDIE-SADS-PARENT, KIDDIE-SADS-EPIDE-MIOLOGIC	DISC-CHILDREN, DISC-PARENT, CIDI*	SCID-PATIENT, SCID-OUTPATIENT, SCID-NORMAL, SCID-II (EJEII)	ULTIMA REVISIÓN PSE-10, SADS*	DICA-CHILDREN, DICA-ADOLECENTS, DICA-PARENTS				BPRS-Expanded (Nuechterlein et al., 1986)		
USOS	DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE TRASTORNOS AFECTIVOS Y ESQUIZOFRENIA	DETECCIÓN DE CASOS PSQUIA-TRICOS, CLÍNICA	INVESTIGACIÓN, CLÍNICA	INVESTIGACIÓN	INVESTIGACIÓN, CLÍNICA	CLINICA (Sin-TOMAS +)	INVESTIGACIÓN DE TRATAMIENTO, CLÍNICA	INVESTIGACIÓN Y CLINICA DE Sin-TOMAS +	INVESTIGACIÓN DE TRATAMIENTO, CLÍNICA	INVESTIGACIÓN

TABLA 3. Contenidos delirantes cubiertos en entrevistas diagnósticas o de exploración tradicionales.

	SADS	DIS	SCID	PSE	DICA	CPRS	BPRS	PANSS	SAPS
TRANSMISIÓN/DIFUSIÓN DE PENSAMIENTOS	X	X		X					X
PENSAMIENTOS SONOROS				X	X				
ECO DEL PENSAMIENTO				X					
INSERCIÓN DE PENSAMIENTOS	X	X		X					X
PENSAMIENTO COMENTADO				X					
BLOQUEO DE PENSAMIENTO				X		X			
ROBO DE PENSAMIENTOS	X	X		X					X
DE CONTROL O INFLUENCIA	X					X			X
*CONTROL POR FUERZAS EXTRAÑAS		X		X					
- REEMPLAZO DEL CONTROL DE LA VOZ				X					
- REEMPLAZO DEL CONTROL DE LA ESCRITURA				X					
- REEMPLAZO DEL CONTROL DE SUS ACTOS				X					
- REEMPLAZO DEL CONTROL DE SUS PENSAMIENTOS				X					
- OTRAS EXPERIENCIAS DE REEMPLAZO				X					
*CONTROL POR OTRAS PERSONAS		X			X				
DE REFERENCIA	X		X	X					X
*DE REFERENCIA EN LA TV O RADIO		X			X				
*DE REFERENCIA BASADAS EN SENTIMIENTOS DE CULPA				X					
*DE REFERENCIA BASADAS EN ANIMO EXPANSIVO				X					
DE LECTURA DE PENSAMIENTOS (DE OTROS A ÉL)	X	X		X	X				X
DE LECTURA DE PENSAMIENTOS (DE ÉL A OTROS)		X			X				
EXPLICACIONES DELIRANTES PARANORMALES				X					
EXPLICACIONES DELIRANTES FÍSICAS				X					
DE PERSECUCIÓN/PERJUICIO	X		X	X		X	X	X	X
*SENTIRSE ESPIAADO		X		X	X				
*SENTIRSE SEGUIDO		X							
*HACEN EXPERIMENTOS SECRETOS CON ÉL		X							
*TRAMAN CONTRA ÉL		X		X					
*HABLAN DE TI A TUS ESPALDAS					X				
DE CULPA	X						X		X
DE GRANDEZA	X		X			X	X	X	X
SOMÁTICOS	X		X				X		X
NIHILISTAS	X								
RELIGIOSOS	X								X
SECUNDARIOS A ACTIVIDAD ALUCINATORIA				X					
TEMPLE DELIRANTE				X		X			
DE INTERPRETACIÓN ERRÓNEA				X					
DE CITACIÓN DE IDEAS				X					
DE IDENTIFICACIÓN ERRÓNEA				X					
DE SUPLANTACIÓN DE PERSONAS FAMILIARES				X					
DE CELOS				X		X			X
DE EMBARAZO				X					
AMANTE DELIRANTE				X					
ACUSACIONES DE HOMOSEXUALIDAD				X					
FANTÁSTICOS O RECUERDOS DELIRANTES				X					
SÍNDROMES LOCALES CON DENOMINACIÓN ESPECIFICA				X					
EXPERIENCIAS DE ÉXTASIS						X			
CREENCIAS INFUNDADAS E IDIOSINCRÁSICAS								X	
OTROS	X	X	X	X		X			
CONTENIDOS INUSUALES DEL PENSAMIENTO							X		
DELIRIOS PRESENTES EN OTRAS PATOLOGÍAS				X			X		

TABLA 5. Evaluación de la reacción y acomodación ante una contradicción hipotética del delirio (Reaction of Hypothetical Contradiction and Accommodation, Brett-Jones, Garety y Hemsley, 1987)

REACCIÓN A LA CONTRADICCIÓN HIPOTÉTICA	ACOMODACIÓN
Se ignora la situación, se rechaza o se niega persistentemente que pueda ser posible	No se menciona ningún dato, o si se menciona no afecta en absoluto a la creencia
La situación se incorpora a la creencia a través de alguna alteración que haga compatible una con la otra	Alguna alteración en el contenido de la creencia, pero ningún cambio en alguna otra medida; o no se reemplaza la creencia por otra nueva
Cambia el grado de convicción pero no el contenido	Cambia el grado de convicción pero no el contenido
La creencia disminuye frente a la evidencia en contra	La creencia disminuye pero no se reemplaza, y el sujeto lo atribuye a algún evento externo Cambia el grado de preocupación o interferencia pero no el contenido

TABLA 6. Criterios de evaluación de algunas dimensiones de la Escala de Degradación de la Psicosis (EDP, Villagrán, 1993, 1995).

ACTUALIZACIÓN	CERTEZA	EXTENSIÓN
0. La conducta psicótica no se da en la actualidad	0. El sujeto está seguro de que el contenido de la conducta psicótica es producto de su mente, su enfermedad o su imaginación	0. La conducta psicótica no se da en la actualidad
1. La conducta psicótica está rara vez presente	1. El sujeto cree que dicho contenido probablemente sea fruto de su mente, enfermedad o imaginación	1. La conducta psicótica se circunscribe a una persona en uno o más contextos o situaciones
2. La conducta psicótica está presente en distintas ocasiones, aunque no frecuentemente	2. El sujeto no puede decidirse sobre si el contenido de la conducta es real o imaginario	2. La conducta psicótica afecta a un determinado grupo de personas en un contexto o situación
3. La conducta psicótica está frecuentemente presente	3. El sujeto cree que el contenido de su conducta probablemente sea real	3. La conducta psicótica afecta a un determinado grupo de personas en varios contextos o situaciones
4. La conducta psicótica está constantemente presente	4. El sujeto está seguro de que dicho contenido existe en realidad, es real, empírico	4. La conducta psicótica afecta a distintos grupos de personas en varias situaciones o contextos

TABLA 7. Evaluación de la dimensión “Grado de preocupación” en la Delusions Rating Scale (Haddock, 1994)

1. Grado de Preocupación del delirio

¿Cuánto tiempo pasas pensando en tus creencias? ¿Todo el tiempo / diariamente / semanalmente, etc.?

- 0 Ningún delirio o delirios en los que el sujeto piensa menos de una vez por semana (especificar la frecuencia)
- 1 El sujeto piensa en el delirio por lo menos una vez por semana
- 2 El sujeto piensa en el delirio al menos una vez al día
- 3 El sujeto piensa en el delirio cada hora
- 4 El sujeto piensa en el delirio continuamente o casi continuamente, y sólo puede pensar en otras cosas unos pocos segundos o minutos

TABLA 8. Formato del Peters Delusions Inventory (Peters et al., 1996).

Rodea con un círculo estos números si tu respuesta fue SÍ					
(1) ¿Te has sentido alguna vez bajo el control de alguna fuerza o poder?	No estresante en absoluto				Muy estresante
	1	2	3	4	5
(Por favor señala la respuesta correcta)	Casi no pienso en ello				Pienso en ello todo el tiempo
<i>NO</i> <i>SÍ</i>	1	2	3	4	5
	No creo que sea verdad				Es absolutamente cierto
	1	2	3	4	5
