

## ¿Validez de constructo o validez basada en el constructo?: comentarios a Soler et al.



### Construct validity or validity based on the construct?: Comments to Soler et al.

*Sr. Editor,*

Recientemente se publicó un artículo que tuvo como propósito validar un instrumento del desorden de personalidad Borderline<sup>1</sup>, el cual brinda excelente información respecto a la medición de este desorden de personalidad. No obstante, es oportuno realizar un breve comentario respecto al concepto *validez de constructo* utilizados por los autores del artículo que introducirá un debate interesante.

La validación es el proceso mediante el cual se otorga validez a un instrumento de medida. En ese sentido, la validez en su forma clásica es entendida como: aquello que mide lo que pretende medir<sup>2</sup>. Sin embargo, las cosas no son tan sencillas como suenan. El concepto de validez ha presentado cambios significativo a lo largo de la historia<sup>3</sup>; estas modificaciones tuvieron inicio en los años cincuenta en disciplinas cercanas al área de salud elaborándose comités técnicos al respecto que llevó al diseño de manuales normativos<sup>4</sup>. El área de salud no es ajena a esta iniciativa en la actualidad se cuenta con una guía de selección de instrumentos de medición en salud<sup>5</sup>.

En la actualidad la validez es entendida como: el grado en que la evidencia y la teoría permiten interpretar las puntuaciones de un test que fue construido bajo un propósito<sup>6</sup> y en base a esta definición se postulan cinco fuentes de evidencia: validez basada en la relación con otras variables, en los procesos de respuesta, en las consecuencias, en el contenido y estructura interna<sup>6</sup>. Esta última fuente de validez se refiere al uso del análisis factorial como forma de comprobar la cantidad de factores y la pertenencia de un ítem a un factor.

Por tal motivo, no se valida el instrumento en sí mismo, sino las interpretaciones que de él se desprende. Nótese que en el artículo en mención indican validez de constructo, cuando lo correcto sería validez basada en el constructo (en la clasificación contemporánea validez basada en la estructura interna). Finalmente, parece trivial e insignificante esta diferencia; sin embargo, encierra una modificación en la

forma de entender el concepto de validez, visión que ha sido introducida como debate recientemente en el área de salud<sup>7</sup>.

### Financiación

Ninguna

### Conflicto de intereses

### Bibliografía

1. Soler J, Domínguez-Clavé E, García-Rizo C, Vega D, Elices M, Martín-Blanco A, Feliu-Soler A, Carmona C, Pascual J. Validación de la versión española del McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2016;9:195–202.
2. Garrett HE. *Statistics in psychology and education.* Malaysia: Vakils, Feffer and Simons Ltd; 1937. p. 505.
3. Ventura-León JL. Breve historia del concepto validez en psicometría. *Rev Per Hist Psicol.* 2017;2:89–92.
4. American Psychological Association. Technical recommendations for psychological tests and diagnostic techniques. *Psychol Bull.* 1954;51 (2, supplement).
5. Mokkink LB, Prinsen CAC, Bouter LM, De Vet HC, Terwee CB. The consensus-based standards for the selection of health measurement instruments (COSMIN) and how to select an outcome measurement instrument. *Braz J Phys Ther.* 2016;20:105–13.
6. American Educational Research, Association American Psychological Association. *National Council on Measurement in Education. Standards for educational and psychological testing.* Washington, DC: American Educational Research Association; 2014. p. 194.
7. Ventura-León JL. ¿Existen los instrumentos validos. Un debate necesario. *Gac Sanit.* 2017;31:69–71.

José Luis Ventura-León\*

*Universidad Privada del Norte, Lima, Perú*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jventuraleon@gmail.com](mailto:jventuraleon@gmail.com)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.05.003>

1888-9891/

© 2017 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## El tratamiento integral del trastorno delirante



### The comprehensive treatment of delusional disorder

*Sr. Director:*

Los principios éticos que guían la práctica médica, en este caso psiquiátrica, destacan la necesidad de que los pacien-

tes reciban una atención lo más integral posible como los principios de beneficencia, dignidad, integridad y justicia exigen<sup>1</sup>. A pesar de que la prevalencia del trastorno delirante (TD) es del 0,18% de la población<sup>2</sup>, no existen guías de práctica clínica (GPC) del TD que orienten su tratamiento, habiéndose recurrido en su lugar a la información procedente de las GPC de esquizofrenia. Esto puede deberse a que su lugar en la nosología psiquiátrica no ha estado claramente definido hasta ahora, oscilando entre la consideración de un subtipo de esquizofrenia<sup>3</sup>, un trastorno afectivo<sup>4</sup> o la de una entidad aparte<sup>5</sup>. Actualmente la definición reco-

gida en la CIE-10<sup>6</sup> lo define como una psicosis en la que existen ideas delirantes persistentes, pero con un funcionamiento relativamente bien conservado, pudiendo existir otros síntomas psicóticos en escasa cuantía como síntomas negativos y alucinaciones no prominentes. Sin embargo, recientes estudios no solo contribuyen a establecer el trastorno como una entidad diferenciada<sup>7-11</sup>, sino que descartan que se trate de un trastorno monosintomático<sup>12</sup> y enfatizan la existencia de diferentes dimensiones del trastorno así como de una elevada comorbilidad. Aunque la sintomatología delirante no es específica del TD y por tanto justifica su inclusión en el espectro psicótico<sup>13</sup>, esta ha mostrado ciertas especificidades y características diferenciales con respecto a la esquizofrenia. Así el TD mostraría un menor número de ideas delirantes que la esquizofrenia, pero siendo estas de mayor intensidad, presentando además ciertas diferencias cualitativas con respecto a la esquizofrenia. El predominio de ideas delirantes de tipo somático o de celos sería propio del TD frente a aquellos perfiles que muestran un predominio de ideas delirantes de tipo religioso, que serían característicos de la esquizofrenia<sup>7</sup>. Las otras dimensiones constitutivas del TD destacan no solamente el papel de las ideas delirantes, sino también la importancia no despreciable de los síntomas afectivos, especialmente la depresión<sup>8,9,13</sup>, cognitivos<sup>9,13,14</sup> o el riesgo suicida como comorbilidad<sup>15</sup>. Así mismo, se ha constatado una peor conciencia de enfermedad o incluso peor respuesta a antipsicóticos que en la esquizofrenia<sup>7</sup>. Todo ello configura unas peculiaridades y un perfil propio que hacen necesario un abordaje más amplio que el de la propia sintomatología delirante o la mera extrapolación a partir de los datos sobre tratamientos en esquizofrenia.

En la actualidad, el tratamiento farmacológico se considera actualmente el estándar del tratamiento del TD, siendo los antipsicóticos la piedra angular del mismo. Una reciente revisión sistemática de estudios descriptivos que recoge 385 casos de pacientes con TD tratados con fármacos<sup>16</sup> ha mostrado su eficacia, existiendo una mejoría  $\geq 50\%$  con respecto a la situación basal en un 33,6% de los casos, siendo superiores los antipsicóticos de primera generación (APG) frente a los de segunda generación (ASG) (APG 39% vs. ASG 28%;  $\chi^2 = 5,2595$ ;  $p \leq 0,02$ ; RR: 1,40; IC 95%: 1,04-1,88), no existiendo superioridad específica de ningún antipsicótico en concreto frente a otro. Queda pendiente disponer de más datos de los antipsicóticos más recientes, puesto que la mayoría de los datos de ASG eran provenientes de risperidona u olanzapina, siendo interesante determinar el rol de fármacos antipsicóticos con destacada acción reguladora del humor como es el caso de quetiapina o buena tolerabilidad como aripiprazol. Los antidepresivos también podrían tener un papel prometedor en el tratamiento, debido a la importancia de la dimensión depresiva comentada anteriormente y de otros síntomas como ansiedad o irritabilidad, así como por la buena respuesta global mostrada, superior a la de los antipsicóticos (respuesta  $\geq 50\%$  en un 50% de los casos), aunque con escaso tamaño de muestra. Podrían ser especialmente útiles en el subtipo somático<sup>16</sup>. La falta de conciencia de enfermedad y la posible falta de adherencia de este tipo de pacientes también plantean el papel de los fármacos parenterales de liberación prolongada así como el posible papel de la psicoeducación y de terapias psicológicas orientadas a mejorar la capacidad introspectiva,

la conciencia de enfermedad y la adherencia. La terapia cognitivo-conductual también ha demostrado un tamaño del efecto moderado mejorando variables secundarias como la autoestima social de estos pacientes<sup>17</sup>. También sería necesario estudiar el potencial de este tipo de tratamientos o de otros tratamientos psicológicos como el entrenamiento metacognitivo sobre los sesgos cognitivos subyacentes a las ideas delirantes que caracterizan al TD o la remediación cognitiva<sup>18</sup> sobre los síntomas cognitivos existentes en el trastorno. Como conclusión, destacamos que dado que el perfil propio del trastorno está cada vez más consolidado, son necesarios estudios, especialmente ensayos clínicos o estudios naturalísticos de gran tamaño, que aborden el tratamiento del TD como una entidad diferenciada y no como un subgrupo de la esquizofrenia bajo el epígrafe de «otras psicosis».

*Declaración de transparencia:* el autor principal, José Eduardo Muñoz Negro, afirma que este manuscrito es un relato honesto, preciso y transparente del estudio que se presenta, que no se ha omitido algún aspecto importante del estudio/los estudios que se comentan, y que las diferencias con el estudio que se planeó inicialmente se han explicado (y si son relevantes, registrado)<sup>19,20</sup>.

## Bibliografía

1. Lolas-Stepke F. Tendencias y necesidad clínica de los principios éticos. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2015;8:1-2.
2. Perala J, Suvisaari J, Saarni SI, Kuoppasalmi K, Isometsa E, Pirkola S, et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64:19-28.
3. Bleuler E. *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*. En: Aschffenburg G, editor. *Handbuch der Psychiatrie*. Leipzig: F. Deuticke; 1911.
4. Henderson D, Gillespie R. *A textbook of psychiatry for students and practitioners*. London: Oxford University Press; 1994.
5. Kraepelin E. *Lehrbuch der Psychiatrie*. 8th ed. Leipzig: Barth; 1909-1913.
6. WHO. *ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic Criteria for Research 1993*. Geneva, Switzerland: WHO; 1993.
7. Peralta V, Cuesta MJ. Delusional disorder and schizophrenia: A comparative study across multiple domains. *Psychol Med*. 2016;46:2829-39.
8. Serretti A, Lattuada E, Cusin C, Smeraldi E. Factor analysis of delusional disorder symptomatology. *Compr Psychiatry*. 1999;40:143-7.
9. De Portugal E, González N, del Amo V, Haro JM, Díaz-Caneja CM, de Dios Luna del Castillo J, et al. Empirical redefinition of delusional disorder and its phenomenology: The DELIREMP study. *Compr Psychiatry*. 2013;54:243-55.
10. Marneros A, Pillmann F, Wustmann T. Delusional disorders — Are they simply paranoid schizophrenia? *Schizophr Bull*. 2012;38:561-8.
11. Muñoz-Negro JE, Ibanez-Casas I, de Portugal E, Lozano-Gutiérrez V, Martínez-Leal R, Cervilla JA. A psychopathological comparison between delusional disorder and schizophrenia. *Can J Psychiatry*. 2017 [en prensa].
12. Muñoz-Negro JE, Lozano V, Ibanez-Casas I, de la Cruz BG, Soler A, Alcalá JA, et al. Negative symptoms across psychotic spectrum disorders. *Eur J Psychiatr*. 2017;31:37-41.
13. Muñoz-Negro JE, Ibanez-Casas I, de Portugal E, Ochoa S, Dolz M, Haro JM, et al. A dimensional comparison between delusional

- disorder, schizophrenia and schizoaffective disorder. *Schizophr Res*. 2015;169:248–54.
14. Ibanez-Casas I, de Portugal E, Gonzalez N, McKenney KA, Haro JM, Usall J, et al. Deficits in executive and memory processes in delusional disorder: A case-control study. *PLoS One*. 2013;8:e67341.
  15. González-Rodríguez A, Molina-Andreu O, Navarro Odriozola V, Gastó Ferrer C, Penadés R, Catalán R. Suicidal ideation and suicidal behaviour in delusional disorder: A clinical overview. *Psychiatry J*. 2014;2014:834901, <http://dx.doi.org/10.1155/2014/834901>
  16. Muñoz-Negro JE, Cervilla JA. A systematic review on the pharmacological treatment of delusional disorder. *J Clin Psychopharmacol*. 2016;36:684–90, <http://dx.doi.org/10.1097/JCP.0000000000000595>
  17. Skelton M, Khokhar WA, Thacker SP. Treatments for delusional disorder. *Schizophr Bull*. 2015;41:1010–2.
  18. González-Rodríguez A, Molina-Andreu O, Penadés R, Bernardo M, Catalán R. Therapeutic approach to delusional disorder based on psychopathological complexity: Proposal for a decision model. *J Clin Psychopharmacol*. 2015;35:201–2.
  19. Catalá-López F, Moher D, Tabarés-Seisdedos R. Improving transparency of scientific reporting to increase value and reduce waste in mental health research. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2016;9:1–3.
  20. Catalá-López F, Hutton B, Page MJ, Vieta E, Tabarés-Seisdedos R, Moher D. Declaración de transparencia: un paso hacia la presentación completa de artículos de investigación. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc.)*. 2016;9:63–4.
- José E. Muñoz-Negro<sup>a,\*</sup>  
y Jorge A. Cervilla<sup>a,b</sup>
- <sup>a</sup> *UGC de Salud Mental, Complejo Hospitalario Universitario de Granada, Servicio Andaluz de Salud, Granada, España*  
<sup>b</sup> *Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Granada, Granada, España*
- \* Autor para correspondencia.  
*Correo electrónico:* [jemunoznegro@gmail.com](mailto:jemunoznegro@gmail.com)  
(J.E. Muñoz-Negro).
- <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.03.003>  
1888-9891/  
© 2017 SEP y SEPB. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.