

**EVALUACION DEL LOCUS DE CONTROL Y SU RELACION CON LAS  
VARIABLES ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN UN GRUPO DE ASISTENTES A  
ATENCIÓN PSICOLÓGICA.**



**AKEMY DOKU RAMÍREZ**

**LUISA FERNANDA FONSECA PARRA**

**EDGAR JAVIER GONZÁLEZ GIL**

**JUAN CARLOS GUALDRÓN ALBA**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA.**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**CHIA, FEBRERO DE 2002**

## TABLA DE CONTENIDO

TABLA DE TABLAS,	4
TABLA DE FIGURAS,	5
TABLA DE ANEXOS,	6
FUNDAMENTACION TEORICA,	7
Psicología de la Salud,	7
Psicología Clínica,	25
Ansiedad,	33
Depresión,	58
Locus de Control,	78
PROBLEMA,	100
OBJETIVOS,	100
General,	100
Específicos,	101
VARIABLES,	101
Control de Variables,	102
HIPOTESIS,	103
METODO,	104
Tipo de Investigación,	104
Participantes,	104
Instrumentos,	104

Procedimiento, 115

RESULTADOS, 117

DISCUSION, 121

REFERENCIAS, 125

## **TABLA DE TABLAS**

**TABLA 1:** Puntuaciones de Cuestionarios aplicados a hombres y mujeres  
con Ansiedad y/o Depresión, 118

**TABLA 2:** Promedios de Hombres y mujeres en escalas aplicadas, 118

**TABLA 3:** Datos de Correlaciones entre cuestionario de Beck, Escala  
Multidimensional e IDARE en hombres y mujeres, 120

## TABLA DE FIGURAS

**Figura 1:** Promedios hallados en el Inventario de Beck, 119

**Figura 2:** Promedios hallados en Escala Multidimensional MHLC, 119

**Figura 3:** Promedios hallados en Inventario IDARE, 120

## **TABLA DE ANEXOS**

**ANEXO A:** INVENTARIO DE BECK, 134

**ANEXO B:** INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO – ESTADO IDARE , 140

**ANEXO C:** ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE LOCUS DE CONTROL EN  
SALUD FORMA C ( ADAPTACION PARA DEPRESION Y  
ANSIEDAD) MHLC, 144

**EVALUACION DEL LOCUS DE CONTROL Y SU RELACION CON LAS  
VARIABLES ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN UN GRUPO DE ASISTENTES A  
ATENCIÓN PSICOLÓGICA.**

Akemy Doku Ramírez, Luisa Fernanda Fonseca Parra, Edgar Javier González Gil,

Juan Carlos Gualdrón Alba; Carlos Cifuentes\*

**Resumen**

**Palabras Claves:** *Psicología de la salud, Psicología clínica, Ansiedad, Depresión y Locus de Control*

La presente investigación determinó la correlación existente entre la orientación del Locus de Control (interno - externo) con las variables Ansiedad y Depresión. La evaluación se realizó mediante la aplicación de los instrumentos (Beck, IDARE y MHLC). Se utilizó un diseño de tipo descriptivo correlacional aplicado en una muestra de 16 sujetos con edades comprendidas entre 22 y 46 años, conformados por 8 con trastorno de ansiedad y 8 con trastorno de depresión entre mujeres y hombres asistentes a un centro universitario de asesoría psicológica. Los resultados corroboran las hipótesis planteadas en cuanto a la relación alta y directa positiva a un alfa de 0.05 existente entre Ansiedad y Locus de Control Externo, y Depresión y Locus de Control Externo. Los hallazgos permiten plantear alternativas para la prevención y promoción de la salud.

La depresión y la ansiedad son los trastornos más característicos del estado anímico actual. El ser humano se ha visto obligado a prestar atención a lo que le está sucediendo y a explorar su reacción global. Esto va a producir distintas

conductas: de acercamiento, de ataque, de huida, de evitación, etcétera. En él se dan dos connotaciones a tener en cuenta: que el hombre *aprende* de hechos pasados y que por eso tiene también capacidad para *prever* eventuales peligros.

Pero no solo es capaz de esto, sino que también puede analizar sus reacciones, lo que le está ocurriendo en un momento determinado ante esos peligros exteriores o esas maneras internas mal dibujadas, lo cual le va a llevar de algún modo a controlar mejor su respuesta general, recibéndola entonces disminuida de intensidad (Rojas, 1998).

El aumento o la disminución de la ansiedad o la depresión tiene mucho que ver con la elaboración individual de la información que a ese sujeto le llega, y a su forma de reaccionar ante ella. Por tanto el locus de control hace referencia al grado que una persona percibe los eventos de su propia vida como consecuencia de sus propias reacciones, o como resultado de la acción de otras fuerzas externas.

Lo anterior enmarcado en un enfoque cognitivo – conductual, establece la relación existente entre el locus de control que es capaz de manejar un individuo con una posible aparición de problemáticas psicológicas como depresión, ansiedad, sentimientos de culpa, entre otros, que a su vez tienen que ver con el ambiente sociocultural en el que se desenvuelven.

La importancia de este tema se refleja en el número de investigaciones que sobre él se han desarrollado a través de la historia de la psicología y por lo tanto la relevancia que el presente estudio tiene, al pretender correlacionar las tres

---

\* Director de Tesis

variables: ansiedad, depresión y Locus de control que anteriormente habían sido consideradas de forma independiente. Así mismo, es indudable la connotación que la psicología de la salud tiene dentro de este proceso, ya que esta rama de la psicología se encarga de ayudar en la promoción y educación de la gente para que, ellos mismos, protejan y mejoren la calidad de su vida y, por tanto su propia salud.

La aplicación de los principios y métodos conductuales al campo de la salud han atraído el interés de investigadores de diversas disciplinas con el fin de mejorar las condiciones de salud y contribuir a la mejoría de las enfermedades (Gentry y Williams 1977; Schwartz y Weiss 1977; Pomerleau y Brady 1979, citado por Rodríguez, L, 1990). Además de desarrollar procedimientos más efectivos para la prevención y tratamiento de las enfermedades, este nuevo enfoque ha contribuido significativamente a atraer la atención de investigadores y clínicos en las ciencias de la salud sobre las influencias del ambiente y del comportamiento en los procesos de salud y enfermedad (Rodríguez, L, 1990).

Según Roa. A. (1995). la psicología de la salud constituye uno de los campos de investigación y aplicación de la psicología, cuya aparición es muy reciente.

Sus aportes más importantes se basan en un abordaje fundamentado en la perspectiva salud-enfermedad, en donde los aspectos psicológicos y conductuales, no solo son referidos a alteraciones biológicas y al funcionamiento orgánico, sino que también son relevantes para la prevención, tratamiento y/o rehabilitación.

El término "salud"; se hace indispensable para el entendimiento de este campo de la Psicología, e implica la consideración de tres componentes: el subjetivo (percepción y creencias de bienestar), el objetivo (integridad y/o funcionalidad orgánica, y el adaptativo (integración bio-psico-social del individuo).

Es así como el estado de salud es esencialmente variable, porque variables son las situaciones ambientales, físicas y sociales, porque variable es el desarrollo evolutivo con sus procesos madurativos y degenerativos, orgánicos y psicológicos, porque variables, en suma, es la conducta del hombre.

No existe un límite definido y drástico entre la salud y la enfermedad.

La salud es un proceso social en su origen, que tiene repercusiones psicológicas en el ambiente de vida de la comunidad y que, finalmente, produce en el individuo, según las circunstancias (favorables o negativas) el estado ecológico de salud o el desequilibrio ecológico que llamamos enfermedad (Martín y Pastor 1988, citado por Roa, 1995)

Según M Lalonde (1974) citado por Roa (1995), los determinantes de la salud y la enfermedad son:

- a) biología humana: aspectos fisiológicos, aspectos genéticos y evolutivos
- b) Medio ambiente: contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural.
- c) Estilo de vida: ejecución de conducta favorecedora de la salud (ejercicio físico, alimentación adecuada, adopción de medidas preventivas...), de conductas de riesgo para la salud (fumar, consumo de otras drogas, estrés excesivo...), o

incluso de conductas de enfermedad (que condicionan cuantitativa y cualitativamente la recuperación o la adaptación a la misma).

d) Sistema de asistencia sanitaria: En lo que se refiere a la adopción de medidas políticas sobre la salud, calidad de la asistencia, medios técnicos o atención al paciente.

Así pues, la psicología de la salud se centrará en el estudio de estas cuatro grandes áreas determinantes de la salud, calidad de la asistencia, fundamentalmente, de las interacciones entre ellas, y específicamente de los comportamientos del individuo asociados a un determinado estado de salud.

Los mayores aportes a la formación de la psicología de la salud según Roa (1995), provienen desde los modelos conductuales de la evaluación, primariamente aplicados al campo de los trastornos mentales (es decir desde la psicología clínica), estos son:

a) Un triple sistema de respuesta en "cualquier" conducta humana, patológica o no (cognitivo, motor y fisiológico), lo que se resume en el modelo bio-psico-social, básico de la psicología de la salud.

b) Conceptualización de un modelo continuo "evaluación-tratamiento", en el que no existen compartimentos dado su carácter procesal, y en el que debe evaluarse todo, (antecedentes, conducta, consecuencia, modificación y resultados).

c) Interés en los trastornos psicosomáticos o psicofisiológicos, dentro de los que se considera una amplia variedad de trastornos o enfermedades físicas, hasta ahora evaluadas y tratadas exclusivamente desde el punto de vista orgánico, farmacológico y quirúrgico.

d) Dado el campo clínico de la salud, la insistencia en obtener datos dentro de estrategias experimentales de caso único, se supone la consideración de la evaluación y el tratamiento como fases de un experimento en el cual se realiza la formulación de hipótesis y su contrastación sobre un único sujeto, el paciente.

Es por ello que se hace necesario referenciar el presente trabajo dentro del marco teórico de la psicología de la salud, con la finalidad de centrar el campo de las variables y factores a evaluar, desde una óptica multidisciplinaria, de cara a su aplicación en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, de los problemas salud-enfermedad, que se refieren a los constructos de salud mental que se trabajan desde el área de la psicología clínica.

Por tanto, en un análisis de la historia del concepto de la psicología de la salud, se encuentra que la primera referencia al término, tiene sus orígenes desde la mitología griega y la filosofía de los presocráticos. Sin embargo, todos los autores coinciden en señalar que el término y la denominación “psicología de la salud” como actividad singular, surge en el seno de la *American Psychological Association (APA)* como resultado de una serie de acontecimientos ocurridos e información recopilada en los años sesenta por William Shofield en 1976 (citado por Simón, 1999) quien planteó como objetivos principales de esta rama los siguientes:

a) Promover las contribuciones de la psicología como una disciplina interesada en la comprensión de la salud y la enfermedad a través de la investigación básica y clínica;

b) Alentar la integración de la información biomédica acerca de la salud y la enfermedad con el conocimiento psicológico actual;

c) Informar a la comunidad científica y profesional, así como al público en general, de los principales resultados de la investigación y de las actividades y servicios en ésta área, y

d) facilitar y promover la formación de profesionales y la creación de servicios especializados en psicología de la salud.

Joseph Matarazzo hacía parte de esta congregación de personas y fue quien realizó la primera definición formal del término (1980): "...es el conjunto de los aportes específicos educativos, científicos y profesionales de la psicología a la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas..."

Luego en 1983 Gatchell y Baum define a la psicología de la salud como una disciplina relativa al papel primario de la psicología como ciencia y profesión en las áreas de la medicina conductual y salud conductual (Simón, 1999).

En 1993, Carrobbles, propone a la psicología de la salud "...como un campo de especialización de la psicología que centra su interés en el ámbito de los problemas de salud, especialmente físicos u orgánicos, con la principal función de prevenir la ocurrencia de los mismos o de tratar o de rehabilitar estos en caso de que tengan lugar, utilizando para ello la metodología, los principios y los conocimientos de la actual psicología científica, sobre la base de que la conducta constituye junto con las causas biológicas y sociales, los principales

determinantes, tanto de la salud como de la mayor parte de las enfermedades y problemas humanos de salud, existentes..." citado por Roa (1995).

En ese mismo año, Simón habla de esta rama como una confluencia de las contribuciones específicas de las diversas parcelas del saber psicológico (psicología clínica, psicología básica, psicología social, psicobiología), tanto a la promoción y mantenimiento de la salud como a la prevención y tratamiento de la enfermedad.

Taylor en 1995 citado por Simón en 1999 expone que la psicología de la salud, se dedica al conocimiento de las influencias psicológicas en cómo la gente permanece sana, por qué enferman y cómo responden cuando estén enfermos.

Si bien la mayoría de las definiciones no especifican la inclusión de la salud mental dentro de la psicología de la salud, el aspecto central se resume en el estudio de mecanismos de cualquier forma de relación entre conducta y salud (Roa, 1995) ante lo cual podemos concluir como un concepto general de la psicología de la salud sus características (Godoy, 1993 citado por Simón, 1995):

- 1) Dirigir su área de actuación tanto al individuo como al conjunto de instituciones y fuerzas que están relacionadas con la salud, esto es, a los niveles intraindividuales, interindividuales y sociales de la salud (Stone, 1983)
- 2) Primar los aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

3) Potenciar la investigación destinada a conocer cómo contribuyen a la salud los factores comportamentales y a la elaboración de estrategias adecuadas para su evaluación y control o modificación.

4) Analizar y mejorar las políticas de salud y el sistema de atención de la salud.

De acuerdo a lo anterior y conservando la perspectiva biopsicosocial que es de nuestro interés y que se profundiza más adelante, la psicología de la salud expone varios modelos:

El modelo de disregulación de Schwartz (1977) citado por Roa, plantea que el cerebro es el órgano rector de la autorregulación integral del organismo, en su relaciones con el medio ambiente externo e interno, mediante procesos de feedback de la actividad de los diferentes órganos corporales. En palabras del propio autor: ... *Desde esta perspectiva se hace claro que el cerebro tiene la responsabilidad más importante de su propio cuidado y de cuerpo. Su habilidad para mantener la salud depende de una capacidad para registrar y procesar las señales de feedback de los órganos corporales.* De esta manera, la salud vendrá explicada por una regulación cerebral eficaz del organismo mientras que la enfermedad aparecerá como consecuencia de la disregulación. Ambos procesos se producen por fases. Los estímulos del ambiente externo o exigencias ambientales inciden sobre el organismo, entrando en el cerebro a través del input sensorial correspondiente, procesándose a nivel central y emitiéndose las subsecuentes señales de control de la output motor.

Independientemente de que la alteración de la regulación normal aparezca en una o varias de estas etapas, su resultado es el mismo, el fracaso en el control del

cerebro sobre el órgano, aparición de la disregulación y predisposición de la persona a desarrollar un trastorno o enfermedad específica.

Por otro lado como segundo modelo está el de diátesis estrés (Steptoes, 1989 citado por Roa) el cual ha sido uno de los más relevantes en psicología de la salud. Se trata del modelo de corte biopsicosocial propiamente dicho, que se centra en el efecto interactivo de los factores ambientales y de la vulnerabilidad individual (genética y psicológica) a la enfermedad. El que tales respuestas tengan o no un efecto negativo sobre la salud dependerá de la predisposición biológica o diátesis. Si el individuo es vulnerable desarrollara patrones crónicos es decir trastornos.

El tercero es el modelo psicológico de la salud de Ribes (1990) que tiene como objetivo la delimitación teórica y conceptual de los problemas de la salud y la enfermedad. A partir de los planteamientos del modelo biomédico (como referente a la enfermedad), y del modelo sociocultural (como referente al bienestar), se pretende llevar a cabo un análisis de las practicas efectivas de prevención, curación y rehabilitación en psicología de la salud. Para ello el autor recurre a una tercera dimensión, que no es otra que el comportamiento como eje mutuamente vinculador de las dos anteriores, entendido *como práctica individual de un organismo biológico en un medio regulado por relaciones socioculturales*.

El esquema del modelo incluye dos tipos de categorías descriptivas: (1) Los procesos psicológicos que vinculan condiciones del organismo con acciones del individuo dentro de un medio sociocultural, y se refieren a la interacción de tres factores que dan cuenta del mantenimiento recuperación o perdida de la salud

biológica, denominados "historia interactiva del individuo, competencias funcionales presentes o actuales y modulación de los estados biológicos". (2) Los resultados o consecuencias de tales procesos, referentes a las características funcionales del comportamiento, la vulnerabilidad del organismo y sus efectos en la producción - prevención de enfermedad, así como conductas asociadas a la alteración biológicas. El proceso psicológico de la salud estará determinado tanto por el nivel de vulnerabilidad biológica a la enfermedad individuo, como por la capacidad para la ejecución de conductas instrumentales preventivas y/o de riesgo. La patología biológica aparecerá en aquellos casos que exista un elevado nivel de vulnerabilidad y conductas de riesgo.

Referenciando a la "evaluación" de comportamientos de salud y conductas de riesgo, "él modelo de diagnóstico comportamental acerca de la salud ", pretende analizar las conductas asociadas a los problemas de salud.

El modelo de Green (1980) se centra en la función que cumplen los comportamientos en la salud, como factores que pueden ser predisponentes, facilitadores o de refuerzo. Los factores predisponentes son los que anteceden a los comportamientos de riesgo o a las conductas de salud, y se refieren a las creencias, actitudes, y valores del individuo sobre la salud, los modelos de percepción subjetiva del riesgo que conllevan a los comportamientos insanos, o el grado de información sobre los riesgo para la salud.

Por su parte, los factores facilitadores son así mismo antecedentes de las conductas de salud y consisten en aspectos tales como las habilidades

capacidades y recursos personales del individuo para la realización de tareas, factores socio - comunitarios, como la disponibilidad de recursos económicos, la distancia del centro médico o la dependencia de otros. Y en cuanto a los factores de refuerzo se trata de las relaciones de contingencia establecidas entre la ejecución del comportamiento de salud y sus consecuencias, tales como el alivio del dolor, el sentimiento de bienestar, la mejora en la capacidad física, el apoyo social de familiares y amigos o las críticas y el costo excesivo de las conductas, entre otras.

Acerca de estos desordenes, Kalish (1992) y las posturas conductuales comentan que son producto de la administración inapropiada de reforzamientos que están empobrecidos o degradados dando como resultado respuestas inapropiadas como la depresión o la ansiedad, presentes en este estudio.

En la psicología de la salud se utilizan los principales paradigmas y métodos de evaluación para medir variables biológicas conductuales, cognitivas, de personalidad, sociales y ambientales. Estos tienen un impacto importante ya que influyen en la cantidad, elementos y tipos de información que se obtienen sobre un paciente y las variables funcionales asociadas causales y no causales.

Las estrategias y los instrumentos tienen efectos particularmente importantes sobre el modo causal, es decir, la conceptualización del caso y el análisis funcional que el clínico desarrolla de los trastornos comportamentales de un paciente y sobre los métodos de tratamiento que se utilizan.

La variedad de instrumentos, métodos y paradigmas de evaluación que han sido utilizados en la psicología de la salud y la diversidad de la población refleja la

diversidad de elementos de medición en esta disciplina. Los problemas de interés en Psicología de la salud presentan aspectos biológicos, cognitivos y conductuales, por tanto sus modelos causales incluyen variables biológicas, comportamentales, cognitivas, de personalidad, sociales y ambientales.

La evaluación tiene un impacto muy importante sobre el juicio clínico en el ámbito de la psicología de la salud, es suficiente recordar que uno de los objetivos de esta especialidad es predecir los parámetros conductuales de los problemas de su salud, su probabilidad, intensidad y duración. Los más importantes principios de la evaluación de la psicología de la salud guían las estrategias utilizadas afectando a las conclusiones derivadas de los datos obtenidos, estas son, (a) evaluación multimodal y multidimensional, (b) evaluación multimétodo, (c) evaluación multifuente, (d) errores de medida, (e) evaluación de variables, y (f) integración de los datos de la evaluación en el análisis funcional mediante modelos causales analítico - funcionales.

En la presente investigación se hará énfasis en las escalas evaluativas de tipo multimodal y multidimensional.

La mayoría de los trastornos conductuales implican diversas modalidades de respuesta. Los problemas de salud relacionados con el comportamiento son un claro ejemplo de trastornos multimodales (Krasner, 1992 citado por Simon 1999), ya que en ellos generalmente covarían componentes biológicos, conductuales y cognitivos. Consecuentemente pueden ser considerados "síndromes" multimodales (grupos de síntomas que tienden a covariar significativamente, por

ejemplo los trastornos de estrés postraumático es un trastorno multimodal , estos pueden determinarse mediante reacciones fisiológicas de miedo, reexperimentación cognitiva de evento traumático, culpabilidad relativa del trauma, alteraciones del sueño, conductas de evitación y accesos de cólera (American Psychiatric Association, 1994 citado por Simón, 1999).

Los múltiples modos de expresión de los problemas de salud representan un reto para su mediación, ya que generalmente las diferencias de modalidades de respuesta están débilmente correlacionadas.

La magnitud de covariación entre las modalidades de expresión de problemas pueden, estar influidas por las propias características de esta modalidad y también por las estrategias utilizadas para su medición. En primer lugar, las diversas modalidades de respuesta pueden estar influenciadas por variables causales distintas y presentar diferentes mecanismos subyacentes. En segundo lugar, las distintas modalidades pueden manifestar una magnitud de respuesta similar, o estar altamente correlacionadas, pero presentar un curso temporal desigual, el curso temporal de una variable hace referencia a sus dimensiones relacionadas con el tiempo, como frecuencia y latencia de aparición (Haynes, Blaine y Meyer, 1995 citado por Simon, 1999). En tercer lugar, cada modalidad de respuesta tiene atributos múltiples: puede caracterizarse sobre múltiples dimensiones, puede presentar a menudo bajas magnitudes covariación.

Las implicaciones para la evaluación en psicología de la salud son: (a) todas las medidas de las diferentes modalidades y dimensiones del problema pueden

ser válidas, (b) una evaluación minuciosa requiere la medición de múltiples modalidades y las dimensiones objeto de evaluación debe estar fundamentada empírica y conceptualmente, y (c) las medidas en agregado de las variables multimodales y multidimensionales pueden, en ocasiones, ser útiles y, algunas veces molares.

A pesar de su baja covariación, todas las mediciones de las diferentes dimensiones y modalidades de respuesta de los problemas conductuales y de las variables causales pueden ser válidas. La medición no implica que todas las modalidades sean válidas de la misma manera, en las mismas condiciones o para los mismo propósitos.

La validez es un constructo multideterminado (Hayenes y Waialae, 1994 citado por Simon , 1999) y las medidas de diferentes modalidades dimensiones pueden ser válidas en referencia a distintos criterios y cuando se usan para diferentes juicios clínicos, es importante tener en cuenta que las estrategias de evaluación deben tener bases conceptuales firmes.

Según Simon (1999), existen otros importantes objetivos de evaluación en psicología de la salud que pueden facilitar los juicios clínicos, estos son: (a) los efectos secundarios del tratamiento, (b) las covariaciones de los problemas de conducta primarios, (c) la generalización de los efectos del tratamientos a otras situaciones, personas y momentos, (d) las variables independientes en la implementación del tratamiento, y (e) los recursos personales y sociales del paciente. Es importante tener en cuenta que en algunos pacientes los efectos secundarios negativos pueden superar a los beneficios percibidos y comprometer

la adherencia al tratamiento. Por ello, en ocasiones pueden ser necesarios procedimientos terapéuticos auxiliares o tratamientos alternativos.

En la psicología de la Salud la evaluación puede darse a diferentes niveles de inferencias, pueden darse a un nivel inferior o superior (algunas veces denominados molar o molecular, orden mayor u orden menor). Un ejemplo de problema conductual de alto nivel es la depresión, que puede hacer referencia a múltiples fenómenos de bajo nivel como lentitud motora, afecto negativo, insomnio, trastornos alimenticios.

Todas las variables de alto o bajo nivel pueden ser objetivos apropiados de evaluación, dependiendo del propósito de esta. Sin embargo, los evaluadores a menudo cometen errores al utilizar instrumentos de evaluación que miden de manera inadecuada variables de alto nivel, es decir aportan datos que no son suficientemente específicos como para guiar el diseño de programas de intervención u otros juicios clínicos. Dado que las variables de alto nivel están compuestas de muchos elementos, es difícil determinar cuál de esos elementos contribuye a la puntuación que se obtiene, en consecuencia, su utilidad clínica es escasa, por el contrario, las variables de bajo nivel tienen, en general, una mayor utilidad en la toma de decisiones clínicas, ya que se orientan a problemas de comportamiento, variables causales y estrategias de intervención más específicas.

Las implicaciones para la evaluación en la psicología de la salud son claras: las variables de bajo nivel aportan, generalmente, datos más específicos del fenómeno que interesa al clínico.

El diagnóstico está basado en las características de los trastornos conductuales y sobre la presunción, a menudo no válida, de que los síntomas específicos covarían. Puede sugerir un conjunto de potencialidades variables causales pero es una base insuficiente para identificar relaciones causales y para la programación del tratamiento.

El diagnóstico utilizado en la psicología de la salud se basa solo en la forma y covarianzas entre conductas problema pero no identifica los factores causales específicos que operan en un paciente particular, no identifica cuales son los parámetros mas sobresalientes de un problema conductual en un paciente concreto. Para la conceptualización clínica del caso y el diseño de los programas de tratamiento es necesario una evaluación adicional que aporte información más específica. Así mismo, es importante la utilización del análisis funcional tanto para su diagnóstico como para el tratamiento, ya que la complejidad de los modelos causales de los problemas conductuales de un paciente requiere que sus componentes multivariados y multidimensionales se integren de manera que faciliten la comunicación y la toma de decisiones clínicas.

Los parámetros de los trastornos conductuales objeto de evaluación deben ser claramente especificados ya que las variables causales y la forma de las relaciones causales puede variar de unos parámetros a otros, y sobre todo el trastorno puede diferir de un paciente a otro. La especificación de los parámetros influirá en el modelo causal final que se desarrolla, en la estrategia de evaluación y en el programa de tratamiento inicial.

Los instrumentos utilizados para evaluar se componen de autoinformes, entrevistas estructuradas, evaluación psicofisiológicas entre otras y observación conductual (Simon, 1999). Es importante que el evaluador seleccione instrumentos de evaluación congruentes con su objetivo y con las inferencias específicas que se pretenden realizar; además éstos deben estar en consonancia con los actuales conocimientos sobre el trastorno en cuestión.

La selección de los métodos e instrumentos de evaluación es importante para los juicios clínicos en Psicología de la Salud. Se debe a que los distintos instrumentos miden diferentes dimensiones y modalidades de respuestas y la varianza en una modalidad y dimensión no puede ser generalizada a otras. Las distintas modalidades de expresión de un problema relacionado con la salud, pueden además, estar afectadas de manera desigual por diversas variables causales

Finalmente, la psicología de la salud todavía no puede considerarse a como una disciplina autónoma, planteando que su identidad científica y profesional es un proceso que se hace continuo al recopilar información acumulada que indica que elementos de la psicología deben ser aplicados y en que medida su potencial en el ámbito de la salud puede ser aplicado por científicos y profesionales.

Estas posturas de estudio dentro del marco de la psicología de la salud, pueden subdividirse en una rama clínica y otra no clínica. La primera se referiría a factores o aspectos de salud enfermedad en el que el estado psicológico o la

conducta individual constituye el problema central, incluyendo aquí el concepto de "salud mental". Por su parte la no clínica abarcaría cualquier aspecto de la psicología orientado al estudio de relaciones entre conducta y salud-enfermedad, tanto desde la investigación básica (ejemplo: factores ambientales de riesgo), como en lo referente a la investigación aplicada (ejemplo: programas de educación y prevención) (Rodin y Stone (1987), citado por Roa (1995)).

La presente investigación hará parte de la "rama clínica" de la psicología de la salud y aunque los intentos de delimitación conductual entre la psicología clínica y la psicología de la salud no han sido muy afortunados, estas dos disciplinas son muy diferentes entre sí tanto en sus objetivos como en sus modelos e intervenciones.

Por lo que respecta a los objetivos, La psicología clínica tiene como objetivo general la enfermedad, como demuestra la exigencia en la clínica de un paciente que necesita ayuda para afrontar sus problemas, demanda que no existe en psicología de la salud al ser su objetivo estudiar la salud e intervenir para lograr la prevención de la enfermedad. Sus modelos subyacentes serían el cognitivo conductual, la diferencia estaría en la diferente dimensión, terapéutica o preventiva, de ambas.

Para otros (Pérez 1991, citado por Simón, 1995), la psicología de la salud podría concebirse, con respecto a la psicología clínica, más que como dos campos diferenciables como una extensión uno del otro, aunque los orígenes del término "psicología clínica" sean anteriores a los de la psicología de la salud.

Desde el punto de vista histórico, la primera persona que hizo una aportación directa al desarrollo de la psicología clínica fue Lightner Witmer desde 1896; pero aunque fue él el fundador de la primera clínica psicológica en la Universidad de Pennsylvania, no puede haber duda de que fue la escala de Binet el factor más poderoso de en su desarrollo y su expansión seguido posteriormente por Catell (Garfield, 1980)

Goldenberg en 1973 definió la psicología clínica como una rama de la psicología que investiga y aplica los principios de la psicología a la situación única y exclusiva del paciente para reducir sus tensiones y ayudarlo a funcionar de una forma eficaz y con mayor sentido.

Korchin en 1976 agregó que quien se dedique a esta especialidad se preocupa por entender la conducta humana y mejorar la situación de las personas que se encuentran con problemas, utilizando para ello los conocimientos y las técnicas más avanzadas, procurando al mismo tiempo, mediante la investigación mejorar las técnicas y ampliar los conocimientos para lograr mayor eficiencia en el futuro; relacionando entonces el concepto con las funciones específicas de quien la ejerce.

La APA, con Kendall y Norton – Ford en 1982, hablan de la forma de la psicología aplicada que pretende determinar las capacidades y características de la conducta de un individuo recurriendo a métodos de medición, análisis y observación, y que, con base en una integración de estos resultados con los datos

obtenidos a través del examen físico y de las historias sociales, ofrece sugerencias para la adecuada adaptación del individuo.

El Colegio Oficial de Psicólogos (COP), 1988 habla de esta rama como una especialidad de la psicología que se ocupa de la conducta humana y los fenómenos psicológicos y relacionales de la relación salud – enfermedad en los aspectos de prevención, evaluación, tratamiento psicológico y rehabilitación entendido dentro de un ámbito biopsicosocial; todo ello fruto de una observación clínica y de la investigación científica, cubriendo los distintos niveles de estudio e intervención: individuo, pareja, familia, grupo y comunidad.

Todo lo anterior recopilado en una sola definición de la “psicología clínica” por Simón en 1999, como el conjunto de posibles actuaciones (comprensión, explicación, diagnóstico, evaluación, prevención, tratamiento y rehabilitación) sobre sujetos que presentan problemas o trastornos psicológicos. Su principal característica será, pues, el establecimiento de una relación entre el psicólogo y su paciente con una dimensión de apoyo y ayuda (operativizada en la comprensión de los problemas de su cliente y el aprendizaje por parte de éste de estrategias apropiadas para resolverlos y, así, funcionar más eficazmente), a través de los conocimientos y la actuación psicológica.

Un aspecto muy importante de esta área clínica es la “Evaluación” definida como: los conceptos, modelos, técnicas y actividades que se han derivado de la Evaluación Psicológica para atender a las necesidades, problemas, tareas y

objetivos evaluativos específicos de los distintos ámbitos de aplicación de la Psicología Clínica (Avila, 1992, citado por Roa, 1995).

Para comprender y hacer uso de los *modelos de evaluación*, es necesario conocer los niveles de inferencia (Roa, 1995):

Nivel I: La conducta del sujeto es considerada únicamente como muestra del comportamiento del sujeto en la vida real, en las áreas que se está evaluando, suponiendo un nivel mínimo de inferencia.

Nivel II: La conducta evaluada se asocia con otras conductas no evaluadas.

Nivel III: La conducta evaluada es expresión de un constructo hipotético de carácter interno, intrapsíquico e inobservable, que se constituye en causa de la conducta.

Nivel IV: La conducta evaluada es explicada especulativamente a partir de una teoría concreta del psiquismo, siendo que el concepto inferido es integrado en una teoría completa.

Los modelos básicos de la evaluación clínica son:

Modelo psicométrico:

Siguiendo a Fernández – Ballesteros (1992), este modelo que denomina *del atributo*, plantea que la conducta está determinada por variables personales u organísmicas, de carácter intrapsíquico o genotípico, que no se manifiestan externamente sino a través de ella (la conducta), considerada como una variable fenotípica. Así, las relaciones existentes entre ambas variables sólo pueden ser determinadas correlacionalmente. Este modelo emplea prioritariamente tests y técnicas de recogida de información con el fin de contrastar sus hipótesis previas.

La interpretación de los datos de la evaluación se realiza al mayor nivel de inferencia (nivel IV), donde se lleva a cabo una explicación especulativa acerca de la conducta del sujeto a partir de la teoría psicodinámica del psiquismo. El objetivo de este modelo es la explicación de la conducta del sujeto con base en los contenidos y la dinámica de su vida mental.

#### Modelo médico – psiquiátrico

Se basa en la consideración del trastorno conductual como una “enfermedad mental”, que obedece a causas internas, fundamentalmente de carácter biológico. La conducta está determinada por condiciones biológicas internas, de las cuales el trastorno es un síntoma o un síndrome. El conocimiento de la etiología del trastorno llevará, por tanto, al tipo de tratamiento a emplear. Este modelo trata de estudiar al paciente, intentando su clasificación en función de diversas entidades nosológicas que son consideradas como enfermedades mentales, así como la búsqueda de causas biológicas subyacentes que respalden la aparición y el mantenimiento de la enfermedad.

En su metodología, el modelo médico – psiquiátrico emplea técnicas similares a las del modelo psicométrico, es decir, aplica diversas pruebas tipificadas, cuyas puntuaciones son comparadas con normas de referencia.

Las interpretaciones derivadas de este modelo alcanzan los niveles II y III, es decir, que la conducta del sujeto expresa la existencia de un atributo subyacente, concepto que queda incluido y explicado por una teoría completa.

Por lo que se refiere a sus objetivos, la explicación de la conducta lleva a un diagnóstico, basado en una etiología específica, que sirve al pronóstico y/o predicción de la conducta, así como a su control.

El último modelo y el interés de la presente investigación, es el Modelo Conductual:

Consiste en la observación y medida en términos físicos de la conducta (Variable Dependiente), así como de la manipulación de las variables ambientales (Variable Independiente). La manipulación de los estímulos dará lugar a la modificación de la conducta desadaptada. Sólo se evaluará la conducta públicamente observable (motora), vista desde un enfoque molecular, y referida al momento actual; considerándose únicamente el pasado del sujeto en cuanto a su historia de reforzamiento, dado que lo que se persigue es establecer un enlace funcional E – R explicado por un determinado programa de refuerzo, es decir como se ha aprendido y como se mantiene la conducta desadaptada.

Cone (1986) citado por Roa, (1995), expresa que pueden existir hasta 32 modelos diferentes de la evaluación conductual, en base a diversos criterios de clasificación, los cuales resumió en dos aproximaciones:

a) Nomotética de rasgo: donde su objeto de estudio son determinados rasgos o síndromes (ansiedad, depresión ...), desarrollando instrumentos para una evaluación deductiva, en la que interesan las fuentes de variación inter – sujeto, y desde la cual, los instrumentos se emplean para valorar los efectos de variables independientes en la investigación grupal, o bien, para valorar las intervenciones aplicadas a sujetos individuales.

b) Idiográfico conductual: donde su objeto de estudio se centra en la selección de conductas específicas, con el interés en el desarrollo de instrumentos para su evaluación inductiva, y estableciendo la adecuación de los mismos en función de la variación intraindividual de las puntuaciones.

Una de las investigaciones más recientes en este campo, fue la realizada por Sandín en 1993 citado por Simón en 1999 se concluyó *“que los principales efectos psicológicos en relación con la salud / enfermedad se establecen a través de los mecanismos del estrés”*.

Desde un punto de vista conductual, el estrés se puede definir como un patrón complejo de respuestas ante situaciones estresantes, acontecimientos vitales y contra tiempos cotidianos, caracterizados por:

- a) Sistema psicofisiológico: se incrementa la actividad vegetativa con aumentos en la tasa cardiaca, presión arterial, ritmo respiratorio, etc.; y una disminución del sistema inmunológico.
- b) Sistema cognitivo: se presentan dificultades cognitivas en atención, memoria, pensamiento, solución de problemas, olvidos, etc.
- c) Sistema motor: Aparecen excesos como el habla rápida, conductas de hiperactividad, drogas, temor, etc.

Lo anterior, nos permite entrar en materia acerca de los trastornos afectivos que le preocupan a esta publicación. El tipo y frecuencia de los desordenes conductuales son diferentes entre hombres y mujeres y se ha visto que estas

diferencias son fomentadas en el hogar y pulidas y mantenidas en el salón de clases. Dentro de las conductas derivadas de la depresión y los trastornos de ansiedad, se pueden encontrar: comportamientos autolesivos, dolor en busca del placer, sufrimiento del dolor para escapar del dolor, la comida como reforzador, las desviaciones sexuales, entre otros. Estos se presentan debido al tipo de control bajo el que se encuentren dichas conductas, que pueden ir desde reforzadores internos - corporales o psicológicos - hasta sustancias exógenas y actitudes sociales que pueden tomar el control de los comportamientos del individuo.

Algunos reforzadores nunca pueden ser apropiados bajo ninguna circunstancia, debido a que ellos siempre tienden a producir un comportamiento indeseable y consecuencias físicas nocivas. Los dos reforzadores adictivos más generalizados son el alcohol y las drogas.

Para decir que un desorden conductual puede atribuirse a un condicionamiento clásico, dicho comportamiento tiene que ser esencialmente involuntario y estar bajo control de estímulos conocidos y lo más importante, es que dicho control tiene que ser inapropiado también.

En el condicionamiento operante, el comportamiento desviado se origina y se mantiene porque éste tiene éxito en la obtención de algún objetivo o incentivo. El incentivo puede ser uno comúnmente aceptado como: comida, atención, amor, pero está administrado de manera inapropiada. Este incentivo simplemente refuerza el comportamiento desviado.

Por otra parte, a pesar de los numerosos estudios clínicos llevados a cabo en torno a esta temática, persiste la controversia sobre si los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos representan distintas entidades clínicas o si se trata de diferentes aspectos de una misma alteración patofisiológica (Ayuso Gutiérrez, 1997).

Por lo anterior y para la presente investigación es de vital importancia hacer una revisión de los conceptos: Ansiedad, Depresión y Locus de Control, haciendo principal énfasis en los aspectos relacionados con la evolución del concepto, desarrollo del mismo, teorías, modelos, evaluación e investigaciones, con el fin de proporcionar un marco teórico amplio con datos suficientes que permitan encontrar la relación existente entre las anteriores variables.

La ansiedad es una emoción humana que fue reconocida desde hace 5000 años y aunque es claro que los niveles altos de ansiedad y temor pueden conducir a errores psicomotores e intelectuales, deterioro psicológico, y perturbación de concentración y memoria, existen evidencias de que la ansiedad puede cumplir una función adaptativa. Sue, (1996).

A través de la historia el término ansiedad ha ido evolucionando, apoyándose en definiciones anteriores, modificándose y complementándose sin llegar a una sola definición específica.

En la antigüedad, el término latino ANXIETAS, denominaba toda experiencia de diversos grados de incertidumbre, agitación y miedo.

En el contexto de las teorías psicológicas, Freud fue el primero en tratar de explicar el término de ansiedad, utilizando la palabra "angst", definiéndola como algo "sentido", un estado o condición afectiva displacentera del organismo humano (Freud, 1936, citado por Davinson, 1980).

Posteriormente Mowrer inició el estudio de la ansiedad a nivel experimental, y sugirió definirla como una respuesta interna que se puede adquirir por condicionamiento clásico.

Mandler y Sarason, (1952), tuvieron en cuenta la importancia de los efectos del éxito y el fracaso en la incidencia de este término. Luego en los 60 se centró la atención en las condiciones estimulantes (internas y externas) que ocasionan las conductas etiquetadas como ansiosas y en sus componentes específicos (impulso emocional), y conducta de evitación, esta técnica fue acogida ampliamente por el enfoque conductual. Beltrán y García, (1994).

Según Haller, (1973), la ansiedad es un sentimiento de vago sobrecogimiento acompañado de cambios viscerales y musculares en el organismo. Freedman y Kaplan, (1975), citados por Beltrán y García, (1994), definen el término como un efecto desagradable que se manifiesta psicofisiológicamente como respuesta a un estímulo intrapsíquico.

Autores como Kanfer y Phillips, (1977), citado por Beltrán y García, sugieren que el constructo de ansiedad surgió de diferentes observaciones: primero, la ansiedad se definió con base en la descripción verbal que una persona hace de un estado interno; segundo, define la ansiedad por medio de la evaluación de patrones fisiológicos y comportamentales, magnitud, duración, umbral o variación

en respuestas a estímulos estandarizados; y un tercero, que basa la definición de ansiedad en operaciones experimentales de laboratorio en las que se crean ciertas condiciones con el fin de producir eventos excitantes.

Un último enfoque mencionó que la ansiedad también se ha tratado de explicar dentro de una postura etológica, con inicios en 1952 por Robertson. Dicha teoría se postuló para explicar el desarrollo de la ansiedad de la separación en los niños, extendiéndose posteriormente a la explicación ansiosa en edades mayores.

Finalmente el concepto de ansiedad que se manejará en el presente proyecto es el que se referencia, como un estado emocional con sensación subjetiva, desagradable, originado por una hiperactividad del sistema nervioso, provocado por una amenaza potencial, real o imaginaria, que se manifiesta con síntomas físicos y psíquicos. Serna de Pedro (1996); siendo clasificados por el DSM IV - R.

Es evidente que el término ansiedad se ha transformado y ha evolucionado sin llegar a unificarse, pero por el contrario, aportando positivamente nuevos aspectos valiosos a la psicología.

La ansiedad se manifiesta de tres maneras: *cognitivamente* (en los pensamientos de una persona), *conductualmente* (en sus acciones) y *somáticamente* (reacciones fisiológicas o biológicas).

Las manifestaciones cognitivas de la ansiedad pueden ir desde una preocupación leve hasta el pánico. Las formas graves pueden llevar a la convicción de un destino inminente (el fin del mundo o la muerte), una

preocupación por peligros desconocidos o temores de perder el control sobre las funciones corporales.

Las manifestaciones conductuales de la ansiedad implican la evitación de situaciones provocadoras de la misma.

Los cambios somáticos incluyen la respiración entrecortada, resequedad de la boca, manos y pies fríos, diarrea, micción frecuente, mareos, palpitaciones cardiacas, elevación de la presión sanguínea, aumento de la transpiración, tensión muscular (sobre todo en cabeza, cuello, hombros y pecho) e indigestión (Sue, 1996).

Se habla de Ansiedad orgánica cuando el síntoma predominante es la ansiedad y es provocada por una causa orgánica. Es una ansiedad persistente o recurrente, o bien en forma de ataques de pánico debidos a factores orgánicos específicos, en ausencia de trastorno cognitivo importante o de alteraciones del humor, de la percepción, del pensamiento o de la personalidad. La intensidad es muy variable (Gastó, C. 1991).

Ninguna teoría por sí misma explica la totalidad de los casos de los trastornos de ansiedad, pero cada uno de los modelos explicativos del comportamiento anormal, tiene algo que decir acerca de sus *causas*. Sin embargo, los modelos, médico, psicoanalítico, y conductual han logrado una influencia especial en el pensamiento de los psicólogos (Feldman, 1995):

*El trastorno de ansiedad generalizada*, como su nombre lo implica, se refiere a la situación en que el individuo experimenta una ansiedad constante y a largo plazo sin saber su causa. Estas personas tienen miedo de "algo", pero son

incapaces de explicar qué es ese algo. Debido a su ansiedad no pueden desempeñarse en forma normal. No logran concentrarse, no pueden apartar sus temores, y sus vidas empiezan a girar en torno a su ansiedad. (Feldman, 1995) hay una "angustia libre flotante", que no se presenta ante situaciones concretas, sino de forma casi permanente, pudiendo variar mucho en intensidad. Hay una situación de "expectativa aprensiva", inquietud, fatiga y dificultad para concentrarse. Esta ansiedad puede, finalmente producir problemas fisiológicos. Por la tensión muscular y gran excitación, las personas comienzan a sufrir dolores de cabeza, mareos, palpitaciones cardiacas o insomnio (Serna de Pedro, 1996).

De acuerdo al DSM IV - R los síntomas asociados además de los somáticos son los depresivos (mayor o distimia).

La "perspectiva conductual", abarca tanto la perspectiva del condicionamiento clásico como la cognitivo conductual. Busca las causas dando mayor importancia a los factores ambientales, concibiendo a la ansiedad como una respuesta aprendida frente a una situación estresante (Feldman, 1995).

En el condicionamiento clásico; los conductistas creen que la ansiedad es una respuesta aprendida a estímulos. Wolpe (1982) citado por Sue (1996), sugiere que pueden estar implicados dos factores en la ansiedad. Uno es la intensidad del estímulo Incondicionado (EI). El segundo factor es la falta de un estímulo ambiental distinto durante el condicionamiento.

En la perspectiva cognitivo conductual, se hace énfasis en que las cogniciones, no el condicionamiento, son factores importantes en el desarrollo de los trastornos por ansiedad. Debido a que a menudo no puede ser identificada una fuente

externa de ansiedad, es posible que los pensamientos catastróficos y la atención excesiva a las sensaciones corporales internas puedan funcionar como "disparadores internos" de los ataques. Las cogniciones o la valoración (interpretación) pueden tener una influencia en los síntomas somáticos (Sue, 1996).

La "perspectiva biógena" asociados con el TAG no han sido investigados con amplitud. Sin embargo, Papp y sus colegas (1993) citados por Sue, (1996), plantearon la hipótesis de que la disfunción implica a los receptores que controlan la cantidad de oxígeno en la sangre. Estos dan el mensaje de que el oxígeno es insuficiente, desencadenando temores de asfixia y resultando en hiperventilación.

*En el trastorno de pánico, se experimentan "ataques de pánico" que pueden durar desde unos cuantos segundos hasta varias horas. La ansiedad que una persona ha sufrido en forma crónica se eleva al máximo de pronto, y el individuo tiene la sensación de que le sucederá un mal inminente e inevitable.*

Aunque los síntomas difieren de una persona a otra, son comunes las palpitaciones cardíacas, falta de aliento, cantidades poco normales de sudor, desmayos y mareos, un intenso deseo de orinar y sensaciones gástricas entre otras (Feldman, 1995).

En las crisis de angustia paroxística episódica, en las que aparecen los síntomas de forma súbita y dramática, con sensación de muerte inminente. La intensidad de la angustia es mayor y si se repiten los episodios se acompaña de ansiedad anticipatoria, lo que secundariamente puede llevar a los enfermos a una limitación progresiva de sus actividades, o al consumo excesivo de tranquilizantes

o alcohol. Tampoco es raro que desarrollen sintomatología depresiva a la larga, siendo un factor de riesgo para intentos de suicidio (Fawcett, 1992 citado por Serna de Pedro, 1996).

En la "perspectiva conductual" el condicionamiento clásico puede incrementar la gravedad del trastorno de pánico. Ciertas señales asociadas al ataque pueden por sí mismas producir una gran ansiedad. Las cogniciones al igual que en el TAG disparan los ataques.

En la "perspectiva biógena", Papp y sus colegas (1993) citados por Sue, (1996), creen que las personas que experimentan trastornos de pánico tienen una disfunción biológica específica que los predispone al trastorno.

George y Ballenger (1992), citado por Sue (1996), plantearon la hipótesis de que los trastornos de pánico pueden estar asociados con una disfunción del "locus ceruleus", el cual es parte del sistema de ansiedad central en el cerebro. El aumento de la sensibilidad de la red de ansiedad puede ser activada por cualquier cosa que la incremente, tal como pensamientos o agentes ansiógenos (cocaína, cafeína, etc.). Los tratamientos del trastorno de pánico por lo general pueden ser divididos en dos: biológico (vía medicación) y psicoterapéutico (Sue, 1996).

*El trastorno Fóbico*, está caracterizado por miedos poco realistas (fobias) que pueden impedir que las personas realicen labores cotidianas. Las "fobias" son miedos intensos e irracionales hacia objetos o situaciones específicas. Aunque el peligro real planteado por un estímulo generador de ansiedad suele ser menor o inexistente, para quien sufre de la fobia representa un peligro grave, y es posible

que inmediatamente después de la exposición al estímulo se produzca un completo ataque de pánico. Los trastornos fóbicos difieren de los trastornos de ansiedad generalizada y de los trastornos de pánico en que hay un estímulo específico e identificable, el que produce la reacción de ansiedad. (Feldman, 1995)

La "postura conductual" respecto al origen de las fobias - que son respuestas condicionadas - se basa principalmente en el experimento de condicionamiento de Watson al usar el condicionamiento clásico para producir temores intensos en seres humanos. Aunque algunas fobias pueden resultar de un evento traumático o de un condicionamiento clásico, los datos experimentales no apoyan por completo esta opinión. Por lo cual se han examinado tres caminos posibles como causa de las fobias: condicionamiento clásico, modelamiento e información cognitiva negativa. Alguna combinación de estos factores también puede causar fobias. El condicionamiento emocional puede ser desarrollado por medio del modelamiento o aprendizaje por observación. Conductas que también pueden estar dadas por medio del reforzamiento (condicionamiento operante) (Sue, 1996),

La "perspectiva biógena" muestran una frecuencia mayor que el promedio de un trastorno en parientes cercanos, o si gemelos idénticos (quienes comparten la misma estructura genética) muestran un índice de concordancia mayor que los gemelos fraternos (estructuras genéticas diferentes), podría establecer un factor genético en la causa del trastorno.

Las fobias son tratadas sobre todo con métodos bioquímicos o conductuales. Se hace énfasis en la agarofobia, trastorno en el que se han centrado la mayoría de los tratamientos (Sue, 1996).

En el *Trastorno obsesivo - Compulsivo*, las personas son asaltadas por pensamientos no deseados, denominados obsesiones, o sienten que deben realizar ciertas acciones, en contra de su voluntad denominadas compulsiones. Una "obsesión" es un pensamiento o una idea de carácter recurrente en la mente del sujeto. Las obsesiones leves persisten solo por un período breve. Las personas con serias obsesiones, los pensamientos persisten a lo largo de días o meses, y estos pueden ser imágenes extrañas y perturbadoras.

Entre las consecuencias del trastorno obsesivo - compulsivo, esta la experiencia "compulsiva", es decir la necesidad que tienen las personas de realizar repetidas veces un acto que parece extraño e irracional, incluso para ellas. No importa cual es el comportamiento compulsivo, las personas experimentan una ansiedad enorme si están impedidas de realizarlo, incluso si se trata de una práctica que desean abandonar. Los actos implicados pueden ser triviales (Feldman, 1995).

Las causas del trastorno obsesivo - compulsivo, siguen siendo especulativas, aunque recientemente se ha puesto mayor atención a las explicaciones biógenas. Las causas de este trastorno están explicadas desde las perspectivas de los modelos psicoanalítico, conductual y biógeno.

La "perspectiva conductual" sostiene que las conductas obsesivo - compulsivas se desarrollan debido a que reducen la ansiedad. Un pensamiento o acción

distractora se repite con más frecuencia si reduce la ansiedad. Si el estrés dura más tiempo puede desarrollarse una conducta compulsiva.

Aunque la hipótesis de "la reducción de la ansiedad" es popular entre los teóricos del aprendizaje, no ha sido muy útil para explicar cómo puede originarse una conducta como lavarse las manos. Maher (1966), citado por Sue (1996) sugirió que una compulsión se adquiere por medio del condicionamiento operante.

Otra explicación conductual es "la hipótesis de la superstición". Esto implica una asociación al azar de una conducta con un reforzador; el cual se presenta cuando un resultado positivo sigue a la ejecución de cierta conducta (O'leary y Wilson, 1975, citados por Sue, 1996). La ansiedad se desarrolla si los rituales no son observados debido a que la persona cree que son necesarios para producir un resultado positivo.

Las explicaciones "biológicas" de las conductas obsesivo - compulsivas se basan en datos relacionados con la estructura cerebral, estudios genéticos y anormalidades bioquímicas. Se ha demostrado una actividad metabólica aumentada en el lóbulo frontal del hemisferio izquierdo, también se ha encontrado aumento en la glucosa en esta parte del cerebro. Sin embargo, no está claro si los cambios metabólicos reflejan la causa del trastorno obsesivo - compulsivo o sus efectos, o una combinación de los dos.

Los modos principales de tratamiento del trastorno obsesivo - compulsivo son de naturaleza ya sea biológica (tranquilizantes menores, fármacos antidepresivos) o conductual (Técnicas de inundación y prevención de respuestas).

Finalmente, *el trastorno por estrés postraumático*, debido a la "reexperimentación de acontecimientos altamente traumáticos con síntomas debidos al aumento de activación y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma". Los síntomas suelen aparecer los primeros meses después del trauma y el tiempo que pueden durar es muy variable (Serna de Pedro, 1996).

Se cree que la explicación del TEP, está dado por el condicionamiento clásico. A menudo se muestran reacciones a estímulos presentes en el momento del trauma (olores, ruidos, oscuridad, etc.) No ocurre la extinción debido a que el individuo evita pensar en la situación. Sin embargo, el modelo del condicionamiento clásico es insuficiente. No todos lo que son expuestos a un evento traumático desarrollan un trastorno de estrés postraumático. Otros factores tales como las características individuales de la persona, su percepción del acontecimiento y la existencia de grupos de apoyo también tienen una influencia (Sue, 1996).

Prácticamente todas las corrientes y escuelas psicológicas han abordado el estudio de la ansiedad como un elemento relevante dentro de su marco teórico.

Las formulaciones sobre: *"la ansiedad concebida como variable de personalidad"* han sufrido notables cambios desde finales de los años cincuenta hasta el momento actual y como resultado de ésta evolución se han forjado varios modelos referenciados aquí por Tobal citado por Roa en 1995:

Teorías Rasgo – Estado:

En ellas se concibe la ansiedad como una característica de la personalidad, relativamente estable, diferenciándose entre rasgo de ansiedad y estado de ansiedad. El rasgo de ansiedad se refiere a la tendencia individual a reaccionar de forma ansiosa, mientras que el estado es descrito como un estado emocional transitorio y fluctuante en el tiempo.

Entre los autores más significativos en este movimiento están Catell, como iniciador del mismo, Spielberger y Scheier.

La Ansiedad-Estado (A-Estado) es conceptualizada como una condición o estado emocional transitorio del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos, y por un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y fluctuar a través del tiempo.

La Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo) se refiere a las diferencias individuales, relativamente estables, en la propensión a la ansiedad, es decir, a las diferencias entre las personas en la tendencia a responder a situaciones percibidas como amenazantes con elevaciones en la intensidad de la A-Estado. Como concepto Psicológico la A-Rasgo tiene las características del tipo de locuciones que Atkinson (1964) llama "motivos" y que Campbell (1963) conceptúa como "disposiciones conductuales adquiridas". Los motivos son definidos por Atkinson como disposiciones que permanecen latentes hasta que las señales de una situación los activan. Las disposiciones conductuales adquiridas, de acuerdo con Campbell, involucran residuos de experiencia pasada que predisponen al

individuo tanto a ver el mundo en la forma especial, como a manifestar tendencias de respuesta “objeto consistentes”.

Los conceptos de Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo pueden concebirse como análogos, en cierto sentido, a los conceptos de energía cinética y potencial en la física. La Ansiedad-Estado, como la energía cinética, se refiere a un proceso de reacción que se realiza en un momento particular y en un determinado grado de intensidad. La Ansiedad-Rasgo, como la energía potencial, indica las diferencias de grado de una disposición a manifestar un cierto tipo de reacción. En donde la energía potencial destaca las diferencias entre los objetos físicos, respecto a la cantidad de energía cinética que puede ser liberada si se le dispara a través de una fuerza apropiada, la Ansiedad-Rasgo implica las diferencias entre las personas en la disposición para responder a situaciones de tensión con cantidades variables de Ansiedad-Estado. Se podría anticipar en general, que quienes califican alto en A-Rasgo, exhibirán elevaciones A-Estado mas frecuentemente que los individuos que califican bajo en Ansiedad-Rasgo, ya que los primeros tienden a reaccionar a un numero de situaciones como si fuesen peligrosas o amenazantes. Las personas con alta Ansiedad-Rasgo también mas probablemente responderán con un incremento en la intensidad de A-Estado en situaciones que implican relaciones interpersonales que amenazan la autoestima (IDARE Spielberger, 1975).

Después de diferenciar los anteriores conceptos, es preciso hablar de los principales modelos que enmarcan el trastorno de ansiedad:

### Modelo Situacionista o Ambientalista:

Propone el estudio de las variables ambientales o de la situación como determinantes de la conducta, frente a las teorías de rasgos en las que estos determinantes serían internos en el sujeto.

Critica al modelo de los rasgos por su escasa estabilidad y consistencia que muestran los constructos internos a la hora de predecir una conducta concreta.

El situacionismo no niega la existencia de estados y factores internos, sino que considera que a la hora de explicar la conducta es mejor huir de constructos hipotéticos y establecer relaciones objetivas entre los estímulos de una situación y las respuestas que el sujeto emite.

El enfoque situacionista sostiene que: (1) Las condiciones y características del contexto en que tiene lugar la conducta determinan su desarrollo y mantenimiento. (2) Las formas mediante las cuales las condiciones del medio controlan la conducta se explican por las leyes y principios del aprendizaje. (3) A partir de las experiencias del sujeto se conforma un repertorio propio de conducta que da cuenta de las distintas maneras de reaccionar de los individuos.

La aparición de respuestas de ansiedad dependería básicamente de las condiciones de la situación, más que de las características personales del sujeto. Por tanto, para la predicción de conductas ansiosas habría que tener en cuenta no tanto la estructura de personalidad del individuo sino su historia de refuerzos y las condiciones particulares en las que se tiene lugar la conducta ansiosa.

### Modelo Interactivo:

Surge como respuesta tanto al modelo de rasgos como al modelo situacionista. Sus precursores son Endler, Magnusson y Bowers, para quienes las conductas ansiosas deben explicarse por la interacción de rasgo y situación y no, considerándolos por separado.

La aparición de una reacción o estado de ansiedad se explica en función de las condiciones de la situación, las características personales y sobre todo, de la interacción situación por persona. Ningún factor personal, ni ninguna situación, determinan la conducta de forma aislada, sino que esta viene determinada por la interacción inseparable entre persona y situación.

Las áreas situacionales detectadas por Endler y cols. Son: situaciones de amenaza interpersonal, situaciones de peligro físico, situaciones ambiguas o novedosas, situaciones relacionadas con la rutina cotidiana y, por último, situaciones de evaluación social.

*“La ansiedad tenida en cuenta como una respuesta emocional”*, postulan otro modelo:

Teoría tridimensional o de los tres sistemas de respuesta: que señala que las emociones se manifiestan mediante un conjunto de respuestas que pueden agruparse en tres categorías: cognitivas, fisiológicas y motoras o conductuales mencionados anteriormente y método a utilizar para esta investigación..

Existen aspectos socioculturales en el diagnóstico de la Ansiedad tomados en cuenta por el DSM IV - R. Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo:

Existen considerables variaciones culturales en cuanto a la expresión de la ansiedad. Es importante tener en cuenta el contexto cultural a la hora de evaluar el carácter excesivo de algunas preocupaciones.

En los niños y adolescentes con trastornos de ansiedad generalizada, la ansiedad y las preocupaciones suelen hacer referencia al rendimiento o a la competencia en el ámbito escolar o deportivo, incluso cuando estos individuos no son evaluados por los demás. A veces la puntualidad es el tema que centra las preocupaciones excesivas. Otras veces son los fenómenos catastróficos.

El trastorno es ligeramente más frecuente en mujeres que en varones. Cuando se estudian muestra de centros asistenciales. En estudios epidemiológicos de población general la relación de sexos es de 2/3 a favor de las mujeres.

En tanto a lo que expone la teoría o modelo Conductual, se tiene en cuenta la ansiedad desde una perspectiva experimental, como un estado del organismo clásicamente condicionado (Mowrer, 1939; Pavlov, 1925; Citado por Beltrán y cols, 1994). O un estado específico del organismo que le motiva que le impulsa a emitir unas conductas (Dollard y Miller, 1950; Spencer y Taylor, 1953; Citado por Beltrán y cols, 1994). Lewis y May (1982), citado por Leal y Rincón (1999) plantean que el aprendizaje de la ansiedad es adaptativo, ya que favorece la supervivencia del organismo que se protege, evitando fuentes de dolor físico y daño a su integridad.

Pero es Mowrer (1950), quien postula una verdadera concepción del modelo conductual para la ansiedad, afirmando que la ansiedad fuera de ser un factor central de la conducta neurótica, es una reacción de dolor condicionado que surge

en presencia de estímulos “peligrosos”, de acuerdo con ello, se refuerza toda conducta que evite el peligro (conducta defensiva), pues tiene propiedades de alivio inmediatas, aunque no proporcione una solución a largo plazo.

Los primeros esfuerzos de Mowrer para aplicar los principios del aprendizaje a la conducta patológica quedaron caracterizados con una teoría de dos factores, la cual analiza el aprendizaje con base en procesos instrumentales y respondientes.

Este autor concibe la ansiedad como una respuesta interna que puede darse mediante el condicionamiento clásico (citado por Beltrán y cols, 1994).

Es importante resaltar que uno de los aportes más sobresalientes que Mowrer hizo a la psicología experimental fue el de haber sido pionero en el estudio de la ansiedad. Este científico de la conducta demuestra su concepción de la ansiedad como una respuesta interna causada por condicionamiento clásico.

En la teoría de los dos factores Mowrer (1950) postula existencia de una serie de cadenas de sucesos contiguos en el interior del organismo. Los dos factores de su teoría son naturalmente el condicionamiento clásico y el instrumental. Tales factores pueden ser exteriores y fácilmente observables. O por el contrario, internos y prácticamente imposibles de observar. Por consiguiente esta teoría trabaja con una serie de sucesos de los que se hallan unos en el interior y otros en el exterior del organismo (Rachlin, 1977 citado por Beltrán y cols, 1994).

Así, el suceso inicial se da fuera del organismo, es un estímulo, y el suceso terminal, que se presenta como un comportamiento terminal visible, es una respuesta. En consecuencia la teoría plantea de acuerdo con Rachlin (1977) que los estímulos evocan las respuestas y que estas a su vez causan los estímulos.

Cabe destacar que la teoría de los dos factores se desarrolló para explicar la evitación. Así en la secuencia típica de la evitación discriminativa, el sujeto primero aprende a escapar de una descarga y luego a evitar la descarga mediante la respuesta de un indicador de peligro, según lo ejemplifican los experimentados realizados por él.

Subsecuentemente Mowrer (1960), revisó su teoría y la complementó con el estudio de la adquisición de las reacciones de miedo y evitación para reducir el miedo bajo el aprendizaje de señales. Las respuestas de evitación o de escape que sirven para alejar esas reacciones se convierten en señales de la reducción del miedo o de la expectativa de que se produzca esta reducción.

Mowrer afirma también que el aprendizaje de señales media la reactividad emocional, así todos los acontecimientos conductuales incluyen una asociación entre las señales y las diversas emociones producidas en circunstancias diferentes. Mowrer insiste en que estas asociaciones entre señales y emociones ocurren como consecuencia de un apareamiento entre los estímulos correlacionados con esos distintos acontecimientos y las pulsiones emocionales que provocan.

En conclusión podemos decir que el aporte de la teoría de Mowrer consiste en combinar el aprendizaje por ensayo y error para explicar la conducta de evitación.

Para hablar de evaluación de la Ansiedad es necesario remitirse a él DSM IV - R, (APA, 1994), citado por Caballo y Dugas, (1997), el cual hace especial énfasis en el trastorno de ansiedad generalizada, ya que es el trastorno mas frecuente y

nuestro principal interés, caracterizando a los demás trastornos relacionados con el.

La evaluación completa de los resultados del tratamiento para el trastorno de ansiedad generalizada, mas recomendados, son cuatro niveles de medida:

Primero, entrevistas estructuradas para el diagnóstico y evaluación de los resultados del tratamiento. Este diagnóstico se confirma posteriormente por una segunda entrevista diagnóstica independiente (es decir, un clínico diferente que administre la misma entrevista estructurada). Esta medida tiene como fin evaluar adecuadamente los resultados y el mantenimiento del tratamiento, esta entrevista deberá administrarse también en el postratamiento y en el seguimiento.

Segundo, medida de los síntomas: Para medir síntomas del trastorno de ansiedad existen varias escalas, entre ellas el cuestionario de ansiedad y preocupación (WAQ), compuesta por 16 ítems, que se actualizó para incluir todos los criterios diagnósticos del DSM IV - R. Caballo y Dugas (1997). La escala de ansiedad y depresión de Goldberg, (EADAC), la cual fue concebida para permitir la detección de trastornos psicopatológicos mas frecuentes en la atención primaria. Cano Romera, (1998), el inventario de depresión de Beck, (Anexo A) (BAI y BDI), compuesto por 21 ítems en depresión; el cual será utilizado para los intereses de este proyecto y la escala IDARE (Anexo B), para ansiedad que también servirá de instrumento para la investigación.

Tercero, medida de las variables clave, la primera variable asociada al trastorno de ansiedad es la incertidumbre, relacionada en la escala de intolerancia hacia la incertidumbre, compuesta por 28 ítems de reacciones emocionales y

conductuales ante situaciones ambiguas, implicaciones de seguridad e intentos de controlar el futuro. La segunda medida, es “inventario de solución de problemas sociales” (SPSI). Es una medida multidimensional de auto informe sobre la solución de problemas sociales, que se compone de 70 ítems, evaluados en la escala Likert.

Cuarto, medidas generales de la depresión, se realiza con la ayuda de la escala de Beck.

La evaluación conductual, principal interés de esta investigación, esta centrada principalmente en la determinación objetiva y precisa de los tres componentes básicos del modelo conductual: (a) la situación o el estímulo desencadenante, que se refiere a la situación estimular que señala la aparición de la respuesta de ansiedad (J. Mayor y J. Labrador, 1988). Este estímulo puede ser tanto de tipo externo o ambiental como una respuesta interna del organismo. (b) Conducta o respuesta manifestada por los sujetos y las consecuencias ante dichas conductas. Dicha respuesta puede manifestarse en forma de alteración de uno o varios de los componentes cognitivos motores y fisiológicos de la misma. (c) Son las consecuencias que acompañan a una respuesta de ansiedad, principalmente bajo la forma de refuerzos sociales que pueden controlar, o están en igual o mayor medida que los estímulos elicitanes o discriminativos que anteceden a la misma.

El constructo de ansiedad incluye tres componentes de respuesta separados pero interactuantes. Por lo tanto, es medible por tres canales principales. El primero, implica conducta motora, que ocurre como consecuencia de la activación fisiológica aumentada, o como medio de escape o evitación de ciertos estímulos.

El segundo, es de canal cognitivo o de autoreporte subjetivo, a través del cual un individuo puede indicar formalmente sobre cogniciones presentes o pasadas o niveles de activación o formalmente a través de puntajes en pruebas psicológicas a nivel de ansiedad experimental como regla (ansiedad de rasgo), o en respuesta a situaciones específicas (ansiedad de estado). El tercero, es el de activación fisiológica, que implica primordialmente la activación de la rama simpática del sistema nervioso autónomo, cambio en respuesta electrodérmicas, latidos cardiacos, etc. J. Mayor y J. Labrador, (1988).

Dentro de los métodos y técnicas para la evaluación de la ansiedad desde la perspectiva conductual se encuentran: (a) Observación de conductas: Esta puede darse en situaciones naturales que permiten el acercamiento a la situación problema del paciente, sin que implique la exposición del sujeto a su contexto real. O la observación en situaciones artificiales en donde se evalúa la ansiedad en situaciones simuladas, relacionadas con el problema que presenta el sujeto. Estas pueden estar acompañadas de Test. situacionales o de ejecución, o juego de roles. (b) Autoregistro, que implica la recogida y registro de información en relación con una determinada conducta, después de que esta se ha presentado en su medio natural. (c) Medidas de autoinforme, estas están divididas en cuestionarios generales de acontecimientos y objetos temidos por la persona, cuestionarios específicos centrados en una única área de problema o estímulos, y las escalas para la evaluación de la ansiedad situacional. (d) Entrevista y registro psicofisiológicos, la entrevista permite descomponer problemas en unidades conductuales, obtener información histórica, identificar reforzadores

ambientales, informes de sentimiento, comunicar procedimientos, objetivos de intervención. Haimes, (1978) y desarrollar registros de medidas fisiológicas.

Con respecto a él tratamiento de la ansiedad, es importante enmarcar los principios que lo originaron. El principio de la exposición, hace referencia a que el modo en que presentaciones repetidas de estímulos relevantes habitúan y extinguen miedos innatos o adquiridos.

La exposición es un componente terapéutico necesario para la obtención de resultados fiables con grupos (Marks y cols, 1980; Citado por Beltrán y García, 1994).

Dentro de las técnicas mas utilizadas para la reducción de la ansiedad, están:

1. La técnica de desensibilización sistemática, la cual resulta útil cuando la ansiedad es inapropiada o condicionada. Esta incluye en su tratamiento un entrenamiento en relajación profunda para proporcionar un estado incompatible con la ansiedad, la construcción de una jerarquía de estímulos que eliciten la ansiedad y finalmente la desensibilización propiamente dicha.
2. Las técnicas de exposición como procedimientos de extinción desarrollados en el contexto de las investigaciones sobre el aprendizaje de evitación animal, donde su principal objetivo es reducir o eliminar las respuestas inadaptables de ansiedad mediante la exposición a los estímulos ansiógenos de alta intensidad, durante periodos prolongados de tiempo en la ausencia de consecuencias reales dolorosas.

3. La técnica de inundación, consiste en la exposición a estímulos aversivos de gran intensidad controlados terapéuticamente, sin los efectos del entrenamiento de relajación, realizando imaginariamente o en vivo, bloqueando la respuesta de evitación.

4. Terapia de implosión, consiste en presentar en la imaginación los estímulos evocadores de ansiedad maximizando las respuestas.

5. Las técnicas de Biofeedback, son un conjunto de procedimientos experimentales destinados a proporcionar a un organismo a través de un indicador sensorial exterior información inmediata de una o varias funciones biológicas, con el fin de modificar dichas funciones. La selectividad del control fisiológico logrado por Biofeedback hace creer que esta técnica tiene ventajas en el tratamiento de los desordenes en los cuales el síntoma es verdaderamente específico (Rodríguez B, 1983)

6. Entrenamiento en aserción, Tiene como objetivo enseñar al cliente un nuevo repertorio de conductas apropiadas asertivas, las cuales son satisfactorias y aumentan el reforzamiento del medio social.

7. Reestructuración cognitiva, Se dirige hacia el cambio de cogniciones desadaptativas, así como la modificación de las conductas manifiestas, influyendo sobre el pensamiento del individuo.

8. Inoculación al estrés, reducción de la activación fisiológica en toda situación de tensión, así como la sustitución de interpretación negativa por pensamientos de afrontamiento de estrés.

9. El entrenamiento autoinstruccional, es un método de reestructuración cognitiva, en el cual se pretende eliminar creencias autoderrotantes e irracionales y adquirir pensamientos más racionales. La técnica automanejo ha tenido implicaciones importantes para la medicina conductual. En muchos de los primeros trabajos de modificación ambiental, se usó la manipulación ambiental para modificar el problema de conducta. Con este procedimiento el terapeuta enseña a la persona a cambiar aspectos de su ambiente los cuales ayudan a modificar el problema de conducta, el terapeuta, entonces, tiene la responsabilidad de escoger técnicas efectivas de cambio conductual y motivar al paciente para que las lleve a cabo (Rodríguez B, 1983)

También se utilizan tratamientos de tipo físico para combatir la ansiedad como la psicofarmacoterapia y la psicocirugía. (Marks, 1991; Citado por Beltrán y García 1994)

Haciendo referencia a investigaciones importantes sobre trastorno de ansiedad, se relacionan las siguientes:

Los factores biofisiológicos son posibles contribuyentes a los estados de ansiedad, según el estudio realizado por Gharney y Redmond (1983), citado por Suin (1993). Para comprobar esta experiencia, se decidió producir respuestas ansiosas en humanos y animales con la utilización de ciertas sustancias como la Yohimbina, Adrenalina, Lactosa, cafeína y beta-carbolina. Encontrando que la inyección de estas sustancias precipita la ansiedad entre personas con una

historia antecedente, sin descartar que los sujetos normales reaccionan con síntomas parecidos al pánico cuando inhalan sustancias como el CO<sub>2</sub>.

Sanderson (1990), citado por Caballo y Dugas (1997), informa que el 91% de la muestra en pacientes con trastorno de ansiedad, presentan un diagnóstico de TAG (trastorno de ansiedad generalizada). El porcentaje restante presenta diagnósticos de fobia social, trastorno por pánico, trastorno distímico y fobia simple o específica. Al comparar el TAG y el trastorno por pánico, Noyes (1992), comunico que la fobia específica era un diagnóstico secundario y frecuente en sujetos con TAG.

En una investigación citada por Rodríguez, B (1990), se planteó que Toldes, Grinstein y Subeck (1980), con el fin de investigar la influencia de factores emocionales en la infertilidad, estudiaron siete casos de infertilidad: tres pacientes con infertilidad primaria y cuatro con secundaria. Todas estas pacientes presentaban altos niveles de tensión, insatisfacción sexual, baja frecuencia coital y ansiedad. Después de tratamiento psicológico, estas pacientes mostraron cambios en el factor tubárico; lo que demuestra la ansiedad también tiene consecuencias en el buen desarrollo fisiológico.

Brawn (1993), citado por Caballo (1997), desarrollo una investigación con el fin de evaluar la valoración de las preocupaciones dentro de la ansiedad. Aplicó un cuestionario compuesto de 20 ítems, su análisis factorial identifico dos creencias: primero, el preocuparse tiene efectos positivos, como encontrar una forma mejor de hacer las cosas, aumentar el control y hallar soluciones, y segundo, el

preocuparse puede evitar que sucedan consecuencias negativas o proporcionar distracción de las imágenes de temor o de pensar cosas peores.

Según, Lenz (2000), en su investigación concluyó que la ansiedad y la depresión desordenan la calidad de vida. Se entrevistaron 37 pacientes con estos desordenes con un tratamiento intensivo posterior cognitivo durante seis semanas antes y seis semanas después; además se evaluó calidad de vida con la escala de calidad de Berlín de perfil de vida. La impresión clínica fue de 13.5% de pacientes que mejoraron en gran proporción, 45.9% que mejoraron medianamente, 26.3% de mejora ligera y 16.2% de ninguna mejora. La calidad de vida cambia en áreas como el trabajo, la educación, el ocio, las relaciones sociales y el bienestar psicológico, pero no mejora en relaciones matrimoniales, salud en general y finanzas.

Lo anterior indica la relevancia que la depresión al igual que la ansiedad, tienen dentro de los trastornos del afecto que son del interés de este estudio.

El término depresión data de los años 30 a 90 antes de Cristo en Roma. Arateo observó que los estados maníaco y depresivo se producían a menudo en el mismo individuo, distinguiendo actitudes que denominaba “estúpidas, ausentes y meditabundas”.

Hace cuatro décadas, Skinner (1953), citado por Lewinsohn y Caballo (1997), postuló que la depresión era el resultado de un debilitamiento de la conducta debido a la interrupción de secuencias establecidas de la misma que habían sido

reforzadas positivamente por el ambiente social. Esta Conceptualización tenida en cuenta como un fenómeno de extinción y como una reducción de la frecuencia de emisión de la conducta a sido básica para la posición conductual.

Por otra parte, Beck 1976 citado por Mayor y Labrador (1984) afirma que los desordenes depresivos no constituyen una perturbación del estado de ánimo, sino fundamentalmente un desorden cognitivo del pensamiento, que es el que conduce aquel. Así pues en el depresivo, las alteraciones del pensamiento constituyen el aspecto más sobresaliente de este cuadro clínico. Esta alteración se caracteriza por ideas negativas que la persona tiene sobre sí misma, el mundo y su futuro.

Autores como Hammen (1991) citado por Amaya (1994), considera que la depresión clínica es mucho más que la depresión del temperamento, en el cual las personas alteran sus pensamientos sobre ellos mismos, sus mundos y su funcionamiento intelectual. Es además una molestia acompañada con cambios de comportamiento y características físicas, baja en energía, apatía, falta de placer en las actividades, pérdida de interés, así como un aumento de la autocrítica.

Ferster (1966), citado por Lewinsohn y Caballo, (1997), anexo mas detalles al concepto de depresión, sugiriendo que factores como cambios ambientales repentinos, el castigo y el control aversivo, así como cambios en las contingencias de comportamiento, pueden dar lugar a la depresión.

Costello (1972), distinguió el concepto haciendo una diferenciación entre el numero de refuerzos disponibles para el individuo, y una reducción de la eficacia de dichos refuerzos. Propuso que la depresión se debía a la ruptura de una

cadena de conductas causadas probablemente por la pérdida de uno de los reforzadores de la cadena.

Hacia 1968, el DSM III, identificó el término de reacción psicótica depresiva, definiéndola así: “ Esta psicosis se distingue por un estado de animo deprimido atribuible a alguna experiencia. Por regla general el individuo no tiene historia alguna de depresiones o cambios de animo ciclotímicos repetidos. La distinción entre este estado y la “neurosis depresiva”, depende de sí la reacción afecta o no, el testimonio de la realidad o la adaptación funcional en grado suficiente para ser considerada una psicosis “.Zax y Cowen, (1979).

El diagnóstico de depresión evolucionó en el DSM IV - R, no refiriéndose a una reacción emocional de tristeza, o abatimiento sino al “trastorno de depresión mayor”, es decir una afección grave e incapacitante que puede incluso al paciente a la muerte.

Sobre la definición actual que ofrece el DSM IV - R, y tratando de unificar un concepto, hacemos referencia a la definición de Yepes, (1997), la depresión es un grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan por un estado de animo reprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida del interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, y otros síntomas extremos como la anorexia y la ideación suicida. A menudo se manifiestan también síntomas de ansiedad y somatización.

Los síntomas conductuales mas comunes en la depresión severa, se refieren a la muy frecuente observación de un retardo psicomotor o agitación, comúnmente los niveles de actividad general se alteran y de manera particular al aislamiento

social es preponderante, los episodios de llanto también son frecuentes y en algunos casos el comportamiento suicida suele estar presente (DSM III R citado por Amaya, 1994).

Por otro lado, los síntomas cognoscitivos presentes se dan de dos clases importantes en la depresión; los déficit cognitivos – intelectuales, tales como la dificultad para la concentración y la memoria corto plazo y los cambios cognitivos sociales que fueron discutidos por Beck (1976), como la “tríada negativa” de sí mismo, del mundo y del futuro.

El propuso que el determinante más próximo del estado de ánimo deprimido y otros síntomas depresivos, es la presencia de pensamientos negativos en relación con esas tres áreas. Por lo general el individuo siempre está consciente de ellos y son llamados “pensamientos automáticos”. Estos pensamientos reflejan la operación de la estructura cognoscitiva subyacente que influye en lo que el individuo entienda, cómo lo codifique y que recuerde posteriormente.

En cuanto a la sintomatología generalmente, como dice Kalish (1992), una persona deprimida muestra un marcado decremento en la habilidad para trabajar, comer apropiadamente, dormir bien, ser sexualmente activa, responder por su apariencia personal o interactuar significativamente con otras personas que requieran ayuda. Estos comportamientos de ejecución al no poder ser ejecutados son los que crean dificultades al deprimido y a los que le rodean. De igual manera, se incrementan los comportamientos disfóricos, frases de auto lástima, autoculpa y desesperanza.

Para Sue, 1996, la depresión se caracteriza por tristeza intensa, sentimientos de futilidad e inutilidad, y aislamiento de los demás, se puede organizar dentro de cuatro dominios psicológicos: dominio afectivo, cognoscitivo, conductual, y el fisiológico.

Otros síntomas afectivos de los deprimidos son la tristeza, desaliento y una aflicción excesiva y prolongada, son comunes los sentimientos de inutilidad y de pérdida de la alegría de vivir. Puede ocurrir llanto violento como una reacción hacia la frustración y la cólera, generalmente estos llantos no están asociados de manera directa con una situación específica, también puede presentar apatía, vacuidad y desesperanza.

Ciertos pensamientos e ideas se presentan como síntomas cognitivos en forma clara con las reacciones depresivas, como, generalmente la persona siente un pesimismo frente al futuro. El desinterés, la disminución de la energía y pérdida de la motivación hacen difícil enfrentar las situaciones cotidianas. Las responsabilidades se vuelven tareas monumentales y la persona las evita. La autoacusación de impotencia y autodenigración general son comunes, al igual que los pensamientos de suicidio, también hay dificultad para concentrarse y tomar decisiones. Según Beck (1974) citado por Sue (1994) la depresión refleja una tríada cognoscitiva, consiste en opiniones negativas de sí mismo, del mundo exterior y del futuro.

La apariencia y el comportamiento externo (sintomatología conductual) generalmente es una señal de depresión. La forma de vestir es desaliñada o sucio; el cabello puede estar despeinado y hay despreocupación por el cuidado

personal, mueve su cuerpo con lentitud y no inicia actividades nuevas. (Sue, 1996). El habla es reducida y lenta, este alineamiento de todos los movimientos corporales, gestos expresivos y respuestas espontáneas es llamado retardo psicomotor. La persona a menudo muestra aislamiento social, pero a veces pueden presentar un estado agitado y síntomas de intranquilidad.

La sintomatología fisiológica presenta a menudo en las personas pérdida de apetito y peso, esto se puede presentar por el desinterés de la persona por comer, aunque algunos pueden aumentar de apetito y peso, en la depresión grave, la pérdida de peso puede amenazar la vida, también se pueden sufrir de estreñimientos y no tener movimientos intestinales durante días. Sufren de trastorno en el sueño, a menudo tienen dificultad para dormir, despertar temprano, y también de manera errática durante la noche el insomnio y pesadillas dejan cansado a la persona durante el día, la mayoría de personas depresivas temen la llegada de la noche por que hay una batalla constante para quedarse dormido, sin embargo algunos muestran hiperinsomnio, o sueño excesivo. (Sue, 1996)

En las mujeres se puede presentar interrupciones en el ciclo menstrual normal, por lo general se prolonga, con posible omisión de uno o varios períodos, el volumen del flujo menstrual puede disminuir. La mayoría reportan aversión a la actividad sexual.

La depresión está clasificada según el DSM IV - R en los trastornos afectivos, denominándose trastorno depresivo. Los trastornos depresivos en el DSM IV - R incluyen: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastornos depresivos no especificados. Las personas que experimentan un episodio depresivo mayor se

les da el diagnóstico de trastorno de depresión mayor. Los síntomas deben estar presentes por lo menos dos semanas y representar un cambio del funcionamiento previo del individuo, estos síntomas incluyen una pérdida de interés o placer, sentimiento de inutilidad que incluye pérdida o ganancia de peso, dificultad para dormir, incapacidad para concentrarse y pensamiento de muerte recurrentes.

Si el episodio es el primero, se le clasifica como único y para las personas que han presentado episodios previos el trastorno es recurrente. Según Reus (1988) citado por Sue (1996) alrededor de a mitad de los que experimentan un episodio depresivo con el tiempo tienen otro, y en general entre menor es la edad de inicio mayor es la probabilidad de recurrencia.

Se pueden considerar tres factores que pueden desencadenar depresión: Diátesis, estrés, y recursos o apoyos sociales; la diátesis hace referencia debido a condiciones genéticas o constitucionales o sociales, ciertas personas pueden tener predisposición para desarrollar depresión (Monroe y Simons, 1991, citados por Sue, 1996). El estrés puede ser un desencadenante, principalmente cuando el individuo no puede adaptarse al mismo, dependiendo de cronicidad del estrés se determina el inicio de la depresión mayor, como la muerte de un ser amado, una condición física que amenaza la vida.

De acuerdo al DSM IV - R Para indicar una existencia de "episodio depresivo mayor", uno de los síntomas debe haber empeorado, manteniéndose en todo un día durante al menos dos semanas consecutivas con deterioro social, laboral u otras áreas importantes.

En algunos episodios leves la actividad puede parecer normal pero a costa de un esfuerzo.

Algunos sujetos hablan de sentirse "ansiosos" en quejas somáticas en lugar de sentimientos de tristeza.

En algunos sujetos hay una reducción significativa de los niveles de intereses o de deseo sexual, llegando incluso al suicidio con facilidad para rendirse ante obstáculos que se perciben como insalvables llegando a un estado emocional doloroso que les lleva a esta determinación.

No se determina depresión mayor cuando hay criterios de un episodio mixto (episodio maníaco y depresivos al menos una vez a la semana).

En casos extremos las personas pueden ser incapaces de cuidarse a sí mismos.

Según las explicaciones socioculturales estos trastornos varían considerablemente entre grupos culturales y sociedades (Goodwin y Guze, 1984 citado por Seu, 1994), como los indígenas americanos y asiáticos del Sureste de Estados Unidos parecen tener índices altos de depresión a comparación de otros estados (Chung y Okazaki, 1991). Estos hallazgos sugieren que factores tales como la cultura, las experiencias sociales y los agentes estresantes psicológicos afectan considerablemente en los trastornos depresivos.

Los diferentes enfoques, también presentan sus interpretaciones a cerca del trastorno depresivo:

Desde el punto de vista "cognitivo", Beck (1975) citado por Yepes (1997) interés de este proyecto; el problema psicológico básico de la depresión es un

pensamiento distorsionado que produce una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro, por lo tanto, el estado depresivo es secundario a estos fenómenos cognoscitivos.

La autoestima baja es la clave para las reacciones depresivas, los individuos generalmente tienen sentimientos positivos y negativos acerca de lo que vemos como nuestro "yo", valoran o les desagradan ciertas cosas acerca de sí mismos; la mayoría de deprimidos tiene un autoconcepto negativo, percibiéndose como ineptos, inútiles e incompetentes, sin importar la realidad. De aquí una percepción cognoscitiva de uno mismo como inútil puede conducir a una multitud de patrones de pensamientos que reflejan autocolpa, autocrítica e ideas exageradas de deber y responsabilidad.

Según Beck (1976) citado por Sue (1996), la depresión es un estado primario en el pensamiento más que un trastorno básico en el estado de ánimo. La manera en que las personas estructuran e interpretan sus experiencias determina sus estado afectivos, si los individuos ven una situación como desagradable sentirán un estado de desánimo.

Se dice que los individuos deprimidos tienen esquemas que los deprimen, estos esquemas son un patrón de pensamientos o una serie cognoscitiva que determina las reacciones y respuestas de una persona, es decir tienden a modificar, la interpretación que se recibe de la información. Según ésta teoría los depresivos operan desde una tríada primaria de puntos negativos de sí mismos, experiencias del presente y futuro, cuatro errores de lógica tipifican este esquema negativo conduciendo a la depresión:

1. inferencia arbitraria: el depresivo empieza a sacar conclusiones que no se apoyan en la evidencia, en apariencia son incapaces o no están dispuestos a ver otras explicaciones más probables.
2. abstracción seleccionada: el depresivo toma un incidente o detalles menores fuera del contexto y los incidentes en los que se enfocan tienden a ser triviales.
3. generalización exagerada: un depresivo tiende a sacar una conclusión radical acerca de su capacidad, desempeño o valía de una sola experiencia o incidente.
4. magnificación o minimización: el depresivo tiende a exagerar (magnificar) las limitaciones y dificultades y a darle menos importancia (minimizar) a los logros, éxitos, virtudes y los defectos personales.
5. personalización: atribuirse fenómenos externos en ausencia de datos.
6. pensamiento absolutista, dicotómico: tendencia a evaluar todas las experiencias en términos de una o dos categorías opuestas. ( ej: bueno o malo)

En estos seis procesos se evidencia el resultado o causa de la autoestima baja, esperando la persona el fracaso y se empeña en autocríticas que no se relacionan con la realidad. Finalmente, el resultado del cognitivo esquemático y las interpretaciones erróneas dan como resultado autoverbalizaciones de tipo automáticas o voluntarias. El tema de estos pensamientos refleja la estructura subyacente y suelen contener pensamientos de pérdida, fallas rechazo, incompetencia y desesperanza. En este sentido Beck (1976) citado por Riso (1995) define la triada cognitiva, la cual está compuesta por pensamientos negativos frente a uno mismo ( verse como inadecuado, indefenso e inútil ), el

mundo (percibir el mundo como hostil, rechazante, y con obstáculos insuperables) y el futuro (expectativas irremediables de fracaso y desesperanza).

En ocasiones las cogniciones negativas pueden ser el resultado, más que la causa, de los estados deprimidos, como lo dice Hammen (1985) citado por Sue (1996), uno puede sentirse deprimido primero y luego como resultado tener pensamientos negativos acerca del mundo, también encontró que el esquema de una persona tiende a medir la relación entre el estrés y la depresión, el primero puede conducir a la depresión si una persona ha desarrollado un esquema predisponente.

Desde la "teoría del aprendizaje", Seligman (1975), citado por Yepes (1997) habla de la *desesperanza aprendida*. Esta se presenta cuando un individuo es sometido en forma repetida a estímulos desagradables que no puede predecir ni controlar, la persona entonces se resigna y se deprime. Es pertinente ahondar en este tema:

Según Seligman (1975) citado por Sue (1996) la desesperanza aprendida son las cogniciones y sentimientos de desamparo que son aprendidos. La susceptibilidad de una persona a la depresión depende de sus experiencias en el control del ambiente, las personas deprimidas tienden a percibir los acontecimientos como incontrolables.

En su estudio de desamparo, Seligman descubrió paralelos fuertes entre los síntomas, la causa y los medios de prevenir el desamparo y los de la depresión, estos son:

Desamparo aprendido síntomas: pasividad, dificultad para aprender que la respuesta produce alivio, se disipa todo el tiempo, carece de agresión, pérdida de peso y apetito, deficiencias sociales y sexuales.

Causas: aprender que la respuesta y el reforzamiento son independientes.

Depresión: pasividad, serie cognoscitiva negativa, curso del tiempo, hostilidad introyectada, perdida del apetito y peso, deficiencias sociales y sexuales y sentimientos de desamparo.

Causa: creer que responder es inútil.

Seligman (1975) describió la depresión como la creencia en el propio desamparo. “La expectativa de que un resultado es independiente de responder, reduce la motivación para controlar el resultado, interfiere con el aprendizaje de que responder controla el resultado, produce temor en tanto que el sujeto está inseguro de la incontrolabilidad del resultado y entonces produce depresión”. En general la investigación ha demostrado que la depresión se asocia con un sitio externo de control.

Abramson y col (1978) citado por Riso (1992), reformularon el modelo de desesperanza de Seligman. De acuerdo con ellos, las atribuciones que realice el sujeto son las que en realidad juegan el principal papel mediador para que ocurra un incremento del afecto negativo. Abramson sugiere que la percepción de desesperanza, y por ende la depresión, incrementa su probabilidad cuando los eventos negativos son atribuidos a causas internas, estables y globales, y las situaciones de éxito a causas internas, inestables y globales. Especula también sobre la existencia de *estilos atribucionales depresivos*, es decir, una tendencia

generalizada a realizar explicaciones causales internas, estables y globales para resultados incontrolables negativos y viceversa para resultados positivos. Determinados estilos atribucionales, entonces, aumentarían la probabilidad de hacer inferencias causales facilitadores de depresión.

Los estilos atribucionales obrarían a manera de esquema o predisposición cognitiva, el cual utilizaría determinadas operaciones las cuales serían, dudosamente, equivalentes a los procesos cognitivos, los que a su vez desencadenarían la percepción o la expectativa de desesperanza. Esta percepción sería la responsable directa de las respuestas depresivas (RD).

Posteriormente, Lewinson (1986), citado por Kalish (1992) y refiriéndose al aprendizaje social observó que la pérdida de refuerzos (agradables) en el ambiente, puede crear y mantener un estado depresivo. Posteriormente su inactividad y aislamiento disminuyen la posibilidad de ponerse en contacto con otras fuentes potenciales de reforzamiento y así se crea una espiral descendente que perpetua la condición depresiva.

Según el estilo atribucional, el cual es un enfoque aprendizaje - cognoscitivo los seres humanos que encuentran el desamparo hacen atribuciones causales, especulan acerca de porqué están desamparados, estas atribuciones pueden ser internas o externas, estables o inestables, y globales o específicas. Se considera si una persona cuyas atribuciones son internas, estables y globales, es problema que tenga sentimientos más severos de depresión que alguien cuyas atribuciones son externas, inestables y específicas. Se ha encontrado que las atribuciones se

asocian con muchos aspectos de vida (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978; citado por Sue, 1996)

Según los "enfoques biológicos" la depresión se centran por lo general en la predisposición genética, la disfunción fisiológica o combinación de las dos.

La teoría más popular en las alteraciones bioquímico cerebrales, es la postulada acerca de los cambios en las monoaminas cerebrales (noradrenalina, dopamina, serotonina) donde hay un déficit absoluto o relativo de norepinefrina en sinapsis específicas cerebrales. También se ha hablado de un déficit de serotonina como prerequisite básico para la aparición de la depresión (Harrison, 1994).

Los trastornos depresivos mayores parecen estar relacionados, según Harrison (1994), con disfunción neuroendocrina. Por ejemplo, síntomas como trastornos del humor, disminución de la libido, trastornos del sueño, del apetito, de la actividad autonómica, se deben a disfunción hipotalámica y a hiper o hiposecreción de determinadas hormonas. Además alteraciones patológicas de los ritmos cronofisiológicos cerebrales pueden tener alta incidencia en los pacientes deprimidos y deberse a trastornos neurofisiológicos.

En cuanto a la evaluación de la depresión, los enfoques conductuales se centran normalmente en las características manifiestas del trastorno, como la conducta psicomotora y verbal. Además, teniendo en cuenta la importancia de las contingencias ambientales, los clínicos tratan de evaluar ambientes de ambiente e

interacción persona-ambiente, que se relacionan en el inicio y/o mantenimiento de la depresión. De este modo la evaluación conductual incluye la exploración de factores como las habilidades sociales del individuo deprimido, la conducta de los demás con lo que el paciente deprimido interactúa y las actividades y reforzadores disponibles para la persona deprimida.

La información requerida para la evaluación es recogida por medio de:

Primero, la entrevista: Becker y Heimberg (1985), citados por Caballo y Lewinsohn (1997), recomiendan la entrevista clínica en la que entrevistados y paciente representen situaciones objetivo problemáticas identificadas por el paciente. Allí se observa la actuación del paciente en términos de contenido del habla, el volumen, el tono, el contacto ocular, la postura, etc. Además pruebas de roles estandarizadas, como el test conductual de asertividad (BAT, 1975).

Segundo, autoinformes: Se referencia el inventario de depresión de Beck, la escala del centro de estudios epidemiológicos para la depresión y la lista de adjetivos para la depresión, entre otros. Consta de 21 ítems.

Además de estas medidas de sintomatología, se han desarrollado cuestionarios de autoinforme para evaluar otros aspectos; como el test de autoverbalización en la interacción social (SISST; 1982), comprendido por 30 ítems y cuatro escalas. Y por último la escala de adaptación social (SAS-SR) que mide el comportamiento afectivo e instrumental en el papel laboral, social, de ocio, relaciones con familia, pareja, papel de padres, e independencia económica.

“La Escala de Depresión Autoaplicada de Zung (SDS): fue diseñada por Zung en 1965. Consiste en 20 frases relacionadas con la depresión, que el sujeto evalúa en una escala Likert de cuatro puntos.

“La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD): es una escala autoaplicada dirigida a evaluar síntomas de depresión y ansiedad en pacientes con problemas “médicos”, no psiquiátricos. Consiste en 14 ítems (7 de depresión y 7 de ansiedad) con una escala Likert de 4 puntos valorados de 0 a 3.

Tercero, diarios conductuales: El terapeuta requiere al paciente deprimido mantener un registro diario de acontecimientos. Útiles para evaluar consecuencias ante la respuesta de las conductas sociales del paciente deprimido y proporcionar información sobre el entorno social y los refuerzos que en él dispone. Para este fin existen los “inventarios de acontecimientos agradables y desagradables” (PES y UES). Para evaluar frecuencia e impacto subjetivo de acontecimientos vitales.

Cuarto, procedimientos de observación: “Escala para la Evaluación de Depresión de Hamilton (HRSD) revisada en 1967. Para su uso se requiere la valoración por parte de él clínico del estado del paciente a través de la entrevista clínica habitual y de todos aquellos medios de obtención de información. Fue diseñada como un instrumento para cuantificar la sintomatología de pacientes “una vez” diagnosticados categorialmente de depresión. Contiene 17 ítems. En cuanto a su validez, la escala de Hamilton separa razonablemente bien diferentes grupos de pacientes en función de su gravedad (Roa, 1995).

Otro instrumento para este procedimiento es la Williams y Barlow (1972), citado por Caballo y Lewinsohn (1997), desarrollaron una escala para el observador de

pacientes deprimidos internos en clínicas. Allí se evalúa conducta verbal, interacciones sociales, sonrisas y actividad motora cotidiana.

La “Escala de Melancolía de Bech – Rafaelsen, es una modificación sobre bases matemáticas de la escala de Hamilton. Se trata de una escala heteroaplicada basada en los ítems del HDRS con mejores correlaciones con un criterio externo de “gravedad” otorgada por jueces expertos.

La “Escala de Evaluación de la Depresión de Montgomery – Asberg (MADRS); fue diseñada específicamente para ser sensible al “cambio” y a los efectos del tratamiento. Consiste en 10 ítems que se evalúan de 0 a 7. Hay cuatro síntomas relacionados con el estado de ánimo (tristeza aparente, tristeza expresada, pensamientos pesimistas y pensamientos suicidas), dos con ansiedad (tensión interna, dificultades de concentración), tres con síntomas somáticos (sueño disminuido, Apetito disminuido, y laxitud), y uno con anhedonia (incapacidad para sentir). La escala debe utilizarse tras una entrevista clínica. Una puntuación de 9 o menos indicaría no depresión (Roa, 1995).

En cuanto al tratamiento, el modelo de intervención cognitiva asume que la cognición, el comportamiento y la bioquímica son todos ellos componentes importantes del desorden depresivo. No se ven como factores competitivos sino más bien como diferentes niveles de análisis.

La terapia cognitiva constituye un modo de terapia estructurada y rigurosamente diseñada para el tratamiento de los factores específicamente

cognitivos implicados en las conductas depresivas sean estas moderadas o severas.

Esta terapia abarca un bloque de estrategias integradas con las que el paciente y el terapeuta trabajan juntos y activamente.

La terapia cognitiva propone los siguientes objetivos:

- a) Identificar y modificar las alteraciones cognitivas del paciente.
- b) Hacer explícito el esquema cognitivo subyacente al concepto depresivo.
- c) Incrementar el repertorio adaptativo del paciente para la conducta de solución de problemas.
- d) Examinar junto con el paciente la evidencia en pro y en contra del pensamiento automático distorsionado.

El terapeuta debe seleccionar, de acuerdo con su cliente, el área sobre la que dirigirá su trabajo. En la terapia cognitiva de la depresión, son prioritarios algunos temas y manifestaciones cognitivas. Se sintetizan a continuación algunos aspectos preferenciales postulados por Beck (1978) y retomados como base de la terapia actual sobre los que el terapeuta se centra e incide allí con las estrategias de intervención más pertinentes: (Citado por Amaya y Martínez, 1994)

- a) Premisas que son inferidas de un modo persistente y repetitivo.
- b) Tematizaciones más frecuentes y conclusiones estereotipadas e las que llega el paciente, cualquiera que sean las situaciones estimulantes que les rodean.

c) Sentimientos de desaprobación, de autoestimación negativa y/o dependencia suscitados ya por sus cogniciones, ya por el ámbito ecológico familiar.

d) Elucidación del modo en el que el paciente examina, atribuye y procesa la información estimular de su ambiente, para inferir esas conclusiones erróneas.

e) Reexamen con la ayuda del terapeuta, del proceso cognitivo que genera las conclusiones erróneas.

f) Reformulación y reatribución de las percepciones y cogniciones en orden de establecer conductas más real y ajustada.

g) Observación y registro de las contingencias externas que hacen emerger las cogniciones.

h) Entrenar al paciente en la evaluación y reformulación de estrategias sugeridas por el terapeuta.

i) Las estrategias deben estructurarse con toda claridad marcándose los objetivos y la secuencia de los pasos que se deben seguir. La flexibilidad de la programación es muy conveniente y debe estar en función de la evolución que experimenta el paciente.

j) El terapeuta no debe fundamentar sus estrategias en el autoritarismo ni en la sugestión. Cada área del programa debe fundamentarse en datos que puedan ser comprobables, tanto por el cliente como por el terapeuta.

k) El terapeuta debe procurar limitar sus intervenciones, sin discutir o invalidar argumentaciones, interpretaciones o sentimientos de su cliente. Su misión es observar, cuantificar, registrar y evaluar la conducta depresiva del paciente. Así se

construyen mas tarde las hipótesis y en función de estas se construyen las estrategias a seguir.

Las investigaciones que para este estudio son pertinentes, son las siguientes:

La depresión infantil es uno de los estudios de mayor aporte; Dweck (1973), demostró que niños que interpretan el fracaso como una situación fuera de control (es decir, aprendieron que son impotentes), no perseveran en tareas de problemas-solución, a pesar del hecho de que ellos estaban ejecutándolas igual de bien que los otros. Estos factores son predisponentes para la depresión. Shaw, (1980).

Otras investigaciones informan que las interacciones de las personas deprimidas con otros, están asociadas con conductas verbales y no verbales negativas. Por ejemplo, se ha encontrado que las interacciones maritales de las parejas en las que un miembro esta deprimido, se caracterizan por elevados niveles de perturbación, explosiones emocionales negativas y una incongruencia entre mensajes verbales y conductas no verbales, siendo la comunicación mas negativa que el mismo mensaje que la acompaña. Hinchliffe y cols, (1978), citado por Caballo, (1995).

En 1999, se encontró una correlación entre las ideaciones de suicidio en estudiantes como efecto de la depresión. Como resultados de esta investigación, se afirmo que la edad más prevaeciente de padecimiento esta entre los adolescentes y los mas ancianos, con una tasa mas alta en el genero femenino. La autoestima baja, y la creencia de falta de control sobre la vida propia, la tensión

negativa, el apoyo social insuficiente, y la percepción de sí mismo como menos saludable que otros son factores determinantes en una conducta de depresión con posibles intentos de suicidio, teniendo en cuenta una posible perturbación psiquiátrica. Labreghe-Gauthier (1999).

Los estudios genéticos - familiares muestran que el trastorno depresivo mayor es de 1.5 - 3 veces más común en familiares biológicos de primer grado de personas que sufre este, que en la población en general. En gemelos monocigóticos se ve concordancia en un 65% y solo del 14% en gemelos dicigóticos (Yepes, 1997).

Según datos dados por Alzate y col, 1980, citado por Yepes (1997), las depresiones son prevalentes en la población general de un 3 a 5% y de un 12 al 25% de todas las consultas médicas. Y según Watts, 1982, citado por Yepes (1997) solo un 0.2% de los pacientes deprimidos consultan al psiquiatra o al psicólogo, 9% al médico general y posiblemente un 89% nunca acuden a la consulta médica. La prevalencia puntual de casos de depresión mayor se ve en el estudio Epidemiological Catchment Área (ECA) realizado en 1994 en Norteamérica es de 2.2% en los casos reportados por consulta. Otros estudios sugieren cifras del 10 - 25% de depresión en mujeres y 5 - 12% en hombres. Son más frecuentes en el sexo femenino (2 a 1) y esto se ha atribuido a transmisión genética, fisiología endocrina y las desventajas psicológicas del papel femenino en nuestra sociedad.

La tercera variable a relacionar en esta investigación es Locus de Control.

La primera descripción del concepto de Locus de Control se debe a Phares (1951), citado por Rotter, (1954), citado por Cifuentes y cols, (1990), quien demostró que las personas diferían en como daban respuesta a sus experiencias de éxito o fracaso de determinadas conductas. Posteriormente, hacia los 70's, el mismo autor, inició el estudio de este constructo a nivel empírico mediante investigaciones descriptivas y experimentales (Lefcourt, 1987, citado por Cifuentes y cols, 1994)

Rotter (1954), citado por Cifuentes y cols, (1994) propuso en su teoría la existencia de dos fuentes de control: uno externo y uno interno, el primero se presenta durante el proceso de desarrollo y adaptación del individuo al medio social y el segundo desarrollado a medida que el sujeto madura a nivel cognoscitivo y asimila las normas sociales impuestas por el medio.

Luego en 1962, Rotter, introduce la teoría del control interno y externo, la cual propone que el individuo busca la causa que determina los hechos, circunstancias o las acciones en el ambiente o internamente. (Vivas y cols, 1998)

En 1966 Rotter, citado por Leal 1999, describió en este entonces el LOC como la explicación y la descripción de las creencias mas o menos estables del propio comportamiento del individuo. Esta teoría daba explicación a tres partes interconectadas: una filosofía social, una teoría de la personalidad y técnicas con las que se modifica la conducta. Esto supone que las personas se les entiende mejor cuando se encaminan hacia sus objetivos, construyen su propia visión de la realidad a partir de lo que han aprendido y se benefician de la adaptación, un mecanismo para manejar el mundo en el que se mueven. Del mismo modo,

propone una fórmula general, según la cual, el potencial para que una conducta ocurra es una situación psicológica específica en función de la “expectativa” de que dicha conducta llevará a un reforzamiento particular en esa “situación”, y del “valor” que tiene para el sujeto dicho reforzamiento. Esta fórmula introduce tres conceptos básicos: expectativa de refuerzo, valor del refuerzo y situación psicológica.

La primera, expectativas de refuerzo, se define como la probabilidad que el individuo ve de que un refuerzo particular, ocurra en función de una conducta específica propia.

La segunda, valor del refuerzo, sería el grado de preferencia de una persona hacia un refuerzo en especial para que éste suceda, teniendo en cuenta que las probabilidades de ocurrencia de todos los refuerzos fueran iguales.

La tercera, situación psicológica, se refiere al modo como el sujeto percibe y valora la situación (Pérez, 1984 citado por Leal y cols, 1999).

Siguiendo en esta investigación el concepto planteado de Locus de Control por Levenson (1974) citado por Vivas y cols (1998), definido como: "el grado hasta el cual una persona percibe los eventos de su propia vida como consecuencia de sus propias acciones o como resultado de su propia acción, o como resultado de la acción de otras fuerzas externas, por lo tanto una persona es interna en la medida en que se siente responsable del control de su propia conducta".

De acuerdo con la teoría del aprendizaje, el individuo desarrolla una expectativa específica o general acerca de la influencia que ejercen determinados eventos o refuerzos que recibe. Dichos eventos pueden presentarse como consecuencia de

su propia conducta o por la influencia de otras fuerzas ajenas a él. (Rotter, 1975, citado por Cifuentes y cols, 1994).

En otro estudio Rotter y Sarbín (1975), proponen dos fuentes de control básicos: por un lado el externo, identificado en la formación temprana de los individuos que durante la infancia sufren un proceso de formación y adaptación a su contexto social. La otra fuente de control surge a medida que el individuo asocia situaciones similares identificando las conductas aprobadas en su contexto social. Es por esto, que gracias a la interiorización que el sujeto hace de sus conductas mediante el lenguaje logra identificar comportamientos específicos que le permiten predecir las reacciones aprobadas o reprobadas ante la conducta. (Cifuentes y cols, 1994)

De acuerdo a lo anterior, Rotter (1975), citado por Cifuentes y cols, (1994) define Locus de Control como "la creencia que tiene el individuo acerca de si existe relación o no, entre su comportamiento y los refuerzos que recibe, identificando una internalidad como los eventos o conductas atribuidas a sí mismo, a cualidades o atributos y una externalidad definida como la percepción de eventos o conductas que han sido generadas por la suerte, azar u otras personas".

En trabajos como los de Jhonson, Laird & Wason (1977) o los de Harris y Mónaco (1978) se plantea una perspectiva del proceso de atribución bajo la integración del trabajo con la psicología social, de la personalidad y cognoscitiva. Desde este punto de vista una concepción adecuada del proceso de atribución causal requiere el reconocimiento de que cualquier evento o comportamiento por

si mismo es ambiguo con respecto a la asignación de causa, es decir, dado cualquier evento existe un gran número de factores posibles que lo causan. (Cifuentes y cols, 1994)

Posteriormente, Kendall (1981) se basa en estos trabajos y redefine el término Locus de Control a través del análisis del proceso de atribución causal propuesto por la psicología cognoscitiva y adaptado al modelo cognoscitivo - conductual, el cual fundamenta el estilo atribucional a partir de la afirmación que las creencias generalizadas que hacen las personas acerca del mundo restringen y seleccionan los eventos, haciendo que algunas interpretaciones sobresalgan más que otras, pero no aprobadas del todo, ya que este modelo da mucha importancia a las inferencias diarias que suelen ser rápidas e involuntarias y esto permite explicar el tipo de esquemas cognoscitivos que los sujetos usan. (Vivas y cols, 1998)

Para tener un mayor acercamiento al concepto de Locus de Control es importante conocer sus orígenes, desarrollo y evaluación en la psicología.

Barrientos (1984), citado por Vivas y cols (1998), reseña el desarrollo histórico del conductismo, donde el inicio de la psicología conductual es el Conductismo Watsoniano, desde una concepción radical (Skinner) a una metodología de la no inclusión o la inclusión de variables orgánicas, del método inductivo al hipotético - deductivo.

En la psicología conductual han existido tres generaciones de conductistas que muestran claramente su evolución en la historia.

En la primera generación, Pavlov y Thorndike (1942), los cuales trabajaron los principios básicos del aprendizaje, haciendo en laboratorios descubrimientos importantes en animales, pero extrapolados erróneamente a humanos.

En la segunda generación de conductistas, Tolman y Hull en los años 50's, introdujeron la relación estímulo - respuesta (E-R), consideradas variables mediadoras, reconocidas en la Psicología cognoscitiva actual, teoría de la información y cibernética. De otro lado, Skinner (1956), habla de la triple reacción de contingencia, base para los enfoques conductuales contemporáneos: el Análisis Experimental del Comportamiento, la Psicología Biosocial, el socioconductismo y la psicología Conductual Cognoscitiva, los cuales aparecen hacia esta época.

Por otra parte, a finales de los años 50's, surge la tercera generación de la Psicología Conductual, la cual se denominó como Conductismo Social respondiendo a la necesidad de una filosofía teórica del comportamiento social humano, reconociendo como principal exponente a Staats. Este enfoque considera que el objeto de estudio de la psicología es unimolar, es decir, el comportamiento social humano e identifica variables ambientales relevantes provenientes de la interacción social del individuo y reconociendo la importancia del conocimiento privado principalmente a nivel cognoscitivo y simbólico.

Durante esta generación nace el constructo de Locus de Control planteado por Rotter (1954) dentro de la teoría del rol que se compone de conceptos relacionados, tales como: variables antecedente internas y externas; acción cognoscitiva mediadora en la cual se interpreta la información, se identifica las

demandas del medio, las expectativas sobre sus actos y la congruencia del rol social con el Locus de Control desarrollado por el individuo, sea interno o externo. (Barrientos, 1984, citado por Vivas y cols, 1998)

Mas adelante en el tiempo, Bandura (1972) citado por Cifuentes y cols (1994), señala que las fuentes de socialización primaria ejercen un control externo del individuo (como los padres, familiares, grupos de amigos y la escuela). Plantea además que con el proceso de socialización secundaria, el sujeto va adquiriendo su representación de valores y principios que le permiten hacer una atribución de su conducta tanto a agentes internos como externos que en ultimas fundamenta el Locus de Control que ha desarrollado.

Posteriormente Kendall (1981) integra los puntos de vista de los psicólogos sociales, de la personalidad y cognoscitivos, para llegar a la conceptualización de los estilos atribucionales y presentar una perspectiva novedosa del proceso de atribución ( Vivas y Cols, 1998).

Siguiendo a este autor, para conceptualizar la atribución de causalidad debe tenerse en cuenta que un evento o conducta es ambiguo con respecto a la asignación de su causa, es decir, que hay multitud de factores que pudieron haberlo causado, tanto del ambiente o de situaciones que se han procesado internamente.

Los estilos atribucionales son entonces, las tendencias a hacer clases particulares de inferencias causales a través del tiempo y de las diferentes situaciones, es decir, la consistencia de los contenidos atribucionales es dada particularmente por el individuo (Lefcote, 1981 citados por Vivas y Cols, 1998).

En este punto se puede ver la relación que existe entre locus de control y la concepción de la atribución causal.

Se han sugerido tres enfoques en la concepción de la atribución causal como influencia sobre el locus de control; desde lo cognoscitivo lo social y el conductismo social.

La teoría cognitiva social proviene de la teoría social del aprendizaje, que tiene raíces en los años 60, y la cual en 1988 Bandura lanza oficialmente en su publicación "Fundamentos del pensamiento y la acción social: una teoría cognitiva social". Los orígenes de la teoría son en la Psicología del comportamiento y la Psicología social. El desarrollo de la teoría fue bajo la tutela de la psicología comportamental introducida por Jhon Watson en 1930, la cual apoyaba que el comportamiento se puede explicar en términos de actos observables que son susceptibles de descripción. (Crosble-Brunett y Lewis, 1993; Thomas, 1990).

La psicología social también hizo grandes aportes a la teoría. En 1890, William James, hablo sobre el "yo social" y su interacción con factores personales y ambientales. Este trabajo se desarrollo mas a fondo por Kurt Lewin (1890-1937), con la teoría de campo de la Gestalt que se focalizo en el individuo y los procesos de figura-fondo, que en el se llevaban a lugar.

Alfred Adler (1870-1937), introdujo varios conceptos que aun hoy se mantienen en la teoría; postuló que el comportamiento de una persona es motivado en sus acciones por la búsqueda constante de alcanzar una meta. (Crosble-Brunett y Lewis, 1993). También acentuó la importancia de la actitud de la persona frente al ambiente, lo cual catalogo como fuertes influencias sobre el comportamiento,

además que asumió los pensamientos, sensaciones y comportamientos de la persona como elementos de constante transacción entre el individuo y sus alrededores físicos y sociales, lo que convierte a estos factores como elementos de mutua influencia.

La teoría social del aprendizaje fue lanzada en 1941 por Dollard y Miller, siendo esta una teoría que incorporó dentro de los principios del aprendizaje términos como refuerzo, castigo, extinción e imitación de modelos. (Crosble-Brunett y Lewis, 1993). La teoría intentó explicar como tanto animales como humanos modelan sus comportamientos de acuerdo a los refuerzos ambientales que reciben. Según Dollard y Miller (1941), el comportamiento humano es motivado por mecanismos impulsores o motivadores, y respuestas que son reacción a dichos estímulos.

La perspectiva actual de la teoría social del aprendizaje, se refiere a subconjuntos de la teoría misma, que se basan en principios sociales del aprendizaje que ponen énfasis en variables cognitivas, mientras que el conductismo radical se basa únicamente en la unidireccionalidad existente entre E-R (Estimulo – Respuesta), lo que representa al comportamiento humano como una reacción simple a los estímulos ofrecidos por el exterior. Mientras que la teoría social del aprendizaje afirma que entre E-R existe un mediador (cognición humana), que puede de cierta manera ejercer control sobre los estímulos y las respuestas dadas a estos. A esta última afirmación se suscriben varios autores (Woodward, 1982; Jones, 1989; Perry y cols, 1990; Thomas, 1990; Crosble-Brunett y Lewis, 1993), que comparten las siguientes acepciones: (1) Las

consecuencias de la respuesta influencia la posibilidad que una persona realicen comportamiento determinado en una situación dada. (2) Los seres humanos aprenden comportamientos no solo cuando los realizan personalmente, sino también cuando los observan en otras personas. Este tipo de aprendizaje se llama "Aprendizaje vicario". (3) Los individuos aprenden más fácilmente comportamientos que se identifiquen con su modelo de comportamiento. Es decir, que la identificación con comportamientos de otras personas depende del grado de similitud con las propias conductas.

Rotter, se centro en la aplicación de la teoría a la psicología clínica, desde allí introdujo las ideas de aprendizaje a las nociones de refuerzo y lugar geométrico de control interno o externo, lo que refería a cambios influidos por uno mismo o influenciados por el medio o por personas externas. Según Rotter, los resultados de la salud de una persona se podrían mejorar mediante el desarrollo de un sentido de control personal sobre la vida. (Rotter, 1990; 1992).

Por otro lado Bandura (1963), enfoca su trabajo en conceptos cognoscitivos, centrandó su teoría en como los niños y los adultos funcionan cognitivamente respecto a sus experiencias sociales y como estas cogniciones influyen los comportamientos y el desarrollo de los mismos. (Bandura y Walters, 1963; Bandura, 1989). Su teoría fue la primera en incorporar la noción de modelamiento o aprendizaje vicario, como una forma de aprendizaje social; además, introdujo conceptos como el determinismo recíproco, la autoeficacia y las ideas de que puede haber variación temporal significativa entre el lapso de tiempo entre E-R.

Los trabajos realizados por Bandura, han estimulado enorme cantidad de investigaciones sobre el aprendizaje y el comportamiento, que han promovido variadas técnicas de cambio de comportamiento.

Los propósitos básicos de la teoría son, entender y predecir comportamientos del individuo y del grupo, identificar los métodos por los cuales el comportamiento puede ser modificado y la utilización del método en la intervención, como objetivo del desarrollo de la personalidad, la patología del comportamiento y la promoción de la salud.

Desde la psicología social la atribución se entiende como la inferencia de intenciones y de rasgos que proporcionan información sobre las disposiciones del sujeto y las causas de la conducta emitida por este. Diferentes estudios como los de Jones y Davis (1965); Kelley (1967, 1973); Anderson (1968, 1974); Jones y Nisbett (1972); entre otros corroboran estos postulados.

Cada individuo busca afrontar el ambiente y desarrollar superioridad en una forma única, por lo que Adler (1931) incorpora otro concepto: estilo de vida. Cada individuo comparte el objetivo común de la lucha por la superioridad, aun cuando hay diferentes formas de poder lograr ese objetivo.

El estilo de vida actúa como un filtro perceptivo, es decir influyendo en las formas en que vemos al mundo. Estos estilos de vida diferentes se desarrollan temprano en la infancia. Adler (1931) sugirió que el estilo de vida se encuentra establecido con bastante claridad para cuando un niño tiene cinco años, después

permanece relativamente constante, puede ser cambiado pero con un arduo trabajo y autoexaminación.

El estilo de vida resulta de una combinación de factores: la orientación hacia el objetivo interno del individuo con sus finalismos ficticios particulares y las fuerzas del ambiente que ayudan, impiden o alteran la dirección del individuo. Cada estilo de vida es único debido a las influencias del yo interno y sus constructos.

Se pueden distinguir cuatro tipos de estilo, los cuales tres, Adler (1931) los denominó estilos erróneos. Estos incluyen el tipo dirigente: individuos agresivos, dominantes, que tiene poco interés social o percepción cultural; el tipo obtenedor: individuos dependientes que toman en lugar dar; y tipo evitativo: personas que tratan de escapar de los problemas de la vida y participan en pocas actividades constructivas desde el punto de vista social. El cuarto estilo de vida fue llamado el tipo socialmente útil: personas que tienen una gran cantidad de interés y actividad social (Citado por Engler, 1996).

Teniendo en cuenta este otro punto de vista se habla de un “estilo de vida” definido como un conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona; definiendo Pautas como las formas recurrentes del comportamiento humano.

Los estilos de vida se basan según este enfoque en:

- a) Reacciones habituales individuales
- b) Pautas de conductas aprendidas relacionadas con los grupos sociales con los que se ha interactuado.

Es entonces cuando se habla de un objetivo de *Estilo de Vida Saludable*, denominado como aquel que permite involucrarse en la manera de vivir de las personas, en las pautas de conducta, que tanto individual como colectivamente, de forma cotidiana, mejoran la calidad de vida.

Los comportamientos protectores de la salud dependen también de factores motivacionales para hacerlo.

Sin embargo estas pautas de comportamiento así como se aprenden también se desaprenden (Rodríguez, 1995).

El conductismo social como ultimo enfoque influyente en el análisis de la atribución causal y conjugando elementos del aprendizaje de Bandura, del conductismo social de Mead y de evaluación conductual Ballesteros (1988) citado por Vivas y cols (1998) plantea el término locus de control, siendo aplicable a la explicación de un individuo alrededor de las causas de su propio comportamiento ( causas internas, en las que los eventos significativos se atribuyen a él mismo, denominándose locus de control interno; o bien a causa de índole externo, como el caso de la religión, suerte o influencia de un agente externo denominándose locus de control externo).

Hablando de la medición del locus de control se conoce que las primeras escalas que midieron este constructos fueron construidas después de estudios que demostraron que las personas diferían en las respuestas dadas a sus experiencias de éxitos y fracasos (Puertas, 1985 citado por Cifuentes y cols, 1994).

Phares (1955), fue el primero en desarrollar una de estas escalas, luego Jamer (1957) la amplió y la perfeccionó. Esta escala contenía sesenta ítems tipo liker, treinta de los cuales no evaluaban el concepto pero servían para disfrazar este propósito; las medidas arrojadas ayudaron al desarrollo de la escala control interno - externo (E-I). (Rotter, 1966).

Dice Lefcourt (1984) que al poco tiempo de esta última escala se publicó una segunda escala para medir el locus de control, este era el cuestionario de responsabilidad y logro intelectual (IAR) elaborado por Crandall, Katkovsky Y Crandall (1966) citado por Cifuentes y Cols (1994). Esta escala medía tres áreas de la investigación de Locus de Control: La especificidad del objetivo, el tipo de experiencias externas que deben ser explicadas y los agentes específicos que podrían ser una influencia (externa) en los refuerzos del individuo.

Hacia 1976 Rotter y otros, citados por Guevara (1992), desarrollaron un instrumento más elaborado y complejo basado en ítems proyectivos que buscaban evaluar experiencias de control mediante áreas y propósitos diferentes, por ejemplo, la realización, el reconocimiento social, el amor, y el afecto.

Desde este momento, las investigaciones posteriores sobre locus de control buscaban fijar medidas generales de control, metas y elementos específicos del mismo, de esta época se conoce la escala de Reid y Ziegler (1974), citados por Lefcourt (1984).

Debido a las limitaciones de la escala E-I de Rotter, Weiner y Cols (1971) tuvieron en cuenta que el éxito tendía a ser atribuido a causas internas y el fracaso a externas y se apoyaron en el locus de control (interno-externo) y la

estabilidad (estable-inestable). Manejaron como principales factores en el dominio del logro la habilidad, el esfuerzo, la dificultad de la tarea y la suerte, los cuales se clasificaron en un esquema de dos dimensiones logrando desarrollar el TAP (Perfil de Tendencias de Atribución).

Kendall (1989) anota que Abramson y Cols (1978), Ickes Y Layden (1978), Abramson y Seligman (1978) estudiaron la relación existente entre locus de control manejado por el individuo y la posterior aparición de problemáticas psicológicas como depresión, ansiedad, sentimientos de culpa, baja autoestima entre otros que están relacionados con el ambiente sociocultural en que se desenvuelve este.

Teniendo en cuenta los parámetros psicométricos, para 1978, Wallston, Wallston y De vellis construyeron la escala multidimensional de Locus de control en salud (MHLC) (Anexo C) la que consta de un total de 36 ítems, además de un cuestionario de ubicación sociocultural y un formato de instrucciones. Esta escala está opuesta por dos subescalas desarrolladas en forma paralela (forma A y B) que miden las mismas "creencias" pero fraseadas de manera diferentes. Los factores que evalúan son la internalidad (IHLC), la suerte (PHLC) y la influencia de otras personas (CHLH). Cada subescala está compuesta por 6 ítems con seis alternativas de respuesta en una escala tipo Liker.

En nuestro medio Cifuentes y Cols (1994) desarrollaron una evaluación de dicha escala para la población colombiana para definir su validez. Al medir la validez de constructo se ha usado el análisis factorial con método de rotación de factores Varimax. El análisis factorial está compuesto esencial por métodos de

formaciones de grupo son factores de variables relacionadas, a cada uno de estos grupos se les identifica mediante un grupo de variables cuyo miembro se correlacionan más significativamente entre sí que con respecto a las variables no incluidas en el grupo ( Nunnaly, 1987) citado por Cifuentes y cols (1994).

Siguiendo este autor, el método de rotación de factores se usa para obtener un patrón de cargas más interpretables y para facilitar el cálculo de las puntuaciones de los sujetos en los factores, siendo el más usado el método Varimax. Este se basa en rotaciones ortogonales que matemáticamente son mucho más simples que las rotaciones oblicuas y conducen a conclusiones respecto al número y tipo de factores inherente a una determinada matriz de correlaciones.

En cuanto a Locus de Control, las siguientes investigaciones realizadas, ilustran la teoría referida:

Krause (1987), desarrolló una investigación sobre el agotamiento crónico, el locus de control y la reducción de la fatiga nerviosa, en personas de la tercera edad; los resultados sugieren que la gente de mayor edad con locus de control interno tiene menor probabilidad de sufrir efectos de agotamiento ahorrativo crónico, en comparación con personas de la tercera con orientación de locus de control externo. Puertas (1991), citado por Cifuentes y cols (1994).

En otro estudio Blanchard y Freida, (1988), investigaron la relación existente entre locus de control y el modelamiento, considerados como moderadores en la edad y el contexto social, la muestra utilizada fue de 98 adolescentes, adultos y edad adulta media. Los resultados demostraron que la internalidad estuvo

relacionada con el escape y la evitación a situaciones específicas. La reacción hostil y la autoculpa se evidenciaron más en individuos jóvenes y fue negativa para los adultos más viejos. En conclusión, la investigación no arroja resultados consistentes para afirmar que las dimensiones de control varían con la edad. Puertas (1991), citado por Cifuentes (1994).

Sánchez y cols (1993), estudiaron los factores que inciden en la tensión emocional de los estudiantes y a su vez jerarquizar las áreas del CEEU (cuestionario de identificación de eventos estresantes en universitarios), en función de variables como semestre, edad, género, ubicación de control, estilos de afrontamiento entre otras. La muestra se conformó por 700 estudiantes de la universidad Católica de Colombia, los resultados, indicaron que en cada una de las áreas evaluadas la diferencia fue significativa; los individuos de control externo aparecen como más vulnerables a factores de tensión en su vida cotidiana.

La investigación de lugar geométrico del control de la salud, relacionada con lo anteriormente expuesto hecha por Wallston y cols (1978), tiene sus orígenes en 1976, derivándose de la teoría social del aprendizaje desarrollada por Rotter en 1966; teoría misma que indica que un individuo aprende con base en la historia de los refuerzos que recibe, que son en definitiva los responsables de la creación de expectativas tanto generales como específicas en el individuo. Mediante el proceso de aprendizaje, los individuos desarrollan creencias sobre los resultados de una acción que realicen, asumiendo dichos resultados a causas internas o externas, que luego de ser estudiadas a la luz de las conclusiones de Rotter, se reconoció a el lugar geométrico del control de la salud como una escala de

gradaciones tanto internas como externas que de cierta manera pueden predecir el comportamiento de la salud.(Wallston, Wallston, Kaplan y Maides,1980). Los estudios realizados por este grupo de profesionales, revelaron que por ejemplo en pacientes diabéticos nuevamente diagnosticados, y a sus familias, que se les oculto la importancia y se les evito la tensión del resultado del diagnostico, se observo el papel activo que cumple el paciente en su cuidado personal y en su cuidado medico. Lo que los profesionales intentaban conseguir en los pacientes, era que adoptaran un lugar geométrico interno de control de la salud, lo que suscito gran interés en relacionar estos resultados con el lugar geométrico de control de la salud con un nivel especifico de cuidado médico. En ese momento los profesionales de la salud desconocían los estudios de Rotter, que intentaba convencer a estos de la necesidad de estructurar programas en donde se educasen a los pacientes en su salud, dentro del marco de la teoría social del aprendizaje. Fue entonces cuando Wallston y Wallston, presentaron su investigación sobre lugar geométrico de control de la salud en San Francisco durante la reunión de la APHA, en donde conceptuaron los grandes esfuerzos que ellos venían llevando a cabo en la creación de programas de entrenamiento en donde se evaluaba la eficacia de dichos programas por medio de medidas relacionadas con la salud y el lugar geométrico de control. El propósito definitivo de la teoría, es que el lugar geométrico de control de la salud se ha convertido en un factor importante en cuanto a la predicibilidad de los estados o niveles de salud de los pacientes. La escala de lugar geométrico de control de la salud fue desarrollada como una escala unidimensional acerca de la creencia que poseen

las personas acerca de que su estado de salud dependa o no de cierto tipo de comportamiento. Las variadas investigaciones realizadas sobre el lugar geométrico de control de la salud, han llevado a los investigadores a concluir que el lugar geométrico del control de la salud es la mejor alternativa para estudiar los comportamientos del enfermo, y el papel definitivo que cumplen estos dentro del desarrollo de su enfermedad. También se usan las escalas de lugar geométrico de control, para medir el lugar geométrico que se relaciona con el control de la salud, y estos a su vez, relacionados con el éxito de los programas de educación en salud y los cambios que estos producen en la creencia sobre la salud que posee el paciente. Dichos cambios en la creencia son evaluados relevantemente, solo si son acompañados de un cambio de comportamiento deseado. A raíz de esto se ha podido concluir que un lugar geométrico de control interno, esta más propenso a un enganche favorable en la búsqueda de comportamientos positivos respecto a la salud y al papel del enfermo, lo que en consecuencia permite concluir que los programas de educación en salud deben incluir en su interior nociones de manejo y creación de un lugar geométrico de control de la salud interno. Una descripción de la teoría del lugar geométrico de control de la salud (HLC), es la que se refiere a el grado en el que los individuos creen que el estado de su salud es controlado por factores internos o externos. Las teorías sociales del aprendizaje están muy relacionadas con el estado de salud del que se hablaba y el control del locus, pues apoyan la posibilidad de que un comportamiento se presente, es una función que se cumple a razón de la expectativa que se posee de que dicho comportamiento conducirá a un refuerzo específico producto de dicha

situación. Cuando este es externo, la creencia que se da, sobre el resultado de la salud está bajo el control de otros factores de gran alcance o es determinado por la suerte o la ocasión. Cuando es interno la creencia de los resultados de la salud son producto directo de un comportamiento del individuo.

En 1988, Díaz y Vanegas, plantearon un problema de investigación determinando la relación médico paciente y la adhesión al tratamiento e hipertensión arterial esencial y Locus de Control; encontrando correlaciones significativas con tres de los cinco comportamientos que se emplearon para mirar la adhesión al tratamiento; la correlación positiva fue con hábitos alimenticios, consumo de alcohol y cigarrillo. El factor cognoscitivo de la relación médico - paciente solamente correlacionó con la ingestión de medicamentos. El LOC incide de manera significativa a la adherencia en tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, se observó que las personas que presentan predominio del control interno manejan mejor el estrés, interesando más en su salud y en cumplir con el tratamiento.

En el ámbito de las investigaciones que relacionan de una u otra forma los constructos que atañen a esta investigación, se hallaron las siguientes:

En 1996, Amaya y Miller en la Universidad Javeriana de Bogotá, plantearon una investigación sobre "Locus de Control en personas con intento de suicidio"; concluyendo que hay una relación directa entre el LOC externo y la Depresión, señalando que la externalidad lleva consigo una expectativa mayor de fracaso y

paradójicamente una atribución interna del mismo llevando a situaciones como el suicidio.

En 1997, Rogelis, A y Vives, M. Desarrollaron un proyecto investigativo acerca de la “Relación entre los Factores Sociodemográficos y Legales Con Los Niveles De Autoestima; Ansiedad – Locus de Control – y Estilos de Afrontamiento en Internas Condenadas de la Reclusión Nacional de Mujeres de Santafé De Bogotá”; concluyendo que las internas condenadas presentan una autoestima media baja y baja, altos niveles de ansiedad, una ubicación LOC interno y un alto porcentaje de estilo de afrontamiento fantasioso, proponiendo trabajar en estas áreas y realizar otra investigación comparativa con un centro carcelario masculino. La muestra fue de 57 internas escogidas al azar.

Robles y Cols, 2000, realizaron un estudio que relaciona los síntomas depresivos en prisioneros masculinos según su nivel de custodia y los niveles de Locus de control, la muestra fue de 325 prisioneros. Los resultados demostraron diferencias significativas entre grupos con Locus de control interno y grupos con Locus de control externo, en orientaciones de mando. El grupo de Locus de control interno, demostró menor depresión que los externos quienes aumentaron su depresión luego de un periodo de ajuste a la prisión.

También se concluyó que las personas son afectadas de manera diferente por el encarcelamiento, lo cual sugiere que son los factores anexos a la misma prisión, lo que les afecta. Aunque la depresión es susceptible al cambio, el Locus de control es un rasgo de personalidad más estable.

La investigación realizada por Martz, 2000, pretendió determinar la relación existente entre el locus de control y la aceptación de invalidez. La muestra fue de 97 participantes con invalidez en la Universidad de California. Se encontró que las personas que se manejan por un locus de control interno, tienen un mayor nivel de adaptación a su invalidez y por lo tanto su nivel de depresión es mas bajo.

Finalmente, y luego de analizar las variables depresión, ansiedad, y locus de control al igual que los estudios ya realizados sobre las mismas, se evidenció que el problema planteado es de vital relevancia; ya que las investigaciones encontradas hasta el momento pretenden demostrar la relación existente en solo dos de las variables y no en las tres.

Sin embargo, la comorbilidad entre estas variables ha estado presente de forma implícita en los estudios realizados hasta hoy, pero no han sido tenidas en cuenta dentro de un solo marco de relación como se pretende postular en este trabajo.

De acuerdo con la revisión anterior el presente estudio pretende dar respuesta a los siguientes interrogantes:

Según los datos de Goldberg (citado por Ayuso Gutiérrez, 1997), el 14.18% de la población general padece depresión y/o ansiedad clínicamente significativas, aunque solo el 7 al 9% acuden a consultar a los médicos de atención primaria, que constituyen sin duda los interlocutores del paciente ansioso o deprimido. Desgraciadamente, solo son identificados correctamente del 3 al 4% de los casos. La experiencia clínica sugiere que muchos pacientes que acuden a recibir

tratamiento en los servicios de medicina general o en las consultas psiquiátricas muestran una mezcla de síntomas ansiosos y depresivos de diversa intensidad. El solapamiento sintomático plantea importantes cuestiones para el clínico. La cuestión básica es: "en qué medida el predominio de los síntomas ansiosos o depresivos afecta el diagnóstico o al tratamiento" y "Cual es la relación entre el Locus de Control y las variables: Ansiedad y Depresión" (Cifuentes y Cols 1990); preguntas que conducen tanto al problema como al objetivo central del presente trabajo.

Las investigaciones hasta hoy realizadas afines a estos temas, solo han abarcado la relación entre dos de las variables; evidenciando que el diseño correlacional entre ansiedad, depresión y Locus de Control que aquí se pretende plantear, generará nuevas expectativas para la psicología, enmarcando su teoría dentro de un diseño correlacional descriptivo, que complementará los datos hasta hoy encontrados frente a hipótesis como: la predominancia en el manejo del Locus externo hacia este tipo de patologías.

Para el estudio de los anteriores constructos (ocus de control, ansiedad y depresión), la presente investigación se enmarca dentro de la psicología de la salud; en cuanto a su definición, su actividad, modelos y campos de acción.

### **Problema**

¿Cuál es la relación entre la internalidad y externalidad de Locus de Control y las variables Ansiedad y Depresión, reportada por una muestra de 32 sujetos que asisten a consulta psicológica?

### **Objetivo General**

Determinar en una muestra de 16 sujetos ( 8 con ansiedad y 8 con depresión), la relación que existe entre la orientación de Locus de Control (interno y externo) y las variables Depresión y Ansiedad, mediante la aplicación de instrumentos específicos (Beck, IDARE y MHLC) con el fin, de poder aportar a la prevención y tratamiento de dichas variables.

### **Objetivos Específicos**

Diferenciar cada una de las variables de interés en cuanto a historia, definición, modelos, teorías, evaluación, tratamiento e investigaciones, con el fin de tener claridad en el manejo de los conceptos durante el presente estudio.

Citar algunas investigaciones realizadas acerca de cada una de las variables y los aportes que han proporcionado para el desarrollo de éste y otros planteamientos relacionados con el tema.

Identificar y utilizar instrumentos de medición apropiados para la evaluación de la variables Locus de Control, Ansiedad y Depresión.

Generar nuevas inquietudes, en cuanto a la correlación existente entre las variables mencionadas, a partir de los planteamientos establecidos en este trabajo.

### **Variables**

Ansiedad: Estado emocional con sensación subjetiva, desagradable, originado por una hiperactividad del sistema nervioso, provocado por una amenaza potencial, real o imaginaria, que se manifiesta con síntomas físicos y psíquicos. Serna de Pedro (1996).

Depresión: Grupo heterogéneo de trastornos afectivos que se caracterizan, por un estado de ánimo reprimido, disminución del disfrute, apatía y pérdida del interés en el trabajo, sentimientos de minusvalía, insomnio, y otros síntomas extremos como la anorexia y la ideación suicida. A menudo se manifiestan también síntomas de ansiedad y somatización (Yepes, 1997).

Locus de Control: Grado hasta el cual una persona percibe los eventos de su propia vida como consecuencia de sus propias acciones, o como resultado de la acción de otras fuerzas externas, por lo tanto una persona es interna en la medida en que se siente responsable del control de su propia conducta (Levenson, 1974, citado por Vivas y cols, 1998).

### **Control de Variables**

CUAL	COMO	POR QUE
Sujetos	La selección se realizó entre los sujetos que asisten a consulta psicológica a una institución universitaria.	Por medio de la asistencia psicológica se detectaron y contrastaron las problemáticas concernientes al presente estudio.
Selección de sujetos	Se eligieron sujetos que reportaron trastornos de ansiedad o depresión durante la asesoría	La elección de los sujetos permitió cumplir con los intereses requeridos por la investigación

	psicológica.	
Género	Tanto hombres como mujeres.	Permitieron diferenciar las correlaciones existentes en todo tipo de población.
Escolaridad	Personas con un nivel de escolaridad de bachillerato.	Garantizó unos procesos lógicos de pensamiento, que les permitió comprender adecuadamente las instrucciones a seguir.
Instrumentos (Beck, IDARE y MHCL)	Eligiendo escalas debidamente validadas, estandarizadas y de alta confiabilidad.	La validez y confiabilidad de las pruebas, llevan a verificar la efectividad del programa.

### Hipótesis

Existe correlación directa positiva entre la Depresión y el Locus de Control Externo, reportados por un grupo de 8 sujetos , entre hombres y mujeres asistentes al servicio de psicología de una institución universitaria.

Existe correlación directa positiva entre Ansiedad y Locus de Control Externo, reportados por un grupo de 8 sujetos, entre hombres y mujeres asistentes al servicio de psicología de una institución universitaria.

## MÉTODO

### Tipo de Investigación

La presente investigación es de tipo descriptiva correlacional, ya que identificó la relación entre las variables Locus de control (externo - interno), Ansiedad y Depresión.

### Participantes

La muestra estuvo conformada por 16 sujetos seleccionados entre la población que asiste al servicio de consulta externa psicológica de una Institución Universitaria de la ciudad de Bogotá, con nivel escolar bachillerato y edades comprendidas entre 22 y 46 años. Se escogieron 16 personas; 4 hombres y 4 mujeres que reportaron problemas de depresión; y 4 hombres y 4 mujeres que reportaron problemas de ansiedad.

### Instrumentos

Se utilizaron 3 instrumentos, los cuales se describen a continuación:

(I.D.B.) Inventario de Depresión de Beck: (Ver anexo A)

Autor: Aaron Beck

Duración: Oscila entre 5 y 10 minutos.

Aplicación: A partir de los 16 años

**Significación:** Evalúa la severidad de los síntomas depresivos, cubriendo síntomas afectivos, cognoscitivos, motivacionales y fisiológicos de la depresión.

**Antecedentes:** El inventario de depresión de Beck fue construido en Filadelfia como un inventario capaz de estimar diferencias entre grupos de enfermos con diversos grados de depresión y capaz de detectar cambios en la intensidad de la depresión después de un intervalo de tiempo. Posee grandes atributos de fiabilidad y validez, lo que hace de él un instrumento útil para la investigación de la depresión y un paso en la dirección de establecer un diagnóstico sobre una base cuantitativa.

Las preguntas que conforman el Inventario fueron obtenidas teniendo como base casos de pacientes deprimidos en psicoterapia, en las cuales se hicieron observaciones sistemáticas y registro de las actitudes y síntomas característicos. Sobre la base de esta selección se construyeron 21 categorías de síntomas y actitudes.

**Estructura:** Es un inventario compuesto por 21 ítems, cada uno de los cuales describe una manifestación conductual específica de la depresión y consiste en una serie de cuatro alternativas colocadas en orden de severidad del síntoma de depresión, con un Puntaje de 0 a 3. Las preguntas fueron elegidas de acuerdo a manifestaciones conductuales de la depresión y no reflejan ninguna teoría relacionada con la etiología de los procesos Psicológicos en la depresión. Los factores que evalúa comprenden: (1) Estados de ánimo, (2) Pesimismo, (3) Sentimientos de fracaso, (4) Insatisfacción, (5) Sentimientos de culpa, (6)

Sentimientos de castigo, (7) Odio a sí mismo, (8) Autoacusaciones, (9) Impulsos suicidas, (10) Períodos de llanto, (11) Irritabilidad, (12) Aislamiento social, (13) Indecisión, (14) Imagen corporal, (15) Incapacidad laboral, (16) Trastorno del sueño, (17) Cansancio, (18) Perdida del apetito, (19) Perdida de peso, (20) Hipocondría, (21) Perdida de libido.

Corrección y Valoración: Se realiza observando detenidamente la hoja donde se han marcado y anotado el número de respuestas, luego se cuenta el número total de respuestas marcadas, obteniendo el Puntaje que se interpreta de acuerdo a la tabla de Baremos de interpretación y calificación, haciendo diferenciación de baremos para hombres y mujeres.

Validez: Bumberry y Oliver (1978), citados por Cifuentes (1993), han demostrado el alto nivel de validez que la prueba tiene. Su consistencia interna ha sido demostrada, postulándola como una escala recomendada para ser usada en una terapia conductual.

Confiabilidad: El Inventario de Beck, posee un nivel de confiabilidad de 0,83 (Cifuentes, 1993).

#### IDARE :Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado (Ver Anexo B)

Antecedentes: La construcción del IDARE, se inició en 1964 por Charles D. Spielberger y R.L. Gorsuch en la Universidad de Vanderbilt. En la primavera de 1967, se cambiaron las actividades del desarrollo del inventario a la Universidad Estatal de Florida. Con la meta de desarrollar una sola escala, que proporcionara medidas objetivas de autoevaluación tanto de la ansiedad-estado como de la

ansiedad-rasgo. Durante el desarrollo del inventario, hallazgos de investigación, llevaron a cambios importantes en las concepciones teóricas de la ansiedad y especialmente, en nuestras suposiciones respecto de la naturaleza de la A-Rasgo. Que llevo a cambios en el procedimiento y concepción del inventario. y la meta de realización incluyó el trabajo con individuos emocionalmente perturbados

En el desarrollo del IDARE se presupuso, que los reactivos con una relación demostrada con otras medidas de la ansiedad, serian mas útiles en un inventario diseñado tanto para medir la ansiedad-estado como la ansiedad-rasgo. Puesto que la mayoría de las escalas de ansiedad existentes median la ansiedad-rasgo (Spielberger, 1966) un gran número de reactivos cuyo contenido tenía comprobada la relación con las escalas A-Rasgo mas ampliamente usadas, fue reestructurado, de tal manera que permitiese que cada reactivo fuera utilizado como una medida tanto de A-Estado como de A-Rasgo. El resultado fue una sola escala, el IDARE que podía ser aplicada con diferentes instrucciones para medir la A-Rasgo y la A-Estado.

Tres escalas de ansiedad ampliamente usadas, IPAT anxiety scale, (Catell y Scheier, 1963), el Taylor (1953) Manifest Anxiety Scale y el Welsh (1956) Anxiety scale, fueron aplicados a 288 estudiantes de un curso de introducción a la Psicología de la Universidad de Vanderbilt. Un total de 177 reactivos individuales correlación 0.25 o más con cada una de las tres escalas de ansiedad. Estos reactivos fueron modificados de tal manera que retuviesen su contenido psicológico pero fueron alterados en su forma de modo que cada reactivo pudiese

ser utilizado con distintas instrucciones para medir ambos rasgos, A-Estado y A-Rasgo.

Con dichos reactivos, se inició la eliminación de los que presentaran una correlación baja, lo que llevo a concluir con lo que hoy se denomina Inventario de Autoevaluacion SXE y SXR, para medir Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo, respectivamente.

Confiabilidad : Los datos de confiabilidad los arrojó el análisis de una aplicación test-retest a estudiantes universitarios no graduados. Los mismos que recibieron la aplicación del retest después de una hora, y fueron expuestos sucesivamente durante el intervalo entre una y otra aplicación, a las siguientes condiciones experimentales: Un periodo breve de entrenamiento en relajación, una prueba difícil para medir el cociente intelectual y una película en la cual se presentaron accidentes en los que se produjeron lesiones graves o la muerte a los participantes.

Las correlaciones de test-retest para la escala A-Rasgo, fue bastante alta variando desde 0.73 para un intervalo de 104 días, a 0.86, mientras que las correlaciones para la escala A-Estado fueron relativamente bajas, variando desde 0.16 a 0.54 con una mediana de 0.32 entre los grupos.

Los coeficientes alfa para las escalas del IDARE fueron calculados a partir de la formula K-R 20 con la modificación por Cronbach (1951) utilizando las muestras normativas. Estos coeficientes de confiabilidad variaron de 0.83 a 0.92 para A-Estado. Así que esto demostró que la confiabilidad del IDARE es bastante alta.

Una evidencia adicional acerca de la consistencia interna de las escalas del IDARE ha sido obtenida a través de correlaciones de reactividad contra escala, calculadas para las muestras de estudiantes universitarios y de bachillerato. La correlación mediana de reactivo contra escala en A-Estado, fue de 0.55 para los estudiantes de bachillerato, 0.45 para los estudiantes de 1er año universitario y 0.55 para los estudiantes aun no graduados. Las correlaciones de reactivos contra escala correspondientes a la sub-escala A-Rasgo, fueron de 0.54, 0.46 y 0.53, respectivamente. Para mas de la mitad de los reactivos de cada escala, las correlaciones de reactivo contra escala fueron de 0.50 o más altas. Todos, excepto uno de los reactivos de A-Rasgo y 18 de los 20 reactivos de A-Estado, obtuvieron una correlación de reactivo contra escala de 0.30 o mayor.

Validez: El IDARE provee medidas operacionales de Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo. En la construcción del IDARE se requirió que los reactivos individuales llenaran los criterios de validez prescritos, para la ansiedad-estado y para la ansiedad-rasgo, en cada una de las etapas de construcción del inventario, con el fin de poder ser conservados para la evaluación y validación. (Spielberger & Gorsuch, 1966).

La evidencia de validez del IDARE, se observa en correlaciones con la escala de Ansiedad IPAT (Catell & Scheier, 1963), la escala de ansiedad manifiesta (TMAS) de Taylor (1963) y la lista de adjetivos afectivos de Zuckerman (1960), el AACL en su forma general. Es de notarse que las correlaciones entré el IDARE, el IPAT y el TMAS, son moderadamente altas. Dado que las intercorrelacionales

entre estas escalas se acercan a las confiabilidades de las escalas, lo que hace pensar que estas pueden ser escalas auxiliares de medidas de A-Rasgo.

Otra evidencia respecto a la validez de la escala A-Estado existe para una muestra de 977 estudiantes no graduados de la Universidad estatal de Florida. A estos se les aplicó primero la escala A-Estado con las instrucciones estándar (condición de norma). Enseguida se les pidió que respondiesen de acuerdo que ellos creyeran que se sentirían “inmediatamente antes de un examen final en uno de los cursos más importantes” (condición de examen).

Las diferencias en la capacidad que tienen los reactivos individuales de la escala A-Estado del IDARE para discriminar entre condiciones caracterizadas por distintos grados y tipos de tensión reflejan un nuevo concepto en teoría de las pruebas psicológicas, es necesario tomar en consideración en la medición de estados psicológicos que varían en intensidad. Este concepto se refiere a el hecho de que los reactivos individuales que se utilizan para medir la intensidad de un estado de personalidad son más efectivos a ciertos niveles de la escala de intensidad que en otros.

La correlación entre las escalas A-Rasgo y A-Estado del IDARE dependen fundamentalmente del tipo de la intensidad de tensión que caracteriza a las condiciones bajo las cuales la escala A-Estado es aplicada. Las correlaciones entre las escalas variaron entre 0.44 0.55, cuando el IDARE fue aplicado con instrucciones estándar a cuatro muestras distintas de estudiantes no graduados del sexo femenino. En cambio las correlaciones entre las escalas para varones en estas muestras, variaron entre 0.51 y 0.67. El consistente hallazgo de que las

correlaciones entre las escalas son típicamente mas altas para los hombres que para las mujeres, esto sugiere que los hombres que obtienen altas calificaciones en A-Rasgo están generalmente mas predispuestos a experimentar estados de ansiedad, que las mujeres con alta calificación en A-Rasgo.

Aplicación y Calificación: El inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE, versión en español del STAI (State-Trait-Anxiety Inventory)) esta constituido por dos escalas separadas de autoevaluacion que se utilizan para medir dos dimensiones distintas de la ansiedad: (1) La llamada Ansiedad-Rasgo (A-Rasgo), y (2) llamada Ansiedad-Estado (A-Estado). Se ha demostrado que este inventario es útil en la medición de ansiedad en estudiantes, y pacientes médicos y quirúrgicos.

La escala A-Rasgo del inventario de ansiedad consiste de veinte afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir como se sienten generalmente. La escala A-Estado también consiste en veinte afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen como se sienten en un momento dado.

El IDARE fue diseñado para ser autoaplicable, así como individualmente o en grupo. Las instrucciones completas estan en el protocolo de ambas escalas. Su aplicación no tiene un limite de tiempo.

La validez del IDARE se fundamenta en el supuesto de que el examinado entiende claramente que las instrucciones que se le dan, en relación con el “estado”, deben reportar como se siente en este momento especifico, y que las instrucciones que se le dan en relación con el “rasgo” deben indicar como se

siente generalmente. La atención del examinado debe dirigirse al hecho de que las instrucciones son distintas para las dos partes del inventario.

Durante el proceso de estandarización del IDARE, se aplicó primero la escala A-Estado y enseguida la escala A-Rasgo, y es este el orden que se recomienda cuando ambas escalas se aplican juntas. Puesto que la escala A-Estado fue diseñada con el fin de que fuese sensitiva a las condiciones bajo las cuales se aplica el inventario, las calificaciones en esta escala pueden ser influenciadas por la atmósfera emocional que se crea si se aplica primero la escala A-Rasgo. En contraste, se ha demostrado que la escala A-Rasgo es inmune al efecto de las condiciones bajo las cuales se aplique. (Jhonson, 1968; Jhonson & Spielberger, 1968; Land, 1969).

Escala Multidimensional De Locus De Control En Salud Forma C (Adaptacion Para Depresion Y Ansiedad) MHLC. (Ver Anexo C)

Antecedentes: Basados en trabajos hechos por Rotter (1966), Levenson (1973-74) en los cuales se desarrollan instrumentos para medir el constructo Locus de control, Wallston y cols (1976), desarrollaron un nuevo instrumento: La escala de Locus de control en salud (HLC), la cual mide el constructo Locus de control aplicado a la salud pero de manera unidimensional, posteriormente a esto, Wallston, Wallston y De Vellis en 1978 desarrollaron otro instrumento: La escala Multidimensional de Locus de Control en Salud (MHLC) para conocer la orientación de las personas con respecto a su salud. Al igual que Levenson (1974) en esta escala se mide internalidad mediante la subescala IHLC; la externalidad

defensiva (propia de personas que consideran su conducta influenciada por terceras personas) con la subescala PHLC y la externalidad autentica (por azar o suerte) mediante la subescala CHLC.

Es así, que teniendo en cuenta los parámetros psicométricos, Wallston, Wallston y De Vellis (1978) construyeron la Escala Multidimensional de Locus de Control en Salud (MHLC) la cual consta de un total de 36 ítems.

Estructura: El instrumento utilizado para la validación y estandarización fue la Escala Multidimensional de Locus de Control en Salud (MHLC) de Wallston, Wallston y De Vellis (1978). La escala esta compuesta por tres subescalas que permiten orientación de internalidad (IHLC), externalidad defensiva (PHLC) y externalidad autentica (CHLC), cada una de las subescalas consta de 12 ítems para un total de 36. Esta escala tiene dos formas paralelas fraseadas de manera diferente. Los primeros 18 ítems configuran la forma A, con sus tres subescalas (6 ítems cada una) y los 18 ítems restantes configuran la forma B (6 ítems cada una). La forma C, es la escala a utilizar en la presente investigación, pues tiene como particularidad que se diseña para ser “condición específica” y se puede utilizar en lugar de la forma A y B al estudiar a personas con una condición mental y/o de salud específica; el procedimiento de “condicionamiento específico” de esta prueba se realiza sustituyendo la condición (palabra) salud, enfermedad, etc., por la palabra o condición de relevancia para el estudio a realizar. Como las formas A y B, la forma C también tiene 18 ítems (Wallston, Steind y Smith, 1994)

Es de considerar que el investigador es libre de usar cada una de las tres formas (A, B y C) que posee la HMLC para su investigación, lo que quiere decir que es libre de adaptarlas a sus necesidades particularmente la forma C.

La orientación del constructo es medida por cada sub-escala: Internalidad (I), Externalidad autentica (A) y Externalidad defensiva (O.P) en sus formas A y B. La escala ofrece seis alternativas para seleccionar la respuesta que mejor se adapte a las creencias de quien responde con una escala de rangos tipo Likert, que va desde completamente en desacuerdo (1), desacuerdo moderado (2), Desacuerdo leve (3), acuerdo leve (4), acuerdo moderado (5) y completamente de acuerdo (6).

De igual forma Wallston, Wallston y De Vellis (1978) la colocaron a prueba en un estudio con una muestra de 115 personas, encontrando bajos coeficientes alfa; además concluyeron que estos coeficientes aumentan cuando se analizan conjuntamente las formas A y B de la escala (Citado por Puertas, 1985).

Validez y confiabilidad: Esta escala fue adaptada por Puertas (1984) en la cual utilizo una muestra de 168 Puertorriqueños mayores de 18 años de edad, en este estudio encontró que la consistencia interna en esta población fue de un coeficiente alfa de 82 para toda la escala y en cuanto a las subescalas encontró que para la escala IHLC fue de 0.62, para PHLC 0.65 y 0.53 para CHLC en la forma A de la escala. En la forma B encontró para IHLC 0.69, para PHLC = y 0.69 para CHLC con lo cual se concluye que la consistencia interna fue menor a la obtenida por Wallston, Wallston y De Vellis (1978).

En cuanto al análisis de confiabilidad de la prueba, Puertas (1984) encontró que mediante un procedimiento estadístico de pruebas paralelas entre las formas

A y B, la escala tiene una correlación de 0.60 con  $P < 0.5$  y los valores de la forma A con B fueron de  $=.61$  para IHLC, 0.54 para PHLC y de 0.68 para CHLC con  $P < 0.01$ , con lo anterior el autor concluyo que estos valores fueron bajos ya que teóricamente ambas formas de la escala son iguales, con lo que se deduce que las dos formas están relacionadas pero no son equivalentes.

Así mismo en diferentes trabajos se han producido adaptaciones de la escala MHLC a problemas de salud concretos. Así por ejemplo, Holroyd y cols (1984) usaron la escala en un estudio sobre los efectos del biofeedback para pacientes con dolor de cabeza, sustituyendo “salud” por “dolor de cabeza” y posteriormente en un estudio mas reciente, Pastor y cols (1990) adaptaron la escala MHLC a pacientes con dolor crónico de origen reumático, confirmando la formulación multidimensional del constructo pero obteniendo cuatro subescalas independientes: profesionales, azar, destino e interno.

La escala presente en este estudio ha sido adaptada, validada y estandarizada de acuerdo a la forma C para Ansiedad y Depresión para la población de Santafé de Bogotá y su relación con algunas variables sociodemográficas (Cifuentes y Cols, 1999).

## **Procedimiento**

El estudio se llevó a cabo mediante las siguientes fases:

### Fase I

Selección de la muestra. En esta fase, se identificaron dentro de los usuarios que asistieron al servicio de consulta externa de una Institución Universitaria, aquellos pacientes que reportan problemas de Ansiedad o Depresión.

### Fase II

Aplicación de instrumentos. Una vez identificados los sujetos, se les aplicó Inventario de Beck, e IDARE. Una vez analizados los puntajes de los sujetos en cada uno de los inventarios y siguiendo los criterios de análisis de las pruebas; se seleccionó un total de 16 sujetos, 8 que reportaron depresión y 8 que reportaron ansiedad, tal y como se describe en la sección de Sujetos.

Posteriormente se aplicó la prueba Multidimensional de Locus de Control forma C, a cada uno de los sujetos de las respectivas muestras; Ansiedad y Depresión.

### Fase III

Tabulación y tratamiento estadístico de los datos, para su respectivo análisis.

## RESULTADOS

En la presente investigación se evaluaron y correlacionaron los datos obtenidos mediante la aplicación de la escala de Beck, la escala de ansiedad Idare y la escala multidimensional de Locus de Control (MHLC).

Para lo anterior se aplicaron las escalas descritas a una muestra de 8 hombres y 8 mujeres consultantes del Centro Universitario de Asistencia Psicológica de la Universidad Católica de Colombia.

Se trabajó mediante la correlación de Pearson por ser variables medidas en escala de intervalo y se hallaron las medidas de tendencia central pertinentes, en este caso los promedios hallados por los grupos encuestados.

El análisis de los resultados se presentan en tablas y gráficas, para su mayor comprensión y lo hallado se discute en la sección respectiva.

En primera instancia se reportan los puntajes brutos de las puntuaciones de los cuestionarios aplicadas a hombres y mujeres, así como sus respectivos promedios.

En otra sección se presentan los índices de correlación de los puntajes encontrados entre la depresión y locus de control y la ansiedad y locus de control.

Finalmente se presentan las gráficas comparativas de los promedios entre hombres y mujeres.

**Tabla 1**

Puntuaciones de cuestionarios aplicados a hombres y Mujeres con Ansiedad y/o Depresión

	Hombres				Mujeres			
	<u>BECK</u>	<u>MHLC</u>	<u>IDARE</u>	<u>MHLC</u>	<u>BECK</u>	<u>MHLC</u>	<u>IDARE</u>	<u>MHLC</u>
1	19	47A	46	47A	23	61A	62	61A
2	22	69A	59	69A	21	60A	54	60A
3	16	41A	38	41A	27	63A	63	63A
4	18	50B	42	50B	26	60A	58	60A
5	21	61A	48	61A	18	54A	47	54A
6	25	64A	54	64A	29	68A	63	68A
7	23	68A	58	68A	27	64A	61	64A
8	19	46A	56	46A	28	65A	64	65A

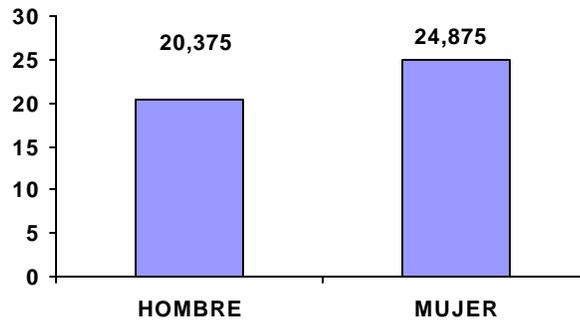
En la tabla anterior se detallan los resultados hallados mediante la escala de Beck, la escala Multidimensional de Locus de Control (MHLC) y el IDARE, tanto en hombres como en mujeres.

**Tabla 2**

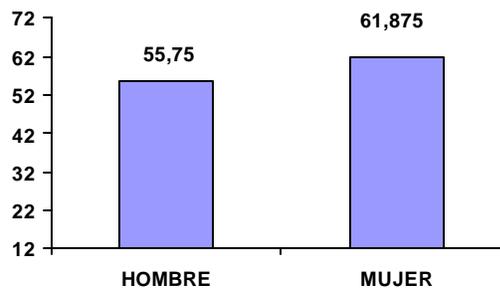
Promedios de hombres y mujeres en escalas aplicadas

Hombres			Mujeres		
<u>BECK</u>	<u>MHLC</u>	<u>IDARE</u>	<u>BECK</u>	<u>MHLC</u>	<u>IDARE</u>
20.375	55.75	50.125	24.875	61.875	59

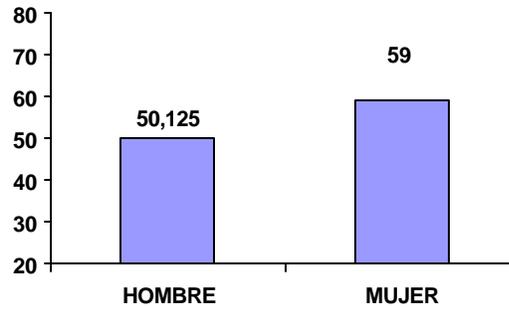
A continuación se presentan las gráficas comparativas tanto de hombres como de mujeres de los promedios hallados mediante los instrumentos aplicados.



**Figura 1.** Promedios hallados en Escala de Beck



**Figura 2.** Promedios hallados en Escala Multidimensional de Locus de Control en Salud (MHLC)



**Figura 3.** Promedios hallados en IDARE

En las tres gráficas se observa que las mujeres obtuvieron promedios más altos en todas las escalas aplicadas.

**Tabla 3**

Datos de correlaciones entre cuestionario de Beck , Escala Multidimensional e IDARE en hombres y mujeres

	HOMBRES	MUJERES
BECK MULTIDIMENSIONAL	0.88	0.91
IDARE MULTIDIMENSIONAL	0.73	0.88

En todos los casos comparados se halló que existe una relación alta positiva significativa a un alfa de 0.05, en las correlaciones trabajadas.

## DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio soportan los hallazgos de Kraze (1987), sobre agotamiento crónico, locus de control y reducción de la fatiga nerviosa, con personas de tercera edad. En este se encontró que la gente de mayor edad con locus de control interno, tienen menor probabilidad de sufrir efectos de agotamiento en contraste a las personas con orientación de locus de control externo. Así mismo, los resultados concuerdan con el estudio de Sánchez y cols (1993), realizado con estudiantes universitarios, en el que se encontraron diferencias significativas en las áreas evaluadas, donde los sujetos con control externo aparecen como más vulnerables a factores de tensión en su vida cotidiana. ( Leal y Rincón, 1999).

En el estudio de Díaz y Vanegas (1988), también se encontró que las personas que presentan predominio de control interno, manejan mejor el estrés y se interesan más por su salud y cumplir con un tratamiento en comparación con el grupo de locus de control externo, corroborando los resultados hallados en la presente investigación.

En cuanto a la variable depresión, Amaya y Miller (1996), reportaron resultados similares a los de la presente investigación, concluyendo que hay una relación directa entre locus de control externo y depresión en un grupo de personas con

intento de suicidio, recalcando que la externalidad lleva consigo una expectativa mayor de fracaso.

Otro estudio que concuerda con los presentes resultados es el de Rogelis y Vivas (1997), en cuanto a las variables autoestima, ansiedad, locus de control y estilos de afrontamiento en mujeres reclusas, en las que se encontró autoestima baja, altos niveles de ansiedad y una ubicación de locus de control externo.

Al estudiar los síntomas depresivos en prisioneros masculinos, Robles y cols (2000), encontraron diferencias significativas entre grupos de locus de control interno y externo, demostrando mayor depresión en los sujetos que poseen locus de control externo.

Ahora bien, según Rotter (1990 – 1992) los resultados de la salud de una persona se podrán mejorar, mediante el desarrollo de un sentido de control personal sobre la vida.

Los propósitos básicos de la teoría son: entender y predecir comportamientos de los individuos y los grupos, identificar los métodos por los cuales estos comportamientos pueden ser modificados y la utilización de métodos de intervención como objetivo de programas de promoción y prevención de la salud.

De acuerdo con los resultados y las comparaciones hechas con estudios anteriores, se afirma y comprueba la hipótesis de la relación directa entre la externalidad y niveles altos de depresión y ansiedad, lo cual indica que quienes

piensan que su salud depende del destino, la suerte o el azar obtienen menores puntajes de internalidad total.

Al analizar los puntajes de las mujeres -tanto para depresión como para ansiedad- se concluyó que son más altos que en los hombres; contrario a lo hallado por Wallston y cols (1978), Lewis y Morinsky (1978), Winefiel (1982) y Puertas (1985), quienes no hallaron relaciones significativas entre el tipo de orientación (internalidad-externalidad) y el sexo. Cabe recalcar que esta contradicción bien puede ser atribuida a variables de tipo cultural y formativo de la mujer en nuestro medio. ( Lenz, 2000).

Se cumplió con el objetivo de la investigación al encontrar un índice de correlación directo positivo, entre puntajes altos en depresión y ansiedad y locus de control externo, lo cual confirma las hipótesis planteadas.

El estudio permitió ampliar los conocimientos conceptuales y metodológicos de las variables en estudio.

El deseo del hombre por conocerse a sí mismo en todos los campos, es constante. En la búsqueda de ese conocimiento han surgido y siguen presentándose teorías que exploran el funcionamiento del hombre en los planos biológico, social y psicológico.

En el campo de la Psicología en las últimas décadas ha sido estudiado con insistencia , por diversos investigadores, un componente de la personalidad denominado locus de control o control de reforzamiento interno Vs. Externo, el cual se enmarca dentro de la teoría de aprendizaje social.

En los programas de prevención y promoción en la salud, específicamente relacionado con lo psicológico, se deben tener en cuenta los componentes que maneja dicha teoría, como son: el potencial de la conducta, las expectativas del refuerzo y el refuerzo en sí.

El estudio de esta variable es una alternativa para entender los comportamientos del individuo enfermo, y el papel definitivo que este cumple dentro del desarrollo de su enfermedad.

De igual manera, el estudio y evaluación de las variables analizadas en el presente estudio, permiten predecir el éxito o fracaso de los programas de educación en salud y los cambios que se pueden producir en las creencias sobre la salud que poseen los pacientes.

Los programas de educación en salud deben incluir nociones de manejo del locus de control interno, para poder cambiar creencias y expectativas, de manera que se pueda modificar la externalidad por comportamientos responsables (internalidad) del individuo.

## REFERENCIAS

Akers, R. (1996). A longitudinal test of social learning theory: Adolescent Smoking. Journal of drug issues, 26 (2).

Amaya, L., & Miller, A. (1996). Locus de Control en Personas con Intento de Suicidio. Tesis de grado profesional, Universidad Javeriana, Bogotá Colombia.

Amaya, M., & Martínez, E. (1994). La depresión: un enfoque cognitivo conductual. Tesis de grado profesional, Universidad de la Sabana, Chía.

Ayuso, J. (1997). Comorbilidad Depresión Ansiedad aspectos clínicos. Madrid.

Bandura, A., & Mc Donald F. (1963). The influence of social reinforcement and the behavior of models in shaping children`s moral judgements. Journal of anormal and social psychology (pp 25-37).

Bandura, A. (1989). Social cognitive theory. In: Annals of child development 62-80 (6). Ed. Vasta R.

Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of moral thought and action. In: Handbook of moral behavior and development.75-92(1). Ed. Kurtines Wm and Gerwitz J.

Beck, A., & Young J. Weingberger, A (1993) Depression. Clinical Handbook of Psychological Disorders. (pp 110-119). New York: Guilford Press.

Beltrán, D., & García, M. (1994). Desordenes de ansiedad. Tesis de grado profesional, Universidad de la Sabana, Bogotá Colombia.

Brain, F. (1980). Estrés y depresión: una perspectiva cognoscitiva. (pp 69-79). México. Ed Trillas.

Caballo, V.,& Cols. (1997). Análisis y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada. (pp 98-115) Madrid.

COP, Colegio Oficial Psicólogos de Colombia. Transversal 66 # 164 A – 40.  
Teléfono: 6806910

Cifuentes C., & y Cols. (1994). Adaptación, validación y estandarización de la escala multidimensional de Locus de Control en salud para un grupo de población de Santafé de Bogotá y su relación con algunas variables sociodemográficas.

Tesis grado profesional, Universidad Católica de Colombia, Facultad de Psicología, Santafé de Bogotá.

Cifuentes C., & Cols. (1993). Guía para el uso profesional de una batería de pruebas clínicas (proyecto institucional), Tesis grado profesional, Universidad Católica de Colombia. Santafé de Bogotá.

Díaz, C., & Vanegas, L.A. (1988). Locus de Control y la Relación Médico - Paciente y la Adhesión al Tratamiento e Hipertensión Arterial Esencial. Tesis de grado profesional. Facultad de Psicología. Universidad Javeriana. Bogotá.

DSM-IV-R (1995) cuarta edición, revisada. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson S.A.

Garfield, L. (1980). Psicología Clínica. El estudio de la personalidad y la conducta. Editorial El Manual Moderno. (pp 18-22) México.

Gastó, C. (1991). Ansiedad secundaria. En: Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. (pp 49 - 61). Ed. Salvat Barcelona

Harrison. (1994). Principios de Medicina Interna. (pp 77-88) Editorial McGraw - Hill. Madrid.

Haymes, S. (1995). Revista Española de Terapia del Comportamiento. Universidad Complutense de Madrid. (Vol 1y 2 pp 12 - 32).

Mayor, J., & Labrador, J. (1988). Manual de modificación de conducta. (pp 203 - 210) Editorial Alambra. Barcelona.

Mayor, J., & Labrador, J. (1988). Técnicas de reducción de ansiedad. (pp 121 - 134), Editorial Alambra. Barcelona.

Kalish, M. (1992). Aprendizaje Social. (pp 87-100) Mc. Graw Hill. Madrid.

Labreche, G. (1999). La Correlación de ideas de suicidio en estudiantes de la escuela secundaria. Publicaciones Heldref. Nueva York . Asequible en Proquest.

Lau, R. (1982), Origenes de la creencia del lugar geométrico de control de la salud. Diario de la personalidad y de la psicología social.42. Asequible en Proquest.

Leal, L., & Rincón, L. (1999). Estado del Arte de Investigación de Locus de Control En La Facultad de Psicología de Santafé de Bogotá: 1988 – 1998. Tesis de grado profesional, Universidad de la Sabana, Santafé de Bogotá.

Lefcourt, M. (1983) Nuevas Direcciones en La Investigación con el Constructo locus de control. Avances en psicología clínica latinoamericana. (pp 47-69).

Lenz, G. (2000). La calidad de vida en depresión y ansiedad. Editorial Karger. Viena. Asequible en Proquest.

Martz, E., & Cols. (2000). Locus de control en relación con la aceptación a tratamientos de invalidez. Asociación de rehabilitación Nacional. California. Asequible en Proquest.

Mayor, J., & Labrador, J. (1984). Manual de Modificación de la Conducta. (pp 99 - 114). México: Trillas.

Melvin, Z y Emory, C (1979). Psicopatología. Editorial interamericana. (pp 75 - 100). México.

Miller, N., & Dollard, J. (1941). Social learning and imitation. New Haven: Yale University Press. (pp 24 - 29)

Perry, C., Baranowsky, T., & Parcel, G. (1990), How individuals, environments, and health behavior interact: Social learning theory. In: Health behavior and health education. Ed. Joseey – Bass; San Francisco.

Rhem, L. (1990). Métodos de autocontrol. (pp 40-44)

Rhem, L. (1983). Terapia de autocontrol para la depresión. Avances en psicología clínica latinoamericana. (pp 55 - 60)

Rizo, W. (1992). Depresión. Avances recientes en cognición y procesamiento de la información. (pp- 34-38). Ediciones gráficas. Medellín Colombia.

Roa, A. (1995). Evaluación en psicología clínica y de la salud. (pp 20-32, 67-78, 146-168, 210-276). Madrid.

Robles, M., & Cols. (2000). La influencia del locus de control y el nivel de depresión en las prisiones. Publicaciones Prudentes. Estados Unidos. Asequible en Proquest.

Rodríguez, B. (1983). Medicina conductual: su definición y aplicación. Revista de Análisis del Comportamiento. 17-23 (1).

Rodríguez, B. (1990). Relación entre infertilidad y ansiedad: efectos de una intervención conductual. Revista de Análisis del Comportamiento. . 56-63(4).

Rogelis, A., & Vives. (1997). Relación entre los Factores Sociodemográficos y Legales Con Los Niveles De Autoestima; Ansiedad – Locus de Control – y Estilos

de Afrontamiento En Internas Condenadas de La Reclusión Nacional De Mujeres De Santafé De Bogotá. Tesis de grado profesional, Universidad Católica de Colombia, Bogotá.

Rojas, E. (1998). La Ansiedad. Como diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones. (pp 25-30, 47-52, 100-148). Editorial Vivir Mejor. España.

Rotter, J. (1954), Social learning and clinical psychology. (pp 104-116) New York: Prentice Hall.

Rotter, J. (1990), Internal versus external control of reinforcement: A case history of a variable. American Psychological Association: Distinguished scientific contributions award address. American Psychologist, 45 (4).

Rubio., & Cols. (1998). Psicología Social, Orientaciones Teóricas y Ejercicios Prácticos. (pp33 - 39). Editorial Mc Graw Hill. Madrid.

Serna, P. (1996). Trastornos de la ansiedad En: Psicogeriatría. (pp 177-189).Editorial Jarpyo. Madrid.

Simón, M. (1999). Manual de Psicología de La Salud. Fundamento, Metodología y Aplicaciones. (pp 29-58, 117-146, 290-317) Biblioteca Nueva, España.

Spielberger, C. (1975). IDARE Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado. Editorial Manual Moderno. México.

Suin, R. (1993). Entrenamiento en manejo de ansiedad. (pp 86-92) Editorial Desclée de Brouwer. Bilbao.

Sue, D., Derald. & Stanley. (1996). Comportamiento Anormal. (pp 135-224) Editorial Mc. Graw Hill. Cuarta edición. México.

Vivas & Cols. (1998). Diseño, Construcción y pilotaje de una escala multidimensional, multivariada de Locus de Control para población universitaria de Santa fe de Bogotá. Tesis de grado profesional, Universidad Católica. Facultad de Psicología, Bogotá.

Wallston, B., & Wallston, K. (1978), Lugar geométrico del control de la salud: Una revisión de la literatura. Monografías de la educación de la salud. Asequible en Proquest.

Wallston, B., & Wallston, K. (1981), Escalas del control del lugar geométrico de la salud. Investigación de la construcción del lugar geométrico de control de la salud. (1). Editorial prensa académica, Nueva York. Asequible en Proquest

Wallston, B., Wallston, K. & Devellis, R. (1978), Desarrollo de la escala multidimensional del lugar geométrico de control de la salud (MHLC). Monografías de la educación de la salud.6(2). Asequible en Proquest.

Wallston, S., & Smith. (1994) Diario del Gravamen de Personalidad. Revista 63. Asequible en Proquest.

Yepes, L. (1997). Fundamentos de Medicina - Psiquiatría: trastornos depresivos. Corporación para Investigaciones Biológicas, CIB. (pp 27-39) Tercera Edición. Medellín Colombia.

## ANEXO A

### INSTRUCCIONES DE LA PRUEBA INVENTARIO DE BECK

Instrucciones para el inventario de Beck: (OIC)

A continuación se les entregará a cada uno de ustedes un inventario el cual tiene varios grupos de afirmaciones. Por favor lea cada grupo cuidadosamente. Marque con un círculo la afirmación que en cada grupo describa mejor la forma en que usted se ha sentido en la última semana, incluyendo el día de hoy. Si usted encuentra en un grupo que hay varias afirmaciones que lo describan de igual forma, haga un círculo en cada una de ellas. Por ejemplo, en el primer grupo las afirmaciones marcadas con los números 2 y 3 le describen de igual forma, haga un círculo en cada una de ellas.

Asegúrese de leer todas las afirmaciones en cada grupo antes de elegir su respuesta. No hay respuestas correctas e incorrectas y todas sus respuestas serán mantenidas en estricta confidencia.

Puede comenzar a contestar, gracias.

## PRUEBA INVENTARIO DE BECK PARA DEPRESION

NOMBRE \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

Este inventario tiene varios grupos de afirmaciones. Por favor lea cada grupo cuidadosamente. Marque con un círculo la afirmación que en cada grupo describa la forma en que usted se sintió la semana pasada incluyendo el día de hoy. Si usted encuentra en un grupo que hay varias afirmaciones que la describen de igual forma haga un círculo en cada una de ellas.

Asegúrese de leer todas las afirmaciones en cada grupo antes de elegir la respuesta:

- 1)           0 No me siento triste  
              1 Me siento triste  
              2 Estoy triste todo el tiempo y no puedo salir de ese estado  
              3 Me siento tan triste e infeliz que ya no aguanto más
  
- 2)           0 El futuro no me desanima especialmente  
              1 El futuro me desanima  
              2 Siento que nada me llama la atención  
              3 Siento que no hay esperanzas para el futuro y que las cosas no pueden mejorar.
  
- 3)           0 No me siento un fracasado (a)  
              1 Siento que he cometido más errores que la mayoría de personas  
              2 Al mirar hacia atrás, lo único que veo es una cantidad de errores

- 3 Siento que soy un completo fracaso como persona
- 4) 0 Tengo tanta satisfacción de las cosas como antes  
1 No disfruto las cosas como antes  
2 Ya no tengo satisfacciones reales de nada  
3 Estoy insatisfecho o aburrido
- 5) 0 No tengo sentimiento de culpa  
1 Tengo sentimiento de culpa una buena parte del tiempo  
2 Tengo bastantes sentimientos de culpa la mayor parte del tiempo  
3 Tengo sentimientos de culpa todo el tiempo
- 6) 0 No siento que me estén castigando  
1 Siento que puedo ser castigado  
2 Siento que debo ser castigado  
3 Siento que me están castigando
- 7) 0 No me siento desilusionado de mi mismo  
1 Estoy desilusionado de mi mismo  
2 Estoy disgustado conmigo mismo  
3 Me odio a mi mismo
- 8) 0 No me siento peor que otros  
1 Soy crítico con mis debilidades y errores  
2 Me culpo todo el tiempo por mis faltas  
3 Me culpo por todas las cosas malas que pasan
- 9) 0 No he pensado en matarme

- 1 He pensado en matarme pero no lo haría
  - 2 Me gustaría matarme
  - 3 Me mataría si tuviera la oportunidad
- 10)
- 0 No lloro más de lo usual
  - 1 Lloro más ahora que antes
  - 2 Ahora lloro todo el tiempo
  - 3 Antes podía llorar, pero ahora no lo puedo hacer aunque quiera
- 11)
- 0 Ahora me irrito más que antes
  - 1 Me irrito o me enojo más fácilmente que antes
  - 2 Ahora me siento irritado todo el tiempo
  - 3 Ya no me irritan las cosas que usualmente me irritaban
- 12)
- 0 No he perdido el interés en otras personas
  - 1 Me interesan las personas menos que antes
  - 2 He perdido gran parte de interés en otra gente
  - 3 He perdido todo el interés por otras personas
- 13)
- 0 Tomo mis decisiones tan bien como siempre lo hecho
  - 1 Pospongo las decisiones más que antes
  - 2 Me cuesta más trabajo tomar decisiones que antes
  - 3 Ya no puedo tomar decisiones
- 14)
- 0 No creo que me vea peor que antes
  - 1 Me preocupa verme viejo y sin atractivos

- 2 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que me hacen ver menos atractivo
- 3 Creo que me veo horrible
- 15) 0 Puedo trabajar tan bien como antes
- 1 Necesito hacer un esfuerzo extra para empezar a hacer cualquier cosa
- 2 Tengo que esforzarme mucho para hacer cualquier cosa
- 3 No puedo hacer ningún trabajo
- 16) 0 Puedo dormir tan bien como antes
- 1 No puedo dormir como antes
- 2 Me despierto una o dos horas más temprano de lo usual y me cuesta trabajo volver a dormir
- 3 Me despierto varias horas más temprano de lo usual y no puedo volver a dormir
- 17) 0 No me canso más de lo normal
- 1 Me canso más fácilmente que antes
- 2 Me canso de hacer cualquier cosa
- 3 Me canso demasiado de hacer cualquier cosa
- 18) 0 Mi apetito no es peor que antes
- 1 Mi apetito no es tan bueno como era antes
- 2 Mi apetito es peor ahora
- 3 Ahora he perdido todo el apetito

- 19) 0 No he perdido mucho peso, pierdo peso comiendo menos  
1 He perdido más de cinco libras  
2 He perdido más de diez libras Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
3 He perdido más de quince libras
- 20) 0 No me preocupo por mi salud más de lo usual  
1 Me preocupan mis problemas físicos como: dolores, malestares estomacales o estreñimiento  
2 Me preocupan mucho mis problemas físicos y me cuesta trabajo pensar en otras cosas  
3 Me preocupan mucho mis problemas físicos y no puedo pensar en otra cosa
- 21) 0 No he notado ningún cambio en mi interés sexual  
1 Estoy menos interesado en el sexo que antes  
2 Estoy mucho menos interesado en el sexo que antes  
3 He perdido completamente el interés por el sexo

## ANEXO B

## INVENTARIO DE ANSIEDAD: RASGO – ESTADO

## IDARE

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique según como *se siente ahora mismo*, o sea, *en este momento*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	No en lo absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Me siento seguro(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Estoy tenso(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Estoy contrariado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Estoy a gusto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Me siento alterado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Estoy preocupado(a) actualmente por algún posible contratiempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Me siento descansado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Me siento ansioso(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Me siento cómodo(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me siento con confianza en mi mismo(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Me siento nervioso(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me siento agitado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- |  |                       |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 14. Me siento "a punto de explotar"        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Me siento reposado(a)                  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Me siento satisfecho(a)                | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Estoy preocupado(a)                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Me siento muy agitado(a) y aturdido(a) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Me siento alegre                       | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Me siento bien                         | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**INVENTARIO DE ANSIEDAD: RASGO – ESTADO****IDARE**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique como *se siente generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa como se siente generalmente.

	Casi nunca	Algunas veces	Frecuent emente	Casi siempre
1. Me siento bien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Me canso rápidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Siento ganas de llorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Pierdo oportunidades por no poder decidirme rápidamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Me siento descansado(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Soy una persona “tranquila, serena y sosegada”	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Soy feliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Tomo las cosas muy a pecho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Me falta confianza en mi mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Me siento seguro(a)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- |  |                       |                       |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 15. Me siento melancólico(a)   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Me siento satisfecho(a)  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente y me molestan                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Soy una persona estable  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso(a) y alterado(a) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

## ANEXO C

### ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE LOCUS DE CONTROL EN SALUD

#### FORMA C (ADAPTACION PARA DEPRESION Y ANSIEDAD)

#### MHLC

#### INSTRUCCIONES

Este es un cuestionario diseñado para determinar la forma en que las diferentes personas ven ciertos temas importantes relacionados con la salud u otro factor a medir ( depresión o ansiedad para la particularidad del presente estudio, en lo que respecta a su forma C). Cada ítem es la afirmación de una creencia con la cual usted puede estar de acuerdo o desacuerdo. Junto a cada afirmación hay una escala que varia entre totalmente en desacuerdo (1) y totalmente de acuerdo (6).

Nos gustaría que para cada ítem usted encerrara en un círculo el número que represente su grado de desacuerdo u acuerdo con la afirmación. A mayor acuerdo con una afirmación, mayor será el número que usted encierra dentro del círculo. A mayor desacuerdo con una afirmación, menor será el número que usted encierra dentro del círculo. Por favor asegúrese de responder cada ítem y de encerrar dentro del círculo solo un número por ítem. Esta es una medición de sus creencias personales; obviamente, no existen respuestas correctas o incorrectas.

Por favor responda cada ítem cuidadosamente en la hoja de respuestas, pero no utilice demasiado tiempo en cada uno. En lo posible, trate de responder cada ítem de manera independiente. Al hacer su elección no se deje influenciar por sus elecciones previas. Es importante que responda de acuerdo con sus verdaderas

creencias y no de acuerdo con lo que usted sienta que debe creer ni con lo que piense que nosotros queremos que usted crea.

Responda de acuerdo con la siguiente escala:

1. Totalmente en desacuerdo.
2. Desacuerdo moderado.
3. Desacuerdo leve.
4. Acuerdo leve.
5. Acuerdo moderado.
6. Totalmente de acuerdo.

Ejemplo: - La mejor forma para evitar enfermarme, es tener contacto regular con mi médico.

1                      2                      3                      4                      5                      6

Si encierra en un círculo el número 4, indica que usted presenta un acuerdo leve con la información.

**POR FAVOR RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS. GRACIAS.**

### ESCALA MHLC PARA DEPRESION

1. Si me deprimó es mi propio comportamiento el que determina que tan pronto me recuperare.
2. Haga lo que haga, si me voy a deprimir, me deprimiré.
3. Visitar regularmente a un psicólogo es la mejor manera de evitar enfermedades.
4. La mayoría de cosas que afectan mi depresión me ocurren accidentalmente.
5. Siempre que me sienta deprimido (a), debo consultar a un psicólogo.
6. Yo controlo mi depresión.
7. Mi familia tiene que ver mucho con el hecho de que me deprima o no me deprima.
8. Cuando me deprimó, yo tengo la culpa.
9. La suerte juega un papel importante al determinar que tan pronto me recuperare de mi depresión.
10. Los psicólogos son los que controlan mi depresión.
11. El que no me deprima se debe, en gran parte a mi buena suerte.
12. El principal aspecto que afecta mi depresión es lo que yo mismo haga.
13. Si yo me cuido, puedo evitar deprimirme.
14. Cuando me recupero de una depresión, ello se debe por lo general a que otras personas, (por ejemplo: psicólogos, enfermeras, familia y amigos) me han proporcionado buenos cuidados.
15. No importa lo que haga, probablemente me deprimiré.
16. Si esta destinado que sea así, no me deprimiré.
17. Si tomo las debidas precauciones, no me deprimiré.

18. Con respecto a no deprimirme, solo puedo hacer lo que mi psicólogo me indique.
19. Si me deprimó. Tengo el poder de ponerme bien nuevamente.
20. Con frecuencia siento que no importa lo que haga, si me voy a deprimir, me deprimiré.
21. Si veo con regularidad a un buen psicólogo, es menos probable que tenga problemas de depresión.
22. Parece que mi depresión esta altamente influenciada por acontecimientos accidentales.
23. Solo puedo evitar deprimirme consultando a profesionales de la salud.
24. Yo soy el directo responsable de mi depresión.
25. Otras personas tienen mucho que ver con que me deprima o no me deprima.
26. Si me deprimó, es mi propia culpa.
27. Cuando me deprimó dejo que la depresión siga su curso natural.
28. Los psicólogos logran mantenerme sin depresión.
29. Si no me deprimó, se lo debo a la suerte.
30. Mi bienestar psicológico depende de que tan bien me cuide.
31. Cuando me siento deprimido(a), yo se que es por que no me he cuidado adecuadamente.
32. Del tipo de cuidado que reciba de otras personas depende que me recupere de otra depresión.
33. Inclusive cuando me cuido, es fácil deprimirme.
34. Cuando me deprimó, es un asunto del destino.
35. Puedo permanecer sin depresión si me cuido.

36. Seguir estrictamente las instrucciones del psicólogo, es la mejor manera de mantenerme sin depresión.

### **ESCALA MHLC PARA ANSIEDAD**

1. Si me pongo ansioso(a) es mi propio comportamiento el que determina que tan pronto me recuperaré.
2. Haga lo que haga, si me voy a poner ansioso(a), me pongo ansioso(a).
3. Visitar regularmente a un psicólogo es la mejor manera de evitar enfermedades.
4. La mayoría de cosas que afectan mi ansiedad me ocurren accidentalmente.
5. Siempre que me sienta ansioso (a), debo consultar a un psicólogo.
6. Yo controlo mi ansiedad.
7. Mi familia tiene que ver mucho con el hecho de que me ponga ansioso(a) o no me ponga ansioso(a).
8. Cuando me pongo ansioso(a), yo tengo la culpa.
9. La suerte juega un papel importante al determinar que tan pronto me recuperare de mi ansiedad.
10. Los psicólogos son los que controlan mi Ansiedad.
11. El que no me ponga ansioso(a) se debe, en gran parte a mi buena suerte.
12. El principal aspecto que afecta mi ansiedad es lo que yo mismo haga.
13. Si yo me cuido, puedo evitar ponerme ansioso(a)..
14. Cuando me recupero de una ansiedad, ello se debe por lo general a que otras personas, (por ejemplo: psicólogos, enfermeras, familia y amigos) me han proporcionado buenos cuidados.
15. No importa lo que haga, probablemente me pondré ansioso(a).

16. Si esta destinado que sea así, no me pondré ansioso(a).
17. Si tomo las debidas precauciones, no me pondrá ansioso(a)..
18. Con respecto a no estar ansioso(a), solo puedo hacer lo que mi psicólogo me indique.
19. Si me pongo ansioso. Tengo el poder de ponerme bien nuevamente.
20. Con frecuencia siento que no importa lo que haga, si me voy a poner ansioso(a), me pondré ansioso(a).
21. Si veo con regularidad a un buen psicólogo, es menos probable que tenga problemas de ansiedad.
22. Parece que mi ansiedad esté altamente influenciada por acontecimientos accidentales.
23. Solo puedo evitar ponerme ansioso(a), consultando a profesionales de la salud.
24. Yo soy el directo responsable de mi Ansiedad.
25. Otras personas tienen mucho que ver con que me ponga ansioso(a) o no.
26. Si mi pongo ansioso(a) es mi propia culpa.
27. Cuando me pongo ansioso(a) dejo que la ansiedad siga su curso natural.
28. Los psicólogos logran mantenerme sin ansiedad.
29. Si no me pongo ansioso(a), se lo debo a la suerte.
30. Mi bienestar psicológico depende de que tan bien me cuide.
31. Cuando me siento ansioso(a), yo se que es por que no me he cuidado adecuadamente.
32. Del tipo de cuidado que reciba de otras personas depende que me recupere de mi ansiedad.
33. Inclusive cuando me cuido, es fácil ponerme ansioso(a).
34. Cuando me pongo ansioso(a), es un asunto del destino.

35. Puedo permanecer sin estar ansioso(a) si me cuido.
36. Seguir estrictamente las instrucciones del psicólogo, es la mejor manera de mantenerme sin ansiedad.

**HOJA DE RESPUESTAS MHLC**

# Item	Totalmente en desacuerdo	Desacuerdo moderado	Desacuerdo leve	Acuerdo leve	Acuerdo moderado	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5	6

1	1	2	3	4	5	6
2	1	2	3	4	5	6
3	1	2	3	4	5	6
4	1	2	3	4	5	6
5	1	2	3	4	5	6
6	1	2	3	4	5	6
7	1	2	3	4	5	6
8	1	2	3	4	5	6
9	1	2	3	4	5	6
10	1	2	3	4	5	6
11	1	2	3	4	5	6
12	1	2	3	4	5	6
13	1	2	3	4	5	6
14	1	2	3	4	5	6
15	1	2	3	4	5	6
16	1	2	3	4	5	6
17	1	2	3	4	5	6
18	1	2	3	4	5	6
19	1	2	3	4	5	6

20	1	2	3	4	5	6
21	1	2	3	4	5	6
22	1	2	3	4	5	6
23	1	2	3	4	5	6
24	1	2	3	4	5	6
25	1	2	3	4	5	6
26	1	2	3	4	5	6
27	1	2	3	4	5	6
28	1	2	3	4	5	6
29	1	2	3	4	5	6
30	1	2	3	4	5	6
31	1	2	3	4	5	6
32	1	2	3	4	5	6
33	1	2	3	4	5	6
34	1	2	3	4	5	6
35	1	2	3	4	5	6
36	1	2	3	4	5	6