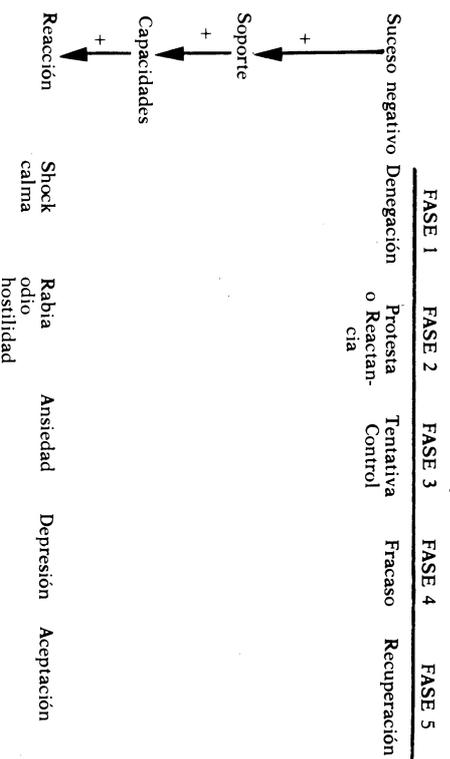


teada por diferentes autores en áreas diferentes) es la siguiente:



Sin embargo, la revisión de las investigaciones empíricas sobre reacciones ante sucesos negativos realizada por Silver y Wortman (1980) indica que las reacciones emocionales son variables, diversas (shock; ansiedad; depresión; rabia) y se dan de manera combinada; no se da la sucesión de fases y las reacciones reaparecen cíclicamente; y no todos los sujetos se recuperan (por ej.: el 40% de los viudos/as siguen experimentando fuerte ansiedad 2-4 años después de la muerte de su cónyuge y un 25% de las víctimas de violación no se sienten recuperadas 4-6 años más tarde). (Krantz et al., 1985).

Si agregamos que las relaciones son multidireccionales a las limitaciones anteriores, vemos que la construcción de un modelo dinámico es aún más difícil que la de un modelo estructural. El desarrollo de este tipo de modelos, asociados a la delimitación de tipos más precisos de fenómenos, creemos que es la orientación de futuro a seguir por clínicos e investigadores.

ANEXO

INSTRUMENTOS PARA MEDIR FACTORES PSICOSOCIALES Y SINTOMAS ANSIOSOS Y DEPRESIVOS

*Francisca BARRIO, Agustín
ETXEBARRIA, Beatriz MARTINEZ,
y J. Martín TXURMENDI*

En las páginas siguientes se encuentran una serie de instrumentos para medir los factores psicosociales y los síntomas depresivos.

A nivel de cada instrumento se describen sus preguntas, su formato y los baremos cuando existen. Hay que decir que, al menos en relación al soporte social y al stress, da lo mismo trabajar con baremos que con puntuaciones brutas o asignadas directamente (Cohen y Ashby, 1985).

Todos los instrumentos han sido fiabilizados y validados en nuestro Departamento, con la colaboración de los Módulos de Rekalde y Ortuella y uno de ellos fue traducido por A. Etxebarria.

Los instrumentos que se presentan son:

- Una versión del inventario de Depresión de Beck (ver Beck et al, 1983).
- Una formulación de los criterios diagnósticos para trastornos de ansiedad y depresión en la forma de escala. Las preguntas se elaboraron a partir del PSE por J. Martin Txurimendi, psiquiatra del Módulo de Ortuella, basándose en su experiencia clínica de los síntomas más comunes. Es el instrumento más experimental de todos.
- Una versión ampliada de la escala de Stress del Departamento de Salud Mental de California (Conde y Franch, 1984) a la que se le agregaron los sucesos de vida de Holmes y Rahe que los psicólogos clínicos del Módulo de Rekalde consideraron más frecuentes y relevantes en su contexto.
- Una escala de Soporite Social del Departamento de Salud Mental de California (Conde y Franch, 1984).
- La escala de Centro de Control de Paulhus y Christie.
- Y la escala de Estilo Atributivo Insidioso de Causalidad.

Con estos instrumentos se pueden realizar investigaciones para contrastar relaciones «causales», si se cumplen ciertos requisitos:

- pasada en al menos dos momentos diferentes de los instrumentos;
- un periodo de tiempo no demasiado largo entre las mediciones de factores psicosociales en un primer tiempo y la sintomatología en un segundo tiempo;
- una muestra de tamaño mediano o grande, de poblaciones normales o de gran variabilidad en los niveles de stress, soporte, síntomas, etc.

Para analizar los datos, lo más recomendable es utilizar regresiones múltiples, y análisis discriminantes. Se pueden introducir en una regresión jerárquica como primer paso las variables sociodemográficas (edad, sexo y clase social), y los síntomas del tiempo 1 como control. En un segundo paso se

pueden introducir los factores psicosociales medidos en un primer tiempo. La sintomatología medida en un tiempo 2 es la variable predecida evidentemente. En un tercer paso se introducen los efectos indirectos o de interacción—se trata de variables creadas matemáticamente multiplicando las puntuaciones de una primera y una segunda variable que se suponen que interactúan (por ejemplo Stress y Soporite Social).

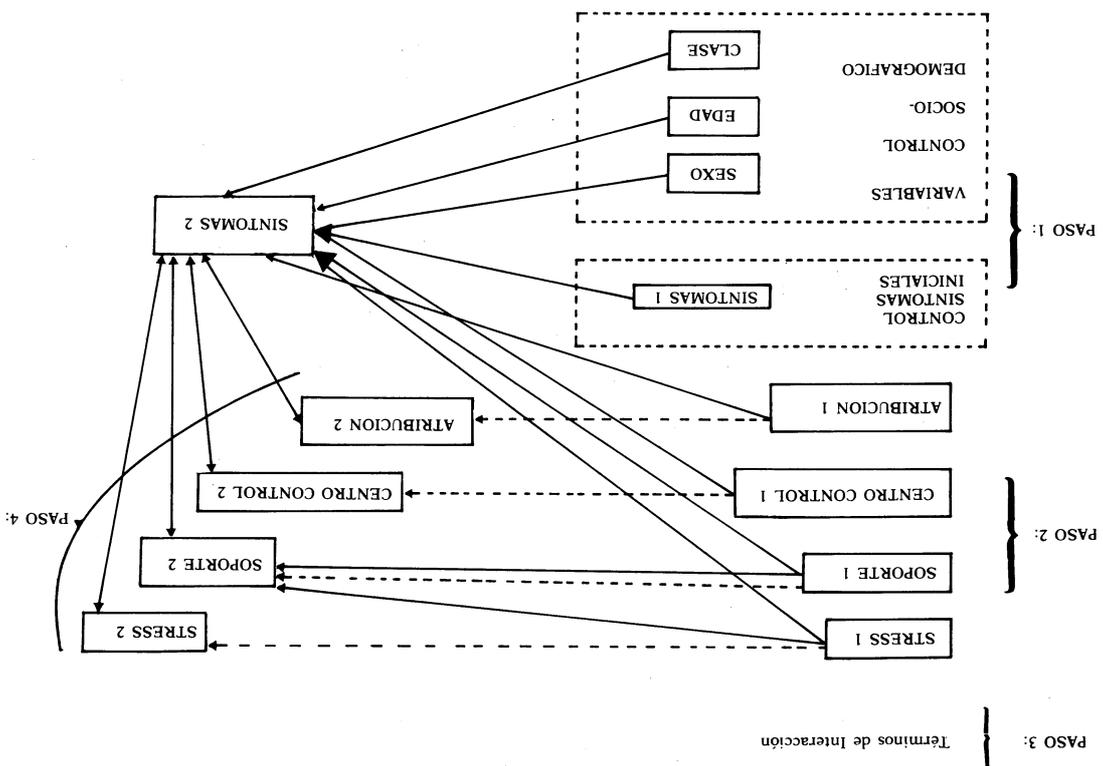
Las correlaciones entre la primera y la segunda medición indican la estabilidad de las dimensiones. Dado que es razonable pensar que éstas varíen, en particular, el Soporite Social, estas relaciones juegan un rol esencial. Para contrastar el efecto del stress previo en déficit del soporte social, es conveniente hacer una regresión del stress uno y soporte uno en soporte dos.

En fin, aunque es discutible y de hecho se trata más bien de correlaciones concurrentes, en un cuarto paso se pueden introducir las variables del tiempo dos.

Otra posibilidad es dividir a los sujetos en grupos a partir de los síntomas dos (por la mediana, por cuartiles, por los baremos de Beck, etc.) y realizar un análisis discriminante con todas las variables predictoras. Esto permite evaluar la existencia de relaciones no lineales.

Señalemos que con el método longitudinal y los análisis multivariados antes descritos, aseguramos la precedencia temporal, evaluamos la covariación entre predictor y variable criterio, controlando estadísticamente la influencia de otras variables. Pese a todas esas ventajas, hay que recordar que los errores de medida y las asociaciones espúreas entre variables debidas a los instrumentos ponen un límite a los análisis «causales».

Hay alternativas para construir modelos más complejos (el path analysis), para evaluar mejor el error de medida y representar mejor los constructos teóricos (análisis factorial confirmatorio), que combinados permiten mejorar la con-



trastación de teorías, aunque sea imposible presentarlas aquí (una presentación accesible del path analysis y la regresión múltiple, está en García (1985) y Visauta, B. (a aparecer).

De todas maneras, los datos obtenidos corresponden sólo parcialmente a los presupuestos de los modelos matemáticos, estos últimos hacen afirmaciones irreales y se toman decisiones en el fondo arbitrarias. Todo lo anteriormente dicho sirve para relativizar la fuerza de estos métodos, después de haber planteado sus posibilidades.

En fin, para alguien que utilice prácticamente los instrumentos expuestos aquí, los baremos expuestos en depresión, soporte social y stress, son válidos y se utilizan como método de diagnóstico de sujetos con problemas psicológicos en las consultas de Planning en Rekalde.

Escala autoaplicada de depresión de Beck (B.D.I.)

Al analizar el contenido de cada ítem se constata, que en la teoría que sustenta la construcción del B.D.I., se da más importancia a los componentes cognitivos de la depresión que a los conductuales y somáticos.

No es un instrumento diagnóstico, sino que arroja una puntuación que se estima como una medida de la profundidad de la depresión de pacientes con cualquier diagnóstico. Hay varias versiones de la prueba: en esta los 21 ítems se convierten en 4 ó 6 manifestaciones autoevaluativas graduadas cuantitativamente (depresión ausente o mínima, depresión leve, depresión moderada, y depresión grave) correspondientes a grados crecientes de intensidad del síntoma.

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados:

1. ESTADO DE ANIMO: Esta tristeza me produce ver-

daderos sufrimientos.— No me encuentro triste.— Me siento algo triste y deprimido.— Ya no puedo soportar esta pena.— Tengo siempre como una pena encima que no me la puedo quitar.

2. **PESIMISMO:** Me siento desanimado cuando pienso en el futuro.— Creo que nunca me recuperaré de mis penas.— No soy especialmente pesimista, ni creo que las cosas me vayan a ir mal.— No espero nada bueno de la vida.— No espero nada, esto no tiene remedio.

3. **SENTIMIENTOS DE FRACASO:** He fracasado totalmente como persona (padre, madre, marido, hijo...).— He tenido más fracasos que la mayoría de la gente.— Siento que he hecho pocas cosas que valgan la pena.— No me considero fracasado.— Veo mi vida llena de fracasos.

4. **INSATISFACCION:** Me encuentro insatisfecho conmigo mismo.— Ya no me divierte lo que antes me divertía.— No estoy especialmente insatisfecho.— Estoy harto de todo.— Ya nada me llena.

5. **SENTIMIENTOS DE CULPA:** A veces me siento despreciable y mala persona.— Me siento bastante culpable.— Me siento prácticamente todo el tiempo mala persona y despreciable.— Me siento muy infame (perverso, canalla) y despreciable.— No me siento culpable.

6. **SENTIMIENTOS DE CASTIGO:** Presiento que algo malo me puede suceder.— Siento que merezco ser castigado.— No pienso que esté siendo castigado.— Siento que me están castigando o me castigarán.— Quiero que me castiguen.

7. **ODIO A SI MISMO:** Estoy descontento conmigo mismo.— No me aprecio.— Me odio, me desprecio.— Estoy asqueado de mí.— Estoy satisfecho de mí mismo.

8. **AUTOACUSACION:** No creo ser peor que otros.— Me acuso a mí mismo de todo lo que va mal.— Me siento culpable de todo lo malo que ocurre.— Siento que tengo muchos y muy graves defectos.— Me critico mucho a causa de mis debilidades y errores.

9. **IMPULSOS SUICIDAS:** Tengo pensamientos de ha-

cerme daño pero no llegaría a hacerlo.— Siento que estaría mejor muerto.— Siento que mi familia estaría mejor si yo me muriera.— Tengo planes decididos de suicidarme.— Me mataría si pudiera.— No tengo pensamientos de hacerme daño.

10. **PERIODOS DE LLANTO:** No lloro más de lo habitual.— Antes podía llorar, ahora no lloro ni aún queriéndolo.— Ahora lloro continuamente, no puedo evitarlo.— Ahora lloro más de lo normal.

11. **IRRITABILIDAD:** No estoy más irritable que normalmente.— Me irrito con más facilidad que antes.— Me siento irritado todo el tiempo.— Ya no me irrita ni lo que antes me irritaba.

12. **AISLAMIENTO SOCIAL:** He perdido todo mi interés por los demás; y no me importa en absoluto.— Me intereso por la gente menos que antes.— No he perdido mi interés por los demás.— He perdido casi todo mi interés por los demás y apenas tengo sentimientos hacia ellos.

13. **INDECISION:** Ahora estoy inseguro de mí mismo y procuro evitar tomar decisiones.— Tomo mis decisiones como siempre.— Ya no puedo tomar decisiones en absoluto.— Ya no puedo tomar decisiones sin ayuda.

14. **IMAGEN CORPORAL:** Estov preocupado porque me veo más viejo y desmejorado.— Me siento feo y repulsivo.— No me siento con peor aspecto que antes.— Siento que hay cambios en mi aspecto físico que me hacen parecer desagradable (o menos atractivo).

15. **CAPACIDAD LABORAL:** Puedo trabajar tan bien como antes.— Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa.— No puedo trabajar en nada.— Necesito un esfuerzo extra para empezar a hacer algo.— No trabajo tan bien como lo hacía antes.

16. **TRASTORNOS DEL SUEÑO:** Duermo tan bien como antes.— Me despierto más cansado por la mañana.— Me despierto una o dos horas antes de lo normal y me resulta difícil volver a dormir.— Tardo una o dos horas en dormirme por la noche.— Me despierto sin motivo en mitad de la noche

y tardo en volver a dormirme.- Me despierto temprano todos los dias y no duermo más de cinco horas.- Tardo más de dos horas en dormirme y no duermo más de cinco horas.- No logro dormir más de tres o cuatro horas seguidas.

17. **CANSANCIO:** Me canso más fácilmente que antes.- Cualquier cosa que hago me fatiga.- No me canso más de lo normal.- Me canso tanto que no puedo hacer nada.

18. **PERDIDA DE APETITO:** He perdido el apetito.- Mi apetito no es tan bueno como antes.- Mi apetito es ahora mucho menor.- Tengo el mismo apetito de siempre.

19. **PERDIDA DE PESO:** No he perdido peso últimamente.- He perdido más de 2,5 kgs.- He perdido más de 5 kgs.- He perdido más de 7,5 kgs.

20. **HIPOCONDRIA:** Estoy tan preocupado por mi salud que me es difícil pensar en otras cosas.- Estoy preocupado por dolores y trastornos.- No me preocupa mi salud más de lo normal.- Estoy constantemente pendiente de lo que me sucede y de cómo me encuentro.

21. **LIBIDO:** Estoy menos interesado por el sexo que antes.- He perdido todo mi interés por el sexo.- Apenas me siento atraído sexualmente.- No he notado ningún cambio en mi atracción por el sexo.

BAREMO: Exponemos a continuación los valores medios obtenidos por Beck en los que se aprecia que la puntuación total posibilita diferenciar rangos cuantitativos de depresión:

<u>RANGOS CUANTITATIVOS DE DEPRESION</u>	<u>PUNTUACIONES</u>
— Depresión ausente o mínima	10,9 puntos
— Depresión leve	18,7 puntos
— Depresión moderada	25,4 puntos
— Depresión grave	30,0 puntos

LA CLAVE DE CORRECCION es la siguiente para cada grupo de items:

1) 2,0,1,3,2	8) 0,2,3,2,1	15) 0,1,3,2,1
2) 1,2,0,2,3	9) 1,2,2,3,2,0	16) 0,1,2,2,2,3,3,3
3) 3,1,2,0,2	10) 0,3,2,1	17) 1,2,0,3
4) 1,1,0,3,2	11) 0,1,2,3	18) 3,1,2,0
5) 1,2,2,3,0	12) 3,1,0,2	19) 0,1,2,3
6) 1,3,0,2,3	13) 1,0,3,2	20) 2,1,0,3
7) 1,1,2,2,0	14) 1,3,0,2	21) 1,3,2,0

En los estudios de presentación del inventario, su consistencia interna fue demostrada (Beck, 1961) obteniendo unos resultados significativos en la correlación entre cada ítem y la puntuación total.

Se han obtenido índices de fiabilidad variables por el método de las dos mitades: desde +0.53 (Weckovitz, Muir, Cropely, 1967) a +0.93 (Beck, 1961).

La fiabilidad test-retest para RHHM, 1975, es de +0.75. La validez concurrente del B.D.I. fue evaluada comparando su puntuación total con una escala de evaluación clínica global (G.R.) con cuatro puntos de intensidad de la depresión (nada, suave, moderada, severa). Se demostró una diferencia significativa en las puntuaciones medias del B.D.I. entre los cuatro niveles de depresión que osciló entre +0.65 y +0.67.

Metalfe y Goldman (1967) y Johnson y Heather (1974) han demostrado la sensibilidad al cambio del B.D.I.: realizaron un estudio de validación de la escala siguiendo a 37 pacientes con diagnóstico de depresión severa desde su ingreso hasta que fueron dados de alta. El inventario de Beck se reveló sensible para reflejar los cambios operados en el estado de dichos pacientes; así como su independencia de factores como la edad, el sexo y el CI del paciente. Su validez también ha sido evaluada comparándolo con

la H.R.S. informando la mayoría de los investigadores una correlación total de 0.60.

Seitz (1978) comparó esta escala con el S.D.S. de Zung obteniendo una correlación de +0.83.

Se han llevado a cabo distintos estudios factoriales del B.D.I. con resultados inconsistentes; hallando algunos de ellos un primer factor relacionado con «aspectos vitales» y manifestaciones somáticas (fatigabilidad, pérdida de apetito, preocupaciones somáticas, pérdidas de peso, problemas de sueño y pérdida de libido), y un segundo factor que relacionan con la agresividad (sentimientos de fracaso, castigo y culpabilidad).

En nuestro país Conde y Useros (1974) (1976) han llevado a cabo la adaptación castellana de la escala, encontrando puntuaciones más altas, pero no significativas en las mujeres, y más altas y significativas en los adultos de más de 60 años en relación con los de 20/29 años. El estado civil no pareció influir en los resultados.

El índice de Depresión de Beck se sometió a fiabilización y validación con una muestra de 40 sujetos distribuidos en:

- + 20 sujetos sometidos a hemodialisis.
- + 20 sujetos control.

El coeficiente alpha obtenido fue de 0.90.

Al ser sometidas las puntuaciones de ambos grupos a una prueba de contraste se obtuvo una F de 13.14 significativa al 0.0008.

En un estudio llevado a cabo por el Departamento de Psicología Social de la Universidad de San Sebastián con el fin de validar y fiabilizar la escala y utilizando una muestra de 148 sujetos distribuidos en:

- + 48 sujetos de Planificación familiar.
 - + 27 sujetos de Salud mental.
 - + 73 sujetos universitarios y familiares de éstos.
- Se obtuvo un coeficiente alpha de 0.899.

Con respecto al análisis de nivel significación de los ítems se obtuvo lo siguiente:

190

Ítems significativos: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 21.

Ítems tendenciales: 18, 19.

Ítems no significativos: 9, 10, 20.

Al realizar un análisis de varianza de todos los ítems obtuvimos un F ratio de 22.599 con una F prob. de 0.0000.

Universidad de Valladolid: «Escala de evaluación conductual para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos ansiosos y depresivos»: Inventario de Depresión de Beck (1961). Departamento de Psicología Médica, 1984.

Depresión del D.S.M. III (Departamento de Psicología Social. FICE. UPV / EHU), 1985.

Se construyó una escala de Depresión a partir de los criterios diagnósticos de D.S.M. III constando ésta de las 12 siguientes preguntas: DURANTE EL MES PASADO...

1. ¿Se ha sentido usted fatigado de día o realmente agotado sin haber realizado un gran esfuerzo? 2. ¿Han sido sus pensamientos lentos y embrollados? 3. ¿Ha estado usted deprimido o abatido, llorando a veces? 4. ¿Ha visto usted su futuro como sin esperanza? 5. ¿Ha considerado usted que su vida no merece la pena de ser vivida, que su vida no es importante? 6. ¿Ha tenido usted la impresión de faltarle energía, de que sus movimientos son más lentos? 7. ¿Se ha sentido usted más irritable que de costumbre? 8. ¿Se ha sentido usted cansado por las mañanas? 9. ¿Ha tenido usted períodos de días o de semana en los que no ha podido ocuparse de las cosas, porque no se sentía capaz? 10. ¿Ha tenido usted dificultades para dormir? 11. ¿Ha notado una disminución de sus intereses sexuales? 12. ¿Ha variado usted de peso?

BAREMO: la respuesta para cada ítem es elegida entre

191

4 alternativas para los 11 primeros items (no nunca =0, muchas veces=2, algunas veces=1, siempre=3).

Y entre 3 para el item número 12 (sí, he engordado más de 3 kgs.=2, sí, he adelgazado más de 3 kgs.=1, no, no he variado de peso=0).

En un estudio de fiabilización y validación se aplicó esta escala a una muestra de 148 sujetos distribuidos en tres grupos:

1. Salud mental = 27 sujetos.
2. Planificación familiar = 48 sujetos.
3. Universitarios y padres de éstos=73 sujetos.

Al someter a fiabilización se obtuvo un coeficiente alpha de 0.946 que al eliminar el item 2 ascendía a 0.953.

Al someter a análisis discriminante se obtuvo que:

El item 7 era significativo con una media superior para el grupo de Salud mental. Los items 1, 8, 12 eran tendencias con una media superior para el grupo de Salud mental. Los items 9 y 10 eran significativos con una media superior para el grupo de Planificación familiar. El resto de los items no era significativo.

American Psychiatric Association: «Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales», Masson, S. A., Barcelona, 1983.

Escala de ansiedad del D.M.S. III

La escala de ansiedad del DSM III consta de 13 items:

DURANTE EL MES PASADO... 10. ¿Ha tenido dificultades para dormir? 11. ¿Ha notado una disminución de sus intereses sexuales? 12. ¿Ha variado usted de peso? 13. ¿Se ha sentido usted agitado con dificultades para relajarse y permanecer tranquilo? 14. ¿Se ha sentido usted nervioso, ansioso, como en tensión? 15. ¿Se ha sentido usted tembloroso, con palpitaciones en el corazón, lleno de sudor? 16. ¿Se ha sentido aterrorizado, con la impresión de que puede

pasar algo terrible? 17. ¿Ha pensado usted en las mismas cosas, sin poderse las quitar de la cabeza, dándole rabia pensar en ellas? 19. ¿Se ha sentido ansioso en algunos lugares, por ejemplo, en el autobús, en el tren, en el ascensor, o cuando se encuentra solo en casa? 19-1.a. Si se ha contestado al item anterior afirmativamente, entonces conteste: ¿Se ha sentido ansioso ante un solo objeto, una sola situación? (por ejemplo ante un animal, una pelta, un accidente...). 19-2.a. ¿Esa ansiedad o miedo le limita mucho sus actividades? 19-3.a. ¿Esa ansiedad o miedo a que le ocurra algo es algo que le obsesiona, que domina su vida? 19-4.a. ¿Esa ansiedad o miedo le ocurre sobre todo en lugares públicos donde podría hacer el ridículo?

BAREMO

La respuesta para cada item es elegida entre cuatro alternativas NO NUNCA= 0, ALGUNAS VECES= 1, MUCHAS VECES=2, SIEMPRE= 3, para los items 19-1.a, 19-2.a, 19-3.a, 19-4.a, la respuesta es de dos alternativas SI o NO en el item 12 la respuesta es de tres alternativas A=1, B=3, C=2.

Se llevó a cabo un estudio de fiabilización y validación (1985), esta escala se aplicó a una muestra de 148 sujetos distribuidos en tres grupos:

1. Salud Mental (27 sujetos). 2. Planificación Familiar (48 sujetos). 3. Universitarios y padres de éstos (73 sujetos).

FIABILIZACION

Al someter a fiabilización se obtuvo un coeficiente ALFA de 0.929.

ANÁLISIS DISCRIMINANTE

Al someter a análisis discriminante cada uno de los ítems se obtuvieron los siguientes resultados:

<u>N.º ítem</u>	<u>F</u>	<u>Significado</u>
10	3.182	0.04
11	2.662	0.07
12	9.439	0.00
13	8.064	0.00
14	9.812	0.00
15	2.061	0.13
16	0.606	0.54
17	1.188	0.30
18	1.062	0.34
19-1.º	0.562	0.57
19-2.º	0.120	0.88
19-3.º	2.228	0.11
19-4.º	1.582	0.20

Los ítems 10, 12, 13, 14 son significativos, con una media superior para el grupo de Salud Mental. Los ítems 11 y 15 son tendenciales con una media superior al grupo de Salud Mental. Los ítems 16, 17, 19-1, 19-2, 19-4, no son significativos.

Como validez de constructo se correlacionó con una escala de stress, obteniéndose una correlación de 0.54.

Pichot: «Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales». American Psychiatric Association, Ed. Masson. Barcelona, 1983.

Criterios Diagnósticos del DMS III y las preguntas Criterios del PSE.

La anterior serie de preguntas extraídas del PSE se buscó adaptarlas a los criterios diagnósticos del DSM III. Como se

sabe, estos últimos han sido sometidos a pruebas de fiabilidad, pero, no han sido sometidos a pruebas de sensibilidad. En otras palabras han sido contruidos a partir de juicios clínicos, sin comprobar la capacidad de crear falsos negativos y positivos de éstos. No todos los criterios diagnósticos del DSM III han sido retomados en las preguntas. Los que se han utilizado son aquellos que tenían una mayor frecuencia, tanto según los juicios clínicos como según los análisis estadísticos realizados exploratoriamente. Aun así, hay que decir que este cuestionario sigue siendo experimental. A continuación exponemos cómo se puede categorizar a un sujeto en la clasificación del DSM III a partir de sus respuestas a las anteriores preguntas criterios. Primero exponemos las dimensiones subyacentes a cada pregunta (ansiedad-depresión) y luego su utilización para categorizar en los trastornos afectivos y de ansiedad del DSM III.

FACTOR DEPRESION

Medido por las preguntas siguientes del DSM III.

- Fatiga, agotamiento (1).
- Pensamientos lentos y embrollados (2).
- Depresión, abatimiento, llanto (3).
- Futuro desesperanzador (4).
- Su vida no es importante, no merece la pena de ser vivida (5).
- Falta de energía, movimientos más lentos (6).
- Irritable (7).
- Cansancio a las mañanas (8).
- Sentimientos de incapacidad para ocuparse de las cosas (9).
- Dificultades para dormir (10).
- Disminución de sus intereses sexuales (11).
- Cambio de peso (12).

FACTOR ANSIEDAD

Medido por las siguientes preguntas del DSM III.

- Agitación, dificultad de relajarse (13).
- Nerviosismo, ansiedad, tensión (14).
- Tembloroso, con palpitaciones, sudor (15).
- Miedo a que le ocurra algo (16).
- Pensamientos repetitivos (17).
- Conductas repetitivas (18).
- Ansiedad en el autobús, en el ascensor o cuando se encuentra solo en su casa (19).
- Ansiedad ante un solo objeto o situación (19-1.a)
- Esa ansiedad le limita sus actividades (19-2.a).
- Esa ansiedad a que ocurra algo le obsesiona (19-3.a).
- Esa ansiedad le ocurre en sitios públicos, miedo al ridículo (19-4.a).

Estados de trastornos afectivos

- A) Depresión Mayor: I) primer episodio; II) recurrente.
- B) Depresión Mayor con melancolía.
- C) Neurosis depresiva o trastorno afectivo distímico.

DEPRESION MAYOR

1. Recurrente: uno o más episodios de depresión mayor.
2. Primer episodio: nunca ha habido un episodio maniaco ni hipomaniaco.
 - A) Estado de ánimo disfórico: depresión (3) tristeza, melancolía, desesperanza (4), apatía, falta de iniciativa e irritabilidad (7).
 - B) Durante dos semanas mínimo, casi diariamente, 4 síntomas de los siguientes:

1. Poco apetito, pérdida de peso (12c) ó mucho apetito, ganancia de peso (12a).
 2. Insomnio (10) o hipersomnia.
 3. Agitación o entumescimiento psicomotor (6).
 4. Pérdida de interés en actividades habituales (9).
 5. Pérdida de energía, fatiga (1).
 6. Sentimiento de inutilidad, autoreproche, culpa excesiva e inapropiada (NO)*.
 7. Quejas o pruebas de disminución de la capacidad de concentración o pensamiento (2).
 8. Pensamientos repetitivos de muerte, ideas de suicidio (NO* exactamente) sino como su vida no es importante no merece la pena ser vivida (5).
 - C) No delirio, ni conducta rara.
 - D) No psicosis.
 - E) No duelo simple. Ver la escala de Stress las preguntas (4) y (17) las cuales no deben haber sucedido.
3. En remisión.
 4. Con síntomas psicóticos.
 5. Melancolía.
 - A) Falta de placer.
 - B) No sentirse mejor cuando de forma temporal sucede algo bueno.
 - C) Tres de los siguientes síntomas como mínimo:
 1. Estado de ánimo deprimido (3).
 2. Depresión más intensa a la mañana (8).
 3. Despertar dos horas antes de lo normal (NO).
 4. Notable entumescimiento (6) o agitación psicomotriz.
 5. Anorexia o pérdida de peso (12c).
 6. Sentimiento de culpa inapropiado o excesivo (NO)*.
 6. Sin melancolía.

(NO)+ = cuando las preguntas que tenemos no miden síntomas.

NEUROSIS DEPRESIVA O TRASTORNO AFECTIVO DISTIMICO

- A) Durante dos años mínimo.
- B) Síntomas depresivos pero no con la suficiente gravedad y duración para cumplir los criterios de depresión mayor. Estos síntomas están separados por períodos de estado de ánimo normal, éstos deben durar días o semanas no más de unos meses. (9)
- C) Tres de los siguientes síntomas como mínimo:
 - 1. Insomnio (10) o hipersomnia.
 - 2. Cansancio crónico (1).
 - 3. Pérdida de autoestima, sentimientos de incapacidad (9).
 - 4. Disminución de la efectividad, productividad (NO).
 - 5. Disminución de la atención, concentración y pensamiento (2).
 - 6. Retraimiento social (NO).
 - 7. Pérdida de interés (5).
 - 8. Irritabilidad o cólera excesiva (7).
 - 9. Incapacidad para responder con placer a los elogios o refuerzos (NO).
 - 10. Menos activo, menos hablador, más lento (6).
 - 11. Actitud pesimista hacia el futuro (4) sentimientos de lástima hacia sí mismo.
 - 12. Llanto o sollozo (3).
 - 13. Pensamientos repetitivos de muerte o suicidio (NO).
- D) Ausencia de síntomas psicóticos, ideas delirantes, incoherencias, alucinaciones, o pérdida de la capacidad asociativa.
- E) Si el trastorno se sobrepone a un trastorno preexistente, como un trastorno obsesivo compulsivo o la dependencia del alcohol, el estado de ánimo deprimido puede diferenciarse con claridad del estado de ánimo habitual del sujeto en virtud de su intensidad o su efecto sobre la actividad.

198

TRASTORNOS FÓBICOS-TRASTORNOS POR ANSIEDAD

Trastornos Fóbicos

1. Agorafobia.
2. Fobia social.
3. Fobia simple.

Agorafobia

- A) Extraordinario miedo y evitación de quedarse solo o hallarse en lugares públicos (19) DSM III.
- B) Limitación progresiva de las actividades normales hasta que el miedo y la evitación dominan la vida del individuo (19-2.a) DSM III.
- C) No es debido a depresión mayor, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno paranoide ni a una esquizofrenia.

Fobia social

Miedo persistente e irracional y evitación de situaciones en las que el individuo se ve expuesto a una posible observación de los demás (humillación, hablar en público) (19-4.a) DSM III.

- B) Malestar significativo al reconocer el individuo que su temor es excesivo (17) DSM III.
- C) No es debido a depresión ni a trastorno de la personalidad por evitación.

Fobia simple

- A) Todos los miedos y evitaciones distintos de la fobia social y de la agorafobia (animales, espacios cerrados, alturas...)

199

- B) Malestar producido por esta alteración y reconocimiento de que su miedo es excesivo e irracional (17) DSM III.
- C) No es debido a esquizofrenia o trastorno obsesivo-compulsivo.

Estados de ansiedad

- A) Trastorno por angustia.
- B) Trastorno por ansiedad generalizada.
- C) Obsesivo compulsivo.
- D) Trastorno por stress-posttraumático.

Trastorno por angustia

- A) Tres crisis de angustia en tres semanas. Los ataques no deben ser provocados por la exposición a estímulos fóbicos (19-1ª responder NO).
- B) Crisis de angustia espaciadas por periodos de aprensión o miedo (15).
Cuatro de los siguientes síntomas como mínimo:
 1. Disnea (S).
 2. Palpitaciones (15).
 3. Dolor o malestar precordial, si es mujer dolor durante la regla (S).
 4. Sensación de ahogo (13a).
 5. Mareo, vértigo y sensación de inestabilidad (S).
 6. Sentimiento de irrealidad (S).
 7. Cosquilleo en pies y manos (S).
 8. Oleadas de calor y frío (NO).
 9. Sudoración (15).
 10. Debilidad (S).
 11. Temblor (15), estreñimiento (NO).
 12. Miedo a morir, a volverse loco o a realizar cualquier cosa descontrolada durante el ataque (S).

- C) No es debido a trastorno físico ni mental.
- D) El trastorno no está asociado a la agorafobia (no relacionada con (19)).

(S) Estas preguntas están medidas por la Escala de Ansiedad de Zung y por una Escala de Hipocondría, creada a partir de los criterios diagnósticos del DSM III por el Departamento de Psicología Social de la Universidad de San Sebastián, la cual no ha sido publicada en este libro.
(NO) Cuando las preguntas que tenemos no miden tal síntoma.

Trastorno por ansiedad generalizada

- A) Ansiedad persistente y generalizada.
Tres categorías de las siguientes:
 1. *Tensión motora*: Estreñimientos, espasmos, movimientos bruscos (NO), temblor (15), Tensión (14), dolores musculares (8), fatigabilidad (1), incapacidad para relajarse (13), tics parpebrales, ceño fruncido, rostro constreñido, (NO); inquietud (8), intranquilidad (8), respuestas de alarma (NO).
 2. *Hiperactividad vegetativa*: Sudoración (15), palpitaciones (15), taquicardia (8), sensación de frío, micción frecuente, manos sudorosas, boca seca, sensación de vacío en la cabeza, cosquilleo en pies y manos, malestar en el estómago (8), crisis de calor o de frío (NO), diarrea, dolor o molestia en la boca del estómago (NO), nudo en la garganta (22), entorpecimiento de la piel (8), palidez, pulso y respiración aumentados en reposo (NO).
 3. *Expectación aprensiva*: Ansiedad (14), preocupación (8), miedo (16), anticipación de desgracias para uno mismo y para los demás (8).
 4. *Vigilancia y escrutinio*: Estado de hiperatención que da lugar a una distraibilidad (NO), dificultad de concentración (NO), insomnio (8), sensación de estar al límite (8), irritabilidad (7), impaciencia (NO).

- B) El estado de ánimo ansioso se ha presentado continuamente por lo menos durante un mes.
- C) No es debido a ningún otro trastorno mental del tipo de trastorno depresivo o esquizofrenia.
- D) El paciente debe tener 18 años o más.

Obsesivo compulsivo

A) Obsesiones o compulsiones:

1. *Obsesiones*: Ideas, pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes y persistentes que son vividos como pen- samientos que invaden la conciencia y como repug- nantes o sin sentido (el enfermo intenta ignorarlos y suprimirlos (17)).
2. *Compulsiones*: Conductas estereotipadas, realizadas para producir o evitar algún acontecimiento (el indi- viduo reconoce la falta de sentido de su conducta y no obtiene placer aunque alivie su situación) (18).
- B) Las obsesiones y compulsiones producen malestar o interfieren su funcionamiento social (19-2. a).
- C) No es debido a otra alteración mental.

Evaluación del stress. Soporte social

Escala autoaplicada. Departamento de Salud Mental de California, 1981.

Esta escala consta de dos partes:

1. *En la primera parte se explora el nivel se stress en los últimos doce meses, para cada uno de los siguientes sucesos de las tres áreas que a continuación se presentan.*
El sujeto deberá responder a los siguientes items según si

202

los acontecimientos aquí presentados, le preocuparon, o le sucedieron y preocuparon.

- a) **AREA PERSONAL**: Consta de 11 items.
 - 1) Sufrir heridas graves o padecer alguna enfermedad.
 - 2) Problemas emocionales, con las drogas o el alcohol.
 - 3) Matrimonio.
 - 4) Muerte de un familiar o amigo íntimo.
 - 5) Problemas con sus amigos o vecinos.
 - 6) Exámenes.
 - 7) Aborto.
 - 8) Dificultades sexuales.
 - 9) Situación de violencia física.
 - 10) Problema legal grave.
 - 11) Complicación en alguna pelea.

- b) **AREA ECONOMICO-LABORAL**: Consta de 5 items.
 - 12) Pérdida de trabajo o retiro laboral.
 - 13) Compra o venta de alguna casa o piso.
 - 14) Ascenso en el trabajo o en el sueldo.
 - 15) Problemas con compañeros de trabajo.
 - 16) Problemas con su jefe.

- c) **AREA FAMILIAR**: Consta de 11 items.
 - 17) Muerte de su cónyuge (marido, mujer).
 - 18) Se ha divorciado.
 - 19) Separación o reconciliación.
 - 20) Discusiones familiares o problemas con la familia política.
 - 21) Ida o retorno a casa de sus hijos.
 - 22) Parientes se han trasladado a su casa a vivir.
 - 23) Embarazo o nacimiento en la familia.
 - 24) Traslado a una nueva casa.
 - 25) Dificultad en la educación de sus hijos.
 - 26) Enfermedad seria o herida de algún miembro de la familia.
 - 27) Gastos excesivos para vacaciones.

= Items de la escala de stress de Holmes y Rahe añadidos a esta escala.

2. *En la segunda parte se explora el nivel de apoyo social de los sujetos durante el último año, relacionándolo con el nivel, frecuencia y calidad de sus relaciones afectivas y sociales, así como de las expectativas en cuanto a esas relaciones.*

203

Clave de corrección

1. *Para el nivel de stress*, el sujeto marcará con una «X» aquellos acontecimientos que haya experimentado en los últimos doce meses. Valorándose el que NO le hayan sucedido y/o preocupado como=0, y el que le hayan sucedido y/o preocupado de la siguiente forma:

AREA PERSONAL: 6, 6, 4, 4, 2, 2, **6, 6, 6, 4, 2.**

AREA ECONOMICO-LABORAL: 6, 4, 2, **2, 2.**

AREA FAMILIAR: 10, 8, 6, 4, 4, 2, 4, 2, **4, 4, 2,** respectivamente.

La suma de respuestas positivas a «le sucedió» se interpreta como stress «objetivo». La suma de respuestas a «le preocupó» se interpreta como stress percibido o subjetivo.

2. *Para el soporte social* cada una de las respuestas se valorará de la siguiente forma:

1. Ninguna=0, una o dos=1, dos o tres=4, cuatro o más=5.

2. Ninguno=0, uno=1, dos o tres=2, cuatro o más=3.

3. Raramente=0, una vez al mes=1, varias veces al mes=4, una vez a la semana o más=8.

4. Ninguno=0, uno o más=6, tres a cinco=8, seis o más=10.

5. Raramente=0, una vez al mes=1, varias veces al mes=2, una vez a la semana o más=4.

6. No=0, varios compañeros distintos=2, un compañero permanente=6, casado o vive con alguien=10 puntos.

En un estudio de fiabilidad y validación de la escala de nivel de stress (sucesos y preocupaciones de vida) en una muestra de 75 sujetos distribuidos en dos grupos: 1. Salud mental=27 sujetos; 2. Planificación familiar=48 sujetos.

Se obtuvo al *fiabilizar los sucesos de vida* un coeficiente alpha de 0.99 y *para las preocupaciones de vida* un coeficiente alpha de 0.99. Es importante relativizar estos resultados, ya

que los diferentes sucesos no tienen porque necesariamente estar asociados. El alfa alto puede indicar que los sujetos que tienen un suceso tienden a tener varios, o que indican un suceso tienden a indicar más. Falta realizar una prueba test-retest.

Como prueba de validez de constructo se realizó un análisis de asociación entre la escala de sucesos de vida y la escala de síntomas de ansiedad y depresión construida a partir del D.S.M. III.

La correlación simple con ansiedad fue de 0.54 y el coeficiente Beta fue de 0.58, ambos significativos.

La correlación entre sucesos de vida y depresión fue de 0.47 y el coeficiente Beta de 0.44, ambos significativos.

En la regresión múltiple se introdujo la edad, el sexo y el nivel de soporte social, como otras variables predictoras.

Conde López, V. y Franch Valverde, J.L.; «escalas de evaluación conductual para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos ansiosos y depresivos. Universidad de Valladolid, 1984.

Estilo atributivo en adultos, Seligman y Miller, 1984

Esta escala mide el estilo atribucional en tres dimensiones:

- + internalidad /externalidad,
- + estabilidad /inestabilidad,
- + globalidad /especificidad.

Consta de 12 situaciones agrupadas en cuatro áreas:

a) Logro positivo: consta de tres situaciones.

1. Vd. llega a ser muy rico.

2. Vd. se esfuerza por llegar a un puesto que quiere obtener (un trabajo importante, etc...) y lo obtiene.

3. Vd. obtiene un ascenso. (5.a)

b) Logro negativo: consta de tres situaciones.

1. Vd. ha estado buscando trabajo sin éxito durante cierto tiempo. (1ª).
2. Vd. realiza una importante intervención en público y éste reacciona negativamente. (3ª).
3. Vd. no puede realizar la cantidad de trabajo que los otros esperan.

c) Interpersonal positivo: consta de tres situaciones.

1. Vd. se encuentra con un amigo que le hace cumplidos sobre su apariencia. (6ª).
2. Su compañero, novio/a, esposo/a, le está tratando más afectuosamente que de costumbre. (7ª).
3. Vd. realiza un proyecto que es alabado.

d) Interpersonal negativo: consta de tres situaciones.

1. Un amigo le va a contar sus problemas y Vd. no le ayuda. (2ª).
 2. Vd. se encuentra con un amigo que actúa negativamente hacia usted. (4ª).
 3. Vd. va a cenar y la cita le sale mal.
- El formato para cada situación hipotética se repite, siendo este el siguiente:

a) Escriba la causa fundamental
b) Se debe la causa de (situación) a algo relativo a Vd. o a otras personas o circunstancias?

Totalmente debida										Totalmente debida
a otras causas o	1	2	3	4	5	6	7			100 100
circunstancias										

c) ¿Estará esta causa presente en el futuro cuando vuelva a... ~~presentarse~~ ^{presentarse} en esa situación?

No estará presente										Siempre estará
nunca más	1	2	3	4	5	6	7			presente

d) ¿Esta causa es algo que influye sóla... (situación) o influye en otras áreas de ~~su~~ ^{su} vida? ~~de ella~~ ^{de ella}

Influye sólo en esa situación concreta										Influye en todas las situaciones de mi vida.
	1	2	3	4	5	6	7			

e) ¿Qué importancia tendría esta situación si le sucediera a usted?

Ninguna importancia	1	2	3	4	5	6	7	Mucha importancia
---------------------	---	---	---	---	---	---	---	-------------------

Los datos sobre su fiabilidad y validez, tanto en su versión inglesa como en la actual adaptación española son los siguientes:

a) La correlación encontrada por Seligman y Miller (1984) entre test/retest con un período de tres meses entre ambas mediciones fue de $r=0.70$ para el estudio atribucional de los hechos positivos, $r=0.58$ para los negativos y $r=0.72$ para la puntuación global.

Por lo que se refiere a la VALIDEZ CONCURRENTE, correlacionando las puntuaciones de esta escala con el Inventario de Depresión de Beck se obtuvo:

1) Para hechos negativos: correlaciones significativas al 0.0001, 0.0001 y 0.0001 para la internalidad, la estabilidad y la globalidad respectivamente (el valor de las r no consta en su publicación).

2) Para los hechos positivos: el nivel de significación de las correlaciones fue de 0.01 y 0.002 para externalidad y estabilidad respectivamente.

b) CUTRONA (1983), obtuvo un coeficiente $\alpha=0.63$.

c) EAVENS y RUSH (1984), comparando con el Inventario de Depresión de Beck (BDI) obtuvo unas correlaciones de $r=0.41$, 0.34 y 0.35 para internalidad, estabilidad y globalidad respectivamente.

d) HAMILTON y ABRAMSON (1983), obtuvieron un coeficiente alpha de 0.75 para los hechos positivos y de 0.72 para los negativos. Una $r=0.70$ y 0.64 para los hechos positivos y negativos respectivamente en un test /retest.

e) MANDY et al (1982), obtuvieron una correlación ítem/total de ítems de $r=0.86$. En una prueba de test /retest obtuvieron una $r=0.75$ transcurrido un mes y el mismo valor al cabo de tres meses.

f) En un estudio realizado en el Departamento de Psicología Social de la Facultad de Filosofía y CCEE de la Universidad del País Vasco, utilizando una muestra de $N=66$ estudiantes universitarios (33 hombres, 33 mujeres de edades comprendidas entre los 20 y 30 años) se obtuvieron los siguientes coeficientes alpha: 0.59 para internalidad, 0.55 para estabilidad, 0.55 para globalidad y 0.69 para importancia.

METALSKY, G. y ABRAMSON, L.: *Attributional style*, in Kendal, F. y Hollons, S. editores: *Assessment strategies for cognitive behavioral interventions*. New York, Academic Press, 1981.

MILLER, S. M. y SELIGMAN, M. P.: *El modelo reformulado del desamparo y la depresión: evidencia y teoría*, en Richard, W. I. y Neufeld, Ph. A. *Psicopatología y Stress*. Ediciones Toray, S. A. Barcelona, 1984, pp. 160 /193.

Esperas de control, Paulhus y Christie, 1981

Esta escala fue traducida del inglés y ajustada por Agustín Echebarria (1985).

Se trata de una escala multidimensional orientada a medir el centro de control (interno-externo) en tres campos:

a) *Eficacia personal*: esta subescala consta de 10 ítems que pueden resumirse del siguiente modo:

1) Cuando consigo lo que quiero generalmente es porque he trabajado duro para ello. 2) Cuando me trazo planes

estoy casi seguro que los conseguire. 3) Prefiero los juegos de suerte a los que requieren habilidad. 4) Puedo aprender casi todo si me concentro en ello. 5) Todos mis logros son totalmente debidos a mi esfuerzo e inteligencia. 6) Generalmente no hago planes porque tengo que dedicar mucho tiempo y esfuerzo para lograrlos. 7) La competición estimula una mejor calidad. 8) El logro personal frecuentemente está determinado por la suerte. 9) En algunas pruebas de competición me gusta saber cómo de bien lo hago en comparación a otros. 10) A pesar de mis mejores esfuerzos consigo pocas metas de valor.

b) *Control interpersonal*: esta subescala consta de 10 ítems:

1) Incluso cuando me siento confiado en la mayoría de las cosas, parece que me faltan habilidades para controlar las situaciones interpersonales. 2) Tengo problemas para hacer y mantener amigos. 3) Soy malo dirigiendo el curso de conversación con otras personas. 4) Generalmente puedo establecer estrechas relaciones con las personas que me atraen sexualmente. 5) Cuando soy entrevistado, generalmente puedo dirigir la entrevista hacia los tópicos que me interesan, dejando al margen lo que quiero evitar. 6) Cuando necesito ayuda para realizar planes, generalmente es difícil contar con otras personas que me ayuden. 7) Si hay alguien con quien quiero encontrarme, generalmente puedo conseguirlo. 8) Generalmente, me resulta difícil introducir mis puntos de vista en otras personas. 9) Cuando intento apaciguar una disputa, generalmente la empeoro. 10) Encuentro que es fácil ocupar un lugar destacado en la mayoría de las situaciones grupales.

c) *Control sociopolítico*: los 10 ítems de los que consta esta subescala son los siguientes:

1) Tomando parte en los acontecimientos políticos y sociales podemos controlar los acontecimientos del mundo. 2) La gente corriente puede influir en las decisiones del gobierno. 3) Es difícil para la gente controlar lo que hacen

los políticos. 4) Este mundo está dirigido por un grupo reducido de gente con poder y hay poco que hacer sobre ello. 5) Con esfuerzo podemos eliminar la corrupción política. 6) Una de las razones por la que hay guerra es porque la gente no tiene suficiente interés por la política. 7) Hay muy pocas cosas que nosotros los consumidores, podemos hacer para evitar la carestía de la vida. 8) Cuando lo pienso detenidamente me doy cuenta de que es imposible influir realmente en lo que hacen los políticos. 9) Prefiero concentrar mis energías en otras cosas que en resolver los problemas del mundo. 10) En gran medida nosotros los votantes, somos responsables del mal gobierno de la nación y los ayuntamientos.

Las respuestas a los diversos ítems se realizaban según un formato tipo Likert que iba desde, «muy de acuerdo» a «muy en desacuerdo» con siete posibilidades de elección. El puntaje variaba de 1 a 7 en el sentido de *mayor puntuación cuanto más intenso era el locus de control* expresado por el sujeto.

Totalmente de acuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente en desacuerdo
-----------------------	---	---	---	---	---	---	---	--------------------------

Se han realizado diversos estudios de validación y fiabilidad de su versión española, que son descritos a continuación.

Se aplicaron las tres subescalas a una muestra de 40 sujetos, distribuidos en:

- a) 20 sujetos sometidos a hemodíalisis.
 - b) 20 sujetos control (estudiantes).
- Los coeficientes alpha obtenidos para cada una fueron:
- a) Eficacia personal: 0.47
 - b) Control interpersonal: 0.54
 - c) Control sociopolítico: 0.65
 - d) General: 0.69

Al someterse a análisis discriminante a ambos grupos se obtuvieron los siguientes resultados:

SUBESCALA	F	SIGN
Eficacia personal.....	4.189	0.04
Control interpersonal.....	3.221	0.08
Control político.....	2.020	Tendencial

En un segundo estudio, se aplicó únicamente la escala de control sociopolítico a una muestra de 160 estudiantes de último curso de Psicología en el contexto de una investigación sobre participación política obteniéndose un coeficiente alpha de 0.81.

En un último estudio se aplicaron las tres subescalas a una muestra de 66 universitarios (33 hombres y 33 mujeres) que se dividieron en dos grupos utilizando como criterio la mediana en el inventario de Depresión de Beck.

Al ser sometidos a análisis discriminante se obtuvieron los siguientes resultados:

SUBESCALA	F	SIGN
Eficacia personal.....	6.53	0.01
Control interpersonal.....	9.08	0.0037
Control sociopolítico.....	1.84	0.17

PAULHUS, D. y CHRISTIE, R.: *Spheres of Control. An interactionist approach to assessment of perceived control*. Research with the Locus of Control Construct. Academic Press, 1981, vol. 1, p. 161-185.