3 Normas de interpretación

En este capítulo se describen e ilustran los procedimientos de interpretación de las puntuaciones del PAI-A. En primer lugar, se repasa el significado de las puntuaciones T, que son la base del perfil de la prueba. En segundo lugar, se explican los pasos a seguir recomendados para interpretar los resultados obtenidos. A continuación, se describe el uso de las escalas de validez del PAI-A, seguido de una explicación del significado diagnóstico e interpretativo de las puntuaciones en cada escala clínica, en cada escala relacionada con el tratamiento y en cada escala de relaciones interpersonales, así como sus correspondientes subescalas. Posteriormente, se proporciona la descripción de diferentes estrategias para el análisis del perfil en el PAI-A. Por último, se ofrece una valoración del uso de los ítems críticos durante la interpretación.

Las pautas de interpretación que aparecen a continuación suponen una base fundamental para interpretar la prueba, pero es el profesional quien ha de adaptar la interpretación al caso concreto que se esté evaluando, introduciendo los matices y particularidades que resulten necesarios. Toda interpretación debe resultar de la integración de la información disponible tanto sobre la prueba como sobre la propia persona evaluada. Sobre la prueba porque deberán tenerse en cuenta no solo las puntuaciones en cada una de las escalas aisladas, sino también las relaciones entre ellas y la forma del perfil obtenido; sobre la propia persona evaluada porque deberán atenderse tanto el contexto de la evaluación como a todos los datos procedentes de las distintas fuentes de información consultadas (historial, entrevistas, otros informantes, resultados en otras pruebas…). El PAI-A es un autoinforme cuyo valor diagnóstico, como siempre ocurre en estos casos, se incrementa cuando se emplea en el marco de una exploración más comprehensiva. Resulta un instrumento de gran ayuda y que proporciona una gran cantidad de información sobre la persona cuando es utilizado por un profesional debidamente cualificado en el contexto de un proceso amplio de evaluación y acompañado de otras técnicas y medidas.

3.1. El significado de las puntuaciones T

La interpretación de los resultados de una persona requiere de un proceso comparativo con una muestra de referencia mediante el cual todas las puntuaciones aparezcan en una misma escala de medida. Ha de recordarse que la evaluación es siempre un ejercicio de comparación. De la misma forma que decir que alguien es alto significa hacer una comparación con otras personas, la evaluación produce datos que nos indican cómo es la persona evaluada en comparación con otros de edades y características similares.

En el caso del PAI-A se emplea como referencia una amplia muestra de adolescentes procedente de la población general (descrita en el capítulo 5 de fundamentación psicométrica de este manual[1]). Por este motivo, siempre será recomendable seleccionar inicialmente el baremo general en la corrección del PAI-A para su interpretación, dado que todos los puntos de corte y las pautas de interpretación de las puntuaciones T incluidas en este manual se refieren al uso de dicho baremo general.

Como escala de medida para expresar la comparación con esta muestra de referencia se ha optado por la puntuación T, que tiene una media de 50 y una desviación típica de 10. Así, una puntuación T que se sitúa por encima de 50 en una escala, indica que las respuestas de la persona evaluada reflejan que posee el atributo medido por la escala en mayor medida de lo que es típico en este grupo de edad, cuanto más alejado del valor 50, más se caracterizará por ese atributo al compararla con la población general.

Por lo tanto, las puntuaciones T del PAI-A reflejan la comparación con una muestra normativa y su uso es imprescindible para determinar si un patrón de respuesta concreto es típico o esperable para un adolescente de su edad. Por ejemplo, casi todos los adolescentes experimentan períodos de inestabilidad emocional o de ansiedad, pero ¿cómo determinar si ese nivel de inestabilidad emocional o de ansiedad es habitual o, por el contrario, puede resultar significativo? La respuesta la encontramos en las puntuaciones T, que reflejan en qué medida ese nivel de respuestas se da en la muestra de referencia de adolescentes. Así una puntuación T de 60 se encuentra una desviación típica por encima de la media, lo que significa que esa persona puntúa en dicha escala por encima de lo habitual (está una desviación típica por encima de la media). Así, por ejemplo, si buscamos su percentil equivalente en la tabla 3.1, podremos advertir que una puntuación T de 60 es equivalente a un percentil 85, indicando que la persona evaluada tiene un nivel de sintomatología en esa escala superior al que presenta el 85% de los adolescentes de la muestra de referencia o, lo que es lo mismo, que se encuentra en el 15% de la muestra con mayores puntuaciones en la escala. Una puntuación T de 70 (dos desviaciones típicas por encima de la media, que es 50) representa un grado de problemas y síntomas que es muy poco frecuente en la muestra de referencia y, probablemente, es indicativo de un problema clínicamente significativo, ya que equivale a un percentil 96 y solamente un 4% de los adolescentes manifiestan ese nivel de sintomatología[2].

Tabla 3.1. Equivalencia aproximada entre algunas puntuaciones T y sus percentiles en la muestra de tipificación de población general del PAI-A (a partir del cálculo empírico de los percentiles en las distribuciones de puntuaciones de las escalas del PAI-A)

Puntuación T	Percentil (Pc)
60	85
70	96
80	99

1. En el menú del PAI-A en su plataforma de corrección (www.TEAcorrige.com) puede encontrarse un documento donde se describen sintéticamente las distintas muestras de estandarización o tipificación que se emplearon para la generación de los baremos generales para cada país o región.
2. Este valor (percentil 96) fue calculado empíricamente hallando los percentiles que eran equivalentes a una puntuación T de 70 en las distribuciones de las puntuaciones de las escalas del PAI-A. Dado que la forma de la distribución de dichas puntuaciones difiere de la normal, este valor también difiere ligeramente del que se consideraría teóricamente a partir de una distribución normal perfecta y que sería un percentil 98 como equivalente a una T de 70.

Por lo tanto, las puntuaciones T proporcionan un método útil para determinar si ciertos problemas son clínicamente significativos ya que relativamente pocos adolescentes de la población general obtendrán puntuaciones claramente elevadas. En los siguientes apartados se proporcionan pautas concretas para interpretar cada rango de puntuaciones T en cada una de las escalas. Igualmente, en el perfil se utiliza un código de colores para llamar la atención sobre los distintos rangos de interpretación de las puntuaciones T en cada escala y subescala.

Es conveniente subrayar que las puntuaciones obtenidas en las distintas escalas del PAI-A son continuas, esto es, a pesar de que a lo largo de este capítulo se sugieran distintos puntos de corte para la interpretación (p. ej., la puntuación T de 70), no hay nada inherentemente diferente entre una puntuación de T de 69 y una de 71, ni existe una diferencia cualitativa, ya que la diferencia en la puntuación se contempla dentro del error típico de medida de cualquiera de las escalas del instrumento. De hecho, no es necesario que una puntuación T sea superior a 70 para merecer atención clínica. Dado el importante desarrollo y maduración emocional que se produce durante la adolescencia, incluso las puntuaciones ligeramente elevadas pueden reflejar cierto grado de desorden emocional. Por lo tanto, una puntuación T de 60 (percentil 85) repetida a lo largo de un perfil debería llamar la atención del profesional.

Complementariamente, ha de señalarse que la puntuación de corte óptima o los rangos interpretativos específicos pueden variar en los diferentes contextos de evaluación. En este sentido, aunque han sido múltiples las investigaciones realizadas sobre posibles puntos de corte en cada una de las escalas (en el capítulo de fundamentación psicométrica de este manual se describen varios de estos estudios), siempre serán bienvenidas nuevas investigaciones que ayuden a clarificar los puntos de corte óptimos en contextos específicos.

Comparación con muestras clínicas

En el caso de la toma de decisiones clínicas, a menudo se hacen evidentes los aspectos significativos en el paciente y aparecen múltiples elevaciones en diversas escalas tras el uso del baremo general. En estos casos, puede resultar útil comparar posteriormente los resultados con una *muestra de referencia clínica* para dilucidar los problemas que, en concreto, afectan al adolescente cuando se le compara específicamente con una muestra de adolescentes que están en consulta clínica. Las puntuaciones esperadas en los casos clínicos en las diferentes escalas difieren en muchos aspectos de los resultados esperados en la población general. Por ejemplo, la mayoría de los adolescentes de la muestra clínica informan en su evaluación inicial de niveles notables de depresión o ansiedad y, probablemente, su perfil en el PAI-A, utilizando el baremo general, refleje elevaciones perceptibles en dichas escalas. Ahora bien, la cuestión a la que se enfrenta el clínico a la hora de realizar un diagnóstico es analizar la gravedad relativa de las distintas sintomatologías presentes. En estos casos, tener una referencia de muestras clínicas puede resultar complementaria y delimitar qué niveles son normales dada la situación clínica.

Con este objetivo se incluye en el perfil del PAI-A un área del perfil marcada con un color más claro en el extremo derecho del perfil y que indica qué rango de puntuaciones resulta altamente infrecuente incluso en muestras clínicas. Cuando se utiliza el baremo general, esta área del perfil, marcada en color muy claro y en el extremo derecho del perfil en las escalas clínicas, informa de aquel rango de puntuaciones que está dos desviaciones típicas por encima de la media de la muestra clínica recogida en la adaptación a lengua española del PAI-A, esto es, aproximadamente el 98% de los individuos clínicos obtendrán puntuaciones por debajo de esa área. El uso de esa área como referencia nos permite dilucidar en qué medida la puntuación obtenida por una persona resulta llamativa incluso cuando se la compara con muestras clínicas. Dicha área marca el punto en el que las respuestas dadas por una persona indican un grado de problemas y síntomatología que no suelen darse ni siquiera en la población clínica. En las pautas interpretativas de las escalas se describe este intervalo específico en cada una de ellas, así como los diferentes intervalos de puntuaciones que se han de considerar en la interpretación y su significado.

Complementariamente, además de esta zona marcada en el perfil cuando se utiliza el baremo general, algunos profesionales pueden considerar interesante emplear posteriormente el baremo clínico. En estos casos, la plataforma informática permite cambiar el baremo para obtener un nuevo perfil con el baremo clínico (el cambio de baremo no consume ningún uso adicional). Al analizar el perfil resultante de haber usado un baremo clínico hay que tener en cuenta que aquí se está comparando con una muestra de adolescentes con problemas clínicos diversos y, por lo tanto, una puntuación de 50 significará que tiene el mismo nivel de problemas que la mayoría de adolescentes que acude a consulta clínica, mientras que una puntuación T de 60 podrá señalar que está una desviación típica por encima del nivel de problemas habitual que informan los adolescentes que acuden a consulta clínica.

Tal y como se señalaba anteriormente, **siempre será recomendable,** incluso en los casos clínicos, **comenzar la interpretación de los resultados del PAI-A utilizando el baremo general (esto es, seleccionado el baremo general en la corrección), dado que todos los puntos de corte y las pautas de interpretación de las puntuaciones T incluidas en este manual se refieren al uso de dicho baremo general.** Esto permitirá establecer en qué medida la persona adolescente evaluada en contexto clínico muestra un nivel de síntomas o problemas mayor o menor que la mayoría de los adolescentes. Posteriormente a esta primera comparación con la muestra de población general (baremo general), aquellos profesionales más experimentados podrán encontrar interesante comparar su caso con el baremo clínico para establecer qué áreas destacan, incluso después de ser comparadas con una muestra de adolescentes que están en consulta clínica por problemas psicológicos de diversa índole (véase el capítulo de fundamentación psicométrica para una descripción de esta muestra clínica).

Comparación con muestras de menores infractores y con muestras evaluadas en contexto forense

Al igual que se señalaba en el apartado anterior, en los casos en que se evalúe a una persona adolescente en un contexto forense o procedente de un centro de menores infractores resulta recomendable comenzar siempre la interpretación tomando como referencia inicial el baremo general del PAI-A. Los puntos de corte y las pautas de interpretación de cada una de las escalas contenidos en este manual se refieren precisamente a los resultados obtenidos tras la aplicación del baremo general y que indican en qué medida la persona evaluada tiene más o menos síntomas que la mayoría de los adolescentes de la población general. Posteriormente, aquellos profesionales más experimentados que deseen profundizar en la interpretación pueden considerar interesante emplear adicionalmente el baremo de menores infractores o el de contextos forenses. En estos casos en la plataforma de corrección se podrá solicitar su corrección con el baremo de menores infractores o con el de contextos forenses para observar a modo de comparación su perfil cuando se referencia a muestras de menores infractores o de adolescentes evaluados en contexto forense (este cambio de baremo es gratuito y no consume ningún uso adicional en su corrección). Al analizar el perfil resultante de haber usado un baremo de menores infractores o de forense hay que tener en cuenta que aquí se está comparando con una muestra de adolescentes menores infractores o de adolescentes evaluados en un contexto forense. Por lo tanto, una puntuación de 50 significará que tiene el mismo nivel de problemas que la mayoría de adolescentes menores infractores o evaluados en contexto forense (según si se ha utilizado el baremo de menores infractores o el baremo forense), mientras que una puntuación T de 60 podrá señalar que está una desviación típica por encima del nivel de problemas habitual que informan los adolescentes en esos contextos. Véase el capítulo de fundamentación psicométrica para una descripción de cada una de estas muestras.

3.2. Etapas de la interpretación del PAI-A

La interpretación de las puntuaciones obtenidas en el PAI-A requiere de una buena comprensión de los trastornos de la personalidad y de los trastornos psicológicos, además de un buen conocimiento de los fundamentos psicométricos de los tests y de cierta familiaridad con el significado de las escalas clínicas y de las subescalas del PAI-A. La estrategia óptima para la interpretación a menudo difiere en función del contexto de evaluación. Por ejemplo, la interpretación del perfil de un adolescente remitido a consulta clínica por sus padres posiblemente implique un enfoque diferente al que precisa la interpretación del perfil de un adolescente evaluado en el contexto de un centro de menores o de un adolescente ingresado en una unidad de Psiquiatría. Como indicaban Meehl y Rosen en su clásico artículo de 1955, el contexto de la evaluación puede llevar al profesional a extraer conclusiones diferentes a partir de dos perfiles idénticos.

Una forma de llevar a cabo la interpretación del PAI-A puede ser el empleo de decisiones secuenciales, donde cada decisión crea un contexto para la decisión siguiente. Por ejemplo, una de las primeras decisiones que se deben tomar durante la interpretación es si el perfil evaluado parece reflejar alguna distorsión en las respuestas; en el caso de que el profesional observe que un perfil se ha completado de una forma aleatoria o extrema, la interpretación posterior de los ítems que identifican ideación suicida será diferente.

Dicha **secuencia de interpretación puede dividirse en cuatro pasos.** En el primero de ellos se toma una decisión respecto a las potenciales distorsiones en las respuestas, lo cual a menudo determina la validez del perfil. En segundo lugar, se valora aisladamente la puntuación en cada escala y en las subescalas. En tercer lugar, se valora el efecto de ciertas combinaciones de las escalas y se considera conjuntamente la forma específica del perfil. Finalmente, se pueden considerar los ítems críticos como una vía para profundizar en determinados aspectos relevantes de las respuestas. Los siguientes apartados ofrecen un breve resumen de cómo llevar a cabo esta secuencia de pasos.

3.3. Evaluación de la validez del perfil

Ítems omitidos

El primer paso para decidir si un perfil del PAI-A puede ser interpretado tiene que ver con el número de ítems que se han omitido o a los que no se ha dado una respuesta válida (p. ej., cuando se han marcado dos contestaciones simultáneamente). Como regla general para el PAI-A, debe haberse respondido el 95% de los ítems para poder proceder a su corrección. **Cuando la persona evaluada haya dejado en blanco 14 ítems o más, el sistema informático no permitirá la obtención de perfil al considerarlo inválido.** Adicionalmente, se recomienda no interpretar una escala o subescala si se ha dejado en blanco más del 20% de sus ítems. En el caso de que haya respuestas omitidas, pero su número sea inferior a los umbrales indicados, el sistema de corrección del PAI-A asignará a las preguntas omitidas el valor promedio de las respuestas del adolescente al resto de ítems de esa misma escala. Estos cálculos son realizados de forma automática por el sistema informático y se reflejan de forma inmediata en las puntuaciones directas y en las puntuaciones T que se ofrecen en el perfil de resultados.

Ha de recalcarse que la presencia de omisiones o de respuestas dobles afecta a las puntuaciones obtenidas en el PAI-A y a la interpretación de sus escalas. Por este motivo, es recomendable reducir todo lo posible

las omisiones o las respuestas dobles que puedan existir en la hoja de respuestas. Esto hace que, tal y como se señalaba en el capítulo 2, sea recomendable revisar la hoja de respuestas de la persona evaluada nada más finalizar su cumplimentación y, en caso de detectarse ítems sin responder, instarle a que los conteste.

Interpretación de los indicadores de distorsión del perfil

Un segundo paso en la interpretación de la validez del perfil es determinar si ha habido alguna fuente de distorsión en las respuestas proporcionadas a la prueba, esto es, si los resultados reflejan de forma precisa las experiencias de la persona evaluada o si, por el contrario, están distorsionados en algún sentido. Este proceso comienza incluso antes de aplicar el PAI-A, ya que factores como el motivo de derivación, el objetivo de la evaluación y los destinatarios de la información crean un contexto que puede afectar de forma importante a la posibilidad de que las respuestas al test puedan verse distorsionadas, así como la información recogida mediante cualquier otra fuente (entrevistas…).

Un tema que durante mucho tiempo ha suscitado interés y preocupación en el área de la evaluación psicológica es cómo determinar la precisión de la información que obtenemos respecto al estado psicológico de las personas evaluadas. En este sentido, los autoinformes, al igual que las entrevistas u otras fuentes de información, pueden verse distorsionados por muchas razones, entre las que se encuentra la intención de engañar al destinatario de la información. Por ejemplo, las personas pueden intentar distorsionar sus respuestas para aparentar estar mejor o peor adaptadas. Por otro lado, la distorsión en la respuesta también puede deberse a un conocimiento limitado de sí mismas o incluso a una forma de autoengaño en personas que se consideran a sí mismas excelentemente bien adaptadas o por el contrario terriblemente desajustadas, aunque esta percepción pueda parecer exagerada para un observador objetivo. Una tercera fuente de distorsión puede ser la confusión, el despiste o el descuido; en este sentido, aquellas personas que contestan a las preguntas de forma descuidada o poca atenta, sin reflexionar o que tienen problemas de comprensión lectora pueden obtener resultados que no reflejan de forma precisa sus experiencias.

Para intentar subsanar dichas cuestiones, el PAI-A cuenta con cuatro escalas de validez diseñadas para la valoración de aquellos factores que podrían distorsionar los resultados del cuestionario. Los siguientes apartados proporcionan descripciones de las escalas, así como pautas para su interpretación. Como pauta general, puede considerarse que una puntuación alta en cualquiera de estas escalas indica que el perfil puede estar distorsionado debido a alguna tendencia anómala de respuesta y, por lo tanto, la información derivada del perfil deberá interpretarse con especial precaución. Así mismo, puntuaciones muy altas en estas escalas deberían provocar serias dudas sobre la validez de la información derivada del test; en estos casos será imprescindible que la interpretación del PAI-A se lleve a cabo teniendo en cuenta información procedente de otras fuentes.

Para una correcta interpretación de la validez de los resultados es conveniente analizar en primer lugar las escalas Inconsistencia e Infrecuencia, que nos informan sobre el grado en que la persona ha respondido prestando atención a la prueba, de manera consistente y coherente o, por el contrario, sus respuestas parecen ser inconsistentes e incoherentes o muy idiosincrásicas. A continuación, podrá procederse al análisis de las escalas Impresión negativa e Impresión positiva. Los siguientes apartados describen cada una de estas escalas de validez.

Inconsistencia (INC)

La escala Inconsistencia refleja la coherencia con la cual las personas evaluadas responden a ítems de contenidos similares situados en diferentes posiciones del inventario. La escala se compone de 12 pares de ítems[3] con un contenido relacionado que deben contestarse de forma similar (p. ej., el ítem 69 «Tengo buena salud» y el ítem 170 «Mi salud es muy buena» o el ítem 15 «A veces pienso que soy inútil» y el ítem 135 «Por más que lo intente, nada me sale bien»). Los pares de ítems que componen la escala son aquellos que obtuvieron unos mayores valores de intercorrelación en la adaptación a lengua española del PAI-A. Debido a que lo que se persigue es valorar la consistencia de las respuestas, cada par de ítems refleja un contenido similar, pero en su conjunto los diferentes pares de ítems no comparten ninguna otra característica, por lo que no reflejan ningún constructo concreto.

La distribución de las puntuaciones en la escala Inconsistencia es bastante parecida en las muestras de población general y de población clínica o forense, si bien en estas últimas muestras (clínica, forense, menores infractores) las personas evaluadas tienden a obtener puntuaciones ligeramente más altas, lo que quiere decir que contestan de forma algo más inconsistente. Además, también se analizó si la escala Inconsistencia era capaz de identificar un patrón anómalo cuando se introducían deliberadamente respuestas aleatorias a un conjunto variable de ítems. Se observó que la distribución de las puntuaciones de la escala Inconsistencia obtenida mediante esta condición era notablemente diferente a las distribuciones reales obtenidas en muestras de población general, de población clínica o de población forense, apoyando la capacidad discriminativa de esta escala de patrones aleatorios o descuidados de respuesta. En el apartado 5.3 del capítulo de fundamentación psicométrica se incluye información más detallada a este respecto (Figura 5.5).

Puntuaciones T muy altas en esta escala, iguales o superiores a 78, sugieren que la persona no ha prestado atención al contenido de los ítems mientras respondía. Solo un 0,9% de la muestra de población general y un 0,8% de la muestra clínica obtuvo puntuaciones T en ese rango en Inconsistencia. Entre las razones que podrían explicar unas puntuaciones tan elevadas en Inconsistencia pueden incluirse el descuido, la confusión, la existencia de problemas de comprensión lectora, los errores al anotar sus respuestas o al teclearlas en la plataforma de corrección, la falta de compresión por parte de la persona evaluada de las instrucciones o de la forma en la que debía responder a la prueba. Independientemente de la causa, cuando las puntuaciones en las escala Inconsistencia se sitúan en este rango los resultados del test se consideran inválidos y no se recomienda proceder a la interpretación clínica del PAI-A.

3. En la versión original del PAI-A (Morey, 2007a) la escala Inconsistencia estaba compuesta por 10 pares de ítems. Estudios realizados durante la adaptación a lengua española han mostrado una mayor capacidad discriminativa de esta escala al aumentar el número de pares de ítems considerados a 12. Con este objetivo se seleccionaron los pares de ítems con mayores correlaciones en las muestras normales y clínicas de la adaptación a lengua española y se realizaron estudios específicos con ellos para configurar la versión definitiva de la escala Inconsistencia que se presenta en esta adaptación a lengua española.

Tabla 3.2. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en Inconsistencia

Inconsistencia	
Indica si la persona evaluada ha respondido de forma inconsistente a lo largo de la prueba. Para ello tiene en cuenta su respuesta a pares de ítems altamente relacionados entre sí que deben contestarse de forma similar (p. ej., el ítem 69 «Tengo buena salud» y el ítem 170 «Mi salud es muy buena» o el ítem 15 «A veces pienso que soy inútil» y el ítem 135 «Por más que lo intente, nada me sale bien»).	
Puntuación T	**Interpretación**
≥ 78	Puntuaciones T iguales o superiores a 78 sugieren que la persona no ha prestado la suficiente atención al contenido de los ítems. Las posibles razones incluyen descuido, confusión, problemas de comprensión lectora, errores de anotación de las respuestas o de tecleo en la plataforma informática o fallos al seguir las instrucciones del test. Independientemente del motivo, los resultados del test son inválidos; en estos casos se recomienda no proceder a la interpretación de los resultados en el PAI-A.
71 - 77	Puntuaciones T en este rango indican inconsistencia en las respuestas que pueden surgir por diversas razones, como puede ser descuido, confusión, problemas de comprensión lectora, errores de anotación de las respuestas o de tecleo en la plataforma o fallos al seguir las instrucciones del test. Debe actuarse con precaución a la hora de proceder a la elaboración de hipótesis interpretativas basadas en los resultados del resto de escalas del PAI-A.
≤ 70	La persona ha contestado de forma consistente y ha prestado la atención adecuada al contenido de los ítems.

Infrecuencia (INF)

La escala Infrecuencia es útil para la **identificación de personas que completan el PAI-A de forma anormal debido a descuido, confusión, problemas de comprensión lectora, falta de atención o respuesta al azar.** Esta escala es, por tanto, otra manera de evaluar un patrón incoherente en las respuestas proporcionadas al PAI-A.

La escala se compone de ítems que han de ser contestados de forma similar por todas las personas evaluadas, independientemente de su situación clínica o forense. Se espera que algunos de los ítems sean contestados con *Falso* (p. ej., «Mi poeta favorito es Ruperto Miralles») y otros con *Completamente verdadero* (p. ej., «La mayor parte de la gente prefiere ganar a perder»). Los ítems de la escala Infrecuencia se han distribuido a lo largo del PAI-A para identificar las respuestas potencialmente problemáticas en cualquier punto de la ejecución del test. No hay conexión temática entre el contenido de los diferentes ítems de la escala. A continuación, aparece un listado de los ítems que componen la escala de Infrecuencia.

Tabla 3.3. Ítems que componen la escala Infrecuencia del PAI-A

Ítem
40. Mi poeta favorito es Ruperto Miralles.
80. Mis aficiones favoritas son el tiro con arco y coleccionar billetes antiguos.
120. El deporte que más me gusta ver por televisión es el salto de altura.
160. La mayor parte de la gente prefiere ganar a perder.

Los ítems de la escala Infrecuencia han sido creados para reflejar un contenido que fuese poco frecuente pero que a su vez no fuera excesivamente extraño o absurdo (del tipo de «nunca he visto un edificio»). Por ejemplo, uno de los ítems de Infrecuencia es «mis aficiones favoritas son el tiro con arco y coleccionar billetes antiguos». El interés en estas dos aficiones se relaciona de forma inversa y, por lo tanto, existen pocas personas para quienes ambas aficiones sean intereses principales. Sin embargo, aunque la combinación no es imposible, es poco frecuente. Dado que todos los ítems de la escala son poco frecuentes, es asimismo poco frecuente que una persona puntúe alto en numerosos ítems de esta escala.

Aunque la escala Infrecuencia es principalmente una medida de falta de atención al dar las respuestas, existe otra razón que potencialmente puede hacer que aparezcan puntuaciones altas en Infrecuencia y es una tendencia a contestar a los ítems del PAI-A de manera idiosincrásica. Una revisión rápida de las respuestas a los ítems de Infrecuencia puede aclarar si está presente este patrón de respuesta peculiar. Los individuos que responden de forma idiosincrásica tendrán una explicación para su respuesta, aunque esta refleje que han interpretado el contenido de los ítems de forma inusual. Por ejemplo, en el caso de un adolescente que había obtenido una puntuación T de 85 en Infrecuencia se indagó sobre su respuesta de «completamente verdadero» al ítem 120 («El deporte que más me gusta ver por televisión es el salto de altura»). Se le preguntó el origen de su interés por el salto de altura y si lo había practicado alguna vez. El adolescente respondió que no, pero que le gustaba mucho ver deporte por la televisión y que ese era un componente importante de su personalidad y de su forma de ser; quería asegurarse de que quedara reflejado en el test y como no había tenido ninguna otra oportunidad de mostrarlo pues lo afirmó en ese ítem, aunque él realmente nunca había visto una competición de salto de altura en su vida. Esta respuesta refleja que el adolescente estaba respondiendo de forma honesta y prestando atención a los ítems, si bien realizaba interpretaciones peculiares del contenido y significado de los ítems. El hecho de que una persona realice este tipo de inferencias idiosincrásicas sobre los ítems y que su respuesta no sea acorde al contenido concreto y real del elemento o que comience a responder de forma figurada más que literal hace que no pueda procederse a interpretar sus resultados en el autoinforme. En estos casos, es muy probable que sus respuestas no sean acordes ni con las variables evaluadas ni con las respuestas dadas por el resto de la muestra de referencia.

La distribución de las puntuaciones de Infrecuencia es similar en la muestra normal y en la muestra clínica, forense y de centro de menores, siendo ambas distribuciones muy distintas de las obtenidas en protocolos simulados aleatoriamente (tal y como se puede observar en la figura 5.6 del capítulo 5 de fundamentación psicométrica). En la tabla 3.4 se incluyen pautas orientativas para la interpretación de las puntuaciones T obtenidas en Infrecuencia.

Tabla 3.4. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en Infrecuencia

Infrecuencia	
Indica si la persona evaluada ha respondido poco cuidadosamente, al azar o de una forma muy peculiar e idiosincrásica. Los ítems son neutrales con respecto a psicopatología y resultan muy poco frecuentes tanto en personas de población general como de muestras clínicas o forenses.	
Puntuación T	**Interpretación**
≥ 80	Este rango de puntuaciones en Infrecuencia sugiere que el adolescente no prestó la atención necesaria al responder al contenido de los ítems. Existen varias razones potenciales para obtener puntuaciones en este rango, tales como la presencia de dificultades de comprensión lectora o con el idioma, de respuestas al azar, de confusión, de errores de anotación de las respuestas o de tecleo en la plataforma informática o de fallos en el seguimiento de las instrucciones del test. Independientemente de la causa, los resultados del test deben considerarse inválidos y no debe llevarse a cabo la interpretación del perfil. Un examen específico de las respuestas dadas por el adolescente a los ítems de la escala Infrecuencia puede ofrecer información sobre la razón de la elevación.
70 - 79	La presencia de elevaciones moderadas en Infrecuencia indica la presencia de respuestas poco frecuentes a los ítems, probablemente debidas a algún patrón de respuesta peculiar o idiosincrásico en el que se podrá indagar al revisar las respuestas dadas por el adolescente a los ítems de esta escala y aclararlas con la persona evaluada. Cuando las puntuaciones T estén más próximas a 79 puede ser necesario considerar también otras posibles fuentes de distorsión, como la presencia de problemas de comprensión lectora, de respuestas al azar, de confusión, de errores de anotación de las respuestas o de grabación en la plataforma informática o de fallos al seguir las instrucciones del test. Cualquier hipótesis interpretativa derivada de las puntuaciones en otras escalas del PAI-A debe ser examinada con precaución si la puntuación en Infrecuencia está en este rango de puntuaciones. Así mismo, sería de utilidad preguntar al evaluado por el sentido de algunas de sus respuestas a los ítems de Infrecuencia antes de proceder a la interpretación clínica de sus resultados.
≤ 69	La persona ha prestado la debida atención al contenido de los ítems.

Uso conjunto de las escalas Inconsistencia e Infrecuencia para detectar un patrón de respuesta aleatoria

Dado que ambas escalas, Inconsistencia e Infrecuencia, están destinadas a la detección de un patrón de respuesta descuidado o aleatorio utilizando diferentes aproximaciones, es interesante plantear cuál es la estrategia más idónea para su uso conjunto. Con este objetivo se llevaron a cabo distintos análisis con los datos de la adaptación a lengua española, tal y como se recogen en del apartado 5.3 de este mismo manual (tabla

5.22). De los análisis realizados se deduce que cabe sospechar que ha habido un patrón de respuestas aleatoria o descuidado cuando:

- T INC ≥ 78 o T INF ≥ 80: Una de las dos escalas (Inconsistencia o Infrecuencia) obtiene puntuaciones T en el rango considerado «muy alto» (iguales o superiores a 78 u 80, respectivamente). En el perfil se aprecia fácilmente cuando una de las dos puntuaciones T aparece dentro de la zona con el sombreado más claro de la derecha.

- T INC ≥ 71 y T INF ≥ 70: Las dos escalas (Inconsistencia e Infrecuencia) obtienen puntuaciones T iguales o superiores a los puntos de corte menos estrictos (ambas puntuaciones T aparecen en la zona intermedia del perfil, fuera de la zona verde).

El uso de cualquiera de estas dos alternativas garantizaría una elevada especificidad, indicando que serían pocos los casos respondidos correctamente que se clasificarían de forma errónea como respondidos aleatoriamente o de forma inconsistente. También proporcionaría una sensibilidad entre moderada y alta (se detectaría a la mayoría de los casos que hayan respondido al azar o aleatoriamente). El lector interesado puede consultar en el apartado 5.3 y en la tabla 5.22 los valores de sensibilidad y especificidad de cada posible combinación de puntos de corte de Inconsistencia e Infrecuencia.

Impresión negativa (IMN)

La escala Impresión negativa (IMN) está compuesta por ítems que describen síntomas improbables y extremadamente raros y que reflejan una imagen muy desfavorable de la persona evaluada. La escala se diseñó para evaluar la posibilidad de que los resultados del test pudieran arrojar un perfil excesivamente negativo. Así, una puntuación alta en Impresión negativa indica que las respuestas de la persona evaluada pueden estar reflejando un grado de patología mayor del que describiría un observador objetivo.

Los ítems de Impresión negativa fueron elegidos por sus bajas frecuencias de respuesta tanto en personas de la población general como en casos clínicos o forenses, aunque en el caso de los pacientes clínicos o de las personas evaluadas en contexto forense o de centros de menores infractores las puntuaciones pueden ser algo más altas (véanse los datos mostrados en la figura 5.7 del capítulo 5 de fundamentación psicométrica con las puntuaciones obtenidas en Impresión negativa en las muestras de población general, clínica, forense y del centro de menores). Así, en general, las muestras con mayor grado de afectación obtendrán puntuaciones más altas en esta escala que aquellas con niveles más leves de sintomatología y esto se dará más claramente en los adolescentes con problemas emocionales graves. Esta relación parece deberse a la asociación entre ciertos trastornos psicológicos y ciertas características cognitivas y perceptivas que pueden llevar a estilos de respuesta distorsionados negativamente. Así, determinados trastornos psicológicos se caracterizan por la presencia de una percepción excesivamente negativa de uno mismo, de los demás y de las situaciones. Por ejemplo, un paciente con depresión puede ofrecer una imagen muy distorsionada de sí mismo, percibiéndose como muy incompetente, aunque un observador externo pueda considerarlo como alguien hábil y muy eficaz. Igualmente, las relaciones que parecen sólidas para algunos pueden ser sospechosas en la mente de una persona con trastorno paranoide y una situación que a los ojos del profesional es un reto asequible puede ser percibida por un paciente con personalidad límite como un obstáculo insalvable. Aunque estas distorsiones sean coherentes con la presencia genuina de psicopatología, pueden producir elevaciones en la escala de Impresión negativa y el profesional debe ser consciente de su presencia a la hora de interpretar el perfil del PAI-A y sus puntuaciones en el resto de escalas, de ahí el objetivo de la escala Impresión negativa, alertar de la presencia de distorsiones negativas y de una presentación probablemente más desfavorable de la que ofrecería un observador externo. No obstante, en todo caso, tanto los grupos clínicos como los forenses o de centros de menores infractores obtienen puntuaciones en la escala Impresión negativa inferiores a las

encontradas en adolescentes a los que se les solicitó que simularan un trastorno mental (véanse los datos mostrados en la figura 5.8 del perfil promedio de adolescentes instruidos para simular un trastorno mental con una puntuación T promedio en Impresión negativa de 108).

En la tabla 3.5 se incluyen pautas orientativas para la interpretación de las puntuaciones T obtenidas en Impresión negativa.

Tabla 3.5. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en Impresión negativa

Puntuación T	Interpretación
≥ 88	Puntuaciones en Impresión negativa en este rango sugieren que la persona evaluada está proporcionando una imagen especialmente negativa de sí misma, ya sea intencionalmente o no. Esto puede ser debido a una visión de sí misma extremadamente negativa o a un patrón de exageración de síntomas. En este rango de puntuaciones, los resultados del PAI-A se encuentran claramente y marcadamente distorsionados y cualquier interpretación de las escalas o subescalas del PAI-A debe partir del hecho de que probablemente refleje más la distorsión negativa de sus síntomas y problemas que la experiencia real que podría informar un observador externo objetivo. Por último, debería considerarse como hipótesis alternativa a esta elevación que la persona evaluada haya respondido a la prueba de forma descuidada o al azar, ya que en esos casos suelen observarse puntuaciones T medias elevadas en Impresión negativa. Por lo tanto, ante elevaciones en Impresión negativa deberían verificarse previamente las puntuaciones en Infrecuencia e Inconsistencia para descartar que el motivo de esta elevación sea un patrón descuidado o inconsistente de respuestas.
77 - 87	Este rango de puntuaciones sugiere la presencia de un elemento de exageración de las quejas y problemas. Cualquier hipótesis interpretativa basada en elevaciones en las escalas o subescalas clínicas debería considerarse con precaución, atendiendo a esta posible exageración de la extensión y del grado de los hallazgos. La probabilidad de distorsión aumenta conforme las puntuaciones se sitúan en el extremo más elevado de este rango de puntuaciones y pueden indicar que el adolescente está haciendo una evaluación de su vida extremadamente negativa o realizando una «llamada de socorro» y una petición de ayuda asociada a un intenso estrés. También es posible que esté reflejando cierta distorsión negativa deliberada de su imagen clínica, especialmente si existen ganancias secundarias. Por último, debería considerarse como hipótesis alternativa a esta elevación que la persona evaluada haya respondido a la prueba de forma descuidada o al azar, ya que en esos casos suelen observarse puntuaciones T medias en Impresión negativa de 86. Por lo tanto, con puntuaciones en este rango deberían revisarse en primer lugar las puntuaciones en Infrecuencia e Inconsistencia para descartar que el motivo de esta elevación sea un patrón descuidado o inconsistente de respuestas.
≤ 76	Generalmente, las puntuaciones iguales o inferiores a 76 sugieren que hay una baja distorsión negativa en las escalas clínicas y posiblemente el adolescente haya tratado de reflejar fielmente sus síntomas y sus consecuencias.
≤ 59	Puntuaciones T medias (inferiores a 60) reflejan a un adolescente con pocas quejas de ansiedad o tensión. En particular, aquellos adolescentes con puntuaciones inferiores a la media (T < 50) pueden ser percibidos como tranquilos, optimistas y eficaces al enfrentarse al estrés.

Impresión positiva (IMP)

La escala Impresión positiva fue diseñada con el objetivo de **evaluar la tendencia de la persona que responde la prueba a mostrarse de una forma especialmente positiva**. Esta tendencia se ha descrito de muchas formas como, por ejemplo, respuesta socialmente deseable, disimulación, manejo de impresiones positivas o negación.

El contenido de los ítems de la escala refleja una descripción muy favorable de uno mismo o la negación de defectos relativamente poco importantes. Estos ítems reflejan características personales deseables que varían en su probabilidad de aparición en la población general. Por lo tanto, puntuaciones altas en esta escala diferencian al adolescente de la norma por su tendencia a describirse de forma muy positiva. Particularmente, son poco frecuentes puntuaciones altas en esta escala en poblaciones clínicas y, si aparecen, tienen un claro significado interpretativo. Los estudios realizados con esta escala, y que se comentan en el capítulo 5 de fundamentación psicométrica (figura 5.9 y figura 5.10), permiten observar la distribución de puntuaciones T en esta escala en las distintas muestras (muestra general, clínica, forense y de centros de menores infractores) y el perfil promedio de un grupo de adolescentes instruidos para dar una imagen especialmente positiva en sus respuestas al PAI-A y que obtuvieron una puntuación T media en Impresión positiva de 68.

En la tabla 3.6 se incluyen pautas orientativas para la interpretación de las puntuaciones T obtenidas en Impresión positiva.

Tabla 3.6. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en Impresión positiva

Puntuación T	Interpretación
≥ 72	Puntuaciones altas sugieren que el adolescente intenta mostrarse como una persona completamente libre de los defectos comunes que la mayoría de las personas están dispuestas a admitir. Cuando hay puntuaciones en este rango, la validez del perfil de las escalas clínicas del PAI-A es cuestionable y se recomienda tener una gran precaución y cautela a la hora de interpretar el resto de puntuaciones, ya que es probable que reflejen más el producto de esta distorsión positiva de respuesta que la experiencia real de la persona evaluada.
65 - 71	Elevaciones moderadas sugieren que el adolescente pretende mostrarse relativamente libre de los defectos habituales que la mayoría de las personas están dispuestas a admitir. Estas puntuaciones pueden deberse a una limitada conciencia de los propios defectos junto con cierta falta de sinceridad. Con puntuaciones en este rango la precisión de las interpretaciones basadas en el perfil de las escalas clínicas del PAI-A puede estar distorsionada, por lo que las hipótesis interpretativas deben ser consideradas con precaución. Es probable que en este rango de puntuaciones el perfil no refleje adecuadamente la extensión y el grado de las dificultades que pueda estar experimentando la persona evaluada.
45 - 64	Las puntuaciones en este rango generalmente sugieren que la persona evaluada ha respondido sin pretender dar una impresión particularmente favorable o positiva de sí misma que pueda ser irreal.
≤ 44	Puntuaciones en este rango indican una clara tendencia por parte del adolescente a presentarse sin ocultar problemas que pueda presentar y, por lo tanto, sin pretender dar una imagen particularmente positiva de sí mismo. Su estilo de respuesta es franco. Es poco probable que el adolescente esté tratando de presentar un perfil más favorable de sí mismo.

3.4. Escalas clínicas

La estrategia seguida en la construcción de las escalas del PAI-A fue ofrecer escalas que fueran fácilmente interpretables respecto al significado del constructo. Por lo tanto, los ítems de una escala clínica reflejan directamente la fenomenología y sintomatología de ese constructo clínico. En otras palabras, los ítems de una escala del PAI-A operacionalizan los componentes de los trastornos que evalúan en función de las características que la literatura científica ha identificado como centrales en ese trastorno. De esta manera, si la puntuación de una persona es alta, está indicando que presenta dichos síntomas con una frecuencia o una intensidad mayor que la mayoría de los adolescentes de la población general.

En los siguientes apartados se incluye una descripción de los aspectos centrales evaluados en cada una de las escalas clínicas del PAI-A, así como tablas con sugerencias interpretativas para cada rango de puntuaciones T. Tal y como podrá observarse, el significado otorgado a una determinada puntuación T (p. ej., a una puntuación T de 75) puede variar de una escala a otra. Estas sugerencias interpretativas para cada rango de puntuaciones T fueron establecidas de acuerdo con la prevalencia de las puntuaciones en las distintas muestras clínicas analizadas en la construcción original del instrumento y en su adaptación a lengua española. Esto hace que, por ejemplo, una misma puntuación T de 75 pueda aparecer en tramos diferentes de interpretación o en distintas áreas del perfil según la escala, de acuerdo con su desigual prevalencia en muestras clínicas.

El significado otorgado a las puntuaciones también debe considerarse en el marco de los resultados obtenidos en las escalas de validez. Si las escalas Inconsistencia o Infrecuencia están elevadas, debe tenerse en cuenta que las elevaciones halladas en las escalas clínicas pueden ser en realidad reflejo de un patrón de respuesta descuidado o aleatorio más que de problemas clínicos subyacentes. Si es la escala Impresión negativa la que se encuentra elevada, las interpretaciones deben hacerse desde la posibilidad de que la distorsión negativa del perfil lo haga parecer más patológico de lo que en realidad es. Si es Impresión positiva la que se encuentra elevada, la interpretación de las puntuaciones en las sucesivas escalas ha de hacerse teniendo en cuenta que el evaluado es reticente a admitir pequeños defectos o problemas. En cualquier caso, las hipótesis interpretativas que se deriven de las puntuaciones halladas en las escalas clínicas del PAI-A han de considerarse junto con toda la información disponible sobre la persona adolescente que está siendo evaluada, incluyendo su historial, el comportamiento observado y otras fuentes de información alternativas y complementarias.

Quejas somáticas (SOM)

Esta escala incluye ítems que reflejan preocupaciones sobre aspectos físicos y de salud. Los ítems recogen diversas formas de presentación de trastornos de tipo somático, abarcando desde quejas recurrentes de malestar físico o problemas específicos relativamente menores (p. ej., dolores de cabeza o gastrointestinales) hasta disfunciones relevantes en varios órganos o conjunto de órganos (p. ej., parálisis).

En su conjunto, la puntuación en la escala Quejas somáticas **refleja el grado de preocupación y el temor a padecer problemas relacionados con la salud y el deterioro y también el grado de malestar derivado de los síntomas somáticos que presenta.** En la tabla 3.7 se incluyen pautas de interpretación para cada rango de puntuaciones T en esta escala.

Tabla 3.7. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en Quejas somáticas

Puntuación T	Interpretación
≥ 81	Este rango de puntuaciones en Quejas somáticas es poco frecuente incluso en muestras clínicas (se encuentra dentro del área extremadamente infrecuente incluso en muestras clínicas, esto es, está dos desviaciones típicas por encima de lo que es la media en muestras clínicas). La puntuación sugiere que está presente un amplio número de quejas somáticas que probablemente afecten a la mayoría de los sistemas orgánicos (gastrointestinal, neurológico y musculoesquelético). Es probable que tales quejas sean crónicas y estén acompañadas de cansancio y debilidad que impidan al adolescente llevar a cabo cualquier actividad. En la mayoría de los casos, las puntuaciones en este rango reflejarán un trastorno somatomorfo o de síntomas somáticos diagnosticable. En este rango de puntuaciones, la persona evaluada puede ser poco receptiva a las explicaciones psicológicas de sus problemas somáticos y puede no ser una buena candidata a psicoterapia, sobre todo si existen pocos indicadores de malestar psicológico en su perfil del PAI-A.
70 - 80	Las puntuaciones T iguales o superiores a 70 sugieren un nivel significativo de preocupaciones sobre su salud y sus problemas físicos y cierta limitación en su vida debido a esos síntomas. Los adolescentes con estas puntuaciones consideran que poseen una mala salud en comparación con sus iguales y, probablemente, tiendan a pensar que sus problemas de salud son complejos y de difícil tratamiento. Los jóvenes que puntúan en este rango pueden ser percibidos como infelices, insatisfechos y pesimistas. Si a partir de sus puntuaciones en otras escalas del PAI-A se puede deducir la presencia de ciertos problemas de personalidad, cabe considerar la hipótesis de que el adolescente pueda estar usando las quejas somáticas para controlar su entorno o evitar reprimendas o responsabilidades derivadas de su comportamiento.
60 - 69	Las puntuaciones T en este rango indican que la persona evaluada muestra algunas preocupaciones sobre su salud y su estado físico. En el caso de adolescentes con problemas médicos es habitual que aparezcan elevaciones esperables en el extremo inferior de este rango de puntuaciones. Si se observan puntuaciones en el resto de escalas del PAI-A que indiquen un importante malestar emocional, una puntuación en Quejas somáticas en este rango puede estar informando que el adolescente expresa su malestar mediante síntomas somáticos, ya sea por falta de habilidad o de oportunidad para expresarlo de otra forma más directa.
≤ 59	Puntuaciones medias en Quejas somáticas reflejan a una persona con pocas quejas somáticas. En particular, aquellos adolescentes con puntuaciones inferiores a la media (T < 50) pueden ser percibidos como optimistas, activos y eficaces.

El análisis de las **puntuaciones en las subescalas de Quejas somáticas puede resultar útil para diferenciar cuál puede ser el patrón de manifestaciones psicosomáticas presente.** Una de las diferencias más importantes reside entre aquellas personas que informan de numerosos síntomas leves, considerados dentro de los trastornos de síntomas somáticos, y aquellas que manifiestan síntomas graves que implican funciones sensoriales o motoras, considerados dentro de los trastornos de conversión. Ambos, son diferentes a la hipocondría, considerada como la manifestación del temor o la creencia de padecer una enfermedad.

En este sentido, las tres subescalas de Quejas somáticas diferencian precisamente estas diversas manifestaciones psicosomáticas: (a) la subescala Somatización (SOM-S), aborda quejas físicas frecuentes, como dolores de cabeza, problemas de espalda, malestar o dolores gastrointestinales, que son llamativas no tanto por su presencia, sino por su frecuencia; (b) la subescala Conversión (SOM-C), que hace referencia a problemas sensoriomotores poco frecuentes y que son prototípicos de los trastornos de conversión; y (c) la subescala Hipocondría (SOM-H), que refleja la preocupación por la salud y el estado físico. Los ítems de esta última subescala (Hipocondría) se centran en valorar en qué medida la persona evaluada percibe sus problemas de salud como complejos e intrincados y en qué grado se esfuerza en tratar y recuperarse de estos problemas. En la tabla 3.8 se incluye una breve guía para la interpretación de estas subescalas.

Tabla 3.8. Pautas interpretativas de las subescalas de Quejas somáticas

Subescala	Descripción
Conversión (SOM-C)	El adolescente informa de un deterioro funcional debido a los síntomas asociados con disfunciones sensoriales o motoras.
Somatización (SOM-S)	El adolescente informa de diferentes síntomas físicos recurrentes (tales como dolores de cabeza, problemas gastrointestinales, etc.) y manifiesta quejas imprecisas de enfermedad y fatiga. Estos síntomas suelen aparecer acompañados de algunos síntomas de depresión o ansiedad.
Hipocondría (SOM-H)	El adolescente se encuentra preocupado por su estado de salud y sus problemas físicos. Sus relaciones y conversaciones giran en torno a sus problemas de salud. Su autoimagen puede estar basada en su creencia de incapacidad producida por sus problemas de salud.

Ansiedad (ANS)

La escala Ansiedad evalúa diversas características clínicas comunes a cómo es habitualmente experimentada y vivida la ansiedad. La ansiedad es un componente importante subyacente a la mayoría de los problemas psicológicos, aunque existan diferencias individuales importantes respecto a su expresión. Clásicamente, diferentes autores han señalado la presencia de diferentes modalidades de expresión de la ansiedad relacionadas entre sí, aunque independientes, y que implican a los sistemas cognitivo, afectivo, somático y comportamental (Koksal y Power, 1990; Lang, 1971; Zajonc, 1980). La escala Ansiedad del PAI-A está diseñada para evaluar tres de estos componentes o sistemas de expresión de la ansiedad, incluyendo ítems que **abarcan la preocupación constante, los sentimientos subjetivos de aprehensión y tensión y las señales físicas de tensión y estrés** (los sistemas cognitivo, afectivo y somático respectivamente). En su conjunto estos síntomas informan del grado de tensión y emoción negativa experimentado por la persona evaluada y que pueden aparecer en diferentes categorías diagnósticas. El componente más comportamental o conductual de la ansiedad no se incluyó dentro de la escala Ansiedad porque habitualmente estas conductas más específicas sirven como criterio para la toma de decisiones diagnósticas. Por ejemplo, la conducta de evitación es un criterio para el diagnóstico de las fobias, así como las conductas de rituales son un criterio para el trastorno obsesivo-compulsivo. En el PAI-A estos **componentes comportamentales fueron incluidos en la escala Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA) que puede resultar útil a la hora de establecer diagnósticos concretos.**

Tal y como se señalaba anteriormente, el contenido de los ítems de esta escala abarca diferentes formas de expresar la ansiedad, incluyendo la presencia de preocupación constante, los sentimientos subjetivos de miedo y tensión, así como los signos físicos de nerviosismo y estrés. Por este motivo, la escala Ansiedad se compone de tres subescalas que reflejan estas tres modalidades principales de la expresión de la ansiedad: (a) Cognitiva (ANS-C), que evalúa la hipervigilancia cognitiva hacia posibles riesgos y peligros y la preocupación constante y rumiativa en el sentido descrito clásicamente por Beck y Emery (1979) en el contexto de la terapia cognitiva para los trastornos de ansiedad; (b) Emocional (ANS-E), que valora la presencia de sentimientos subjetivos de miedo, tensión o nerviosismo característicos de la ansiedad; y (c) Fisiológica (ANS-F), que evalúa la expresión somática de la ansiedad, particularmente la referida al sistema nervioso autónomo (taquicardia, sudoración de las palmas de las manos, hiperventilación y mareos...). El significado interpretativo de la puntuación elevada en cada una de estas subescalas se muestra en la tabla 3.9.

Tabla 3.9. Pautas interpretativas de las subescalas de Ansiedad

Subescala	Descripción
Cognitiva (ANS-C)	Los adolescentes con una elevada puntuación suelen mostrar un estado de inquietud y preocupación que puede comprometer su habilidad para concentrarse y prestar atención. Es probable que sus compañeros opinen que se preocupan en exceso por temas o situaciones sobre los que no tienen el control.
Emocional (ANS-E)	Los adolescentes con altas puntuaciones en esta subescala experimentan una gran cantidad de tensión y tienen dificultades para relajarse. Tienden a cansarse fácilmente como resultado de la alta percepción de estrés.
Fisiológica (ANS-F)	Los adolescentes con altas puntuaciones en esta subescala tienden a experimentar y a expresar la ansiedad de forma somática, particularmente la referida al sistema nervioso autónomo con síntomas tales como palpitaciones, sudoración en las palmas de las manos, respiración entrecortada o mareos.

La puntuación total en la escala Ansiedad indica el nivel global de presencia de la ansiedad en el cuadro clínico. En la tabla 3.10 se dan pautas orientativas para su interpretación.

Tabla 3.10. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en Ansiedad

Puntuación T	Interpretación
≥ 83	Este rango de puntuaciones en Ansiedad es poco frecuente incluso en muestras clínicas (se encuentra dentro del área extremadamente infrecuente incluso en muestras clínicas, esto es, está dos desviaciones típicas por encima de lo que es la media en muestras clínicas) y, probablemente, se acompañará de puntuaciones altas en las tres subescalas, reflejando una incapacidad general consecuencia de la ansiedad. Los adolescentes con puntuaciones en este rango es muy posible que tengan vidas muy restringidas y limitadas y no sean capaces de llevar a cabo ninguna actividad en el centro escolar o en casa sin sentirse sobrepasados. A pesar de que la ansiedad experimentada puede ser un elemento motivador para el tratamiento, en estos casos puede que resulte contraproducente ya que cualquier mínimo estresor puede precipitar una crisis y el patrón repetido de crisis de ansiedad puede suponer dificultades para la psicoterapia. En la mayoría de las ocasiones, las puntuaciones en este rango reflejarán un trastorno de ansiedad diagnosticable. Una puntuación alta en la escala Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA) puede ayudar a identificar el área específica en la que se focalizan los miedos y preocupaciones responsables de las altas puntuaciones en la escala Ansiedad; por el contrario, una baja puntuación en la escala Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA) puede indicar que la ansiedad está ampliamente distribuida y generalizada.
70 - 82	Puntuaciones T iguales o mayores a 70 sugieren ansiedad y tensión significativas. Los adolescentes con puntuaciones en este rango probablemente pasen la mayor parte del tiempo en tensión y con rumiaciones que anticipan posibles problemas y desgracias futuras. Pueden ser percibidos como personas impresionables, nerviosas, tímidas y dependientes. Es probable que por lo menos una de las subescalas esté elevada, lo que debe tenerse en cuenta para determinar la modalidad en la que se está expresando la ansiedad.
60 - 69	Puntuaciones T en este rango son indicativas de que la persona adolescente puede estar experimentando cierto nivel de estrés y preocupación y que puede mostrarse emocionalmente sensible.
≤ 59	Puntuaciones T medias (inferiores a 60) reflejan a un adolescente con pocas quejas de ansiedad o tensión. En particular, aquellos adolescentes con puntuaciones inferiores a la media (T < 50) pueden ser percibidos como tranquilos, optimistas y eficaces al enfrentarse al estrés.

Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA)

La presencia de ansiedad es característica en la mayoría de los trastornos clínicos. Por este motivo, una escala general como la escala Ansiedad (ANS) del PAI-A, descrita anteriormente, tiene una utilidad limitada a la hora de identificar cuadros clínicos específicos. Con este objetivo se diseñó la escala Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA), para centrar la evaluación en las características centrales de varios trastornos relacionados con la ansiedad. Esto hace que ante una puntuación elevada en la escala Ansiedad, la escala Trastornos relacionados con la ansiedad pueda servir como un indicador específico del trastorno de ansiedad en cuestión.

Así, esta escala evalúa características clínicas y conductuales de tres áreas de sintomatología asociadas a trastornos específicos de ansiedad. El contenido de los ítems incluye miedos específicos asociados a objetos o situaciones incluyendo fobias, pensamientos y comportamientos obsesivos-compulsivos y experiencias problemáticas asociadas a algún evento traumático. Estos síntomas están por lo tanto distribuidos en tres subescalas: (a) Obsesivo-compulsivo (TRA-O), en la que los ítems están asociados tanto a las características sintomáticas del trastorno (miedo a la contaminación, ejecución de rituales) como a los rasgos de personalidad característicos del trastorno (perfeccionismo, atención excesiva a detalles); (b) Fobias (TRA-F), que evalúa varios miedos fóbicos comunes, entre los que se incluye el miedo a las alturas, a los lugares cerrados, al transporte público y a la exposición a situaciones sociales; (c) Estrés postraumático (TRA-E), cuyos ítems evalúan las reacciones a estresores traumáticos, incluyendo pesadillas, reacciones de ansiedad repentinas y sentimientos de estar irreversiblemente transformado por el evento traumático. En el caso de esta última escala (Estrés postraumático), los ítems no detallan la naturaleza específica del evento traumático, aspecto que deberá ser determinado a partir del análisis posterior de la historia de la persona evaluada. El significado interpretativo de las elevaciones en cada una de estas subescalas se muestra en la tabla 3.11.

Tabla 3.11. Pautas interpretativas de las subescalas de Trastornos relacionados con la ansiedad

Subescala	Descripción
Obsesivo-compulsivo (TRA-O)	Los adolescentes con altas puntuaciones en esta subescala tienden a ser bastante rígidos y a seguir de forma inflexible sus propias normas. Son vistos por los demás como perfeccionistas y rigurosos. Debido al nivel al que atienden a los detalles, su capacidad para tomar decisiones se ve afectada. Los cambios en sus rutinas, las situaciones inesperadas y la incertidumbre probablemente les genere un alto nivel de estrés. Estos adolescentes probablemente teman sus propios impulsos y duden de su capacidad para controlarlos.
Fobias (TRA-F)	Los adolescentes con altas puntuaciones en esta subescala suelen presentar miedos fóbicos que interfieren de forma significativa en su vida. Estos adolescentes tienden a evitar el objeto o situación temida limitando de forma importante sus actividades. Puede que los miedos estén relacionados con situaciones sociales, con el uso del transporte público, con las alturas, con los espacios cerrados o con otros objetos concretos. Las puntuaciones muy elevadas suelen asociarse con más probabilidad a la presencia de fobias múltiples o de una única fobia muy incapacitante (p. ej., agorafobia), y no tanto con la presencia de fobias más simples o aisladas.
Estrés postraumático (TRA-E)	Los adolescentes con altas puntuaciones en esta subescala señalan la experiencia pasada de un evento traumático perturbador que continúa siendo una fuente de malestar y produciendo episodios recurrentes de ansiedad. El adolescente indica sentirse irreversiblemente transformado por el evento traumático. Aunque los ítems no detallan la naturaleza específica del evento, este puede estar relacionado, entre otras situaciones, con haber sido víctima de abuso físico o sexual, haber experimentado una situación de riesgo para la propia vida o haber sobrevivido a un desastre natural (p. ej., terremotos).

La puntuación total en la escala Trastornos relacionados con la ansiedad es quizás la más difícil de interpretar de todas las puntuaciones del PAI-A debido a su composición de tres condiciones bastante diversas. En general, es una medida de la amplitud de la expresión conductual de la ansiedad. En la tabla 3.12 se incluyen posibles pautas interpretativas de cada rango de puntuaciones T en esta escala.

Tabla 3.12. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en Trastornos relacionados con la ansiedad

Puntuación T	Interpretación
≥ 78	Este rango de puntuaciones en Trastornos relacionados con la ansiedad (TRA) es poco frecuente incluso en muestras clínicas (se encuentra dentro del área extremadamente infrecuente incluso en muestras clínicas, esto es, está dos desviaciones típicas por encima de lo que es la media en muestras clínicas). Probablemente presentan puntuaciones elevadas en las tres subescalas, reflejando múltiples diagnósticos de trastornos de ansiedad y amplia incapacidad asociada a tal nivel de ansiedad. Estos adolescentes sufren una importante crisis emocional y se enfrentan con constantes pensamientos intrusivos sobre su pasado. Es probable que existan patrones desadaptativos dirigidos a controlar la ansiedad que resultan poco eficaces para prevenir el efecto que esta ansiedad tiene en sus vidas.
70 - 77	Las puntuaciones T iguales o superiores a 70 sugieren la presencia de limitaciones asociadas con miedos en relación con alguna situación. El análisis de qué subescalas aparecen elevadas puede mostrar con mayor precisión la naturaleza de estos miedos. Estos adolescentes pueden ser percibidos como inseguros y con dudas sobre sí mismos, preocupados y especialmente incómodos en situaciones sociales.
60 - 69	Las puntuaciones T comprendidas entre 60 y 69 indican que el adolescente puede tener algunos miedos específicos o preocupaciones y que tiene poca confianza en sí mismo. El análisis de qué subescalas aparecen elevadas puede mostrar con mayor precisión la naturaleza de estos miedos.
≤ 59	Puntuaciones T medias (inferiores a 60) reflejan a una persona que indica poco malestar en general. En particular, aquellos adolescentes con puntuaciones inferiores a la media (T < 50) pueden ser percibidos como seguros de sí mismos, flexibles y que toleran bien la presión.

Depresión (DEP)

Esta escala evalúa las principales características clínicas comunes al síndrome depresivo. El contenido de sus ítems abarca tanto los diferentes elementos del síndrome como los distintos niveles de gravedad en que pueden aparecer, evaluando un amplio abanico de aspectos y su grado de severidad. Entre los aspectos evaluados se incluyen el pesimismo y las expectativas negativas, los sentimientos subjetivos de tristeza y apatía y los síntomas físicos tales como la falta de energía o las alteraciones del sueño o del apetito, cubriendo respectivamente las tres principales expresiones del síndrome depresivo (cognitiva, emocional y fisiológica). La escala fue diseñada con el objetivo de proporcionar información sobre estos tres componentes principales del síndrome depresivo a la par que sus ítems cubrían adecuadamente los diferentes niveles de gravedad o severidad en que puede presentarse el trastorno.

La escala está compuesta por tres subescalas que reflejan estos tres componentes principales de la sintomatología depresiva: (a) la subescala Cognitiva (DEP-C), la cual evalúa la presencia de expectativas negativas, desesperanza y errores cognitivos de acuerdo a la teoría de la depresión de Beck (1967); (b) la subescala Emocional (DEP-E), que evalúa el grado en que están presentes la tristeza, la infelicidad y la apatía universalmente identificada en este tipo de población; (c) y la subescala Fisiológica (DEP-F), que refleja los síntomas vegetativos de la depresión, tales como las alteraciones del sueño, los problemas de apetito o la falta de energía o iniciativa. El significado interpretativo de las elevaciones en cada una de estas subescalas se muestra en la tabla 3.13.

Tabla 3.13. Pautas interpretativas de las subescalas de Depresión

Subescala	Descripción
Cognitiva (DEP-C)	Los adolescentes con altas puntuaciones en esta subescala presentan creencias de ineficacia, desesperanza y falta de habilidades. Es probable que manifiesten también indecisión y dificultades de concentración.
Emocional (DEP-E)	Los adolescentes con altas puntuaciones en esta subescala expresan sensaciones de tristeza, pérdida de interés en las actividades cotidianas y una pérdida de la sensación de placer con las cosas con las que antes disfrutaban (anhedonia).
Fisiológica (DEP-F)	Los adolescentes con altas puntuaciones en esta subescala presentan síntomas físicos de depresión, que implican un cambio en el nivel de funcionamiento, actividad y energía física. Estos adolescentes probablemente presenten un patrón alterado de sueño, una reducción de la libido y una pérdida del apetito o de peso.

La puntuación total de la escala Depresión indica el nivel de severidad global de sintomatología depresiva en el diagnóstico. En la tabla 3.14 se proporcionan pautas para su interpretación.

Tabla 3.14. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en Depresión

Puntuación T	Interpretación
≥ 87	Este rango de puntuaciones en Depresión es poco frecuente incluso en muestras clínicas (se encuentra dentro del área extremadamente infrecuente incluso en muestras clínicas, esto es, está dos desviaciones típicas por encima de lo que es la media en muestras clínicas). Este rango de puntuaciones indica acusadamente la posibilidad de un diagnóstico de episodio depresivo mayor ya que probablemente aparezcan puntuaciones altas en las tres subescalas. Los adolescentes con estas puntuaciones se sienten desesperanzados, desanimados e inútiles. Son reservados en sus relaciones interpersonales y se sienten incomprendidos y poco valorados por los demás. Tienen pocas energías para perseguir sus objetivos y poca motivación para hacerlo. La ideación suicida es común en personas con puntuaciones en este rango y se debe prestar atención particular a elevaciones en la escala de Ideaciones suicidas (SUI).
70 - 86	Las puntuaciones T iguales o superiores a 70 sugieren una infelicidad notable, así como disforia. Los adolescentes con puntuaciones en este rango probablemente estén sumidos en la tristeza la mayor parte del tiempo y se muestren retraídos ante actividades que anteriormente disfrutaban. Tienden a ser percibidos por otros como con fuertes sentimientos de culpa, malhumorados e insatisfechos. Con puntuaciones en este rango es recomendable revisar las puntuaciones de las subescalas para determinar la forma en la que la depresión tiende a manifestarse. Cuando las puntuaciones T son iguales o superiores a 80 aumenta la probabilidad de que exista un diagnóstico de episodio depresivo mayor.
60 - 69	Las puntuaciones T comprendidas entre 60 y 69 reflejan a un adolescente sensible, pesimista, con tendencia a dudar de sí mismo y que se siente infeliz al menos una parte del tiempo.
≤ 59	Las puntuaciones medias (inferiores a 60) reflejan a un adolescente que tiene pocas quejas de infelicidad o malestar. En particular, aquellos adolescentes con puntuaciones inferiores a la media (T < 50) suelen ser percibidos como estables, con confianza en sí mismos, activos y relajados.

Manía (MAN)

La escala Manía evalúa características de las manifestaciones clínicas de la manía e hipomanía. El contenido de los ítems abarca varias características de estos síndromes, incluyendo la presencia de una **elevación anómala del estado de ánimo, expansividad, grandiosidad e hiperactividad, además de irritabilidad e impaciencia.** Por su propia naturaleza, la sintomatología maniaca puede tener una presentación muy fluctuante y voluble, con síntomas que pueden variar drásticamente, pasando, por ejemplo, de un estado eufórico a uno depresivo o uno irritable en un breve lapso de tiempo.

Esta escala se compone a su vez de tres subescalas que evalúan tres aspectos importantes de la manía y que cubren respectivamente las facetas conductual, cognitiva y emocional. Estas tres subescalas son las siguientes: (a) Nivel de actividad (MAN-A), la cual evalúa la velocidad del discurso, el ánimo expansivo y el aumento de la actividad motora; (b) Grandiosidad (MAN-G), que hace referencia a cuál es la propia valoración que el adolescente hace sobre sus capacidades y habilidades y en qué grado está distorsionada; (c) e Irritabilidad (MAN-I), la cual evalúa la resistencia a la frustración, la impaciencia y el nivel de exigencia a los demás. En la tabla 3.15 se incluyen algunas pautas interpretativas para las puntuaciones altas en cada una de estas subescalas.

Tabla 3.15. Pautas interpretativas de las subescalas de Manía

Subescala	Descripción
Nivel de actividad (MAN-A)	Los adolescentes que puntúan alto en esta subescala probablemente muestren un nivel de actividad y energía que la mayoría de las personas calificarían como elevado. Puede que lleven a cabo numerosas actividades de forma desorganizada y que experimenten aceleración del pensamiento. Aunque esta escala no es un indicador específico del trastorno por déficit de atención (TDAH) puede que la sintomatología reflejada esté manifestando la hiperactividad asociada al mismo.
Grandiosidad (MAN-G)	El contenido de los pensamientos de estos adolescentes probablemente se caracterice por una autoestima exagerada, expansividad o grandiosidad. Estos pensamientos pueden lindar con el delirio si la persona cree poseer talentos especiales y únicos que le llevarán a la fama y a la fortuna.
Irritabilidad (MAN-I)	Estos adolescentes muestran una baja tolerancia a la frustración que puede tensar las relaciones con sus iguales y con las figuras de autoridad. Estos adolescentes son impacientes con quienes no siguen sus planes, peticiones o ideas poco realistas. En casos extremos, esta irritabilidad puede llevarles a acusar a los demás de pretender boicotear sus planes.

Un tema controvertido durante los últimos años ha sido el aumento del diagnóstico del trastorno bipolar en adolescentes. En este sentido, la escala Manía del PAI-A puede ser útil para diferenciar los síntomas típicos de un episodio maniaco de las fluctuaciones normales del estado de ánimo en el periodo adolescente, aportando una pauta de referencia con respecto a lo que es la norma en población adolescente y lo que resulta claramente infrecuente o llamativo en esta área.

En la tabla 3.16 se incluyen pautas orientativas para la interpretación de las puntuaciones T obtenidas en Manía.

Tabla 3.16. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en Manía

Puntuación T	Interpretación
≥ 72	Este rango de puntuaciones en Manía es poco frecuente incluso en muestras clínicas (se encuentra dentro del área extremadamente infrecuente incluso en muestras clínicas, esto es, está dos desviaciones típicas por encima de lo que es la media en muestras clínicas) y se asocian típicamente con trastornos tales como la manía, la hipomanía o la ciclotimia. Estas personas se caracterizan por involucrarse en más actividades de las que pueden afrontar y reaccionar con frustración e ira ante la idea de reducir los niveles de actividad. Son además personas impulsivas y tienen poca capacidad para demorar el refuerzo; su falta de juicio en tales situaciones probablemente los lleva a demostrar una incapacidad significativa en el centro escolar y en situaciones de conflictos en su casa. Estos adolescentes pueden experimentar fugas de ideas y delirios de grandeza. Seguramente, las interacciones con otras personas son problemáticas debido a la exagerada importancia que se dan a sí mismos, la hostilidad y el narcisismo que les impide empatizar adecuadamente en sus relaciones.
65 - 71	Puntuaciones T en este rango se asocian con intranquilidad, impaciencia, impulsividad y altos niveles de energía. Otras personas podrían describirlos como adolescentes antipáticos, malhumorados y temperamentales.
55 - 64	Puntuaciones T en este rango sugieren a un adolescente que se muestra activo, sociable, ambicioso y con confianza en sí mismo. Sin embargo, hacia la parte superior de este rango, también puede ser visto en cierto grado como impaciente, hostil y fácilmente irritable.
≤ 54	Las puntuaciones medias en MAN (inferiores a 55) reflejan un adolescente con pocas características de manía o hipomanía. Cabe señalar que los pacientes con síntomas depresivos no necesariamente obtendrán puntuaciones muy bajas en Manía ya que, si bien no suelen presentar ideas de grandeza ni muestran un nivel alto de actividad, sí pueden mostrarse irritables (uno de los componentes evaluados en esta escala de manía).

Paranoia (PAR)

Evalúa los síntomas y las características de la personalidad relacionados con la paranoia. El contenido de esta escala se centra, por tanto, en aspectos como la hipervigilancia y la búsqueda de posibles amenazas potenciales en su entorno, la tendencia al resentimiento y al rencor y la predisposición para detectar injusticias por parte de los otros. Debido a que los síntomas de la paranoia se presentan en diferentes cuadros psicopatológicos, el contenido de los ítems abarca desde los aspectos más caracterológicos o vinculados a la personalidad como la desconfianza y la suspicacia que aparecen, por ejemplo, en el trastorno de la personalidad paranoide, hasta los más concretos, como los delirios de persecución que aparecen, por ejemplo, en el trastorno delirante de tipo persecutorio. Los síntomas de la paranoia evaluados por la escala Paranoia del PAI-A pueden aparecer, por lo tanto, en diversos cuadros psicopatológicos como los mencionados anteriormente, así como en la esquizofrenia, la manía o, también, en determinadas condiciones médicas u orgánicas.

La escala se compone de tres subescalas que recogen los rasgos más importantes de la paranoia y que son útiles para diferenciar las características más caracterológicas o de personalidad de los elementos más sintomatológicos: (a) Hipervigilancia (PAR-H), que refleja la desconfianza, la susceptibilidad y el recelo o la prevención en las relaciones con los demás; (b) Persecución (PAR-P), cuyos ítems abordan las ideas delirantes relacionadas con la paranoia más grave; y (c) Resentimiento (PAR-R), que evalúa la presencia de sentimientos de rencor y envidia hacia los demás, así como la percepción de haber sido tratado injustamente por muchas personas de su entorno. El significado interpretativo de cada una de estas escalas puede verse en la tabla 3.17.

Tabla 3.17. Pautas interpretativas de las subescalas de Paranoia

Subescala	Descripción
Hipervigilancia (PAR-H)	Una persona con una alta puntuación en esta subescala tiende a estar alerta y prevenida en sus interacciones con otros, buscando señales de aviso de que otros estén intentando hacerle daño o desacreditarle de una manera encubierta o taimada. Probablemente cuestione y desconfíe de los motivos de quienes le rodean independientemente de la historia o naturaleza de la relación. Una puntuación alta en esta subescala refleja más un conjunto de características interpersonales que un indicador de ideas delirantes.
Persecución (PAR-P)	Un adolescente con una puntuación alta en esta subescala suele sentirse rápidamente tratado de forma poco equitativa y cree, con facilidad, que hay un esfuerzo coordinado por parte de los demás para dañar sus intereses.
Resentimiento (PAR-R)	Puntuaciones altas en esta subescala indican que la persona evaluada se siente insultada o menospreciada con facilidad y responde con rencor hacia la parte causante de la ofensa. Posee la tendencia a atribuir cualquier desgracia a la falta de atención de los demás y a desacreditar los éxitos de otros como resultado de la suerte o el favoritismo. Es probable que tienda a envidiar los logros y éxitos de los demás y que rechace ayudar a otros en la consecución de sus metas y objetivos.

En su conjunto, la puntuación en la escala Paranoia representa una medida directa de falta de confianza y de la hostilidad. En la tabla 3.18 se incluye una descripción de sus rangos interpretativos.

Tabla 3.18. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en Paranoia

Puntuación T	Interpretación
≥ 78	Este rango de puntuaciones en Paranoia es poco frecuente incluso en muestras clínicas (se encuentra dentro del área extremadamente infrecuente incluso en muestras clínicas, esto es, está dos desviaciones típicas por encima de lo que es la media en muestras clínicas) y la probabilidad de que la paranoia sea de tipo delirante aumenta. El adolescente se muestra amargado, está resentido por la manera en la que cree haber sido tratado por los demás y se anticipa a los supuestos intentos de aprovecharse de él o ella. Los celos y las acusaciones pueden ser una característica habitual en sus relaciones. Asimismo, en este rango de puntuaciones es frecuente que estén presentes ideas de referencia o delirios de persecución o de grandeza.
70 – 77	Los adolescentes con puntuaciones T iguales o superiores a 70 probablemente sean manifiestamente suspicaces y hostiles y tiendan a desconfiar de las figuras de autoridad y de sus relaciones cercanas, por lo que probablemente tengan pocos amigos íntimos.
60 – 69	Las puntuaciones T comprendidas entre 60 y 69 reflejan a un adolescente que es susceptible, intransigente y escéptico. Aquellos adolescentes que hayan obtenido puntuaciones en el extremo superior de este rango, es probable que se muestren bastante precavidos y cautelosos en sus relaciones interpersonales.
≤ 59	Puntuaciones medias en Paranoia (inferiores a 60) reflejan a un adolescente que indica ser abierto, comunicativo y que generalmente perdona a los demás.

Esquizofrenia (ESQ)

Esta escala ha sido diseñada para evaluar diferentes facetas de la esquizofrenia puesto que es uno de los trastornos más heterogéneos dentro de los trastornos clínicos. El contenido de los ítems incluye creencias y percepciones inusuales, una limitada competencia social y un desinterés por las relaciones sociales, además de ineficacia y alteraciones en la atención, la concentración y los procesos asociativos.

En este sentido, una división que ha recibido un considerable respaldo por parte de la investigación en los últimos años es la diferenciación entre síntomas positivos y negativos en la esquizofrenia. Los síntomas positivos implican características que no suelen estar presentes en las personas, como las alucinaciones, los delirios y los comportamientos extraños. Por su parte, los síntomas negativos se refieren a la ausencia de características que suelen estar presentes en las personas, como las relaciones sociales y la respuesta emocional (v.g., Andreasen, 1985). La importancia clínica de esta división puede comprobarse en una amplia variedad de circunstancias, por ejemplo, Angrist, Rotrosen y Gershon (1980) informaron de que los casos de personas con síntomas predominantemente negativos solían mostrar una baja respuesta a los neurolépticos y tenían un peor pronóstico. Yendo más allá, la sintomatología negativa suele manifestarse en la fase premórbida de la esquizofrenia, por lo que es más probable que se presenten estos síntomas en la adolescencia.

La alteración del pensamiento, o la desorganización en los procesos de pensamiento, representa una característica diagnóstica importante en la esquizofrenia que no se ajusta a la distinción de los síntomas positivos/negativos (Fenton y McGlashan, 1991) y que no es exclusiva de la esquizofrenia (Andreasen y Grove, 1986). Algunas características de la alteración del pensamiento se consideran síntomas positivos como, por ejemplo, el discurso paralelo, mientras que otras se consideran síntomas negativos, como las dificultades de pensamiento o los problemas de atención. Análisis factoriales confirmatorios han demostrado que las alteraciones de pensamiento no se agrupan adecuadamente en ninguna de las dos categorías (Lenzenweger, Dworkin y Wethington, 1989). Estos resultados sugieren que las alteraciones en el pensamiento podrían considerarse más adecuadamente como una tercera categoría, que es relativamente independiente de las anteriores y que es característica de la esquizofrenia en su manifestación más extrema, aunque también puede estar presente más levemente en otros trastornos como la depresión o el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

La escala Esquizofrenia evalúa todos estos aspectos de la esquizofrenia—los síntomas positivos, los negativos y la alteración del pensamiento— mediante los ítems de cada una de sus tres subescalas: (a) la subescala Experiencias psicóticas (ESQ-P), que se centra en los síntomas positivos de la esquizofrenia, como las alucinaciones y los delirios que son centrales en el trastorno tal y como se define en las diversas ediciones del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM); (b) la subescala Indiferencia social (ESQ-S), que evalúa los síntomas negativos más característicos de la esquizofrenia, como la falta de interés social y la ausencia de respuesta afectiva; y (c) la subescala Alteración del pensamiento (ESQ-A), que hace referencia a las experiencias de bloqueo del pensamiento, confusión, dificultades de atención y concentración. En la tabla 3.19 se pueden encontrar pautas interpretativas para las elevaciones en cada una de estas subescalas.

Tabla 3.19. Pautas interpretativas de las subescalas de Esquizofrenia

Subescala	Descripción
Experiencias psicóticas (ESQ-P)	Los adolescentes indican haber tenido la experiencia de percepciones sensoriales infrecuentes, pensamiento mágico e ideas inusuales que pueden incluir creencias delirantes.
Indiferencia social (ESQ-S)	El adolescente probablemente se encuentre aislado socialmente con pocas relaciones que puedan considerarse cercanas. Pueden tener dificultades para interpretar los signos normales que facilitan la comprensión de las relaciones interpersonales. El aislamiento social y el distanciamiento pueden servir para reducir la sensación de incomodidad que le supone el contacto interpersonal.
Alteración del pensamiento (ESQ-A)	Probablemente presente altos niveles de confusión y de problemas de concentración. Si la elevación en esta subescala no se acompaña de puntuaciones altas en la escala global (Esquizofrenia, ESQ), es probable que esta elevación pueda ser debida a otras causas potenciales tales como depresión severa o manía, trastorno por déficit de atención e hiperactividad, secuelas de daños cerebrales o de enfermedades, efectos de la medicación o consecuencias del abuso de drogas o alcohol.

Debido a que la escala Esquizofrenia fue diseñada para evaluar diversas facetas de la esquizofrenia, **las elevaciones en la escala pueden deberse a numerosas causas:** creencias y percepciones extrañas, escasa competencia social y anhedonia o ineficacia y alteraciones en la atención, en la concentración y en los procesos asociativos. Será importante el análisis del perfil de las subescalas clínica de Esquizofrenia, así como la consulta del historial y de otras fuentes de información sobre la persona evaluada, para la generación óptima de

hipótesis interpretativas relativa a las elevaciones en esta escala. En la tabla 3.20 se incluyen algunas pautas para su interpretación.

Tabla 3.20. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en Esquizofrenia

Puntuación T	Interpretación
≥ 81	Este rango de puntuaciones en Esquizofrenia es poco frecuente incluso en muestras clínicas (se encuentra dentro del área extremadamente infrecuente incluso en muestras clínicas, esto es, está dos desviaciones típicas por encima de lo que es la media en muestras clínicas) y estas puntuaciones se asocian típicamente con un episodio esquizofrénico activo. Son indicativas de que el adolescente está confuso, retraído y se muestra suspicaz. También de que tiende a mostrar un juicio limitado y poca claridad en su percepción de la realidad. Es probable, por tanto, la presencia de sintomatología psicótica positiva y las elevaciones específicas en otras escalas pueden ayudar a identificar la naturaleza precisa de tales síntomas. Por ejemplo, si se dan también puntuaciones elevadas en PAR, puede ser indicativo de la presencia de ideas delirantes persecutorias. A medida que aumenta el valor de la puntuación T es más probable que aparezcan delirios de transmisión, inserción, robo o control del pensamiento. Estas personas pueden necesitar una evaluación más extensa para su tratamiento farmacológico y psicológico.
70 - 80	Con puntuaciones T iguales o superiores a 70 la persona probablemente esté aislada y pueda sentirse incomprendida y rechazada por los demás. También es posible que presente problemas para concentrarse, para tomar decisiones y alteraciones del pensamiento. Las elevaciones específicas de las subescalas pueden revelar la presencia de percepciones inusuales o creencias que pueden ser de naturaleza psicótica.
60 - 69	La interpretación de elevaciones moderadas en esta escala (puntuaciones T comprendidas entre 60 y 69) depende de la subescala que se encuentre elevada. Si las puntuaciones elevadas se observan en la subescala Indiferencia social (ESQ-S), probablemente reflejen a un adolescente que se presenta retraído, distante y poco convencional; si la elevación se debe a la subescala Alteración del pensamiento (ESQ-A), puede que implique problemas cognitivos o de concentración relevantes que pueden estar vinculados a un trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).
≤ 59	En general, las puntuaciones medias en ESQ (inferiores a 60) reflejan a una persona eficaz en sus relaciones sociales y sin problemas de atención o concentración.

Rasgos límites (LIM)

La escala Rasgos límites evalúa diversos elementos y síntomas asociados a la presencia de un trastorno grave de la personalidad. Aunque todos los síntomas forman parte del trastorno de la personalidad límite, también son frecuentes en numerosos trastornos de otro tipo, sobre todo en otros trastornos de personalidad. El contenido de los ítems incluye los siguientes aspectos: (a) escaso control de las emociones y de la ira, (b) confusión

en relación con su identidad y con sus valores, (c) relaciones intensas con los demás que en ocasiones llegan a ser hostiles o agresivas e (d) impulsividad que a menudo desemboca en conductas autodestructivas. Dada la aparente complejidad factorial del cuadro límite, esta escala fue diseñada para estar configurada por cuatro subescalas que abordaran cada uno de los aspectos anteriormente mencionados, a diferencia de las tres subescalas que caracterizan el resto de escalas clínicas. Las subescalas son las siguientes: (a) Inestabilidad emocional (LIM-E), que evalúa la tendencia a experimentar estados de ánimo muy intensos, especialmente de ira, con un bajo control de estas emociones; (b) Alteración de la identidad (LIM-I), la cual indica la ausencia de una representación clara de sí mismo y un concepto poco integrado sobre su propia identidad y la de quienes le son significativos, así como dependencia de los demás y miedo al abandono; (c) Relaciones interpersonales problemáticas (LIM-P), que refleja la presencia de relaciones cercanas tormentosas y ambivalentes, en las que se ha sentido traicionado y explotado, con tendencia a involucrarse en relaciones intensas y caóticas; y (d) Autoagresiones (LIM-A), que señala la tendencia a llevar a cabo conductas impulsivas y autodestructivas. En la tabla 3.21 puede verse una breve descripción del significado y posibles pautas interpretativas de las puntuaciones elevadas en cada una de estas subescalas.

Tabla 3.21. Pautas interpretativas de las subescalas de Rasgos límites

Subescala	Descripción
Inestabilidad emocional (LIM-E)	Indica una gran propensión a mostrar una respuesta emocional negativa, alternando rápidamente entre varias emociones negativas con cambios emocionales rápidos y extremos en lugar de cambios de humor más cíclicos, como aparecen en los trastornos afectivos. Es probable que tenga accesos y explosiones de ira sobre los que experimentará poco control.
Alteración de la identidad (LIM-I)	El adolescente tiende a dudar sobre asuntos vitales importantes y tiene dificultades para darle un sentido a su vida, más allá de lo que es esperable a su edad. Si bien en la adolescencia es habitual una cierta incertidumbre con relación a su identidad —dado que se va ganando más independencia y autonomía— en este caso los aspectos evaluados mediante esta subescala se refieren a una identidad desdibujada o difusa en sus aspectos básicos y elementales, de forma relativamente independiente de la edad de la persona evaluada. La persona probablemente se describirá a sí misma como vacía, hastiada, insatisfecha y frustrada.
Relaciones interpersonales problemáticas (LIM-P)	El adolescente relata una historia de relaciones ambivalentes, intensas e inestables. Suele sentirse traicionado por las personas que antes habían sido más cercanas, incluyendo a familiares y amigos, mostrando resentimiento hacia esas personas y esas relaciones.
Autoagresiones (LIM-A)	Refleja la tendencia a actuar de forma impulsiva sin prestar mucha atención a las consecuencias de sus actos. Es probable que lleve a cabo comportamientos autodestructivos e imprudentes (p. ej., gasto de dinero sin control, autolesiones...) que tendrán consecuencias negativas. Estos comportamientos suelen interferir en su rendimiento escolar y en su funcionamiento social.

Probablemente la mejor manera de entender una puntuación alta en la escala Rasgos límites (LIM) sea como un reflejo de un nivel importante de inmadurez en la estructura y la organización de la personalidad. Por lo tanto, una puntuación baja será un indicador de una personalidad bastante sana, mientras que puntuaciones altas indican dificultades bastante primarias y fundamentales que subyacen a diversas variantes de los trastornos de

personalidad. En la tabla 3.22 se incluyen posibles hipótesis interpretativas para cada rango de puntuación T en la escala.

Tabla 3.22. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en Rasgos límites

Puntuación T	Interpretación
≥ 81	Este rango de puntuaciones en Rasgos límites es poco frecuente incluso en muestras clínicas (se encuentra dentro del área extremadamente infrecuente incluso en muestras clínicas, esto es, está dos desviaciones típicas por encima de lo que es la media en muestras clínicas) y suele asociarse a una dinámica de la personalidad de tipo límite. Estas puntuaciones representan a un adolescente en estado de crisis, estado a menudo vinculado con la existencia de dificultades en sus relaciones. Se suelen mostrar hostiles y se sienten enfadados y traicionados por las personas que les rodean. En cuanto a los síntomas, a menudo indican que están muy deprimidos y ansiosos como respuesta a sus circunstancias. Son impulsivos y actuarán de una forma que los demás perciben como autodestructiva. Estas conductas pueden incluir intentos suicidas, abuso de alcohol, drogas o explosiones de agresividad; deben examinarse con atención las puntuaciones en las escalas Ideaciones suicidas (SUI), Problemas con el alcohol (ALC), Problemas con las drogas (DRG) y Agresión (AGR) para identificar las potenciales áreas problemáticas.
70 - 80	Puntuaciones T iguales o mayores de 70 probablemente indiquen impulsividad y labilidad emocional. Tienden a sentirse incomprendidos por los demás (que suelen percibir a la persona evaluada como egocéntrica) y les resulta difícil mantener relaciones cercanas con sus iguales. Respecto a sus familiares o cuidadores, el adolescente tiende a mostrarse enfadado y suspicaz y, a la vez, ansioso y dependiente, haciendo que sus interacciones sean manifiestamente ambivalentes.
60 – 69	Puntuaciones T moderadas (comprendidas entre 60 y 69) probablemente reflejan a un adolescente que se presenta como malhumorado, sensible y con incertidumbres sobre sus metas vitales más allá de lo esperable por su edad. Conforme la puntuación T obtenida se acerque más a 70, es más probable que aparezca mayor ira e insatisfacción en sus relaciones interpersonales.
≤ 59	Las puntuaciones T medias (inferiores a 60) reflejan una persona que tiende a ser emocionalmente estable y con relaciones sólidas.

Rasgos antisociales (ANT)

La escala Rasgos antisociales ofrece una evaluación de las características de personalidad y los comportamientos relevantes de la personalidad antisocial y de la psicopatía. El contenido de los ítems evalúa, por una parte, rasgos de personalidad como egocentrismo, crueldad y explotación de sus relaciones en beneficio propio y, por otra, indicadores comportamentales caracterizados por conductas antisociales similares a las incluidas en la definición DSM de trastornos de conducta aplicados a los adolescentes. Los estudios más recientes apoyan la idea de que las características conductuales, aunque están relacionadas, son en gran medida independientes de los rasgos de personalidad, esto es, pueden darse las conductas antisociales en ausencia de rasgos de personalidad antisocial.

Por lo tanto, la escala se compone de tres subescalas que exploran sus diferentes facetas: (a) Conductas antisociales (ANT-A), que representa un constructo parecido a los problemas de conducta que el DSM describe para definir los trastornos de la conducta; (b) Egocentrismo (ANT-E), que contempla el egocentrismo patológico y el narcisismo, considerados el núcleo de este trastorno; y (c) Búsqueda de sensaciones (ANT-B), que refleja la tendencia a asumir riesgos y a buscar la novedad, así como una baja tolerancia al aburrimiento considerada habitualmente una de las marcas distintivas la psicopatía. Puede verse el significado interpretativo de la elevación en cada una de estas subescalas en la tabla 3.23.

Tabla 3.23. Pautas interpretativas de las subescalas de Rasgos antisociales

Subescala	Descripción
Conductas antisociales (ANT-A)	Estos adolescentes suelen tener un historial de conductas antisociales y es habitual que manifiesten algún trastorno de conducta desde el comienzo de la adolescencia. Estos adolescentes pueden haber estado implicados en actividades ilegales o criminales como robos, destrucción de la propiedad y agresiones físicas a terceros.
Egocentrismo (ANT-E)	Estos adolescentes tienden a ser percibidos como egocéntricos y con poca consideración hacia los demás. No les afecta la opinión que se tenga sobre ellos. En su deseo de satisfacer sus propios objetivos e impulsos pueden aprovecharse de los demás, incluso de aquellos que les son más cercanos. Sienten poco respeto por los bienes ajenos y muestran una escasa lealtad a sus conocidos. Aunque pueden mostrarse arrepentidos o culpables por transgresiones pasadas, es poco probable que tales sentimientos sean duraderos.
Búsqueda de sensaciones (ANT-B)	Puntuaciones altas en esta escala reflejan a un adolescente que muestra conductas imprudentes y potencialmente peligrosas para sí mismo y para quienes le rodean. Está siempre a la espera de novedades y estímulos y se aburre fácilmente con las rutinas y las costumbres.

La escala Rasgos antisociales (ANT) proporciona una evaluación de las características de personalidad y comportamentales relevantes a los constructos de personalidad antisocial y psicopatía. En la tabla 3.24 se incluyen algunas pautas orientativas para el diagnóstico.

Tabla 3.24. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en Rasgos antisociales

Puntuación T	Interpretación
≥ 75	Este rango de puntuaciones en Rasgos antisociales es poco frecuente incluso en muestras clínicas (se encuentra dentro del área extremadamente infrecuente incluso en muestras clínicas, esto es, está dos desviaciones típicas por encima de lo que es la media en muestras clínicas) y suele asociarse con características manifiestas de conducta antisocial. Probablemente la persona evaluada sea poco fiable e irresponsable y es bastante posible que haya tenido poco éxito en el ámbito social o escolar. Es probable que sean personas frías en sus relaciones y que utilicen sus interacciones sociales en su propio beneficio. Se muestran impulsivas y probablemente tengan un historial de conflictos con las figuras de autoridad.
65 - 74	Con puntuaciones T iguales o mayores a 65, la persona evaluada probablemente sea impulsiva y hostil, quizás con un historial de conductas problemáticas. Estos adolescentes pueden ser considerados por los demás como personas que abusan y explotan sus relaciones con otros, por lo que es probable que sus relaciones no se mantengan durante periodos largos de tiempo y raramente conserven amistades.
60 – 64	Puntuaciones T comprendidas entre 60 y 64 reflejan a un adolescente que puede considerarse impulsivo y con tendencia a correr riesgos más allá de lo que se estima habitual para un adolescente. Las puntuaciones en el extremo superior de este rango sugerirán que el adolescente sea egocéntrico, escéptico ante las intenciones de los demás y poco sentimental o empático en las relaciones interpersonales.
≤ 59	Puntuaciones T medias (inferiores a 60) son indicativas de un adolescente que mantiene relaciones razonablemente afectuosas y cercanas con los demás. También es probable que muestre un control razonable sobre sus impulsos y conductas.

Problemas con el alcohol (ALC)

Esta escala evalúa distintas **conductas y consecuencias relacionadas con el consumo, el abuso y la dependencia del alcohol**. Los ítems reflejan desde situaciones de total abstinencia hasta graves consecuencias, como la pérdida de control o una fuerte dependencia, pasando por ítems que reflejan un consumo frecuente.

Debido a que los ítems evalúan explícita y directamente el consumo, abuso y dependencia del alcohol, puede suceder que la persona evaluada niegue de forma destacada sus problemas en esta área, no apareciendo elevaciones en esta escala. En el caso de que se sospeche que la persona evaluada pueda estar negando la presencia de problemas con el alcohol, puede ser conveniente analizar otras escalas del perfil del PAI-A. Así, si la baja puntuación en Problemas con el alcohol (ALC) aparece acompañada de elevaciones en Impresión positiva (IMP) y en alguna de las otras escalas frecuentemente vinculadas a consumo de alcohol como Rasgos límites (LIM), Conducta antisocial (ANT) o Agresión (AGR), puede ser conveniente indagar más en profundidad en el consumo de alcohol para ver si pudiera existir algún problema. En estos casos puede ser recomendable realizar posteriormente algunas preguntas a la persona evaluada que indaguen sobre este hecho, así como explorar fuentes de información alternativas (p. ej., otros informadores colaterales).

En la tabla 3.25 se incluyen algunas pautas orientativas para interpretar las puntuaciones en Problemas con el Alcohol.

Tabla 3.25. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en Problemas con el alcohol

Puntuación T	Interpretación
≥ 79	Las puntuaciones T iguales o superiores a 79 son propias de un consumo de alcohol asociado a consecuencias adversas graves. Estos adolescentes probablemente sean incapaces o reacios a abandonar el consumo. Pueden sentirse culpables por beber, pero reflejan poca habilidad para controlar el efecto que esta conducta tiene en sus vidas. Es probable que estén presentes diversos problemas relacionados con el alcohol, incluyendo dificultades en sus relaciones interpersonales y en su desempeño escolar, así como haber experimentado importantes consecuencias físicas (p. ej., pérdida de consciencia o intoxicación), que hacen necesaria la atención del profesional hacia este aspecto.
70 - 78	Puntuaciones T iguales o superiores a 70 reflejan un consumo de alcohol que probablemente esté causando problemas relevantes en sus relaciones interpersonales y en su desempeño escolar y que requiere la atención del profesional.
60 – 69	Puntuaciones T comprendidas entre 60 y 69 indican que el adolescente puede tener un cierto consumo de alcohol y puede haber experimentado algunas consecuencias negativas a causa de este consumo. A medida que la puntuación aumenta en este rango, crece la posibilidad de que existan problemas relacionados con el alcohol. En el caso de los adolescentes más jóvenes, con edades comprendidas entre los 12 y los 13 años, este consumo debe llamar la atención por su infrecuencia (solo un 2% y un 3%, respectivamente, de los adolescentes de la población general con esta edad obtienen puntuaciones T iguales o superiores a 60) y es recomendable que sea tenido muy en cuenta por el profesional. En el caso de los adolescentes más mayores, con edades comprendidas entre los 17 y los 18 años, pueden ser relativamente frecuentes y habituales puntuaciones T en el rango de 60 a 65, dado que hasta un 30% de los adolescentes de la población general de estas edades obtiene estas puntuaciones. Por lo tanto, en adolescentes de 17 y 18 años, elevaciones comprendidas entre 60 y 65 en puntuaciones T resultan relativamente menos informativas y llamativas. En estas edades, puntuaciones T por encima de 65 resultarán indicativas de un cierto consumo de alcohol y algunas consecuencias negativas asociadas a este consumo.
≤ 59	Las puntuaciones T medias (inferiores a 60) reflejan a un adolescente que indica poco o ningún consumo de alcohol, sin que, por lo tanto, haya experimentado problemas asociados a dicho consumo.

Problemas con las drogas (DRG)

Esta escala evalúa distintas **conductas y consecuencias relacionadas con el consumo, el abuso y la dependencia de drogas**. El contenido de los ítems va desde afirmaciones de total abstinencia hasta la presencia de consecuencias graves debidas al abuso de drogas, pasando por cuestiones relativas a un consumo frecuente.

Debido a que está compuesta por preguntas directas sobre el consumo de sustancias (tanto legales como ilegales) puede ocurrir que la persona evaluada adopte una postura de negación de los problemas en esta

área y no aparezcan, por tanto, elevaciones en la escala. Al igual que en la escala anterior, si se sospecha que se está negando el consumo de drogas, la puntuación directa de la escala Problemas con las drogas aparecerá muy baja, junto con elevaciones en Impresión positiva y también en Rasgos límites, Rasgos antisociales o Agresión. No obstante, ha de remarcarse que siempre resulta más fiable obtener información del consumo de sustancias de forma más directa a partir de la propia persona evaluada o de otros informantes, que mediante estas aproximaciones indirectas a partir de las puntuaciones en otras escalas.

En la tabla 3.26 se incluyen algunas pautas orientativas para interpretar las puntuaciones en Problemas con las drogas.

Tabla 3.26. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en Problemas con las drogas

Puntuación T	Interpretación
≥ 89	Las puntuaciones T iguales o superiores a 89 son propias de un consumo de drogas asociado a consecuencias adversas graves. Es probable que estos adolescentes sean incapaces o se muestren reacios a abandonar el consumo, mostrando poca habilidad para controlar el efecto que su deseo de consumo tiene en sus vidas. Es probable que cuenten con un historial de fracasos sociales y escolares asociados con el consumo de drogas. Posiblemente estos adolescentes hayan tenido problemas con la autoridad relacionados con el consumo que pueden haber desembocado en una expulsión del centro educativo o en otro tipo de sanciones legales o escolares. En función del tipo de droga de abuso primario pueden aparecer síntomas fisiológicos de dependencia y abstinencia.
70 - 88	Puntuaciones T iguales o superiores a 70 reflejan un consumo de drogas que probablemente esté causando problemas relevantes en sus relaciones interpersonales y en su desempeño escolar y que ha de recibir atención del profesional.
60 – 69	Puntuaciones T comprendidas entre 60 y 69 indican que el adolescente puede tener un cierto consumo de drogas y puede haber experimentado algunas consecuencias negativas a causa de este consumo. A medida de la puntuación aumenta en este rango crece la posibilidad de que existan problemas relacionados con las drogas. En el caso de los adolescentes más jóvenes, con edades comprendidas entre los 12 y los 13 años, este consumo debe llamar la atención por su infrecuencia (solo un 6% y un 5%, respectivamente, de los adolescentes de la población general de estas edades obtienen puntuaciones T iguales o superiores a 60) y es conveniente que sea abordado por el profesional. En el caso de los adolescentes más mayores, con edades comprendidas entre los 17 y los 18 años, pueden ser relativamente frecuentes y habituales puntuaciones T en el rango de 60 a 65, dado que hasta un 27% de los adolescentes de la población general de estas edades obtienen estas puntuaciones. Esto hace que en los adolescentes de 17 y 18 años resulten menor informativas y llamativas las elevaciones de puntuaciones T entre 60 y 65 en esta escala. En estas edades, puntuaciones T por encima de 65 resultarán indicativas de un cierto consumo de drogas y algunas consecuencias negativas asociadas a este consumo.
≤ 59	Las puntuaciones T medias (inferiores a 60) reflejan a un adolescente que indica poco o ningún consumo de drogas, sin que, por lo tanto, haya experimentado problemas asociados al consumo de drogas.

3.5 Escalas relacionadas con el tratamiento

Agresión (AGR)

La escala Agresión evalúa conductas y actitudes relacionadas con la agresividad, la ira y la hostilidad. Como escala relacionada con el tratamiento, no tiene correspondencia directa con ninguna categoría diagnóstica en concreto, sino que más bien indaga sobre emociones y conductas que pueden aparecer en distintos trastornos y problemas clínicos. En este sentido, la escala fue diseñada para evaluar los tres componentes de la agresión y su expresión, tal y como los identificaron Riley y Treiber (1989). El contenido de los ítems abarca un rango que va desde indicadores de asertividad hasta conductas agresivas y violentas pasando por problemas de control de la ira. Esta escala se compone de tres subescalas: (a) Actitud agresiva (AGR-A), que evalúa la presencia de actitudes que predisponen al comportamiento agresivo, tales como la tendencia a experimentar ira y el convencimiento de la utilidad de las agresiones; (b) Agresiones verbales (AGR-V), que se centra en la predisposición a mostrar la ira verbalmente mediante gritos o insultos; y (c) Agresiones físicas (AGR-F), que evalúa tanto el historial de agresiones como la actitud presente hacia la violencia física. Puede verse el significado interpretativo de las puntuaciones elevadas en cada una de las subescalas en la tabla 3.27.

Tabla 3.27. Pautas interpretativas de las subescalas de Agresión

Subescala	Descripción
Actitud agresiva (AGR-A)	El adolescente se enfada fácilmente y con frecuencia se siente frustrado. Suele mostrarse hostil y es fácil de provocar.
Agresiones verbales (AGR-V)	El adolescente no se siente intimidado por la confrontación y tiende a ser verbalmente agresivo (p. ej., critica, insulta o amenaza verbalmente) a la más mínima provocación. Estas personas expresan verbalmente la ira en el momento en el que la sienten.
Agresiones físicas (AGR-F)	El adolescente es propenso a expresar físicamente su ira, quizás rompiendo objetos o con confrontaciones físicas y amenazas. Algunas de estas manifestaciones pueden ser repentinas e inesperadas, ya que quizás no exprese su ira de forma directa cuando la siente, particularmente si la puntuación en Agresiones verbales (AGR-V) está por debajo de la media. Probablemente su entorno se sienta intimidado por su temperamento y su potencial de violencia física.

En la tabla 3.28 se incluyen algunas pautas orientativas para interpretar las puntuaciones en Agresión.

Tabla 3.28. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en Agresión

Puntuación T	Interpretación
≥ 79	Este rango de puntuaciones se asocia con un nivel considerable de ira y una conducta potencialmente agresiva. Son personas que con facilidad se sienten provocadas o atacadas y que suelen explotar cuando se sienten frustradas. Las personas que le rodean probablemente teman sus reacciones, hecho que hará que se resientan sus relaciones más cercanas. Probablemente tengan un historial de episodios en los cuales la ira ha cegado su juicio, acarreándoles problemas legales o escolares. Es previsible que los comportamientos agresivos tengan un papel predominante en los problemas que presenta la persona evaluada y de cara al tratamiento o a la intervención debe prestarse una cuidadosa atención a este aspecto, ya que representa una eventual complicación para el buen desarrollo de este.
70 – 78	Los adolescentes que obtienen puntuaciones T iguales o superiores a 70 probablemente estén furiosos gran parte del tiempo y expresen sin control su ira y su hostilidad. Será conveniente indagar en el perfil de las subescalas de Agresión para valorar de qué forma expresa la ira (actitudinal, verbal o físicamente).
60 – 69	Puntuaciones T comprendidas entre 60 y 69 indican que el adolescente se muestra impaciente, irritable y con mucho genio. Hacia el extremo superior de este rango puede ser más iracundo y sentirse provocado fácilmente.
40 - 59	Las puntuaciones T medias (inferiores a 60) reflejan un control razonable sobre la expresión de la ira y la hostilidad.
≤ 39	Puntuaciones T inferiores a 40 pueden reflejar a un adolescente muy tímido y poco asertivo, con dificultades para defender sus derechos.

Ideaciones suicidas (SUI)

La escala Ideaciones suicidas evalúa la **presencia de pensamientos e ideas relacionadas con la muerte y el suicidio. El contenido de los ítems va desde pensamientos generales y vagos sobre la muerte y el suicidio hasta planes concretos y claros de actos autolíticos.**

Las preguntas sobre ideación suicida que se incluyen en esta escala son directas y normalmente una evaluación con sus ítems resulta eficaz para descubrir intenciones autolíticas. Este planteamiento se basa en las evidencias de que la mayoría de las personas que llevan a cabo un suicidio muestran claramente sus intenciones, como afirmaron clásicamente Shneidman, Farberow y Litman (1970) o como se cita en la guía sobre la prevención del suicidio para personas con ideación suicida y familiares (Servicio Andaluz de Salud, 2010). No obstante, en el caso de que el adolescente tenga la intención de ocultar su intención suicida puede suprimir sus puntuaciones en la escala. Si las puntuaciones en la escala Ideaciones suicidas (SUI) son muy bajas, pero existen puntuaciones altas en Depresión (DEP), Ansiedad (ANS), Falta de apoyo social (FAS) y Estrés (EST), resultará conveniente hacer una evaluación específica sobre sus intenciones suicidas.

Se debe tener en cuenta que esta escala es una medida de la ideación suicida, un indicador importante del riesgo de suicidio. La ideación suicida es un factor de riesgo y un posible precursor y diversos estudios han encontrado que es uno de los mayores correlatos del riesgo de suicidio (Reynolds, 1988; Schotte y Clum, 1982). No obstante, **no es indicador infalible debido a que en la población clínica muchas de las personas que piensan en el suicidio no intentarán llevarlo a cabo. Por ello, cuando aparezca una puntuación elevada en la escala Ideaciones suicidas debería continuarse con una evaluación pormenorizada de otros factores de riesgo de suicidio para una completa perspectiva de este aspecto.**

En la tabla 3.29 se incluyen algunas pautas orientativas para interpretar las puntuaciones en Ideaciones suicidas.

Tabla 3.29. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en Ideaciones suicidas

Puntuación T	Interpretación
≥ 90	Este rango de puntuaciones en Ideaciones suicidas es poco frecuente incluso en muestras clínicas (se encuentra dentro del área extremadamente infrecuente incluso en muestras clínicas, esto es, está dos desviaciones típicas por encima de lo que es la media en muestras clínicas). Se consideran puntuaciones notablemente elevadas y a menudo se asocian con planes inminentes de autolisis. La posibilidad de suicidio se debe evaluar de forma inmediata y las intervenciones adecuadas se deben implementar sin demora. Los adolescentes con estas puntuaciones tienen pocas esperanzas puestas en su futuro, están desesperados, se sienten inútiles e incapaces de ayudarse a sí mismos. Puede que se sientan rechazados por quienes les rodean y, a menudo, están resentidos por la manera en la que han sido tratados por otros.
70 - 89	Los adolescentes con puntuaciones T iguales o superiores a 70 revelan niveles significativos de ideaciones suicidas. Suelen ser ansiosos y depresivos y sienten que las personas que les rodean no les apoyan. Pueden aparecer puntuaciones en este rango como una «llamada de auxilio o socorro» por parte de la persona evaluada y es importante que estas peticiones de ayuda reciban atención. Cuando se obtienen puntuaciones T iguales o superiores a 70 se recomienda una evaluación cuidadosa de las intenciones del adolescente, de sus circunstancias vitales y de sus sistemas de apoyo disponibles.
60 – 69	Puntuaciones T comprendidas entre 60 y 69 sugieren la presencia periódica, aunque pasajera y transitoria, de ideas sobre la muerte y el suicidio. También suelen indicar infelicidad y pesimismo sobre su futuro. Aunque estas puntuaciones pueden ser relativamente frecuentes en ciertos contextos clínicos, es conveniente realizar una evaluación posterior o de seguimiento de este aspecto.
≤ 59	Las puntuaciones medias en SUI (puntuaciones T inferiores a 60) reflejan un adolescente que tiene pocos pensamientos sobre la muerte o el suicidio. No obstante, si son altas sus puntuaciones en las escalas Depresión, Ansiedad, Falta de apoyo social y Estrés es recomendable realizar una evaluación específica sobre posibles intenciones suicidas.

Estrés (EST)

La escala Estrés ofrece una **evaluación sobre los estresores vitales que el adolescente experimenta en la actualidad o que ha experimentado recientemente.** El contenido de los ítems incluye problemas en las relaciones familiares, dificultades escolares o cambios importantes que han ocurrido recientemente o que van a ocurrir en su vida. Esta es una escala global que evalúa tanto estresores crónicos de menor intensidad como crisis vitales agudas menos frecuentes.

Esta escala **evalúa la previsibilidad, organización y estructura del entorno del adolescente, pudiendo reflejar desde un contexto bastante predecible y estable (puntuaciones bajas en la escala) hasta un ambiente extremadamente cambiante y muy estresante (puntuaciones altas en la escala).** Generalmente, las dos mayores fuentes de estrés evaluadas por esta escala son las relativas al hogar y al centro escolar.

Debe recordarse que tanto esta escala como Falta de apoyo social (FAS) reflejan las percepciones que el adolescente tiene de su contexto, más que una evaluación objetiva del propio entorno y, en consecuencia, estas evaluaciones pasan por el filtro de las diferencias individuales.

En la tabla 3.30 se incluyen algunas pautas orientativas para interpretar las puntuaciones en Estrés.

Tabla 3.30. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en Estrés

Puntuación T	Interpretación
≥ 81	Este rango de puntuaciones en Estrés es poco frecuente incluso en muestras clínicas (se encuentra dentro del área extremadamente infrecuente incluso en muestras clínicas, esto es, está dos desviaciones típicas por encima de lo que es la media en muestras clínicas). Se consideran puntuaciones notablemente elevadas y que indican que el adolescente se encuentra en crisis y muestra problemas en casi todas las áreas principales de su vida. Se siente incapaz de controlar los acontecimientos indeseables que le ocurren. Se percibe a sí mismo como ineficaz, dependiente y a merced de otros, una situación que puede conllevar cierta amargura y resentimiento. Estos niveles de estrés le hacen vulnerable a diversos trastornos clínicos, por lo que se deben examinar las puntuaciones en las escalas clínicas para determinar la naturaleza precisa de las reacciones a situaciones de estrés de esta magnitud.
70 - 80	Cuando las puntuaciones T son iguales o superiores a 70 el adolescente está experimentando factores estresantes que probablemente estén teniendo un impacto significativo en su vida. Una revisión de su situación actual escolar, familiar y de sus relaciones cercanas probablemente revelará circunstancias que son fuente de preocupación, rumiación e infelicidad. Son adolescentes con riesgo de desarrollar trastornos reactivos o adaptativos, por lo que se deben examinar sus puntuaciones en las escalas clínicas para determinar la gravedad y naturaleza de la sintomatología.
60 – 69	Las puntuaciones T comprendidas entre 60 y 69 indican que el adolescente puede estar viviendo un nivel moderado de estrés como resultado de dificultades en algún área vital.
≤ 59	Puntuaciones medias (puntuaciones T inferiores a 60) indican que el adolescente tiene una vida razonablemente estable, predecible y sin incidentes destacados (de acuerdo con su propia percepción y a las respuestas informadas en la prueba).

Falta de apoyo social (FAS)

La escala Falta de apoyo social ofrece una **evaluación del apoyo social percibido, sondeando tanto la disponibilidad como la calidad de las relaciones sociales del adolescente.** El contenido de los ítems explora el nivel y la naturaleza de las interacciones con conocidos, amigos y familiares. Las puntuaciones bajas reflejan una alta percepción de apoyo social, mientras que las elevaciones en la escala indican una percepción de falta de apoyo del entorno social.

Esta escala refleja la percepción del adolescente sobre la disponibilidad y la calidad de fuentes de apoyo en su entorno que puedan ser de ayuda en el manejo de los «estresores» y de los problemas y dificultades que pueda tener.

En la tabla 3.31 se incluyen algunas pautas orientativas para interpretar las puntuaciones en Falta de apoyo social.

Tabla 3.31. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en Falta de apoyo social

Puntuación T	Interpretación
≥ 79	Este rango de puntuaciones en Falta de apoyo social es poco frecuente incluso en muestras clínicas (se encuentra dentro del área extremadamente infrecuente incluso en muestras clínicas, esto es, está dos desviaciones típicas por encima de lo que es la media en muestras clínicas). Puntuaciones T iguales o superiores a 79 son obtenidas por adolescentes que perciben que tienen poco o ningún apoyo social que les ayude en los acontecimientos significativos de su vida. Tienden a ser personas altamente críticas con ellas mismas y con los demás, a los que no perciben como fuentes de apoyo y por los que se sienten rechazadas. Tienen pocos recursos emocionales para poder manejar situaciones difíciles y son particularmente propensas a reacciones graves de estrés.
70 - 78	Puntuaciones iguales o superiores a 70 reflejan una baja percepción de apoyo social, con relaciones familiares que pueden ser distantes o conflictivas y amistades que son percibidas generalmente como inaccesibles o que no proporcionan ayuda cuando se las necesita.
60 – 69	Las puntuaciones T comprendidas entre 60 y 69 indican que es posible que el adolescente disponga de pocos amigos íntimos o se sienta insatisfecho con dichas relaciones.
≤ 59	Puntuaciones medias (puntuaciones T inferiores a 60) reflejan a un adolescente que indica que cuenta con personas en las que se puede apoyar, generalmente de la familia o amigos.

Rechazo al tratamiento (RTR)

La escala Rechazo al tratamiento **evalúa cuál es la actitud del adolescente hacia la necesidad de llevar a cabo cambios personales de naturaleza psicológica o emocional.** Los ítems evalúan la falta de voluntad para participar de forma activa en el tratamiento o intervención, el rechazo a reconocer problemas y la ausencia de motivación para aceptar la propia responsabilidad respecto a sus problemas. Estos ítems fueron redactados de forma que fueran generalizables a distintos tipos de intervenciones o tratamientos (p. ej., «Necesito que

me ayuden para poder afrontar algunos problemas importantes» o «Necesito introducir algunos cambios importantes en mi vida»). **Las puntuaciones bajas reflejan una gran motivación hacia el tratamiento, mientras que las altas indican poca motivación hacia el tratamiento.**

Puntuaciones T cercanas a 50 en Rechazo al tratamiento pueden ser indicativas de poca motivación para el tratamiento cuando se esté evaluando a una persona en un contexto clínico. Esta puntuación T de 50 es, de hecho, una puntuación relativamente alta para una persona de la población clínica[4]; las muestras clínicas suelen mostrar un nivel de rechazo al tratamiento menor.

En este sentido, la información contextual proporcionada por el resto de las puntuaciones del perfil resulta crítica en la valoración de la puntuación de Rechazo al tratamiento. Así, por ejemplo, una puntuación T de 50 en Rechazo al tratamiento puede ser interpretada de forma diferente según cuál sea la puntuación en las escalas clínicas. Si ninguna de las escalas clínicas aparece elevada, una puntuación T de 50 en Rechazo al tratamiento será normal y no implicará nada reseñable ya que la persona no está mostrando dificultades clínicas y, por lo tanto, no requiere un tratamiento o intervención. Por el contrario, si en el perfil aparecen una o varias escalas clínicas con elevaciones destacadas (T > 70), esta misma puntuación T de 50 en Rechazo al tratamiento puede indicar una significativa falta de interés en la intervención y puede ser reseñable y a tener en cuenta en el trabajo con la persona evaluada, ya que muestra problemas clínicos que a priori motivarían una mayor predisposición hacia la intervención.

En la tabla 3.32 se incluyen algunas pautas orientativas para interpretar las puntuaciones en Rechazo al tratamiento.

4. La puntuación T media en muestras clínicas en Rechazo al tratamiento es de 44.

Tabla 3.32. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en Rechazo al tratamiento

Puntuación T	Interpretación
≥ 60	Este nivel de puntuaciones refleja a un adolescente que admite pocas dificultades o problemas en sí mismo y que no desea cambiar su situación. Probablemente no busque terapia por iniciativa propia y es posible que se resista a someterse a cualquier intervención o tratamiento. Es esperable que discrepe sobre el valor de la intervención o tratamiento y que tome poco o ningún partido en cualquier intento de cambio. Las puntuaciones en este rango aparecen frecuentemente asociadas a un esfuerzo explícito del adolescente por causar una impresión favorable de sí mismo.
50 - 59	Puntuaciones T entre 50 y 59 generalmente muestran a un adolescente satisfecho consigo mismo y que considera que no necesita realizar grandes cambios en su forma de ser o en su comportamiento. Las puntuaciones comprendidas en la zona alta de este rango probablemente indiquen una escasa motivación para empezar cualquier tipo de tratamiento o intervención o, en caso de comenzarla, un riesgo elevado de finalización prematura. Será muy importante tener en cuenta el contexto del caso (si existen problemas clínicos relevantes que justifiquen una intervención o no) para realizar una interpretación adecuada de esta puntuación.
42 - 49	Las puntuaciones T entre 42 y 49 reflejan a un adolescente que reconoce la necesidad de efectuar algunos cambios, que tiene una actitud positiva hacia la posibilidad de iniciar un cambio personal y que acepta la importancia de su propia responsabilidad en el proceso de cambio. Puntuaciones en el extremo superior de este rango son algo más altas de lo esperado en aquellos adolescentes que presenten problemas relevantes y pueden indicar un leve rechazo al tratamiento o intervención.
30 - 41	Puntuaciones T bajas, inferiores a 42, indican que la persona reconoce grandes dificultades en su día a día y que percibe una clara necesidad de ayuda para tratar estos problemas.
≤ 29	Puntuaciones T inferiores a 30 pueden representar un nivel de malestar desbordante y unas expectativas tan altas respecto al tratamiento que puede llevar a un escaso seguimiento de la terapia a pesar de la aparente motivación. Puede presentar expectativas poco realistas sobre un alivio inmediato de su sufrimiento o sobre una mejora drástica de su situación al comenzar el tratamiento o intervención.

3.6. Escalas de relaciones interpersonales

Las escalas de relaciones interpersonales del PAI-A fueron diseñadas para evaluar el estilo interpersonal de los adolescentes mediante dos dimensiones: un primer eje de dominación y control frente a humildad y sumisión (Dominancia, DOM) y un segundo eje de afiliación afable frente a rechazo y frialdad en la relación (Afabilidad, AFA). Estos ejes son útiles para conceptualizar muchos trastornos psicológicos. A diferencia de la mayoría de las escalas del PAI-A estos constructos están conceptualizados como dimensiones bipolares

más que como categorías unipolares, por lo que puntuaciones en cualquiera de los extremos pueden estar presentes en personas con distintos tipos de trastornos y problemas.

Dominancia (DOM)

La escala Dominancia ofrece una evaluación del **grado en el que un adolescente es controlador, autónomo o sumiso en sus relaciones interpersonales, resultando en una escala bipolar cuyo dos polos son precisamente en el lado alto la dominancia y en el bajo la sumisión.** El contenido de los ítems se relaciona con la independencia, la asertividad, la franqueza y la comunicación directa, el liderazgo y la capacidad de gestionar las relaciones. La escala es bipolar, por lo que es posible interpretar tanto puntuaciones altas como bajas. En la tabla 3.33 se incluyen algunas pautas orientativas para interpretar sus puntuaciones.

Tabla 3.33. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en Dominancia

Puntuación T	Interpretación
≥ 65	Los adolescentes con puntuaciones T marcadamente elevadas (iguales o superiores a 65) manifiestan su necesidad de control de una forma muy notable. Generalmente son dominantes y poseen poca tolerancia con quien no comparte sus planes y deseos. Pueden tratar de parecer competentes y resueltos, pero probablemente los demás los perciban como vanidosos y déspotas.
55 – 64	Las puntuaciones moderadamente elevadas (puntuaciones T comprendidas entre 55 y 64) reflejan a un adolescente autosuficiente, seguro y con un carácter firme. Aunque no son necesariamente hostiles, pueden ser descritos como seguros de sí mismos y un poco controladores. A menudo prefieren interactuar con otros en situaciones en las que puedan mantener el control de la situación; no obstante, se encuentran cómodos en situaciones sociales.
45 – 54	Puntuaciones en el rango medio reflejan a un adolescente que probablemente se adapte de forma razonable a distintas situaciones interpersonales, siendo capaz de asumir y ceder el control de las relaciones según sea necesario, sin destacar por exceso o por defecto en su dominancia.
35 – 44	Los adolescentes con puntuaciones moderadamente bajas (de 35 a 44) tienden a ser bastante modestos y tímidos, a cohibirse en las relaciones sociales y a carecer de habilidades para imponerse cuando es necesario; asimismo, es probable que se sientan incómodos cuando son el centro de atención.
≤ 34	Las puntuaciones T muy bajas (inferiores a 35) reflejan a un adolescente con poca confianza en sus interacciones sociales. Probablemente tenga dificultades para satisfacer sus necesidades en las relaciones con los demás, subordinando sus propias necesidades a las de otros. Esta dificultad puede favorecer un trato abusivo por parte de otros o la implicación en situaciones problemáticas en la búsqueda de aceptación por parte de los demás.

Afabilidad (AFA)

La escala Afabilidad es una medida del **grado en el que un adolescente es cordial, empático y se interesa por sus relaciones.** El contenido de los ítems tiene que ver con la sociabilidad, la solidaridad, el afecto y la paciencia en las relaciones con otras personas. La escala es bipolar, por lo que pueden interpretarse tanto las puntuaciones bajas como las altas. En la tabla 3.34 se incluyen algunas pautas orientativas para interpretar sus puntuaciones.

Tabla 3.34. Pautas de interpretación de las puntuaciones T en Afabilidad

Puntuación T	Interpretación
≥ 65	Las puntuaciones T iguales o superiores a 65 reflejan un estilo interpersonal caracterizado por una notable necesidad de aceptación y aprobación por parte de los demás, lo que puede derivar en una acusada dependencia, especialmente cuando la puntuación en la escala Dominancia se sitúe por debajo de la media. Los demás pueden verlos excesivamente confiados y como una fuente de apoyo en su propio beneficio.
55 – 64	Los adolescentes con puntuaciones moderadamente altas (puntuaciones T entre 55 y 64) reflejan a una persona cálida, empática y que apoya a quienes la rodean. Normalmente buscan la aprobación de los demás y les es difícil aceptar las críticas incluso cuando son justificadas. Estos adolescentes son confiados por naturaleza y perdonan a los demás con facilidad, lo que puede ponerlos en riesgo de que se aprovechen de ellos.
45 – 54	Las puntuaciones en el rango medio reflejan a un adolescente que no destaca en su afabilidad y cercanía hacia los demás, ni por exceso ni por defecto. Se adapta razonablemente a distintas situaciones interpersonales al ser capaz de tolerar relaciones estrechas y cercanas, pero también de mantener cierta distancia en las relaciones si es necesario.
35 – 44	Las puntuaciones moderadamente bajas (puntuaciones T entre 35 y 44) muestran a un adolescente con tendencia a mantener las distancias en las relaciones personales. Es probable que no considere valiosas las relaciones cercanas o estrechas y de larga duración. Estas personas perciben la mayoría de sus relaciones sociales sin mucho entusiasmo. Los demás pueden considerar que no tienen empatía y que son inflexibles; no obstante, estos adolescentes suelen preocuparse menos por la opinión de los demás de lo que es habitual en la adolescencia.
≤ 34	Puntuaciones T muy bajas (inferiores a 35) reflejan a un adolescente con poco interés por las interacciones sociales. Son aparentemente fríos e insensibles y probablemente sean percibidos por sus iguales como una persona sin interés por las relaciones personales y pocos le consideren como algo más que un simple conocido.

3.7 Ítems críticos

Un último paso en la interpretación de la información proporcionada por el PAI-A consiste en el examen de las respuestas dadas a los ítems de la prueba. Debido al proceso de creación del PAI-A, existen ítems cuyas respuestas son directamente interpretables en relación con la variable evaluada y cuyo análisis puede ayudar a clarificar el significado de la elevación en la escala o subescala correspondiente. El sistema de corrección indica automáticamente en el perfil de puntuaciones si la persona evaluada ha respondido con alguna de las alternativas que caracterizan a los ítems críticos (respuestas de «Bastante verdadero» o «Completamente verdadero»), apareciendo los ítems y dichas respuestas en la tercera página del perfil.

El PAI-A cuenta con diecisiete ítems críticos distribuidos en siete áreas de contenido, tal y como puede verse en la tabla 3.35. Estos ítems fueron seleccionados en función de dos criterios: su relevancia teórica como indicadores de posibles crisis y su infrecuencia en la muestra de población general.

Una respuesta afirmativa a cualquiera de estos ítems debería ser revisada cuidadosamente y evaluada en mayor profundidad, ya que estos ítems sugieren la existencia de comportamientos o problemas psicológicos que requieren una atención inmediata. Una posible forma útil de profundizar en el significado de estas respuestas puede ser comentar con el adolescente las respuestas afirmativas dadas a cada uno de estos ítems para conocer su razonamiento al seleccionar su respuesta y así clarificar la extensión y naturaleza de los síntomas en cada una de estas áreas. Esta aclaración puede realizarse rápidamente debido al número limitado de ítems críticos y a su infrecuencia, permitiendo afinar la interpretación del perfil en un breve lapso de tiempo.

La interpretación de los ítems críticos es directa, aunque las implicaciones de las respuestas difieren en función de las áreas de contenido. Así, aquellos ítems pertenecientes a las áreas de *Potencial agresivo*, *Potencial de autolesión* y *Alteraciones del pensamiento y de la percepción* pueden requerir acciones inmediatas para intervenir en una situación crítica. Otras áreas de contenido, como *Abuso de sustancias* y *Estresores traumáticos*, pueden requerir una evaluación más extensa a fin de conocer con claridad las situaciones problemáticas que de otro modo podrían pasar desapercibidas. Por otra parte, aquellos adolescentes que responden afirmativamente a los ítems de *Falta de responsabilidad* posiblemente tengan un menor grado de compromiso con las normas y obligaciones sociales y es probable que no sigan las pautas terapéuticas durante el tratamiento, precisando una supervisión constante. Finalmente, se recomienda que aquellas personas que respondan de forma afirmativa a ítems del área *Simulación potencial* sean evaluadas en mayor profundidad con el fin de determinar si sus respuestas implican simulación, exageración o síntomas reales asociados quizás a algún trastorno disociativo u orgánico.

Tabla 3.35. Ítems críticos del PAI-A

N.º ítem	Escala	Contenido
		Alteraciones del pensamiento y la percepción
35	ESQ-A	Mis pensamientos se han vuelto bastante confusos.
128	ESQ-P	He oído voces que nadie más es capaz de oír.
221	PAR-P	Soy objeto de una conspiración o traición.
		Abuso de sustancias
140	DRG	Algunas personas me han dicho que tengo un problema con las drogas.
216	ALC	Mi consumo de alcohol ha sido causa de problemas en mi casa o en el lugar donde vivo.
		Estresores traumáticos
191	TRA-E	Sigo teniendo pesadillas sobre mi pasado.
230	TRA-E	Tuve una experiencia muy mala que me ha hecho perder el interés por algunas cosas con las que antes disfrutaba.
		Potencial agresivo
138	AGR-F	A veces soy una persona muy violenta.
217	AGR-F	La gente tiene miedo de mi forma de ser.
		Falta de responsabilidad
89	ANT-A	He dicho muchas mentiras para librarme de situaciones comprometidas.
129	ANT-A	Me gusta hacer cosas solo para ver si puedo salirme con la mía, sin que me castiguen.
199	LIM-A	Soy una persona imprudente y arriesgada.
		Potencial de autolesión
79	LIM-A	Cuando estoy muy alterado o alterada suelo hacer cosas para hacerme daño.
85	DEP-E	Apenas tengo interés en la vida.
256	SUI	He hecho planes para matarme.
		Simulación potencial
13	IMN	Mi destino ha sido ser infeliz desde que nací.
212	IMN	A veces veo solo en blanco y negro.

Nota. ESQ-A: Esquizofrenia-Alteraciones del pensamiento; ESQ-P: Esquizofrenia-Experiencias psicóticas; PAR-P: Paranoia-Persecución; DRG: Problemas con las drogas; ALC: Problemas con el alcohol; TRA-E: Trastornos relacionados con la ansiedad-Estrés postraumático; AGR-F: Agresión-Agresión física; ANT-A: Rasgos antisociales-Conductas antisociales; LIM-A: Rasgos límites-Autoagresiones; DEP-E: Depresión-Emocional; SUI: Ideaciones suicidas; IMN: Impresión negativa.