

ANEXO II

## ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL

Herramientas de detección recomendadas



# Índice

Glosario.....	4
1 INTRODUCCIÓN A LA DETECCIÓN.....	5
2 DETECCIÓN - CASOS HIPOTÉTICOS .....	6
3 LA DETECCIÓN Y EL PROCESO CONTINUO DE SALUD MENTAL .....	8
4 CALENDARIO DE HERRAMIENTAS DE DETECCIÓN.....	10
5 DISPONIBILIDAD DE HERRAMIENTAS DE DETECCIÓN .....	12
Cuestionario de salud del paciente (PHQ - 9).....	13
A1. Visión general.....	13
A2. Interpretación.....	13
A3. Cuestionario de salud del paciente - 9 (PHQ-9).....	15
A4. Referencias.....	15
B Prueba de identificación de trastornos por consumo de alcohol-concisa (AUDIT - C) .....	16
B1. VISIÓN GENERAL .....	16
B2. INTERPRETACIÓN .....	16
B3. Prueba de identificación de trastornos por consumo de alcohol-concisa (AUDIT-C).....	17
B3. AUDIT-C Questionnaire.....	18
B4. Referencias.....	18
C Organización Mundial de la Salud Índice de bienestar 5 .....	18
C1. Visión general.....	18
C2. Interpretación.....	19
C3. Índice de bienestar de la OMS 5.....	20
C4. Referencia .....	21
D Lista de verificación del TEPT (PCL-5).....	21
D1. Visión general.....	21
D2. Interpretación.....	21
D3. PCL-5 .....	23
D4. Referencias .....	25
E. Trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7).....	26
E1. Visión general.....	26
E2. Interpretación.....	26
E3. Escala del GAD-7 .....	27
E4. Referencias.....	28
F Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) .....	28
F1. Visión general .....	28
F2. Interpretación.....	29
F3. Escala DASS-21 .....	30
F4. Referencias.....	31

Escala de insomnio de Atenas (AIS).....	31
G1. Visión general .....	31
G2. Interpretación .....	32
G3. Escala de insomnio de Atenas.....	32
G4. Referencias .....	34
H Escala breve de resiliencia (BRS) .....	34
H1. Visión general.....	34
H2. Interpretación.....	34
H3. Escala breve de resiliencia.....	35
H4. REFERENCIAS .....	36

## GLOSARIO

### **Sensibilidad**

La sensibilidad mide la capacidad de una herramienta de detección para detectar correctamente identificar a los que padecen la enfermedad (tasa de verdaderos positivos). una sensibilidad del 100 %, identifica correctamente a todas las personas con la enfermedad.

Fórmula:  $\text{Sensibilidad} = \frac{\text{verdaderos positivos}}{\text{verdaderos positivos} + \text{falsos negativos}}$ . Representa la probabilidad de la herramienta de detección

indicando positivo cuando la situación es realmente presente.

### **Especificidad**

La especificidad mide la capacidad de una herramienta de detección para identificar correctamente a quienes no padecen la enfermedad (tasa de verdaderos negativos). Una prueba con alta especificidad clasificará correctamente a las personas como libres de enfermedad.

Fórmula:  $\text{Especificidad} = \frac{\text{verdaderos negativos}}{\text{verdaderos negativos} + \text{falsos positivos}}$ . Representa la probabilidad de la detección herramienta que indica negativo cuando la afección está realmente ausente

### **Valor predictivo positivo (PPV)**

El PVP es la proporción de resultados positivos en una estadística prueba de detección que son verdaderos resultados positivos.

Fórmula:  $\text{PPV} = \frac{\text{verdaderos positivos}}{\text{verdaderos positivos} + \text{falsos}}$

positivos). Representa la probabilidad de que una persona tenga la afección cuando la herramienta de detección indique positivo.

### **Valor predictivo negativo (NPV)**

El NPV es la proporción de resultados negativos en una estadística prueba de detección que son verdaderos resultados negativos.

Fórmula:  $\text{VPV} = \frac{\text{verdaderos negativos}}{\text{verdaderos negativos} + \text{falsos negativos}}$ . Representa la probabilidad de que una persona no padecer la enfermedad cuando la herramienta de detección indique negativo.

# 1 INTRODUCCIÓN A LA DETECCIÓN

Al evaluar sistemáticamente diferentes aspectos de la salud mental, las herramientas de detección pueden ofrecer una mejor comprensión de los estados psicológicos del personal uniformado de las Naciones Unidas. Este anexo explora la importancia de utilizar herramientas de detección con el personal uniformado de las Naciones Unidas, subrayando su papel en la promoción de la salud mental de quienes participan en el ciclo de despliegue y en la posible identificación de quienes se encuentran en situación de riesgo.

Existen opiniones dispares sobre el uso de las herramientas de detección en función de su eficacia, fiabilidad y costo percibidos. Sin embargo, muchos Estados Miembros llevan a cabo pruebas de detección para su personal uniformado antes del despliegue. Dado que solo se trata de herramientas recomendadas, los Estados Miembros pueden decidir si las utilizan o no.

La detección ofrece varias ventajas clave para el bienestar de las personas, especialmente en contextos de mantenimiento de la paz. En los anexos I y III se ofrecen más detalles sobre estas ventajas, junto con una visión completa de cómo la detección puede mejorar el apoyo a la salud mental en los entornos de mantenimiento de la paz.

Ventajas de la detección:

- Identificación de enfermedades preexistentes: la detección facilita la identificación de síntomas de salud mental preexistentes en las personas. Este reconocimiento precoz permite intervenciones y ayudas adaptadas.
- Seguimiento continuo e intervención precoz: las pruebas de detección periódicas a lo largo del ciclo de despliegue permiten un seguimiento continuo del estado de salud mental. Este enfoque proactivo permite una intervención temprana, minimizando el impacto de los posibles problemas. La detección previa al despliegue establece una base de referencia.
- Apoyo a la transición y asistencia específica: la detección ayuda a proporcionar apoyo específico durante las transiciones, como las previas al despliegue, el regreso del despliegue y la transición a la vida civil.
- Formación y construcción de la paz resiliencia: los resultados de la detección sirven para diseñar programas de capacitación e iniciativas de refuerzo de la resiliencia. Esta personalización puede aumentar la eficacia de tales iniciativas.
- Aprendizaje y mejora: los Estados Miembros pueden utilizar los datos recogidos en los controles para el aprendizaje y la mejora de la organización. La información obtenida podría servir para ajustar las políticas y mejorar los programas de salud mental.
- Asignación de recursos para servicios de apoyo: los resultados de la detección orientan la asignación de recursos para los servicios de apoyo a la salud mental. Los recursos se dirigen allí donde son más necesarios, optimizando su impacto.
- Integración con los recursos de salud mental existentes: la detección complementa los recursos de salud mental existentes, mejorando su uso y garantizando un enfoque holístico del bienestar mental.
- Comprobación con los contingentes; normalización y eliminación del estigma en torno a la detección; e introducción como parte de la preparación general previa al despliegue, en la que la aptitud mental es un elemento de un enfoque integral de la aptitud.

Desventajas de la detección:

- Dudas sobre la precisión y eficacia de las herramientas de detección de la salud mental: la bibliografía contiene reservas sobre la precisión y la eficacia de las herramientas de detección de salud mental, lo que plantea dudas sobre la capacidad de estas herramientas para captar la complejidad de los trastornos mentales y proporcionar resultados fiables.
- Preocupación por la estigmatización del personal uniformado: a algunas personas les preocupa que someterse a una detección pueda acarrear percepciones o consecuencias negativas dentro de su organización o entre sus colegas.
- Preocupación por la intimidad y la confidencialidad: el personal uniformado puede tener dudas sobre la privacidad y confidencialidad de los exámenes de salud mental. Puede preocuparles la seguridad de su información personal y temer que otros puedan acceder a sus resultados, lo que podría afectar a su carrera o a sus futuras misiones.
- La influencia de las diferencias culturales en las percepciones: las diferencias culturales y las distintas experiencias del personal uniformado también pueden influir en su percepción de las pruebas de cribado de salud mental. Algunos pueden pensar que las herramientas de detección existentes no tienen en cuenta adecuadamente sus contextos culturales o profesionales, lo que les lleva al escepticismo o, a veces, a la resistencia.
- Problemas de aplicación y del sistema de apoyo: el personal uniformado puede expresar su preocupación por la aplicación y los sistemas de apoyo en torno a las pruebas de detección de salud mental. Puede haber dudas sobre la disponibilidad de recursos adecuados, procedimientos de seguimiento u opciones de tratamiento para ayudar a las personas que reciben resultados positivos en las pruebas de detección.
- Temores sobre las repercusiones de la promoción profesional: el personal uniformado también puede preocuparse por la forma en que las pruebas de detección de salud mental pueden influir en la promoción profesional, las oportunidades de ascenso o las preferencias de destino. A algunos les preocupa que revelar sus problemas de salud mental pueda obstaculizar su desarrollo profesional o acarrear consecuencias negativas.
- Retos de la cultura organizativa: puede haber dificultades para integrar la aplicación de las pruebas de detección en la cultura de la organización.
- Las intervenciones oportunas son cruciales: la detección solo funciona bien si se puede acceder a tiempo a las intervenciones cuando estén indicadas.

Es esencial sopesar las ventajas de identificar y abordar las necesidades de salud mental mediante la detección con las posibles implicaciones negativas. Al abordar estas preocupaciones mediante una planificación meditada, una comunicación clara y sistemas de apoyo eficaces, cada Estado Miembro puede esforzarse por crear programas de detección que mejoren la salud mental del personal uniformado y minimicen al mismo tiempo los posibles inconvenientes. La indagación sobre el bienestar mental del personal uniformado por parte de sus mandos médicos y no médicos también puede ayudar a menudo a identificar sus necesidades en materia de salud mental.

## 2 DETECCIÓN - CASOS HIPOTÉTICOS

En las complejas misiones de las Naciones Unidas, la importancia de salvaguardar el bienestar mental es cada vez más evidente. Los tres escenarios siguientes ofrecen ejemplos de los retos

psicológicos que pueden surgir en estos contextos. Hablan del papel fundamental que desempeña la detección en la identificación y el tratamiento de los problemas de salud mental entre el personal uniformado de las Naciones Unidas. Los escenarios pretenden ofrecer una visión del impacto del trauma, el estrés y las tensiones emocionales en las personas. También demuestran la resiliencia que puede desarrollarse tomando medidas proactivas para buscar ayuda y apoyo sobre la base de los resultados de las autoevaluaciones. Estos relatos destacan la importancia de la intervención precoz, normalizan la búsqueda de ayuda y señalan el papel instrumental de la detección y el asesoramiento para mantener el bienestar mental.

**Escenario 1:** un efectivo del personal uniformado de las Naciones Unidas sufrió un suceso traumático cuando patrullaba, durante el cual fue secuestrado y mantenido como rehén durante un breve periodo. Tras su liberación, regresó a su unidad mostrando signos de malestar. Sufría trastornos del sueño, irritabilidad e inquietud, lo que indicaba un posible impacto psicológico del incidente traumático. A pesar de hablar de su experiencia con su compañero, dudaba en compartirla con el psicólogo. Creía que podía arreglárselas solo y que el incidente no le había afectado significativamente. Sin embargo, cuando accedió y relleno un formulario de detección en la aplicación de las Naciones Unidas, se enteró de que sus respuestas le situaban en la zona "naranja", señal de que necesitaba buscar ayuda para su bienestar mental. Consciente de la importancia de buscar ayuda, buscó apoyo. A través de sus interacciones con expertos en salud mental de la unidad, realizó ejercicios diseñados para abordar su malestar. Estos ejercicios, adaptados a sus necesidades, resultaron beneficiosos para aliviar sus síntomas y proporcionarle herramientas para gestionar eficazmente sus respuestas psicológicas.

*Este escenario ilustra las secuelas de un suceso traumático en la salud mental del personal uniformado de las Naciones Unidas, y cómo esto presenta una oportunidad ideal para que un líder reconozca un suceso de alto riesgo y el consiguiente cambio de comportamiento y apoye la búsqueda de ayuda entre sus subordinados. A pesar de las reticencias iniciales, la decisión de la persona de someterse a las pruebas de detección y buscar ayuda demostró el valor de la intervención precoz. El apoyo recibido a través de ejercicios e intervenciones no solo alivió su malestar, sino que también puso de relieve la importancia de reconocer y abordar los problemas de salud mental para fomentar la resiliencia y el bienestar en contextos militares.*

**Escenario 2:** un efectivo del personal uniformado de las Naciones Unidas recibió la angustiada noticia cuando hablaba por teléfono con su esposa de que su hija de cuatro años se había roto el codo montando en bicicleta. El incidente afectó significativamente a su estado emocional y a su capacidad de concentración. Se sintió mal por no haber estado allí para ayudar. A pesar de sus preocupaciones, prefirió no compartir la noticia con nadie de su entorno. Se dio cuenta de que su incapacidad para hacer frente a la situación afectaba a su concentración en el trabajo y empezó a sufrir trastornos del sueño. Recurrió al consumo de alcohol, inicialmente para dormir mejor. Con el tiempo, su consumo de alcohol aumentó, impulsado por su malestar emocional y su frustración por el tratamiento de su hija. Alimentado por un sentimiento de aislamiento, este comportamiento contribuyó a tensar las relaciones con su esposa. Tras dos semanas automedicándose con alcohol, reconoció que su consumo se había vuelto problemático y que utilizaba el alcohol como mecanismo de supervivencia. Tomando una medida proactiva que había aprendido durante una clase de alfabetización en salud mental, completó una herramienta de detección del abuso de alcohol. Los resultados indicaron la necesidad de intervenir. Consultó a su compañero de confianza. El hecho de que su compañero conociera su estado le permitió acceder a la atención de salud mental a través de las autoridades de la unidad. Esto le llevó a iniciar un tratamiento psicológico para abordar sus problemas emocionales y el consumo de alcohol. Participar en sesiones de asesoramiento le ayudó a descomprimirse, lo que le permitió afrontar sus emociones,

buscar estrategias de afrontamiento más sanas y, en última instancia, reducir su dependencia del alcohol.

*Este escenario subraya el impacto de los factores de estrés externos en la salud mental y las posibles consecuencias de los mecanismos de afrontamiento poco saludables. También ilustra que no todos los factores estresantes están relacionados con el trauma. La decisión de esta persona de enfrentarse a su consumo abusivo de alcohol mediante pruebas de detección y asesoramiento pone de manifiesto la importancia de reconocer la necesidad de apoyo y buscar ayuda activamente. Este enfoque proactivo para abordar los problemas de salud mental del personal uniformado de las Naciones Unidas demuestra la importancia de la intervención temprana y sus efectos positivos en el bienestar y la resiliencia.*

**Escenario 3:** un efectivo del personal uniformado de las Naciones Unidas se encontró con una situación angustiada mientras patrullaba fuera de la base, durante la cual fue testigo de atrocidades y tuvo que intervenir con riesgo personal. El incidente se produjo poco después de que la unidad fuera atacada por turbas, lo que agravó su carga emocional. Aunque la persona se benefició de la sesión sobre análisis del estrés postraumático organizada para la unidad, este nuevo suceso traumático siguió abrumándole. A pesar del orgullo que sentía por el éxito de su misión y su servicio, notó que su ánimo decaía. Se caracterizaba por una menor motivación, descuido de las tareas y dificultades para mantener su nivel de atención habitual.

Sabiendo que debía regresar a casa ocho semanas más tarde, se consoló pensando en la próxima ceremonia de despedida. Aun así, su bienestar emocional seguía empeorando. Una llamada con su madre le hizo reconocer que necesitaba ayuda, y consultó a su docente de religión del contingente. Tras hablar con el personal uniformado, el docente de religión le ayudó a ponerse en contacto con un médico. Un proceso de detección reveló que presentaba signos sutiles de depresión. Siguiendo el consejo del médico, empezó a tomar medidas proactivas para alcanzar el bienestar. Empezó a hablar de sus experiencias y dio prioridad al deporte y la actividad física. A pesar de evitarlo en un principio, encontró placer y alivio en la práctica deportiva. También canalizó su energía en la preparación de la ceremonia de despedida, encontrando un sentido de propósito y satisfacción en el proceso.

*Este escenario pone de relieve el impacto acumulativo de las experiencias traumáticas en la salud mental, incluso ante los logros positivos y el orgullo de servicio. La decisión de la persona de buscar ayuda y participar en estrategias activas para abordar su bienestar emocional demuestra el valor de la intervención temprana. Al reconocer sus luchas, buscar apoyo y encontrar salidas para expresarse, dio pasos significativos hacia la recuperación y la resiliencia en el contexto del personal uniformado de las Naciones Unidas.*

### 3 LA DETECCIÓN Y EL PROCESO CONTINUO DE SALUD MENTAL

Las herramientas de detección son importantes para alinear el apoyo a la salud mental con el modelo del Proceso Continuo de Salud Mental. Al identificar a las personas en distintos puntos del proceso continuo -desde el funcionamiento saludable hasta el posible malestar o la enfermedad-, quienes se ocupan de la detección permiten intervenciones oportunas que se ajustan a las necesidades cambiantes de las personas. Si el personal uniformado de las Naciones Unidas progresa a lo largo de este proceso continuo, la detección ayuda a reconocer los primeros signos de malestar, prevenir



la escalada y facilitar el bienestar. Esta alineación mejora la idoneidad de cualquier ayuda prestada, garantizando un enfoque específico de las intervenciones.

El modelo del Proceso Continuo de Salud Mental utiliza un sistema codificado por colores para representar las distintas etapas del bienestar mental:

**Verde:** representa a las personas que funcionan bien mentalmente. Experimentan un estrés mínimo, tienen buenas estrategias de afrontamiento y están emocionalmente equilibrados. *Por ejemplo: Personal uniformado de las Naciones Unidas que mantiene una actitud positiva, gestiona eficazmente los factores estresantes y utiliza mecanismos de afrontamiento saludables.*

**Amarillo:** significa malestar leve. Las personas de la zona amarilla pueden experimentar algunos factores de estrés, pero su funcionamiento general permanece relativamente estable. Pueden beneficiarse de estrategias de reducción del estrés y de apoyo. *Por ejemplo: Personal uniformado de las Naciones Unidas que se siente ligeramente abrumado por su carga de trabajo, pero que aún así puede realizar las tareas con eficacia.*

**Naranja:** indica malestar moderado. Las personas de la zona naranja se enfrentan a retos más importantes y pueden mostrar síntomas de dificultades de salud mental. Se recomiendan intervenciones como el asesoramiento o los grupos de apoyo. *Por ejemplo: Personal uniformado de las Naciones Unidas que ha sufrido recientemente un incidente traumático y muestra signos de alteraciones del sueño y mayor irritabilidad.*

**Rojo:** representa malestar grave o enfermedad mental. Las personas que se encuentran en la zona roja tienen dificultades importantes y pueden requerir una intervención urgente. Su capacidad para funcionar se ve muy comprometida. *Por ejemplo: Personal uniformado de las Naciones Unidas expuesto a múltiples sucesos traumáticos y que muestra claros signos de ansiedad, depresión y deterioro del funcionamiento diario. Esta persona necesita cuidados.*



La codificación por colores proporciona una forma visual de comprender en qué punto del Proceso Continuo de Salud Mental se encuentra el personal uniformado de las Naciones Unidas y orienta las intervenciones adecuadas en función de su estado actual. Es importante señalar que este código de colores es una representación simplificada, y que la salud mental es compleja, con muchos factores que contribuyen al bienestar de una persona.

El modelo del Proceso Continuo de Salud Mental promueve una comprensión más inclusiva y fluida de la salud mental. No se trata solo de identificar si alguien padece o no un trastorno, sino de captar la variedad y profundidad de las experiencias:

- **Visión holística:** en lugar de un enfoque binario, en el que una persona se clasifica como mentalmente sana o mentalmente enferma, el proceso continuo ofrece un gradiente. Esto incluye un bienestar mental óptimo, problemas leves de salud mental, problemas más graves y trastornos clínicos.
- **Comprensión dinámica:** el proceso continuo reconoce la naturaleza siempre cambiante de la salud mental. Una persona puede moverse a lo largo del espectro debido a diversos

acontecimientos vitales, factores estresantes o factores de protección. Esta perspectiva dinámica puede orientar las evaluaciones para considerar el estado actual, los riesgos potenciales y los factores de protección.

- **Incorporación de la resiliencia y el afrontamiento:** el modelo continuo también incorpora factores positivos para la salud mental, como la resiliencia y los mecanismos de afrontamiento, lo que permite una evaluación más rica que tiene en cuenta los puntos fuertes y los recursos, no solo los déficits o los retos.

Las herramientas de detección suelen proporcionar medidas estandarizadas y empíricas que pueden dar una instantánea del estado mental de una persona. Estas herramientas pueden identificar síntomas, gravedad y áreas específicas de preocupación, lo que las hace esenciales para situar con precisión a una persona en el Proceso Continuo de Salud Mental.

- **Detección precoz:** las herramientas de detección están diseñadas para detectar signos precoces o factores de riesgo de problemas de salud mental. Cuando se identifica precozmente la posición de una persona en el proceso continuo, se allana el camino para intervenir a tiempo, evitando potencialmente un mayor deterioro o complicaciones.
- **Intervenciones a medida:** con los datos de las pruebas de detección, los profesionales de la salud mental pueden recomendar intervenciones adaptadas a las necesidades específicas de cada persona, lo que garantiza unos resultados más eficaces del tratamiento.
- **Retroalimentación a lo largo del tiempo:** las pruebas de detección periódicas permiten hacer un seguimiento de los cambios en el estado de salud mental de una persona, proporcionando información sobre la eficacia del tratamiento y cualquier cambio a lo largo del proceso.

Al integrar el Proceso Continuo de Salud Mental y los procesos de cribado en la evaluación, los expertos en salud mental adquieren un conocimiento profundo del bienestar mental de una persona. El proceso continuo proporciona el marco y la comprensión conceptual, mientras que las herramientas de detección ofrecen datos empíricos y específicos. Juntos, guían a los profesionales en la toma de decisiones informadas sobre intervenciones y estrategias de apoyo, garantizando que las intervenciones sean eficaces y personalizadas.

## 4 CALENDARIO DE HERRAMIENTAS DE DETECCIÓN

La siguiente lista destaca las herramientas de autoinforme que pueden utilizarse periódicamente durante el ciclo de despliegue para evaluar el bienestar mental general del personal uniformado. También pueden utilizarse en respuesta a acontecimientos concretos. Estas herramientas no requieren conocimientos ni capacitación especializados y están diseñadas para detectar el estado psicológico de las personas.

Cuadro 1

**Visión general de las herramientas de detección más utilizadas y momentos sugeridos para su uso**

<i>Instrumento de detección</i>	<i>Antes del despliegue</i>	<i>Despliegue-hacia el final de:</i>	<i>Posterior al despliegue-hacia el final de:</i>
---------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------	---

		Mes 1	Trimestre			Mes 1	Año				
			2	3	4		1	2	3	4	5
A. Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9)	S	S	S	S	S	S	S	N	N	N	N
B. Prueba de identificación de trastornos por consumo de alcohol-concisa (AUDIT-C)	N	DONDE SE INDIQUE					S	S	S	S	S
C. Índice de bienestar de la OMS (WHO 5)	S	S	N	N	S	S	S	N	N	N	N
D. Lista de verificación del trastorno de estrés postraumático (TEPT) para el DSM-5 (PCL-5)	N	N	N	N	S	N	S	S	S	S	S
E. Trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7)	N	S	N	N	S	S	S	S	S	S	S
F. Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21)	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
G. Escala de insomnio de Atenas (AIS)	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S
H. Escala breve de resiliencia (BRS)	S	N	N	N	S	S	N				

S = Sí, N = No

#### Recomendaciones:

1. Los instrumentos de detección enumerados anteriormente son autoadministrados y pueden ser cumplimentados de forma independiente por el personal uniformado. No obstante, se recomienda llevarlas a cabo bajo la supervisión del oficial médico superior del contingente o del personal paramédico.
2. Estas herramientas pueden administrarse en un entorno en el que se garantice la privacidad del personal uniformado. Se recomiendan para evaluar periódicamente al personal uniformado o para cuando éste comunique dificultades psicológicas.
3. Estas herramientas de detección son gratuitas.
4. La utilización regular de herramientas de detección puede animar al personal uniformado a hablar abiertamente de su bienestar psicológico, reduciendo así las barreras para buscar apoyo psicológico a tiempo. El objetivo es detectar los problemas de salud mental y prestar rápidamente la asistencia adecuada.
5. **Ninguna de estas herramientas de detección determina la aptitud de una persona para el despliegue o la repatriación.**
6. **El uso de estas herramientas de detección NO es obligatorio desde la perspectiva de las Naciones Unidas.**
7. **Las herramientas de detección NO proporcionan un diagnóstico formal. En su lugar, identifican signos y síntomas, señalando la necesidad de una evaluación posterior por parte de un profesional sanitario cualificado cuando se obtiene una puntuación alta.**

## 5 DISPONIBILIDAD DE HERRAMIENTAS DE DETECCIÓN

La siguiente lista destaca las herramientas de autoinforme que puede utilizar el personal uniformado periódicamente a lo largo del ciclo de despliegue. A continuación, se incluye una lista de cada herramienta, junto con información sobre el tiempo que se tarda en completarla, las lenguas en las que está disponible y el enlace donde se puede encontrar. Estas herramientas no requieren conocimientos ni capacitación especializados y están diseñadas para detectar el estado de salud mental de personas que desempeñan diversas funciones.

Estos son solo algunos ejemplos de las muchas herramientas de detección disponibles para evaluar la salud mental. La elección del instrumento de detección depende de los objetivos específicos, los usuarios previstos y el contexto del programa de detección. A la hora de seleccionar una herramienta, es esencial seleccionar herramientas validadas y culturalmente apropiadas para garantizar resultados precisos y significativos.

Cuadro 2

### Panorama de las herramientas de detección gratuitas y ampliamente disponibles

<i>Herramientas</i>	<i>Tiempo de administración</i>	<i>Idiomas</i>
A. PHQ 9 Cuestionario de salud del paciente	10 minutos	Alemán, afrikaans, árabe, bengalí, chino, coreano, español, francés, hindi, indonesio, inglés, malayalam, malayo, marathi, portugués, punjabi, ruso, serbio, swahili, tamil, tailandés y ucraniano
B. AUDIT-C Prueba de identificación de trastornos por consumo de alcohol-concisa	3 minutos	Alemán, árabe, bengalí, cingalés, coreano, chino, español, francés, hindi, indonesio, inglés, malayalam, malayo, marathi, mongol, nepalí, persa, portugués, punjabi, ruso, serbio, somalí, tamil, tailandés, turco, ucraniano, urdu y vietnamita.
C. OMS 5 Índice de bienestar	5 minutos	Árabe, chino, español, filipino, francés, inglés, portugués, ruso, tailandés y urdu
D. PCL-5 Lista de verificación del TEPT para el DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición)	10 minutos	Árabe, inglés, camboyano, coreano, chino, español, francés, hindi y vietnamita
E. GAD-7 Trastorno de ansiedad general	5 minutos	Afrikaans, árabe, bengalí, cebuano, coreano, chino, español, francés, filipino, hindi, indonesio, inglés, malayalam, malayo, marathi, portugués, punjabi, , tamil, tailandés, turco, ucraniano y urdu.
F. DASS 21 Depresión y ansiedad Escala de estrés	10 minutos	Alemán, árabe, bahasa, bengalí, coreano, chino, español, filipino, francés, hindi, inglés, hindi, indonesio, malayalam,

		mongol, marathi, nepalí, serbio, sinhala, portugués, punjabi, tamil, tailandés y vietnamita.
G. AIS Escala de insomnio de Atenas	5 minutos	Árabe, bengalí, cantonés, español, francés, inglés, mandarín, xhosa, yoruba, zulú
H. BRS Escala breve de resiliencia	5 minutos	Alemán, árabe, chino, español, francés, inglés, portugués, serbio y urdu.

## CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE (PHQ - 9)

### A1. VISIÓN GENERAL

El PHQ-9 es un instrumento polivalente para la detección, el diagnóstico, el seguimiento y la medición de la gravedad de la depresión:

- El PHQ-9 combina los criterios diagnósticos de la depresión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición (DSM-IV) con otros síntomas depresivos importantes en una breve herramienta de autoinforme.
- La herramienta evalúa la frecuencia de los síntomas, lo que contribuye a la puntuación del índice de gravedad.
- La pregunta 9 del PHQ-9 detecta la presencia y duración de la ideación suicida.
- Una pregunta de seguimiento del PHQ-9 que no se puntúa en una escala asigna un peso al grado en que los problemas depresivos han afectado al nivel de funcionamiento del paciente.

#### a) Utilidad clínica

El PHQ-9 es breve y útil en la práctica clínica. El paciente rellena el PHQ-9 en cuestión de minutos y el médico lo puntúa rápidamente. El PHQ-9 también puede administrarse repetidamente, para medir la mejoría o el empeoramiento de la depresión en respuesta al tratamiento.

#### b) Propiedades psicométricas

- La validez diagnóstica del PHQ-9 se estableció en estudios en los que participaron ocho clínicas de atención primaria y siete de obstetricia.
- Puntuaciones PHQ  $\geq 10$  tenían una sensibilidad del 88 % y una especificidad del 88 % para la depresión mayor. El valor predictivo positivo (PPV) de una puntuación PHQ-9  $\geq 10$  es del 50 %, y su valor predictivo negativo (NPV) del 89 %.
- Las puntuaciones del PHQ-9 de 5, 10, 15 y 20 representan una depresión leve, moderada, moderadamente grave y grave, respectivamente.

### A2. INTERPRETACIÓN

#### a) Uso del PHQ-9 para hacer un diagnóstico provisional de depresión

El profesional clínico debe descartar las causas físicas de la depresión, el duelo normal y los antecedentes de un episodio maníaco/hipomaníaco.

### **Paso 1: preguntas 1 y 2**

Una o las dos primeras preguntas deben recibir una puntuación de "2" o "3".

(2 = "más de la mitad de los días" o 3 = "casi todos los días")

### **Paso 2: preguntas 1 a 9**

Se deben aprobar cinco o más casillas dentro de la zona sombreada del formulario para llegar al recuento total de síntomas. (Las preguntas 1-8 deben puntuarse con "2" o "3"; la pregunta 9 debe puntuarse con "1", "2" o "3")

### **Paso 3: pregunta 10**

Esta pregunta debe puntuarse como "algo difícil", "muy difícil" o "extremadamente difícil".

## **b) Uso del PHQ-9 para la selección y el seguimiento del tratamiento**

### **Paso 1**

Un diagnóstico de depresión que justifique un tratamiento o un cambio de tratamiento necesita al menos una aprobación de una de las dos primeras preguntas ("más de la mitad de los días" o "casi todos los días") en las dos semanas anteriores. Además, la décima pregunta relativa a la dificultad en el trabajo o en casa o para llevarse bien con los demás, debe recibir una respuesta de "algo difícil" o superior.

### **Paso 2**

Sume los puntos totales de cada una de las columnas 2-4 por separado (columna 1 = varios días; columna 2 = más de la mitad de los días; columna 3 = casi todos los días). Sume los totales de cada una de las tres columnas para obtener la puntuación total. La puntuación total es la puntuación de gravedad.

### **Paso 3**

Revise la puntuación de gravedad utilizando el cuadro 3.

### Cuadro 3

#### **Puntuaciones del PHQ-9 y acciones terapéuticas propuestas**

<i>Puntuación PHQ-9</i>	<i>Gravedad de la depresión</i>	<i>Acciones de tratamiento propuestas</i>
0 – 4	Ninguna-mínima	Ninguna
5 – 9	Leve	Espera vigilante; repetir PHQ-9 durante el seguimiento
10 – 14	Moderada	Plan de tratamiento, considerando asesoramiento, seguimiento o farmacoterapia.
15 – 19	Moderadamente grave	Tratamiento activo con farmacoterapia o psicoterapia
20 – 27	Grave	Inicio inmediato de la farmacoterapia y, si el deterioro es grave o la respuesta a la terapia es deficiente, derivación rápida a un especialista en salud mental para psicoterapia o gestión colaborativa.

### A3. CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE - 9 (PHQ-9)

En las dos últimas semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

(Utilice "✓" para indicar su respuesta)

		Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
1	Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2	Sentirse decaído, deprimido o desesperanzado	0	1	2	3
3	Dificultad para conciliar el sueño o para permanecer dormido o dormir demasiado	0	1	2	3
4	Sentirse cansado o con poca energía	0	1	2	3
5	Falta de apetito o comer en exceso	0	1	2	3
6	Sentirse mal consigo mismo - o que es un fracasado o que se ha defraudado a sí mismo o a su familia	0	1	2	3
7	Dificultad para concentrarse en cosas, como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8	Moverse o hablar tan despacio que otras personas podrían haberse dado cuenta O lo contrario: estar tan inquieto o intranquilo que se ha estado moviendo mucho más de lo habitual	0	1	2	3
9	Pensamientos de que estaría mejor muerto o hiriéndose de algún modo	0	1	2	3

PARA CODIFICAR EN LA OFICINA 0 + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_  
 =Puntuación total: \_\_\_\_\_

**If you checked off any problems, how difficult have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?**

	Not difficult at all	Somewhat difficult	Very difficult	Extremely Difficult

### A4. REFERENCIAS

i. Kroenke, Kurt, Robert L. Spitzer, y Janet B.W. Williams (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, vol. 16, nº 9, pp. 606-616.

ii. La herramienta PHQ-9 fue desarrollada por los Dres. Kurt Kroenke, Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams y sus colegas, con una subvención educativa de Pfizer Inc. No se requieren permisos para reproducir, traducir, mostrar o distribuir dicha herramienta.

## B PRUEBA DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL-CONCISA (AUDIT - C)

### B1. VISIÓN GENERAL

La prueba de identificación de trastornos por consumo de alcohol-concisa (AUDIT-C) es un instrumento breve de detección de alcohol que identifica de forma fiable a las personas que son bebedoras de riesgo o tienen trastornos activos por consumo de alcohol (incluyendo abuso o dependencia del alcohol). La AUDIT-C es una versión modificada del instrumento AUDIT de 10 preguntas.

La AUDIT-C consta de tres preguntas y se puntúa en una escala de 0 a 12. Cada pregunta de la AUDIT-C tiene cinco opciones de respuesta de 0 puntos a 4 puntos. En los hombres, una puntuación de 4 o más se considera positiva, óptima para identificar un consumo peligroso de alcohol o trastornos activos por consumo de alcohol. En las mujeres, una puntuación igual o superior a 3 se considera positiva. Por lo general, cuanto mayor es la puntuación, más probable es que el consumo de alcohol de una persona afecte a su seguridad. La AUDIT-C es de dominio público.

### B2. INTERPRETACIÓN

La AUDIT-C es una prueba de detección de alcohol de tres ítems que identifica de forma fiable a las personas que son bebedoras de riesgo o tienen trastornos activos por consumo de alcohol (incluido el abuso o la dependencia del alcohol). La AUDIT-C es una versión modificada del instrumento AUDIT de 10 preguntas.

#### a) Utilidad clínica

La AUDIT-C es una prueba breve de detección del consumo de alcohol que identifica de forma fiable a los bebedores de riesgo o a los que padecen trastornos activos por consumo de alcohol.

#### b) Puntuación

La AUDIT-C se puntúa en una escala de 0 a 12.

Cada pregunta de la AUDIT-C tiene cinco opciones de respuesta. Los puntos asignados a cada respuesta son los siguientes:

a = 0 puntos; b = 1 punto; c = 2 puntos; d = 3 puntos; e = 4 puntos.

- **En los hombres**, una puntuación de 4 o más se considera positiva, óptima para identificar un consumo peligroso de alcohol o trastornos activos por consumo de alcohol.
- **En las mujeres**, una puntuación igual o superior a 3 se considera positiva (igual que en el caso anterior).
- Sin embargo, cuando todos los puntos son de la pregunta 1 y las preguntas 2 y 3 son cero, se puede suponer que el paciente bebe por debajo de los límites recomendados (para adultos sanos, esto significa generalmente hasta una bebida al día para las mujeres y hasta dos bebidas al día para los hombres). Ejemplos de una bebida: cerveza: 12 onzas líquidas o 355 mililitros; vino: 5 onzas líquidas o 148 mililitros). En ese caso, se sugiere que el oficial



médico revise la ingesta de alcohol de la persona en los últimos meses para confirmar la exactitud.

- Por lo general, cuanto más alta es la puntuación, más probable es que el consumo de alcohol de la persona esté afectando a su seguridad.

### c) Propiedades psicométricas

El cuadro siguiente demuestra la fiabilidad de la AUDIT-C en la identificación de personas con consumo excesivo/ peligroso de alcohol-DSM-5 abuso o dependencia de alcohol y con abuso o dependencia activa de alcohol.

Cuadro 4

#### Propiedades psicométricas de la AUDIT-C

<i>Puntuación</i>	<i>Hombres</i>	<i>Mujeres</i>
<i>Para identificar a las personas que beben en exceso o de forma peligrosa (abuso o dependencia del alcohol según el DSM).</i>		
>3	Sens: 0,95 / Espec. 0,60	Sens: 0,66 / Espec. 0,94
>4	Sens: 0,86 / Espec. 0,72	Sens: 0,48 / Espec. 0,99

PPV 71 % NPV 80 %

<i>Para identificar a personas con abuso o dependencia activa del alcohol</i>		
>3	Sens: 0,95 / Espec. 0,45	Sens: 0,95 / Espec. 0,87
>4	Sens: 0,95 / Espec. 0,56	Sens: 0,95 / Espec. 0,94

PPV 78 % NPV 80 %

## B3. PRUEBA DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL-CONCISA (AUDIT-C)

### General Instructions

The Alcohol Use Disorders Identification Test-Concise (AUDIT-C) is a brief alcohol screening instrument. Please give a response for each question.

1. How often do you have a drink containing alcohol?  
 a. Never  
 b. Monthly or less  
 c. 2-4 times a month  
 d. 2-3 times a week  
 e. four or more times a week
2. How many standard drinks containing alcohol do you have on a typical day?  
 a. 1 or 2  
 b. 3 or 4  
 c. 5 or 6

- d. 7 to 9
  - e. ten or more
3. How often do you have six or more drinks on one occasion?
- a. Never
  - b. Less than monthly
  - c. Monthly
  - d. Weekly
  - e. Daily or almost daily

### B3. AUDIT-C QUESTIONNAIRE

4. How often do you have a drink containing alcohol?
- a. Never
  - b. Monthly or less
  - c. 2-4 times a month
  - d. 2-3 times a week
  - e. four or more times a week
5. How many standard drinks containing alcohol do you have on a typical day?
- a. 1 or 2
  - b. 3 or 4
  - c. 5 or 6
  - d. 7 to 9
  - e. ten or more
6. How often do you have six or more drinks on one occasion?
- a. Never
  - b. Less than monthly
  - c. Monthly
  - d. Weekly
  - e. Daily or almost daily

### B4. REFERENCIAS

- i. Bradley, Katherine *et al.*(2003). Two brief alcohol-screening tests From the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation in a female Veterans Affairs patient population. *Archives of Internal Medicine*, vol. 163, nº 7, pp. 821-9.
- ii. Bush, Kristen *et al.*(1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). *Archives of Internal Medicine*, vol. 158, nº 16, pp.1789-95.

## C ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD ÍNDICE DE BIENESTAR 5

### C1. VISIÓN GENERAL

El Índice de bienestar WHO-5 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) es un cuestionario de autoinforme desarrollado para evaluar el nivel de bienestar emocional de las personas. Consta de cinco sencillas preguntas, cada una de ellas centrada en un aspecto diferente del bienestar mental. Estas preguntas abordan temas como el estado de ánimo, la relajación y las actividades de la vida diaria.

## **C2. INTERPRETACIÓN**

El Índice de bienestar WHO-5 de la OMS debe ser autoadministrado si los encuestados tienen suficiente capacidad de lectura. En caso contrario, deben utilizarse formularios asistidos por entrevistador o administrados mediante entrevista.

### **a) Marco de referencia y calendario**

El Índice de bienestar WHO-5 de la OMS funciona dentro de un marco de referencia y un marco temporal específicos, que son cruciales para su correcta aplicación e interpretación:

**Marco de referencia:** el WHO-5 se centra en el bienestar psicológico positivo. Evalúa aspectos como el buen humor, la relajación y el estar activo y despierto. Esta perspectiva es algo diferente de otras escalas de salud mental que suelen centrarse en los síntomas de enfermedad o malestar. La orientación positiva de la WHO-5 la convierte en una herramienta valiosa para evaluar aspectos de la salud mental que van más allá de la mera ausencia de enfermedad.

**Calendario:** el WHO-5 pide a los encuestados que reflexionen sobre sus experiencias en las dos últimas semanas. Este periodo se elige para proporcionar un equilibrio entre la captación de estados recientes de bienestar (que pueden estar influidos por factores temporales) y la garantía de que las respuestas sean pertinentes para el estado mental actual de la persona. El plazo de dos semanas es estándar en muchas evaluaciones de salud mental, ya que se considera lo suficientemente largo como para tener en cuenta las fluctuaciones diarias del estado de ánimo y lo suficientemente corto como para evitar el sesgo de recuerdo.

Comprender este marco de referencia y este calendario es importante tanto para administrar la escala como para interpretar sus resultados. Ayuda a situar las respuestas en el contexto adecuado y garantiza que la escala se utilice tal y como pretendían sus creadores.

### **b) Cálculo de las puntuaciones de dominio**

El cálculo de las puntuaciones de dominio en el Índice de bienestar WHO-5 implica los siguientes sencillos pasos.

**Respuestas individuales:** El WHO-5 consta de cinco preguntas, cada una de las cuales se puntúa en una escala de 0 (en ningún momento) a 5 (todo el tiempo). Los encuestados indican con qué frecuencia han experimentado los sentimientos descritos en cada pregunta durante las dos últimas semanas.

**Resumen:** la puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones de las cinco preguntas. Este total puede oscilar entre 0 (el peor bienestar posible) y 25 (el mejor bienestar posible).

Normalización (opcional): en algunos casos, para facilitar la interpretación o la comparación, esta puntuación puede normalizarse a una escala de 0 a 100. Para ello, la puntuación total se multiplica por cuatro. En esta escala, 0 sigue representando el peor bienestar posible, y 100 representa el mejor bienestar posible.

Las puntuaciones se desglosan en los siguientes intervalos:

0-5 en la escala 0-25 (0-20 en la escala 0-100): Este intervalo sugiere un bienestar muy bajo y podría indicar una depresión grave u otros problemas de salud mental.

6-10 en la escala 0-25 (21-40 en la escala 0-100): Este intervalo indica un bienestar bajo y puede sugerir problemas de salud mental de leves a moderados.

11-15 en la escala 0-25 (41-60 en la escala 0-100): Esta gama representa un bienestar moderado.

16-20 en la escala 0-25 (61-80 en la escala 0-100): Esto indica un elevado bienestar, aunque todavía puede haber margen de mejora.

21-25 en la escala 0-25 (81-100 en la escala 0-100): Este rango indica un bienestar muy alto, lo que sugiere que la persona está floreciendo.

Es importante señalar que el WHO-5 es una herramienta de detección y no un instrumento de diagnóstico. Una puntuación baja sugiere que podría estar justificada una evaluación adicional de la depresión, pero no diagnostica la depresión por sí misma. El WHO-5 se valora por su sencillez y ha sido validada en numerosos estudios en diferentes poblaciones y entornos.

### C3. ÍNDICE DE BIENESTAR DE LA OMS 5

#### Índice de bienestar WHO-5 de la OMS (versión de 1998)

Question: For each of the five statements, please indicate which is closest to how you have been feeling over the last two weeks. Note that higher numbers mean better well-being. *Example:* If you have felt cheerful and in good spirits more than half of the time during the last two weeks, put a tick in the box with the number 3 in the upper right corner.

Over the last two weeks:	All the time	Most of the time	More than half of the time	Less than half of the time	Some of the time	At no time
1. I have felt cheerful and in good spirits	5	4	3	2	1	0
2. I have felt calm and relaxed	5	4	3	2	1	0
3. I have felt active and vigorous	5	4	3	2	1	0
4. I woke up feeling fresh and rested	5	4	3	2	1	0
5. My daily life has been filled with things that interest me	5	4	3	2	1	0

Over the last two weeks:	All the time	Most of the time	More than half of the time	Less than half of the time	Some of the time	At no time

6. I have felt cheerful and in good spirits	5	4	3	2	1	0
7. I have felt calm and relaxed	5	4	3	2	1	0
8. I have felt active and vigorous	5	4	3	2	1	0
9. I woke up feeling fresh and rested	5	4	3	2	1	0
10. My daily life has been filled with things that interest me	5	4	3	2	1	0

#### C4. REFERENCIA

Winther Topp, Christian, *et al.* (2015). The WHO-5 Well-Being Index: A systematic review of the literature subject area. *Psicoterapia y Psicopatología*, vol. 84, nº 2, pp. 167-176.

## D LISTA DE VERIFICACIÓN DEL TEPT (PCL-5)

### D1. VISIÓN GENERAL

La Lista de verificación del trastorno de estrés postraumático (TEPT) para la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-5) (PCL-5) es una medida de autoinforme de 20 ítems que evalúa la presencia y gravedad de los síntomas del TEPT. Los ítems de la PCL-5 se corresponden con los criterios del DSM-5 para el TEPT. La PCL-5 tiene diversas finalidades, entre ellas:

- cuantificación y seguimiento de los síntomas a lo largo del tiempo
- detección de personas con TEPT
- ayudar a establecer un diagnóstico provisional del TEPT

La PCL-5 es una medida de autoinforme que puede ser leída por los encuestados o leída a ellos en persona o por teléfono. Puede completarse en unos 5-10 minutos. La administración preferida es que una persona se autoadministre la PCL-5.

La PCL-5 tiene por objeto evaluar los síntomas experimentados por una persona en el **último mes**. Se trata de una medida psicométricamente sólida del TEPT DSM-5. Es válido y fiable, útil para cuantificar la gravedad de los síntomas del TEPT y sensible a los cambios a lo largo del tiempo.

### D2. INTERPRETACIÓN

A los encuestados se les pide que valoren en una escala Likert de 5 puntos, de 0 a 4, el grado de molestia que les ha causado cada uno de los 20 ítems en el último mes. Los ítems se suman para obtener una **puntuación total de gravedad** (rango = 0-80). Los números de la escala corresponden a lo siguiente:

0 = En absoluto; 1 = Un poco; 2 = Moderadamente; 3 = Bastante; 4 = Extremadamente.

#### a) Administración de la PCL-5

La PCL-5 es una medida de autoinforme que las personas pueden completar en aproximadamente 5-10 minutos. La PCL-5 puede administrarse en uno de estos tres formatos:

- Sin Criterio A (solo instrucciones e ítems breves), que es apropiado cuando la exposición al trauma se mide por algún otro método.
- Con una breve evaluación del Criterio A
- Con la lista de verificación de acontecimientos vitales revisada para el DSM-5 (LEC-5) y la evaluación ampliada del Criterio A

## b) Puntuación

La PCL-5 puede puntuarse de diferentes maneras:

- Utilizando la puntuación total: Se puede obtener una puntuación total de gravedad de los síntomas (rango = 0-80) sumando las puntuaciones de cada uno de los 20 ítems. Una puntuación total de 44 se considera TEPT-positivo para la población general, mientras que una puntuación total de 50 se considera TEPT-positivo en la población militar.
- Utilización de las reglas de puntuación del DSM-5:
  - Las puntuaciones de gravedad de los grupos de síntomas del DSM-5 pueden obtenerse sumando las puntuaciones de los ítems dentro de un grupo determinado, es decir, grupo B (ítems 1-5), grupo C (ítems 6-7), grupo D (ítems 8-14) y grupo E (ítems 15-20).
  - Se puede hacer un diagnóstico provisional del TEPT tratando cada ítem valorado como 2 (moderadamente) o superior como un síntoma refrendado, y luego siguiendo la regla diagnóstica del DSM-5, que requiere la aprobación de al menos un ítem B, un ítem C, dos ítems D y dos ítems E.
  - Sin embargo, es posible obtener un diagnóstico del TEPT con una puntuación total de 29 utilizando este enfoque, que es muy baja. Por ello, lo mejor es utilizar una combinación de los dos enfoques: una puntuación de 2 o superior para el número requerido de elementos dentro de cada grupo Y una puntuación total por encima del valor de corte especificado.
  - Las investigaciones iniciales sugieren que una puntuación de corte de la PCL-5 entre 31-33 indica un probable TEPT en todas las muestras.

## c) Propiedades psicométricas

Las propiedades psicométricas de las puntuaciones de la PCL-5 se indican en el cuadro siguiente.

Cuadro 5

### Tasas de verdaderos y falsos positivos y negativos (%) para la PCL-5, por puntuación total

<i>Categoría de puntuación de la PCL-5</i>	<i>Verdadero positivo</i>	<i>Verdadero negativo</i>	<i>Falso positivo</i>	<i>Falso negativo</i>
≥ 33	93,8	49,2	50,8	6,2
Criterios PCL DSM-5 cumplidos	90,7	49,8	50,2	9,3
≥ 40	88,6	61,0	39,0	11,4
≥ 45	81,9	69,2	30,8	18,1
≥ 50	72,5	76,9	23,1	27,5

*Nota:* En cada valor de corte, la tasa de verdaderos positivos también puede interpretarse como la sensibilidad, mientras que la tasa de verdaderos negativos puede interpretarse como la especificidad de la escala.

### D3. PCL-5

#### PCL-5

Instrucciones: en este cuestionario se le pregunta sobre los problemas que haya podido tener tras una experiencia muy estresante que haya implicado muerte real o amenaza de muerte, lesiones graves o violencia sexual. Puede ser algo que le haya ocurrido directamente, algo de lo que haya sido testigo o algo de lo que se haya enterado que le ocurrió a un familiar cercano o a un amigo íntimo. Algunos ejemplos son accidentes graves, incendios, catástrofes como huracanes, tornados o terremotos, agresiones o abusos físicos o sexuales, guerras, homicidios o suicidios.

En primer lugar, responda a algunas preguntas sobre su peor suceso, que para este cuestionario significa el suceso que más le molesta actualmente. Puede ser uno de los ejemplos anteriores u otra experiencia muy estresante. Además, puede tratarse de un único acontecimiento (por ejemplo, un accidente de coche) o de múltiples acontecimientos similares (por ejemplo, múltiples acontecimientos estresantes en una zona de guerra o abusos sexuales repetidos).

**Identifique brevemente el peor suceso (si se siente cómodo haciéndolo):**

---

---

**¿Cuánto tiempo hace que ocurrió?** \_\_\_\_\_ (haga una estimación si no está seguro)

**¿Implicó muerte real o amenaza de muerte, lesiones graves o violencia sexual?**

Sí  
 No

**¿Cómo lo ha vivido?**

Me pasó a mí directamente  
 Fui testigo  
 Me enteré de que le había ocurrido a un familiar cercano o a un amigo íntimo  
 Estuve expuesto repetidamente a detalles sobre el tema como parte de mi trabajo (por ejemplo, paramédico, policía, militar u otro tipo de primeros intervinientes).  
 Otros, descríbalos

**Si se trata de la muerte de un familiar cercano o un amigo íntimo, ¿se debió a algún tipo de accidente o violencia, o a causas naturales?**

Accidente o violencia  
 Causas naturales  
 No procede (el suceso no ha supuesto el fallecimiento de un familiar cercano o amigo íntimo)

En segundo lugar, a continuación figura una lista de problemas que a veces tienen las personas en respuesta a una experiencia muy estresante. Teniendo en cuenta su peor situación, lea atentamente cada problema y marque con un círculo uno de los números de la derecha para indicar cuánto le ha

molestado ese problema en el último mes. Las opciones son en absoluto, un poco, moderadamente, bastante y extremadamente.

	In the past week, how much were you bothered by:	Not at all	A little Bit	Mode rately	Quite a bit	Extremely
1	Repeated, disturbing and unwanted memories of the stressful experienced?					
2	Repeated, disturbing dreams of the stressful experience?					
3	Suddenly feeling or acting as if the stressful experience were actually happening again (as if you were actually back there reliving it)?					
4	Feeling very upset when something reminded you of the stressful experience?					
5	Having strong physical reactions when something reminded you of the stressful experience (for example, heart pounding, trouble breathing, sweating)?					
6	Avoiding memories, thoughts, or feelings related to the stressful experience?					
7	Avoiding external reminders of the stressful experience (for example, people, places, conversations, activities, objects, or situations)?					
8	Trouble remembering important parts of the stressful experience?					
9	Having strong negative beliefs about yourself, other people, or the world (for example, having thoughts such as: I am bad, there is something seriously wrong with me, no one can be trusted, the world is completely dangerous)?					
10	Blaming yourself or someone else for the stressful experience or what happened after it?					
11	Having strong negative feelings such as fear, horror, anger, guilt or shame?					
12	Loss of interest in activities that you used to enjoy?					
13	Feeling distant or cut off from other people?					
14	Trouble experiencing positive feelings (for people close to you)?					
15	Irritable behaviour, angry outbursts, or acting aggressively?					
16	Taking too many risks or during things that could cause you harm?					
17	Being "super alert" or watchful or on guard?					
18	Feeling jumpy or easily startled?					
19	Having difficulty concentrating?					
20	Trouble falling or staying asleep?					



	In the past week, how much were you bothered by:	Not at all	A little Bit	Mode rately	Quite a bit	Extremely
1	Repeated, disturbing and unwanted memories of the stressful experienced?					
2	Repeated, disturbing dreams of the stressful experience?					
3	Suddenly feeling or acting as if the stressful experience were actually happening again (as if you were actually back there reliving it)?					
4	Feeling very upset when something reminded you of the stressful experience?					
5	Having strong physical reactions when something reminded you of the stressful experience (for example, heart pounding, trouble breathing, sweating)?					
6	Avoiding memories, thoughts, or feelings related to the stressful experience?					
7	Avoiding external reminders of the stressful experience (for example, people, places, conversations, activities, objects, or situations)?					
8	Trouble remembering important parts of the stressful experience?					
9	Having strong negative beliefs about yourself, other people, or the world (for example, having thoughts such as: I am bad, there is something seriously wrong with me, no one can be trusted, the world is completely dangerous)?					
10	Blaming yourself or someone else for the stressful experience or what happened after it?					
11	Having strong negative feelings such as fear, horror, anger, guilt or shame?					
12	Loss of interest in activities that you used to enjoy?					
13	Feeling distant or cut off from other people?					
14	Trouble experiencing positive feelings (for people close to you)?					
15	Irritable behaviour, angry outbursts, or acting aggressively?					
16	Taking too many risks or during things that could cause you harm?					
17	Being "super alert" or watchful or on guard?					
18	Feeling jumpy or easily startled?					
19	Having difficulty concentrating?					
20	Trouble falling or staying asleep?					

#### D4. REFERENCIAS

i. Weathers, F. W. et al.(2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) – Standard [Measurement instrument]*. Disponible en [https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/documents/PCL5\\_Standard\\_form.pdf](https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/documents/PCL5_Standard_form.pdf)

ii. Weathers, F. W. et al.(2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) – Extended Criterion A [Measurement instrument]*. Disponible en [https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/documents/PCL5\\_criterionA\\_form.PDF](https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/documents/PCL5_criterionA_form.PDF)

iii. Boyd, Jenna, et al. (2021). Sensitivity and specificity of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 in a Canadian psychiatric outpatient sample. *Journal of Traumatic Stress*, vol. 35, nº 6, pp. 1-10.

## E. TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA (GAD-7)

### E1. VISIÓN GENERAL

El GAD-7 se desarrolló originalmente para diagnosticar el trastorno de ansiedad generalizada (o GAD) y se validó en 2.740 pacientes de atención primaria. A continuación, el GAD-7 demostró tener una buena sensibilidad y especificidad como detector del trastorno de pánico, ansiedad social y estrés postraumático. Desarrollado por los Doctores Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colaboradores y es de dominio público. No se necesita permiso para reproducir, traducir, mostrar o distribuir dicha herramienta. Se pueden obtener copias de la familia de medidas PHQ, incluido el GAD-7, en el sitio web: [www.phqscreeners.com](http://www.phqscreeners.com). En este sitio web también se ofrecen traducciones, una bibliografía, un manual de instrucciones y otra información.

### E2. INTERPRETACIÓN

#### a) Gravedad de la ansiedad GAD-7

Se calcula asignando puntuaciones a las categorías de respuesta como se indica a continuación.

Categoría de respuesta	en absoluto	varios días	más de la mitad de los días	casi todos los días
Puntuación	0	1	2	3

La gravedad de la ansiedad puede calcularse sumando las puntuaciones de las respuestas a las siete preguntas de la herramienta. La puntuación total del GAD-7 oscila entre 0 y 21.

Cuadro 6

#### Propiedades psicométricas de las puntuaciones de corte del GAD-7

Nivel de ansiedad	Leve	Moderada	Grave
Puntuación	5	10	15
<b>Sensibilidad %</b>	97,5	79,5	49,0

<b>Especificidad</b>	17,4	44,7	74,8
<b>PPV %</b>	42,3	47,2	54,7
<b>NPV %</b>	91,8	77,8	70,3

Aunque se diseñó principalmente como una medida de detección y de gravedad para el trastorno de ansiedad generalizada, el GAD-7 también presenta unas características de funcionamiento moderadamente buenas para otros tres trastornos de ansiedad comunes: el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad social y el TEPT. En la detección de los trastornos de ansiedad, se recomienda una puntuación de 10 o superior para realizar una evaluación adicional.

### E3. ESCALA DEL GAD-7

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by the following problems?	Not at all sure	Several days	Over the days	half	Nearly every day
1. Feeling nervous, anxious, or on edge	0	1	2	3	
2. Not being able to stop or control worrying	0	1	2	3	
3. Worrying too much about different things	0	1	2	3	
4. Trouble relaxing	0	1	2	3	
5. Being so restless that it's hard to sit still	0	1	2	3	
6. Becoming easily annoyed or irritable	0	1	2	3	
7. Feeling afraid as if something awful might happen	0	1	2	3	
<i>Add the score for each column</i>	+	+	+		
<i>Total Score (add your column scores) =</i>					

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by the following problems?	Not at all sure	Several days	Over the days	half	Nearly every day
1. Feeling nervous, anxious, or on edge	0	1	2	3	
2. Not being able to stop or control worrying	0	1	2	3	
3. Worrying too much about different things	0	1	2	3	
4. Trouble relaxing	0	1	2	3	
5. Being so restless that it's hard to sit still	0	1	2	3	

6. Becoming easily annoyed or irritable	0	1	2	3
7. Feeling afraid as if something awful might happen	0	1	2	3
Add the score for each column	+	+	+	
Total Score (add your column scores) =				

If you checked off any problems, how difficult have these made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?

Not difficult at all \_\_\_\_\_

Somewhat difficult \_\_\_\_\_

Very difficult \_\_\_\_\_

Extremely difficult \_\_\_\_\_

If you checked off any problems, how difficult have these made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?

Not difficult at all \_\_\_\_\_

Somewhat difficult \_\_\_\_\_

Very difficult \_\_\_\_\_

Extremely difficult \_\_\_\_\_

#### E4. REFERENCIAS

i. Spitzer, Robert L. *et al.* (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, vol. 166, nº 10, pp. 1092-97.

ii. Kroenke, Kurt *et al.* (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, vol. 146, No. 5. Incluye datos de validación de GAD-7 y GAD-2 en la detección de cuatro trastornos de ansiedad comunes.

iii. Rutter, Lauren A., y Timothy A. Brown (2017). Psychometric properties of the Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7) in outpatients with anxiety and mood disorders. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, vol. 39, No. 1, pp. 140–146.

## F ESCALA DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS (DASS-21)

### F1. VISIÓN GENERAL

#### Escala de depresión, ansiedad y estrés-21 ítems (DASS-21)

Los 21 ítems de la Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) son un conjunto de tres escalas de autoinforme diseñadas para medir los estados emocionales de depresión, ansiedad y estrés.

Las tres escalas del DASS-21 contienen siete ítems cada una, divididos en subescalas con contenidos similares. La escala de depresión evalúa la disforia, la desesperanza, la devaluación de la vida, el autodesprecio, la falta de interés/implicación, la anhedonia y la inercia. La escala de ansiedad evalúa la excitación autonómica, los efectos musculares esqueléticos, la ansiedad situacional y la experiencia subjetiva del afecto ansioso. La escala de estrés es sensible a los niveles de excitación crónica inespecífica. Evalúa la dificultad para relajarse, la excitación nerviosa, la facilidad para alterarse/agitarse, la irritabilidad/reactividad excesiva y la impaciencia. Las puntuaciones de depresión, ansiedad y estrés se calculan sumando las puntuaciones de los ítems correspondientes.

El DASS-21 se basa en una concepción dimensional más que categórica del trastorno psicológico. El supuesto en el que se basó el desarrollo del DASS-21 (y que fue confirmado por los datos de la investigación) es que las diferencias entre la depresión, la ansiedad y el estrés experimentados por las poblaciones general y clínica son esencialmente diferencias de grado. El DASS-21, por lo tanto, no tiene implicaciones directas para la asignación de pacientes a categorías diagnósticas discretas postuladas en sistemas clasificatorios como el DSM y la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD).

## F2. INTERPRETACIÓN

### a) Instrucciones de puntuación del DASS-21

El DASS-21 no debe utilizarse para sustituir una entrevista clínica cara a cara. Si experimenta dificultades emocionales importantes, debe ponerse en contacto con su oficial médico para que le derive a un profesional cualificado.

#### Puntuación DASS

	Preguntas	Puntuación
S (Estrés)	P1, 6, 8, 11, 12, 14, 18	Puntuación S x 2 = Estrés
A (Ansiedad)	P2, 4, 7, 9, 15, 19, 20	Puntuación A x 2 = Ansiedad
D (Depresión)	P3, 5, 10, 13, 16, 17, 21	Puntuación D x 2 = Depresión

1. Anote el número marcado con un círculo en la línea de las columnas "Solo para uso de la oficina" junto a las respuestas.
2. Sume el número de la primera columna de "Solo para uso de oficina". Anote este número en la línea junto a A en la parte inferior del formulario.
3. Sume el número de la segunda columna de "Solo para uso de oficina". Anote este número en la línea que aparece junto a D en la parte inferior del formulario.
4. Sume el número de la tercera columna de "Solo para uso de oficina". Anote este número en la línea junto a S en la parte inferior del formulario.
5. Gama:

	Preguntas	Normal	Leve	Moderada	Grave	Extremadamente grave
Estrés	P1, 6, 8, 11, 12, 14, 18	0–10	11–18	19–26	27–34	35–42
Ansiedad	P2, 4, 7, 9, 15, 19, 20	0–6	7–9	10–14	15–19	20–42
Depresión	P3, 5, 10, 13, 16, 17, 21	0–9	10–12	13–20	21–27	28–42

## b) Propiedades psicométricas del DASS-21

Cuadro 7

### Propiedades psicométricas de las puntuaciones del DASS-21

(DASS-21) Puntuación	Sensibilidad	Especificidad	PPV	NPV
2,5	79	75	19	98
7,5	32	95	32	95
10,5	11	97	23	94

## F3. ESCALA DASS-21

Please read each statement and circle a number 0, 1, 2 or 3, which indicates how much the statement applied to you **over the past week**. There are no right or wrong answers. Do not spend too much time on any statement.

The rating scale is as follows:

- 0 Did not apply to me at all
- 1 Applied to me to some degree or some of the time
- 2 Applied to me to a considerable degree or a good part of the time
- 3 Applied to me very much or most of the time

1 (s)	I found it hard to wind down	0	1	2	3
2 (a)	I was aware of the dryness of my mouth	0	1	2	3
3 (d)	I couldn't seem to experience any positive feelings at all	0	1	2	3
4 (a)	I experienced breathing difficulty (e.g., excessively rapid breathing, breathlessness in the absence of physical exertion)	0	1	2	3
5 (d)	I found it difficult to work up the initiative to do things	0	1	2	3
6 (s)	I tended to over-react to situations	0	1	2	3
7 (a)	I experienced trembling (e.g., in my hands)	0	1	2	3
8 (s)	I felt that I was using a lot of nervous energy	0	1	2	3
9 (a)	I was worried about situations in which I might panic and make a fool of myself	0	1	2	3
10 (d)	I felt that I had nothing to look forward to	0	1	2	3
11 (s)	I found myself getting agitated	0	1	2	3
12 (s)	I found it difficult to relax	0	1	2	3
13 (d)	I felt downhearted and blue	0	1	2	3
14 (s)	I was intolerant of anything that kept me from getting on with what I was doing	0	1	2	3
15 (a)	I felt I was close to panic	0	1	2	3
16 (d)	I was unable to become enthusiastic about anything	0	1	2	3
17 (d)	I felt I wasn't worth much as a person	0	1	2	3
18 (s)	I felt that I was rather touchy,	0	1	2	3
19 (a)	I was aware of the action of my heart in the absence of physical exertion (e.g., sense of heart rate increase, heart missing a beat)	0	1	2	3
20 (a)	I felt scared without any good reason	0	1	2	3

21 (d)	I felt that life was meaningless	0	1	2	3
--------	----------------------------------	---	---	---	---

The rating scale is as follows:

- 0 Did not apply to me at all
- 1 Applied to me to some degree or some of the time
- 2 Applied to me to a considerable degree or a good part of the time
- 3 Applied to me very much or most of the time

1 (s)	I found it hard to wind down	0	1	2	3
2 (a)	I was aware of the dryness of my mouth	0	1	2	3
3 (d)	I couldn't seem to experience any positive feelings at all	0	1	2	3
4 (a)	I experienced breathing difficulty (e.g., excessively rapid breathing, breathlessness in the absence of physical exertion)	0	1	2	3
5 (d)	I found it difficult to work up the initiative to do things	0	1	2	3
6 (s)	I tended to over-react to situations	0	1	2	3
7 (a)	I experienced trembling (e.g., in my hands)	0	1	2	3
8 (s)	I felt that I was using a lot of nervous energy	0	1	2	3
9 (a)	I was worried about situations in which I might panic and make a fool of myself	0	1	2	3
10 (d)	I felt that I had nothing to look forward to	0	1	2	3
11 (s)	I found myself getting agitated	0	1	2	3
12 (s)	I found it difficult to relax	0	1	2	3
13 (d)	I felt downhearted and blue	0	1	2	3
14 (s)	I was intolerant of anything that kept me from getting on with what I was doing	0	1	2	3
15 (a)	I felt I was close to panic	0	1	2	3
16 (d)	I was unable to become enthusiastic about anything	0	1	2	3
17 (d)	I felt I wasn't worth much as a person	0	1	2	3
18 (s)	I felt that I was rather touchy,	0	1	2	3
19 (a)	I was aware of the action of my heart in the absence of physical exertion (e.g., sense of heart rate increase, heart missing a beat)	0	1	2	3
20 (a)	I felt scared without any good reason	0	1	2	3
21 (d)	I felt that life was meaningless	0	1	2	3

#### F4. REFERENCIAS

i. Lovibond, S.H. y P.F. Lovibond (1995). *Manual for the Depression Anxiety & Stress Scales (2ª Ed.)*. Sídney: Psychology Foundation of Australia.

ii. Chin, Eu Gene et al. (2019). Depression, anxiety, and stress: how should clinicians interpret the total and subscale scores of the 21-item Depression, Anxiety, and Stress Scales (DASS-21)? *Psychological Reports*, vol. 122, nº 4, pp.1550-1575.

## ESCALA DE INSOMNIO DE ATENAS (AIS)

### G1. VISIÓN GENERAL

**Propósito:** La AIS evalúa la gravedad del insomnio utilizando los criterios diagnósticos establecidos por la ICD-10. El cuestionario de ocho preguntas evalúa el inicio del sueño, los despertares nocturnos y a primera hora de la mañana, el tiempo de sueño, la calidad del sueño, la frecuencia y duración de las quejas, el malestar causado por la experiencia del insomnio y la interferencia con el funcionamiento diario. También puede utilizarse un cuestionario más breve, compuesto únicamente por los cinco primeros ítems.

**Población para las pruebas:** el instrumento ha sido validado en pacientes con insomnio y participantes de control de entre 18 y 79 años.

**Administración:** el cuestionario requiere entre 3 y 5 minutos. Es una medida de autoinforme, de lápiz y papel.

**Fiabilidad y validez:** un estudio inicial que evaluó las propiedades psicométricas de las versiones larga y corta de la escala encontró una consistencia interna de 0,87 - 0,89 y una fiabilidad la prueba-repetición de la prueba de 0,88 - 0,89. En cuanto a la validez del instrumento, los resultados en la AIS correlacionaron altamente con las puntuaciones obtenidas en la Escala de problemas de sueño (.85-.90).

## G2. INTERPRETACIÓN

### a) Puntuación:

los encuestados utilizan escalas tipo Likert para mostrar la gravedad con que les han afectado determinadas dificultades del sueño durante el último mes. Las puntuaciones van de 0 (lo que significa que el ítem en cuestión no ha supuesto ningún problema) a 3 (lo que indica dificultades de sueño más agudas). Se calcula una puntuación total (intervalo: 0-28), y las puntuaciones más bajas indican menos síntomas de insomnio. El nivel de gravedad se clasifica como:

sin insomnio	0-7	
insomnio por debajo del umbral (leve)		8-14
insomnio moderado	15-21	
insomnio grave	> 21	

Los creadores de la herramienta sugieren una puntuación de corte de 6, que distingue correctamente entre pacientes con insomnio y controles en el 90 % de los casos.

### b) Propiedades psicométricas de la AIS

Cuadro 8

#### Propiedades psicométricas de las puntuaciones de corte de la AIS

Puntuación de corte de la AIS	Sensibilidad	Especificidad	PPV	NPV
06	93 %	85 %	41 %	99 %

## G3. ESCALA DE INSOMNIO DE ATENAS

**Instructions:** This scale is intended to record your own assessment of any sleep difficulty you might have experienced. Please, check (by circling the appropriate number) the items below to indicate your estimate of any difficulty, if it occurred at least three times per week during the last month.



**1. Sleep induction** (time it takes you to fall asleep after turning-off the lights)

0: No problem 1: Slightly delayed 2: Markedly delayed 3: Very delayed or did not sleep at all

**2. Awakenings during the night**

0: No problem 1: Minor problem 2: Considerable problem 3: Serious problem or did not sleep all

**3. Final awakening earlier than desired**

0: Not earlier 1: A little earlier 2: Markedly earlier 3: Much earlier or did not sleep at all

**4. Total sleep duration**

0: Sufficient 1: Slightly insufficient 2: Markedly insufficient 3: Very insufficient or did not sleep it all

**5. Overall quality of sleep (no matter how long you slept)**

0: Satisfactory 1: Slightly unsatisfactory 2: Markedly unsatisfactory 3: Very unsatisfactory or did not sleep at all

**6. Sense of well-being during the day**

0: Normal 1: Slightly decreased 2: Markedly decreased 3: Very decreased

**7. Functioning (physical and mental) during the day**

0: Normal 1: Slightly decreased 2: Markedly decreased 3: Very decreased

**8. Sleepiness during the day**

0: None 1: Mild 2: Considerable 3: Intense

**Instructions:** This scale is intended to record your own assessment of any sleep difficulty you might have experienced. Please, check (by circling the appropriate number) the items below to indicate your estimate of any difficulty, if it occurred at least three times per week during the last month.

**Sleep induction** (time it takes you to fall asleep after turning-off the lights)

0: No problem 1: Slightly delayed 2: Markedly delayed 3: Very delayed or did not sleep at all

**Awakenings during the night**

0: No problem 1: Minor problem 2: Considerable problem 3: Serious problem or did not sleep all

**Final awakening earlier than desired**

0: Not earlier 1: A little earlier 2: Markedly earlier 3: Much earlier or did not sleep at all

**Total sleep duration**

0: Sufficient 1: Slightly insufficient 2: Markedly insufficient 3: Very insufficient or did not sleep it all

**Overall quality of sleep (no matter how long you slept)**

0: Satisfactory 1: Slightly unsatisfactory 2: Markedly unsatisfactory 3: Very unsatisfactory or did not sleep at all

### **Sense of well-being during the day**

0: Normal 1: Slightly decreased 2: Markedly decreased 3: Very decreased

### **Functioning (physical and mental) during the day**

0: Normal 1: Slightly decreased 2: Markedly decreased 3: Very decreased

### **Sleepiness during the day**

0: None 1: Mild 2: Considerable 3: Intense

## **G4. REFERENCIAS**

i. Soldatos, Constantin R., Dimitris G. Dikeos y Thomas J. Paparrigopoulos (2000). Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 48, No. 6, pp. 555–560.

ii. Soldatos, Constantin R., Dimitris G. Dikeos y Thomas J. Paparrigopoulos (2003). The diagnostic validity of the Athens Insomnia Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 55, No. 3, pp. 263–267.

## **H Escala breve de resiliencia (BRS)**

### **H1. VISIÓN GENERAL**

Aunque la resistencia a la enfermedad, la adaptación y la prosperidad se han utilizado para definir la resiliencia, la capacidad de recuperarse del estrés es lo que más se aproxima a su significado original.

La BRS es una de las mejores y más recomendables herramientas para medirlo. El BRS evalúa la capacidad percibida para recuperarse del estrés. La escala se desarrolló para evaluar un constructo unitario de resiliencia, incluyendo ítems redactados positiva y negativamente. El rango de puntuación posible en la BRS va de 1 (baja resiliencia) a 5 (alta resiliencia).

### **H2. INTERPRETACIÓN**

#### **a) Instrucciones y puntuación**

Se pide a los encuestados que puntúen seis afirmaciones. Las afirmaciones 1, 3 y 5 están redactadas en positivo, y las afirmaciones 2, 4 y 6, en negativo. La BRS se puntúa invirtiendo la codificación de los ítems 2, 4 y 6 y hallando la media de los seis ítems.

Para las preguntas 1, 3 y 5:

1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Neutral, 4 = De acuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo

Para las preguntas 2, 4 y 6:

5 = Totalmente en desacuerdo, 4 = En desacuerdo, 3 = Neutral, 2 = De acuerdo, 1 = Totalmente de acuerdo

Se suman las respuestas que varían de 1 a 5 para los seis ítems, lo que da un rango de 6 a 30. La suma total se divide por el número total de preguntas contestadas.

#### **b) Interpretación de la puntuación BRS**

1,00–2,99	Resistencia baja
3,00–4,30	Resistencia normal
4,31–5,00	Resistencia alta

El rango de puntuación posible en la BRS va de 1 (baja resiliencia) a 5 (alta resiliencia). En un estudio con 844 participantes que constituían una mezcla de personas sanas y personas con enfermedades, los desarrolladores Smith y colegas encontraron una puntuación media de 3,70.

### H3. ESCALA BREVE DE RESILIENCIA

Please respond to each item by marking <u>one box per row</u>		Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
BRS 1	I tend to bounce back quickly after hard times.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
BRS 2	I have a hard time making it through stressful events.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
BRS 3	It does not take me long to recover from a stressful event.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
BRS 4	It is hard for me to snap back when something bad happens.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
BRS 5	I usually come through difficult times with little trouble.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
BRS 6	I tend to take a long time to get over setbacks in my life.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
Please respond to each item by marking <u>one box per row</u>		Strongly Disagree	Disagree	Neutral	Agree	Strongly Agree
BRS 1	I tend to bounce back quickly after hard times.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
BRS 2	I have a hard time making it through stressful events.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
BRS 3	It does not take me long to recover from a stressful event.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
BRS 4	It is hard for me to snap back when something bad happens.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
BRS 5	I usually come through difficult times with little trouble.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
BRS 6	I tend to take a long time to get over setbacks in my life.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1

Costo/condiciones de uso gratuito (no requiere autorización)

#### H4. REFERENCIAS

- i. Smith, Bruce W. et al. (2008). The Brief Resilience Scale: assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, vol. 15, No. 3, pp. 194–200.
- ii. Fung, Sai-Fu (2020). Validity of the Brief Resilience Scale and Brief Resilient Coping Scale in a Chinese sample. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, vol. 17, No. 4.
- iii. Smith, Bruce W. et al. (2013). The foundations of resilience: what are the critical resources for bouncing back from stress? En *Resilience in Children, Adolescents, and Adults: Translating Research into Practice*, Sandra Prince-Embury y Donald H. Saklofske, eds. [Nueva York: Springer](#).