

Edición a cargo de

Domingo E. Gómez y Xosé L. Saburido



Salud y Prevención

*Nuevas Aportaciones desde la
Evaluación Psicológica*



UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

SALUD Y PREVENCIÓN
Nuevas aportaciones desde la
EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

CURSOS E CONGRESOS DA UNIVERSIDADE
DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

Nº 93



SALUD Y PREVENCIÓN: Nuevas aportaciones desde la EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Edición a cargo de:

Domingo E. Gómez Fernández
Xosé L. Saburido Novoa

1996

UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA

SALUD y prevención: Nuevas aportaciones desde la evaluación psicológica / edición a cargo de Domingo E. Gómez Fernández, Xosé L. Saburido Novoa. — Santiago de Compostela : Universidade, Servicio de Publicacións e Intercambio Científico, 1996. — 780 p. ; 24 cm. — (Cursos e Congresos da Universidade de Santiago de Compostela ; 93). — Indices. — D.L.C. 14-1997. — ISBN 84-8121-395-0

1. Psicología aplicada-Congresos. 2. Psicología clínica-Congresos. I. Gómez Fernández, Domingo E., ed. lit. II. Saburido Novoa, Xosé L., ed. lit. III. Universidade de Santiago de Compostela. Servicio de Publicacións e Intercambio Científico, ed. IV. Serie

159.9 : 618.89 (063)



© Universidade de Santiago
de Compostelá, 1996

EDITA:

Servicio de Publicacións e Intercambio Científico
da Universidade de Santiago de Compostela
Campus Universitario

IMPRIME:

Imprenta universitaria
Pavillón de Servicios
Campus Universitario

ISBN:

84-8121-395-0

DEP. LEGAL:

C-14/1997

Índice

Presentación	11

PRIMERA PARTE

Evaluación en Psicología de la Salud

1. <i>Salud y prevención en la sociedad del bienestar</i> (DOMINGO E. GÓMEZ)	17
1. Introducción	17
2. ¿Enfermedades de la civilización? ¿Enfermedades del hombre?	18
3. La salud en relación con los factores genéticos.	19
4. La salud en relación con los factores ambientales	20
5. El Programa Salud para todos en el año 2.000	25
6. Alternativas desde la Psicología de la Salud.	27
7. Resumen-Conclusiones.	30
2. <i>Enfermedad y afrontamiento: Aspectos teóricos y metodológicos</i> (NORMAN S. ENDLER; JAMES PARKER; y LAURA SUMMERFELDT)	35
1. Introducción.	35
2. Afrontamiento y Psicología de la Salud.	36
3. Procesos de evaluación y de afrontamiento	40
4. Medidas interindividuales de afrontamiento	41
5. Medidas intraindividuales de afrontamiento	43
6. Nuevas perspectivas metodológicas en evaluación de estilos de afrontamiento.	45
7. Conclusiones.	48
3. <i>Factores Psicosociales de la prevención</i> (LENNART LEVI)	53
1. Introducción	53
2. Adaptación y medio ambiente. la intervención preventiva	54
3. El funcionamiento de un programa de salud	60
4. Recomendaciones	64
5. Resumen-Conclusiones.	66
4. <i>Evaluación y tratamiento psicológico del dolor crónico. Hacia una propuesta de intervención</i> (J. MANUEL OTERO-LÓPEZ; CRISTINA CASTRO-BOLAÑO; CARMINA SALDAÑA; y ANGEL LÓPEZ -GUERRERO)..	69
1. Introducción.	69
2. Acercamiento histórico-conceptual al estudio del dolor	70
3. Evaluación del paciente con dolor crónico	82
4. Estrategias de tratamiento psicológico en el dolor crónico	99
5. Propuesta de un programa de tratamiento cognitivo-conductual	103
5. <i>Evaluación del efecto de una intervención cognitivo-conductual en el dolor de cabeza crónico a través del análisis de series temporales</i> (CRISTINA CASTRO-BOLAÑO; CARMINA SALDAÑA y J. MANUEL OTERO-LÓPEZ)	119
1. Introducción.	119
2. Método.	124
3. Procedimiento.	124
4. Análisis estadísticos.	129
5. Resultados	132

6. <i>Análisis factorial confirmatorio del inventario de situaciones relacionadas con el consumo de heroína (ISCH) (JOAN TRUJOLS; ANTONIO TEJERO; y XAVIER ROCA)</i>	153
1. Introducción	153
2. Método.	154
3. Resultados	155
4. Discusión	155
7. <i>Consideraciones clínicas sobre el MCMI-II en la evaluación y tratamiento de drogodependientes (ALEJANDRO AVILA; JESÚS R. HERRERO; y AITOR ARESTI)</i>	157
1. Introducción. Planteamiento empírico.	157
2. Método.	157
3. Resultados-Discusión.	158
4. Conclusiones	162
8. <i>Evaluación de las relaciones entre patrón de conducta tipo A y motivación laboral en una muestra de profesionales de la enseñanza (ESTHER LÓPEZ y JOAQUÍN PÉREZ)</i>	163
1. Introducción	163
2. Método	164
3. Resultados-Discusión.	165
9. <i>Competencia conductual, calidad de vida y tercera edad (M^a DEL CARMEN MARTORELL; M^a OLATZ; y ADORACIÓN CUENCA).</i>	171
1. Introducción. Planteamiento empírico.	171
2. Método.	172
3. Resultados	173
4. Conclusiones.	178

SEGUNDA PARTE

Evaluación de las características Psicopatológicas

10. <i>Evaluación de intervenciones en situaciones aplicadas (M^a TERESA ANGUERA)</i>	185
1. Introducción	185
2. Encrucijada de claves teóricas	185
3. Requisitos básicos de planteamiento	189
4. Decisiones críticas en el proceso	196
11. <i>Evaluación de la depresión y procesos cognitivos en la vejez (M^a DEL CARMEN SEXTO; CLOTILDE SINEIRO; y DOMINGO E. GÓMEZ)</i>	215
1. Introducción.	215
2. Planteamiento empírico	217
3. Estudio I. La depresión exploración de su naturaleza y determinantes.	221
4. Estudio I. Depresión y procesos cognitivos en la vejez	226
5. Discusión.	245
6. Conclusiones	253
12. <i>Depresión y memoria. Estudio experimental de las alteraciones cognitivas asociadas a los estados de ánimo depresivo (DOMINGO ALVAREZ; y ANA I. LAREU)</i>	259
1. Introducción	259
2. Método.	261
3. Resultados-Discusión.	264
4. Conclusiones	267
13. <i>Conductas depresivas en adolescentes hijos de padres separados (JUANA BEHAR; JORDI CID; y SILVIA ESCALONA)</i>	271
1. Introducción	271

2. Método.	272
3. Resultados.	273
4. Conclusiones.	276
14. <i>Síndrome de fatiga crónica y depresión</i> (REMEDIOS GONZÁLEZ y M ^a TERESA AHUIR) ..	219
1. Introducción.	279
2. Método.	281
3. Resultados.	282
4. Conclusiones.	284
15. <i>Ansiedad y memoria. Estudio experimental de las alteraciones cognitivas asociadas a las reacciones de ansiedad</i> (DOMINGO ALVAREZ; y ANA I. LAREU)	287
1. Introducción.	287
2. Método.	289
3. Resultados.	292
4. Discusión -Conclusiones.	295

TERCERA PARTE

Evaluación de características de Personalidad

16. <i>Valor heurístico y pragmático del paradigma de los Cinco Factores</i> (GIAN V. CAPRARA). .	302
1. Introducción.	302
2. Descripción del modelo de los Cinco Factores.	305
3. El cuestionario de los Cinco Factores	308
4. Resumen-Conclusiones	313
17. <i>Análisis diferencial de la agresividad en escolares</i> (ANGEL EGIDO y DOMINGO E. GÓMEZ).	317
1. Introducción	317
2. La agresividad en el contexto escolar.	318
3. Planteamiento empírico.	320
4. Resultados.	323
5. Discusión.-Conclusiones	245
18. <i>Vulnerabilidad de niños y adolescentes a conductas AHI</i> (M ^a ROSA CARNEIRO; GERARD JACOBS; y DOMINGO E. GÓMEZ).	339
1. Introducción	339
2. Planteamiento empírico.	341
3. Estudio I. El patrón de conducta tipo AHI: exploración de su naturaleza y determinantes	348
4. Estudio II. Vulnerabilidad al patrón de conducta AHI en diferentes grupos de sujetos.	357
5. Discusión.-Conclusiones	372
19. <i>Análisis y evaluación de la ira desde una doble perspectiva transcultural e intracultural</i> (XOSÉ L. SABURIDO; ABELARDO PEÑA-RAMOS; y DOMINGO E. GÓMEZ)	381
1. Introducción.	381
2. Fundamentos conceptuales de la ira.	383
3. Determinantes psicosociales de la ira.	385
4. Planteamiento empírico.	385
5. Estudio I. La ira: exploración de su naturaleza y determinantes tranasculturales. . .	390
6. Estudio II. Análisis y evaluación de los patrones de conducta iracunda desde una perspectiva intracultural	357
7. Resumen-Conclusiones	409

20. <i>Nuevas aportaciones a la escala de adjetivos interpersonales</i> (ALEJANDRO ÁVILA, ELENA FELIPE, y MARGARITA GONZALO).....	415
1. Introducción.....	415
2. Procedimiento.....	415
3. Resultados.....	416
4. Conclusiones.....	421
21. <i>Medidas del trastorno antisocial de la personalidad del DSM-II</i> (ANTONIO ÁLUJA; y JORDI PÉREZ).....	423
1. Introducción.....	423
2. Procedimiento.....	425
3. Resultados.....	427
4. Conclusiones.....	437
22. <i>Socialización y conducta prosocial</i> (M ^a CARMEN MARTORELL; REMEDIOS GONZÁLEZ; y MERCEDES ALOY).....	441
1. Introducción.....	441
2. Método.....	446
3. Resultados.....	448
4. Conclusiones.....	456
23. <i>Autoconcepto y fracaso escolar</i> (ESTRELLA A. ROMERO; ANGELES LUENGO; y J. MANUEL OTERO-LÓPEZ).....	461
1. Predicción del fracaso escolar, interés de las variables psicosociales.....	461
2. Función de la autoestima en la explicación del rendimiento académico.....	463
3. Planteamiento empírico.....	465
4. Resultados.....	471
5. Discusión-Conclusiones.....	475
24. <i>Correlaciones entre inteligencia y estilos cognitivos. Dependencia-independencia de campo y flexibilidad-impulsividad</i> (TERESA KIRSCHNER; J. ANTONIO AMADOR; ANA M ^a DONAIRE; y BEATRIZ LUQUE).....	483
1. Introducción.....	483
2. Procedimiento.....	485
3. Resultados.....	486
4. Conclusiones.....	489

CUARTA PARTE

Evaluación y Consejo Psicológico en Orientación Profesional

25. <i>Perspectivas psicopedagógicas en orientación: los métodos DAPP, DAPPI y DAPPT (JEAN GUICHARD)</i>	495
1. Introducción.....	495
2. Métodos de orientación ante las expectativas de futuro.....	497
3. Modalidades de proyecto de futuro.....	498
4. Objetivos psicopedagógicos ante el proyecto de futuro.....	501
5. Las fases de los métodos DAPP.....	503
6. Evaluación de los métodos DAPP.....	505
7. Conclusiones.....	509
26. <i>Evaluación de la elección profesional</i> (ANTONIA CALVO; JUAN B. MARTÍNEZ; y NURIA BABIANO).....	511
1. Introducción.....	511
2. Método.....	513
3. Resultados.....	514
4. Conclusiones.....	524

27. <i>Programas de formación permanente para los profesionales de los centros de protección de menores</i> (M ^a DOLORES MONTILLA)	527
1. Introducción.	527
2. El programa de formación y educación	529
28. <i>Relaciones entre la identificación grupal y la centralidad del trabajo</i> (M ^a ISABEL CASTAÑEDA; M ^a DEL PILAR DÍAZ; y MIGUEL ÁNGEL BARCIA).	549
1. Introducción.	549
2. Método	550
3. Resultados.	551
4. Conclusiones	554
29. <i>Significado del trabajo, valores y ocio en menores acogidos en residencias escolares</i> (ADELAIDA MONTEOLIVA; J. MIGUEL ÁNGEL GARCÍA; y PILAR BERRIOS)	559
1. Introducción.	559
2. Método	561
3. Resultados.	562
4. Conclusiones	567

QUINTA PARTE

Evaluación del Lenguaje

30. <i>Pragmática y evaluación de los trastornos del lenguaje en niños</i> (CLOTILDE SINEIRO y PEREGRINA JUANATEY)	573
1. Introducción.	573
2. Pragmática y trastornos de lenguaje	574
3. Evaluación y pragmática	575
4. Conclusiones	580
31. <i>Ansiedad-curiosidad y procesos cognitivos en contextos bilingües</i> (M ^a TERESA PULIDO; y DOMINGO E. GÓMEZ)	583
1. Introducción	583
2. Planteamiento empírico.	584
3. Estudio I. La ansiedad, exploración de su naturaleza y determinantes	588
4. Estudio II. Ansiedad y procesos cognitivos en contextos bilingües	601
5. Resumen-Conclusiones.	617
32. <i>Factores psicolingüísticos predictores de alteraciones en autoconcepto</i> (CLOTILDE SINEIRO; NURIA LUQUE; y ANGEL EGIDO)	625
1. Introducción.	625
2. Método.	627
3. Resultados.	628
4. Conclusiones	629
33. <i>La representación objetiva de uno mismo en niños con trastornos de lenguaje</i> (CLOTILDE SINEIRO; NURIA LUQUE; y M ^a JOSÉ IGLESIAS).	631
1. Introducción.	631
2. Método.	633
3. Resultados.	634
4. Conclusiones.	635
34. <i>Perfil psicolingüístico en niños y adolescentes depresivos</i> (CLOTILDE SINEIRO; NURIA LUQUE; y M ^a JOSÉ IGLESIAS)	639
1. Introducción.	639
2. Método	641
3. Resultados.	643
4. Conclusiones.	644

SEXTA PARTE

Adaptación y Diseño de Instrumentos de Evaluación

35. <i>El STAXI un nuevo instrumento de evaluación de la ira</i> (DOMINGO E GÓMEZ; ANGEL EGIDO; XOSÉ L. SABURIDO; y M ^a TERESA PULIDO)	653
1. Introducción.	
2. Fundamentación teórica de la versión original del STAXI	653
3. Adaptación española del STAXI	656
4. Conclusiones.	659
36. <i>El juego como instrumento diagnóstico</i> (M ^a DEL CARMEN MARTORELL y CATALINA MOYANO)	687
1. Introducción.	687
2. Primeros sistemas de clasificación de las conductas de juego.	688
3. Método	690
4. Conclusiones.	698
37. <i>La EMJDA, una nueva escala para la medición de la dependencia a los juegos de azar</i> (CRISTINO PÉREZ; ANTONIO J. ROJAS; JOSÉ L. PADILLA; ANDRÉS GONZÁLEZ; y EMILIO SÁNCHEZ)	699
1. Introducción	699
2. Método	700
3. Resultados.	701
4. Discusión-Conclusiones	703
38. <i>La EMPE, una nueva escala para la medición de prejuicios étnicos</i> (CRISTINO PÉREZ; ANTONIO J. ROJAS; JOSÉ L. PADILLA; ANDRÉS GONZÁLEZ; y PILAR BERRIOS)	713
1. Introducción.	713
2. Método	716
3. Escala para la medición de prejuicios étnicos.	
39. <i>La EPSFOJ, una nueva escala para la predicción de sesgos en la formación de juicios</i> (FRANCISCA FARIÑA; MERCEDES NOVO, RAMÓN ARCE; CARLOS VILA y SANTIAGO REAL)	721
1. Introducción	721
2. Hipótesis explicativa de decisiones en grupos individuales	722
3. Estudio I. Sobre la construcción y validación de una escala de formación de juicios	723
4. Estudio II. Sobre la validación de la escala en contexto real	727
Indice de autores	741
Indice temático	755
Indice de pruebas psicológicas	771
Relación de Organismos Internacionales	773
Relación de Autores	775

Presentación

Esta publicación, que hoy ve la luz, constituye el resultado de las aportaciones más representativas presentadas en los «Segundos Encuentros Internacionales de Investigadores en Salud y Prevención en la Sociedad del Bienestar», que se han venido celebrando a lo largo de los dos últimos años, promovidos desde la Universidad de Santiago de Compostela; y en consonancia con las directrices del «Programa Salud para todos en el Año 2000».

Más de tres centenares de profesionales, profesores e investigadores en Ciencias de la Salud, procedentes de las distintas Comunidades Autónomas de España, y de diferentes países, se han dado cita en Compostela, respondiendo a diversas convocatorias de Seminarios, Conferencias Internacionales, y al IV Congreso de Evaluación Psicológica. Desde una pluralidad de perspectivas han contribuido a abordar la compleja problemática relacionada con la Salud y Prevención. Y es que en los umbrales del nuevo milenio, la salud representa el «bien primordial del sujeto humano»; constituye una necesidad y un derecho, y condiciona la posibilidad de cumplir eficazmente con las obligaciones familiares, laborales y sociales.

Bajo el título «Salud y Prevención Nuevas aportaciones desde la Evaluación Psicológica», se ha pretendido integrar coordinadamente contenidos y saberes que cohabitan en nuestra especialidad. Se ha procurado seleccionar algunos de los trabajos más representativos, si bien hemos de reconocer la difícil tarea de lograr conciliar la homogeneidad y la pluralidad de perspectivas predominantes, en relación con un mismo problema. Se trata en todo caso, de una diversidad enriquecedora, que si bien podría sorprender a algunos de nues-

tros lectores menos entrenados, en realidad contribuye a poner de relieve la variedad intrínseca y extrínseca de la Evaluación Psicológica.

Dos grandes líneas configuran la obra que hoy brindamos a nuestros lectores. En su horizontalidad : Salud y Prevención; y en su verticalidad : Nuevas Aportaciones desde la Evaluación Psicológica. En su estructura, habrían de diferenciarse cinco grandes núcleos temáticos: 1) Evaluación en Psicología de la Salud; 2) Evaluación de las características psicopatológicas; 3) Evaluación de las características de la personalidad; 4) Evaluación y Consejo Psicológico en Orientación Profesional; 5) Evaluación del Lenguaje; 6) Diseño y adaptación de nuevos instrumentos de evaluación.

Nuestro mejor reconocimiento para quienes han contribuido en la laboriosa redacción de esta obra, que representa el diálogo impreso de los «Segundos Encuentros Internacionales de Investigadores en Salud y Prevención en la Sociedad del Bienestar», y nuestro agradecimiento a la Universidad de Santiago de Compostela, por el interés y confianza otorgada, al incluir dentro de su fondo editorial la presente obra.

DOMINGO E. GÓMEZ

Catedrático de Evaluación Psicológica

PRIMERA PARTE

*Evaluación en
Psicología de la Salud*



Primera Parte

EVALUACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La salud se considera un patrimonio que ha de promocionarse y protegerse como elemento indispensable para el progreso económico, social e individual. Desde que la OMS asumió en 1977 la promoción del programa «Salud para todos en el año 2000», se han puesto en marcha múltiples medidas a fin de potenciar: 1) la igualdad en la salud, que implica la reducción de las diferencias entre países, y entre grupos dentro de cada país; 2) la prevención de factores de riesgo, a fin de disminuir los índices de morbilidad, y de mortalidad; 3) la optimización de la calidad de vida, particularmente en los sectores afectados por minusvalías; y, 4) los estilos de vida saludable.

La promoción de la salud, y la prevención de la enfermedad constituyen los dos objetivos prioritarios del «Programa Salud para todos en el año 2000». Desde esta perspectiva, se pretende proporcionar un sentido positivo de salud, tendente a desarrollar al máximo las capacidades sociales, físicas y mentales de la comunidad. Este énfasis ha de reflejarse en la potenciación de estilos de vida positivos, creación de entornos de apoyo a la salud, y reorientación de servicios sanitarios para realizar cuidados de alta calidad y eficiencia. Se trata de que la propia sociedad desarrolle infraestructuras que proporcionen salud para la colectividad. Para ello, se requiere que los integrantes de la comunidad participen activamente en fijar sus prioridades, así como en la adopción de decisiones. Desde esta perspectiva, se plantea la necesidad del adecuado uso de los recursos humanos existentes, al tiempo que se refuerza el autoconocimiento y la autoestima individual.

Como contribución específica, en la primera parte del presente libro se han seleccionado una diversidad de perspectivas teóricas referidas a la «Evaluación en Psicología de la Salud», aportadas por Gómez, Levi, Endler, y cols. Entre los diversos núcleos temáticos habrían de destacarse los siguientes: 1) Salud y prevención en la sociedad del bienestar. Alternativas desde la Evaluación Psicológica; 2) Enfermedad y afrontamiento. Aspectos teóricos y metodológicos; 3) Factores psicosociales en el ámbito de la salud. Desde la perspectiva empírica se han incluido informes de investigaciones sobre aspectos tan relevantes como: 4) Evaluación y tratamiento del dolor; 5) Evaluación y tratamiento de la drogodependencia; 6) Evaluación de las repercusiones del patrón de conducta tipo A, en diferentes contextos; y, 7) Consideraciones sobre la «calidad de vida».





Salud y prevención en la sociedad del bienestar*

DOMINGO E. GÓMEZ

Universidad de Santiago de Compostela. España

1. INTRODUCCIÓN

Desde la perspectiva de la ciencia, ha predominado una cierta obsesión por ofrecer una visión un tanto newtoniana del mundo. En biología y medicina particularmente, ha venido predominando un enfoque basado en la ingeniería, de forma que el organismo vivo, en cierto modo se ha considerado como una máquina, susceptible de montar y desmontar. Incluso en determinados sectores de la medicina, se considera que la comprensión de los procesos patológicos, y la reacción del organismo ante los mismos, podría permitir intervenir terapéuticamente, sobre todo por medios físicos (*quirúrgicos*), químicos o eléctricos (McKeown, 1971). No obstante, la vida del hombre no puede entenderse sin sus referentes fundamentales, ni limitada a su propia especie, sino que participa de la vida en el cosmos (Scheler, 1938). No le es ajeno nada de lo relativo a las leyes biológicas generales, con sus correspondientes modos, tiempos y ritmos de vigencia. El hombre no es una máquina programada para una actividad determinada, comparte su tiempo entre el trabajo y el ocio; y en el ambiente de cada uno de ellos, existen motivos que perturban el normal desarrollo de su vida, y ponen en riesgo su salud (Rifkin, 1990).

De acuerdo con los planteamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se suelen diferenciar dos etapas en la consideración de la salud. En la primera, que abarca desde mediados del siglo pasado hasta los inicios del siglo XX, los problemas de salud lo constituían fundamentalmente las enfermedades infecciosas. En la segunda etapa, la actual, la morbilidad y mortalidad predominantes, la constituyen las enfermedades crónicas no transmisibles, las transmisibles, el incremento de suicidios y homicidios: las *enfermedades de la civilización*.

* Este capítulo forma parte de una investigación subvencionado por la Consellería de Sanidad. Xunta de Galicia.

2. ¿ENFERMEDADES DE LA CIVILIZACIÓN O ENFERMEDADES DEL HOMBRE?

La «civilización», implica una serie de conceptos operativos como son los de *cultura*, *tecnología* y *confort*, que se constituyen en referentes para poder enjuiciar nosológicamente la enfermedad (Varela, 1982; Gómez, 1994). La *cultura*, que tradicionalmente ha venido siendo un elemento recreativo, y casi de ocio, se ha convertido en un elemento de uso, abuso y de utilización, para conseguir tecnología que favorezca el consumo, puesta al servicio de la comunicación. La *tecnología* todavía no ha sido suficientemente asimilada, sino que más bien, el hombre se ve desbordado y dominado por la tecnología, o al menos, por esa especie de liturgia que la rodea. Y finalmente el *confort*, que hace referencia al ahorro de energía vital, de energía psíquica, proporcionando el “bienestar” por una diversidad de *incitantes* y *excitantes*.

Para abordar el análisis de las enfermedades, Laín Entralgo (1977) destaca el criterio metodológico-histórico; y el patogénico. El criterio metodológico-histórico requeriría basarse en la epidemiología comparada y en la estadística para poder delimitar adecuadamente, el posible influjo de la “civilización”, así como el influjo de la “vulnerabilidad individual” al hecho de enfermar. Precisamente de los resultados obtenidos en el referido análisis dependería la respuesta a la pregunta ¿enfermedades de la civilización o enfermedades de hombre?. Mediante el *criterio patogénico*, se pretendería diferenciar las enfermedades ocasionadas por productos contaminantes, y las producidas como consecuencia de la agresión-reacción del organismo con el ambiente, (Hobfoll, 1989).

El análisis de las enfermedades de la civilización o enfermedades del hombre, puede abordarse desde tres diferentes perspectivas. En primer lugar, desde la perspectiva de las *ciencias de la salud*, en cuanto que permiten la evaluación, tratamiento e intervención de las alteraciones fisiológicas o psíquicas. En segundo lugar, desde la *perspectiva sociológica*, que permite la detección de las causas socioeconómicas que desencadenan las distintas perturbaciones. En tercer lugar, desde la *perspectiva legislativa*, en cuanto instrumento público que habilita al Estado, y facilita a la sociedad el empleo de técnicas de prevención y curación de las enfermedades (Nieto, 1982).

En el actual modelo de sociedad, resulta relativamente escaso el margen de acción de las *ciencias de la salud*, ya que se requieren elevadas inversiones destinadas a la investigación, a lo que hay que añadir el contexto general y el contexto social, generador de la enfermedad que tan sólo puede abordarse con técnicas sociales y de masas; circunstancia que magnifica aún más el papel del

la Administración del Estado (Gómez, 1994). No obstante, persisten dificultades reales para su intervención, dado que es el propio Estado el promotor de un determinado modelo socioeconómico, en el que se generan las enfermedades, y, por lo que habría de asumir sus consecuencias previstas o imprevistas, deseadas o no deseadas. En este sentido, al menos habría que destacar una cierta variedad de actitudes. En primer lugar la *fatalista* que considera la enfermedad como el precio inevitable del modelo. En segundo lugar, la *radical* que tiende a rechazar el modelo de civilización generador de la enfermedad. En tercer lugar, la *constructiva* que opta por mantener la civilización técnica, pero encauzándola de una forma racional no patógena; en cuya tarea tiene una gran responsabilidad la Administración del Estado, que tendría de promocionar programas encaminados a orientar el modelo social hacia situaciones que no generen enfermedad. Asimismo, habría de eliminar las causas profundas de peligrosidad, ordenando el hábitat, condiciones de trabajo... (OIT-OMS, 1984 y Levi, 1990) en consonancia con las pautas de la *sociedad de bienestar*. Asimismo, habría de promoverse una organización de las Ciencias de la Salud y de la Prevención; de acuerdo con *programas coordinados*, desde las autonomías que persigan objetivos comunes, puesto que el Estado, aún siendo el protagonista de las acciones sociales, no es el único actor.

3. LA SALUD EN RELACIÓN CON LOS FACTORES GENÉTICOS

Los nuevos conocimientos sobre la herencia familiar están alterando planteamiento aparentemente consolidados en *Ciencias de la Salud*. De hecho hasta hace escasas décadas únicamente se conocía la implicación de determinados genes, en muy escaso número de enfermedades hereditarias (Rifkin, 1990). Los nuevos avances en ingeniería genética ha contribuido a destacar que detrás de determinados trastornos (*dislexia, cardiopatías, hipertensión, diabetes, psoriasis, asma, alergia, enfermedades de Parkinson, Alzheimer...*) subyacen una diversidad de factores genéticos, por lo que si bien se plantea transmisión poligénica, los mecanismos precisos se encuentran por determinar. En cualquier caso, una constelación de genes menores y heredados se combinan con factores ambientales (*contaminación, estilo de vida, estrés, tabaco, alcohol...*).

Es significativo que a lo largo de la última década se haya duplicado el número de enfermedades catalogadas por su origen genético, hasta sobrepasar en la actualidad las 8.000. Asimismo, en los últimos años se ha incrementado la información en relación con el esclarecimiento de la naturaleza de los genes

implicados en la susceptibilidad al cáncer de mama, ovario, endometrio, colon, melanoma... Los resultados de las últimas investigaciones, parecen indicar que dichas alteraciones genéticas, tendentes a incrementar las probabilidades para desarrollar ciertas enfermedades, se dan con mayor frecuencia en familias con alta incidencia en dichas patologías. Se tiende a destacar que llevamos incorporados al menos, veinte genes promotores de enfermedades, por cuyo motivo, no es suficiente con determinar la posible presencia de las enfermedades genéticas en una determinada familia, sino esclarecer qué enfermedades concretas se repiten en su árbol genealógico.

Desde la perspectiva preventiva, se destaca la conveniencia de incrementar la atención por el historial familiar, y que su conocimiento e investigación, permite no solamente advertir sobre la posibilidad de que un determinado sujeto padezca determinadas enfermedades en un futuro sino prevenir su aparición mediante cambio de hábitos alimenticios, prácticas deportivas..., estilos de vida en general. De incrementarse pues, una mayor atención al historial familiar, se contribuiría a evitar millones de muertes prematuras (Sturges y cols., 1996).

4. LA SALUD EN RELACIÓN CON LOS FACTORES AMBIENTALES

El concepto de la salud varía según la perspectiva de las diversas ciencias (*médicina, psicología, política...*). La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su *Carta Magna*, o *Carta Constitucional*, definió la salud como “*el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afección de enfermedades*”. Esta definición que será precisada, en posteriores informes (OMS 1986, 1988, 1989, 1991), marcó un hito en su momento, si bien hay que reconocer que, junto a aspectos positivos e innovadores, presenta también aspectos negativos o criticables. Como aspectos innovadores, habría que destacar que por primera vez se presenta una definición de salud, en términos afirmativos o positivos. La salud es considerada, no sólo como ausencia de enfermedades, sino como un estado óptimo positivo que se sintetiza en la frase *completo bienestar*, equiparable con la salud. Además, no solamente se hace referencia al ámbito físico del ser humano, sino que, por primera vez, se incluyen las áreas mental y social.

Entre los aspectos negativos o criticables de la definición de la OMS, se encuentra el establecer una relación necesaria entre bienestar y salud, que no se corresponde en la realidad. Así mismo, la consideración de la salud como completo bienestar físico, mental y social, constituye más bien, una declaración de

principios que un objetivo accesible. Se trata de una definición excesivamente estática, que contrasta con la realidad dinámica que ha de caracterizar a la salud positiva, en sus diferentes grados. Por otra parte, implica una cierta subjetividad, al no plantear el aspecto objetivo (*capacidad funcional*) de la salud.

Desde una perspectiva integradora, la salud se ha definido como un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no únicamente como ausencia de malestar. Resalta dos aspectos: el subjetivo (*bienestar*), y el objetivo, que supone la dimensión psicológica (*capacidad de funcionamiento*). San Martín (1988), propuso el enfoque *biológico-ecológico*, como forma objetiva de analizar los conceptos, aportando una fórmula para determinar el equilibrio dinámico entre salud y enfermedad. Desde esta perspectiva, se considera la salud como un estado compensado o de equilibrio dinámico, donde el organismo tiene la posibilidad fisiológica de poder amortiguar una agresión externa; de forma que logre compensar el desequilibrio, y no se produzca enfermedad. La enfermedad se presenta como un desequilibrio o descompensación de intolerancia a los agentes agresores. Concluye San Martín, que la normalidad o anormalidad, la salud o la enfermedad son conceptos en los que se integran un conjunto complejo de conocimientos de psicología, biología, fisiología; sin olvidar que el sujeto humano se encuentra tan interrelacionado con el ambiente, que no se puede estudiar el funcionamiento y la estructura de los sistemas ecológicos, si no se tiene en cuenta que el sujeto humano interactúa con su medio físico, biológico y social. Precisamente, será el esclarecimiento de esas interacciones por lo que se interesa la *Medicina Conductual*. Entre sus contribuciones, se incluyen el promover la integración de conocimientos, y la coordinación de esfuerzos de las distintas áreas de conocimiento de Ciencias de la Salud (Miller 1983).

4.1. Salud y medio ambiente

Los conceptos de *salud* y *medio ambiente* han de valorarse conjuntamente, no solamente por la diversidad de efectos que pueden ocasionar los factores ambientales sobre la salud, sino porque el sujeto humano es capaz de ejercer una determinada influencia sobre el medio ambiente, si bien en ocasiones con carácter perturbador (Holtzman y cols. 1987).

Los principios y recomendaciones de la *Conferencia Internacional sobre Medio Ambiente*, celebrado en Estocolmo (1972), constituyeron la señal de alarma para despertar la atención sobre los amenazas de la contaminación. Aunque los aspectos sanitarios del tema tratado fueron importantes, no se

explicaron lo suficientemente. La *Conferencia Europea sobre Medio Ambiente y Salud*, celebrada en Frankfurt (1989), constituyó una gran oportunidad, puesto que por primera vez, se reunieron los representantes ministeriales de ambas áreas, de todos los países de Europa, para impulsar las medidas de planificación y control del medio ambiente en relación con los aspectos sanitarios. Ningún país puede abordar aisladamente ni dispone de los recursos económicos, ni de los conocimientos necesarios para proceder al seguimiento y gestión que impone el control de las actividades vinculadas al estado de la sanidad ambiental.

Desde hace aproximadamente una década, se viene constatando el vínculo existente entre alojamiento y salud. El medio urbano suele ser, el punto de partida de problemas de medio ambiente, y de problemas sociales que influyen sobre la salud humana (Holtzman y cols. 1987; Egido, Gómez, y Padrau, 1996; Taylor, 1990). En los trabajos de Canlon (1978) se resaltaba que el cáncer, las enfermedades coronarias y pulmonares, produjeron el 12% de las muertes en 1900, el 38% en 1940, y el 59% en 1976. Un número creciente de datos, relaciona gran parte de la incidencia de estas enfermedades con el medio ambiente. Por otra parte, varios *informes de la Secretaría de Salud, Educación y Bienestar* de EE.UU, coincidieron en resaltar que entre un 60 y 90% de los casos de cáncer, presentaban una relación causal con factores ambientales, desde los conservantes para los alimentos, hasta una variedad de productos químicos tóxicos. Asimismo, entre un 20 y un 40% de todos los casos de cancer, guardan relación con el trabajo, como consecuencia del contacto con una amplia gama de productos químicos y procesos que se consideran esenciales para el mantenimiento de la producción industrial. Todas estas causas de muerte tienen al menos, un correlato conductual, y ninguna tiene una vacuna conocida o cura farmacológica. No obstante, el cancer no es la única enfermedad importante relacionada con las sustancias contaminantes de la sociedad industrial, sino que existe una amplia gama de las denominadas enfermedades profesionales (OIT-OOMS, 1984), que causan más de medio millón de bajas anuales en EE.UU. (Daly 1977). Un estudio encargado por la *Agencia para la Protección del Medio Ambiente* llegó a la conclusión, de que los salarios perdidos por trabajadores estadounidenses, tan sólo a consecuencia de la contaminación atmosférica, ascendió a 36.000 millones de dólares anuales (Costle 1979). Otro estudio realizado por la *Asociación Pulmonar de EE.UU.* calculó que el coste médico de las enfermedades provocadas por la contaminación atmosférica, superaba los 10.000 millones de dólares anuales (Herman 1977). Por otra parte, la *Oficina de Evaluación Tecnológica* advirtió que la contaminación atmosférica podía causar unas 50.000 muertes prematuras cada año en EE.UU.

A medida que la ciencia dispone de conocimientos más fundados sobre el sistema inmunitario, gana fuerza la siguiente hipótesis: *la contaminación ambiental podría estar debilitando las defensas del organismo contra la enfermedad*. Dicha hipótesis gira en torno a la posibilidad de que una severa andanada de toxinas, podría afectar al sistema inmunitario de manera similar al virus que causa el *Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida o SIDA*. Ciertamente, un número de toxinas ambientales, desde la luz ultravioleta hasta los contaminantes comunes en el aire, suprimen el sistema inmunitario en animales de laboratorio. No obstante, algunos investigadores dudan que las toxinas que suprimen el sistema inmunitario, sean lo suficientemente poderosas y comunes, como para debilitar significativamente la capacidad humana de hacer frente a las enfermedades. Si así fueran, todavía no existe evidencia que permita elaborar un perfil sistemático en la aparición de enfermedades e infecciones en EE.UU. Si bien se dispone de alguna evidencia, no existe suficiente información, como para sustentar la posición de ambos bandos en este debate. Algunos de los defensores de la hipótesis sobre un supuesto vínculo entre contaminación y enfermedad, destacan el incremento del número de casos de asma, o el síndrome de fatiga crónica, síndrome de hipersensibilidad química múltiple (Gómez, 1992; Vereker, 1992).

A partir de los problemas detectados, en 1990 se difundió la *Carta Europea sobre Salud y Medio Ambiente*, contribuyendo a una reorientación y fortalecimiento de los programas de recuperación del medio ambiente, donde quiera que la salud y la enfermedad estén determinadas por el mismo. Mediante el referido documento, se recomiendan procesos de diagnóstico que permitan disponer de información, y adecuar la gestión, a fin de impulsar las acciones necesarias para que los ciudadanos disfruten del bien común, de una sanidad no afectada por el desarrollo, y de unas condiciones ambientales adecuadas.

4.2. Salud en relación con los factores sociolaborales

Los trabajadores se encuentran expuestos a una diversidad de riesgos ambientales en sus puestos de trabajo, con repercusiones para su salud (Novelli 1982; Ware 1982). Estos riesgos pueden referirse a lesiones físicas por accidentes de trabajo, o a enfermedades contraídas por sustancias tóxicas (Manning 1983). Por otra parte, los horarios de trabajo nocturno y los trabajos a turnos, ocasionan problemas familiares, sociales y profesionales, debido a la asincronía entre ritmos biológicos, sociales y de trabajo/ocio. El rendimiento produc-

tivo en estos casos es menor, ya que disminuye la capacidad física y la de control en estos horarios. Esta situación afecta en España, aproximadamente al 7% de los trabajadores, porcentaje que en términos absolutos equivale a 600.000 sujetos. En el sector industrial esta tasa supera el 10% (*aproximadamente 300.000 empleados*), y en la asistencia sanitaria al 34% (*aproximadamente 100.000 profesionales*). Solo los trabajos rotativos, efectuados durante el día, o por la noche, afectan aproximadamente al 16% de los empleados. De este colectivo, el 12% desarrolla su actividad en el sector servicios, y el 23% en la industria. Otro de los indicadores para medir la carga, y sus consecuencias para la salud es la duración del tiempo de trabajo. Aproximadamente el 17% de los españoles supera la jornada legalmente establecida, encontrándose particularmente afectados los del sector servicios. Por otra parte, aproximadamente el 7% de los trabajadores se encuentran privados de autonomía en el trabajo, al prestar sus servicios en una cadena de producción. Todos estos determinantes atentan a la salud a medio plazo, al generar altos índices de accidentes laborales y riesgos potenciales tendentes a producir enfermedades potenciales y enfermedades profesionales.

4.3. El estrés como factor de riesgo

Las experiencias de estrés acompañan al hombre desde tiempo inmemorial. El estrés forma parte de las reacciones ante los cambios y estímulos; se constituye en una especie de fuerza positiva, que ayuda al hombre a sobrevivir con un dinamismo, que diferencia la vida activa de la vida pasiva (Gómez y Pulido, 1990). El estrés se plasma en los diversos estilos de comportamiento, marca las pautas y ritmos de vida, y genera el ímpetu necesario para traducir los pensamientos en acciones (Levi 1979). A diferencia de tiempos pasados, la postmodernidad se viene caracterizando por la implantación de cambios cada vez más rápidos y profundos, hasta conformar las «*paradojas del progreso*». Este ritmo acelerado a su vez, incrementa la competitividad. En este contexto surge, como desafío el establecer un equilibrio entre un exceso y una carencia de estrés. Existen profesionales particularmente vulnerables a los efectos de estrés, se trata de sujetos que descubren que los inconvenientes que les proporciona su ritmo de vida, les resultan inseparables de sus ventajas. Se advierte, pues, que ciertos sujetos tienen una especie de adicción a altos niveles de estrés, y dependen del mismo, como de un antídoto auto-recetado que les impide aburrirse, lo que le resultaría intolerable.

En los últimos años, se ha acumulado un número considerable de investigaciones, mediante las que se evidencia que el estrés afecta la susceptibilidad de los organismos a la enfermedad. Así, desde una perspectiva experimental se permiten destacar los efectos que produce la exposición a diversos factores ambientales, sobre la funcionalidad del sistema inmune. Asimismo, en estudios clínicos se viene incidiendo en la importancia atribuida a ciertos factores psicológicos en el curso de enfermedades como el cáncer, y en la alteración de algunas respuestas inmunológicas. Por otra parte, la incidencia socioeconómica del estrés, ha constituido una cierta alarma en EE.UU., estimándose que las industrias pierden unos 75.000 millones de dólares al año como sumatorio de absentismo laboral, gastos de hospital, seguros sociales y disminución de la productividad. Se estima que el gasto por infartos de miocardio, relacionados con el estrés, asciendió a unos 30.000 millones de dólares. Si se tiene en cuenta la invasión de estilos de vida de la sociedad en Europa, podría extrapolarse también a Europa la incidencia socioeconómica del estrés.

Existen investigaciones mediante las que se pone de relieve que el estrés, puede llegar a constituir un problema no sólo para quienes viven vertiginosamente, sino para sujetos de vida monótona, afectados por trastornos generados por carencia de estímulos, o como resultado de ira o ansiedad, con escaso control sobre su estilo de vida y sus respectivas tareas (Spielberger 1988; Gómez y Spielberger, 1990; Spielberger y Rickman, 1990). El aburrimiento, la envidia y la carencia de autoestima como consecuencia del desempleo, insatisfacción profesional, inseguridad por el futuro..., constituyen el origen del estrés que aflige al hombre de la postmodernidad. El lograr un equilibrio entre exceso y carencia de estímulos, constituye el gran reto, del que depende los niveles de calidad de vida. La responsabilidad final de propio *bienestar* ha de ser asumida por cada uno. Durante los últimos años se ha generalizado la idea del *bienestar* integral (*mente sana en cuerpo sano*): dieta equilibrada, ejercicio adecuado, prevención de conductas adictivas, eliminación de riesgos, relación simbiótica entre sociedad y entorno...

5. EL PROGRAMA «SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000»

El programa *Salud para todos en el año 2000*, hace énfasis en que la salud ha de considerarse como una fuente indispensable para la consecución de una vida productiva económica y socialmente, y no como un fin en si misma (PHS, 1991). Desde esta perspectiva, se considera un patrimonio que ha de promocionarse, protegerse y hacer uso de la misma como elemento indispensable

para el progreso económico, social e individual (Sampaio-Farías, 1994). A partir de 1977, cuando la Asamblea Mundial de Salud asumió el programa *Salud para todos en el año 2000*, los Estados miembros de Europa han venido adoptando múltiples medidas. En 1980, en su primera política común de salud, resaltaron cuatro áreas a desarrollar: 1) *estilos de vida y salud*; 2) *factores de riesgo* que afectan a la salud y al ambiente; 3) *reorientación del sistema de cuidado de salud en si mismo*; 4) *apoyos políticos, administrativos, tecnológicos, recursos humanos y de investigación*, así como otros recursos necesarios para llevar a cabo, los cambios requeridos en las distintas áreas. El programa también pone énfasis en potenciar: equidad en la salud; promoción de la salud y prevención de las enfermedades; participación de los agentes sociales; colaboración intersectorial; redes de servicios sanitarios orientados a la asistencia primaria de salud; y colaboración internacional sobre la base de los sistemas nacionales de salud suficientemente consolidados. Precisamente, es la falta de la referida consolidación de los sistemas nacionales de salud, la que de hecho, puede dificultar la consecución de los objetivos del *Programa de Salud para todos en el año 2000*. Así, nuestro Sistema Nacional de Salud, que según estadísticas atiende al 98,5% de la población española, sin embargo continua excluyendo, al amparo de la vigente Ley General de Sanidad, entre otras demandas, las de salud mental.

El programa «*Salud para todos*» hace énfases en una política de equidad que ha de promover la optimización de la calidad de vida entre los distintos sectores sociales, destacando entre sus objetivos la promoción de la salud, y la prevención de la enfermedad. Se trata de que la propia sociedad desarrolle infraestructuras que proporcionen salud para la colectividad. Para ello se requiere que los integrantes de la comunidad, participen activamente en fijar sus prioridades, así como en la adopción de decisiones. Desde esta perspectiva, se plantea la necesidad del adecuado uso de los recursos humanos existentes, al tiempo que se refuerza el autoconocimiento y la autoestima individual, y se recaba apoyo social.

Un sistema de salud integral implica una asistencia sanitaria primaria, así como servicios adecuados por cuanto a su calidad y el acceso a los mismos. Ello supone, que dichos servicios han de responder a los requerimientos básicos de la comunidad, insertándose en los propios hábitats, y ofertando calidad tanto desde las instancias públicas como privadas. No obstante, un creciente número de problemas de salud trascienden las fronteras nacionales, por lo que urge la cooperación internacional para garantizar un entorno protegido, disponibilidad de recursos suficientes para una vida saludable, y la provisión de servicios

sociales de calidad, así como apoyo tecnológico y conocimiento actualizado. Se trata de medidas de primera importancia, puesto que obligan a un crecimiento sostenible para resolución de los problemas, mediante las adecuadas políticas de salud, así como de los servicios de intervención sanitaria. La promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la equidad sanitaria se convierten en una materia de intervención y responsabilidad, sobre un amplio conjunto de modelos además del sector sanitario en si mismo.

6. ALTERNATIVAS DESDE LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La Salud Pública como ciencia, como patrimonio de la comunidad y como responsabilidad de los Gobiernos, dispone escasamente de un siglo de existencia. El fomento y potenciación de la prevención, constituye una de las funciones de la Salud Pública, siendo este, uno de los objetivos más innovadores. Resultan representativos los planteamientos de Winslow (1920), al definir la Salud Pública como la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficacia física y mental. Mediante el esfuerzo organizado de la comunidad se pretende potenciar las relaciones de la salud ambiental el control de las enfermedades transmisibles; la educación sanitaria; la organización de los servicios de salud; y el desarrollo de los mecanismos sociales, que aseguren al sujeto y a la comunidad, un nivel de vida adecuado para la conservación de su salud (Matarazzo, 1980, 1982).

Las acciones propias de los servicios de promoción de la salud, tienen como finalidad incrementar la salud de la población, la prevención de las enfermedades, así como los accidentes evitables. Ello contribuirá a incrementar la calidad de vida, y a evitar la morbilidad y las muertes prematuras. Las referidas acciones se suelen clasificar en dos grandes grupos, según incidan sobre el medio ambiente o sobre el sujeto individual. Las acciones sobre el medio ambiente, ya tratadas previamente, incluyen actividades de los servicios de salud dirigidas al control sanitario del medio ambiente en su más amplio de los sentidos. Entre las acciones a incidir sobre los sujetos individuales, se suelen incluir la educación para la salud así como los programas preventivos (Levi, 1979).

La recuperación de la salud, comprende un conjunto de actividades encaminadas a recuperar la salud, en situaciones de emergencia (*catástrofes, accidentes*). Se trata de servicios asistenciales, que requieren una tarea de rehabilitación y reinserción social, en dependencia de que se trate de *modelos integra-*

dos o no integrados. Mientras que en el primero, las acciones de asistencia se prestan conjuntamente con las de promoción de la salud en los centros de salud y hospitales; en el *modelo no integrado*, la asistencia sanitaria tiene carácter individual o colectivo, siendo este último susceptible de ser financiado por la Seguridad Social, y las acciones de asistencia se llevan a cabo independientemente de las de promoción de la salud, que corren a cargo del Estado. Por otra parte, la asistencia para la recuperación de la salud, se escalona en dos niveles: asistencia sanitaria y hospitalaria.

Entre las características de la asistencia primaria habría que destacar: 1) atiende a las necesidades de salud de la comunidad además de la enfermedad; 2) realiza de forma integrada funciones de promoción de la salud, asistencia sanitaria y trabajo social; 3) atiende a los factores ambientales causantes de enfermedad, denunciando las deficiencias, y promoviendo su corrección; 4) se acerca al sujeto individual, previniendo de la enfermedad a través de la adecuada educación, 5) se lleva a cabo en Centros de salud situados dentro de la propia comunidad; 6) se presta una asistencia de forma integrada por el equipo de profesionales de salud. La asistencia hospitalaria habrá de estar conectada y coordinada con la primaria, realizándose a nivel de hospital de distrito y de hospital regional.

6.1. Evaluación de la salud percibida y de la salud perceptible

Los procedimientos evaluativos clásicos de la salud han estado basados en determinados patrones negativos, como son: la *mortalidad* y la *morbilidad*. Aunque es la mortalidad la que proporciona más información, dicho indicador ha perdido sensibilidad para detectar cambios en el estado de salud, al no proporcionar información sobre la frecuencia de las enfermedades que no se traducen en una mortalidad inmediata. Ante la necesidad de conocer la morbilidad, se plantea la dificultad intrínseca de su evaluación derivada de la diversidad de usos y tipos. Se trata de un concepto relativo, donde el componente subjetivo habría de tenerse en cuenta, ya que si se considera solamente a la morbilidad atendida por los servicios sanitarios, no es posible detectar aquellos problemas percibidos por sujetos que, por diferentes motivos, no llegan al sistema sanitario o, aún llegando, no son reconocidos como tales por el profesional. La morbilidad de la salud mental, y la forma con que se evalúa es muy variable. Sin embargo, con arreglo a un sistema de clasificación utilizado muy frecuentemente, se tienen en consideración tanto indicadores de los aspectos positivos (*prevención y consolidación de conductas positivas*) de la salud mental, como de los trastornos que pueden afectarla.

La salud mental se evalúa en primer lugar, según índices de eficiencia funcional. Se trata de considerar la salud, en contraposición a la enfermedad, como la capacidad que tiene el sujeto para ocupar el lugar que le corresponde en las relaciones sociales, asumir funciones institucionalizadas... Otra de las características de la salud mental se reflejan a través de los índices de bienestar. Estos abarcan los estados afectivo (*depresión, ira, ansiedad*), y las diversas esferas de la evaluación y de satisfacción (*satisfacción en el trabajo, en la vida, de las necesidades, autoestima*). Una tercera manifestación de la salud mental deriva de los índices de dominio de sí mismo, y de la propia competencia. El desarrollo armonioso de la personalidad, los recursos de adaptación del sujeto, y la capacidad para alcanzar los objetivos a los que atribuye un valor, son todas características incluidas en esta categoría. Finalmente, los indicios y los síntomas psicossomáticos, constituyen una cuarta categoría de indicadores de la salud mental. Esta categoría considerada como residual, comprende datos que no figuran en las otras tres, y tienen un significado clínico. No se ha comprobado que exista una correlación necesaria entre los elementos constitutivos de la salud mental positiva, y síntomas psicológicos y fisiológicos como la ansiedad, la preocupación y la insatisfacción. Por consiguiente, estos elementos conforman una categoría distinta, y más o menos independiente de indicadores de la salud, que parece tiene escasa relación con la sola ausencia de enfermedad. Se han incluido como indicadores de la salud mental positiva las siguientes características: 1) *estado de espíritu positivo*; 2) *ausencia de síntomas de neurosis*; 3) *satisfacción en la vida*; 4) *deseo de vivir*; y 5) *actividad social*. Bajo el epígrafe *bienestar social* se suele recurrir a indicadores estrechamente relacionados, y que se duplican en parte: participación social, aptitud en el trabajo, satisfacción en el matrimonio...

Las técnicas metódicas que permiten evaluar los aspectos positivos de la salud mental, no ocupan un lugar tan estable en las investigaciones como los métodos de evaluación de la enfermedad, por lo que los indicadores de la salud mental considerados, y las mediciones efectuadas en la materia varían considerablemente. Además, cabe destacar la limitación que supone, la no definición previa de objetivos, la falta de uniformidad en las actuaciones, la carencia de instrumentos fiables, y las dificultades o imposibilidad para utilizar algunos diseños (Weinstein, 1994; Endler y cols. 1993a; Endler y cols. 1994). Existen también ciertas limitaciones de carácter estructural, derivadas de la disparidad de criterios entre personal investigador, personal sanitario y administración, para quienes el proceso evaluativo implica una diversidad de connotaciones (Kazdin, 1995). Finalmente, las limitaciones proceden incluso del ámbito polí-

tico-administrativo, puesto que la programación asistencial, no es otra cosa que el resultado de una decisión política. En realidad, el fin último de la evaluación de la salud supone aportar información al proceso de gestión político-administrativa. Dicha información, no necesariamente se tienen en consideración, puesto que los datos obtenidos durante el proceso evaluativo, a veces no coinciden con los que la población considera necesarios. Y ante el principio *coste-beneficio*, la población, a través de sus representantes oponen los de rentabilidad social, o conveniencia política.

7. RESUMEN Y CONCLUSIONES

No se advierte contradicción entre el enfoque de la epidemiología, como área de la ciencia que estudia enfermedades, y el enfoque de la salud mental, en cuanto área que estudia la ausencia de enfermedades. Hay que tener en cuenta que en la aparición de las alteraciones psicopatológicas se encuentran factores socioculturales y ambientales (*que determinan las enfermedades de la civilización*), cuya ausencia, presencia o cambio, va a determinar el concepto de salud mental, en cuanto concepto relativo, que descansa sobre criterios de carácter subjetivo y objetivo.

La salud mental definida como un estado de ausencia de patología podría evaluarse en orden: 1) *a la ausencia de trastornos mentales*; 2) *conductas adecuadas del sujeto en su propio medio* (capacidad de adaptación); 3) *personalidad estructurada*, en la que prevalece su unidad, favoreciente la adaptación previamente aludida.

Dada de la complejidad de los programas de salud, y de las crecientes demandas económicas que exigen, se requiere la correspondiente evaluación de los mismos, a fin de determinar la efectividad con que se adjudican y se utilizan los recursos. No obstante, existen una serie de limitaciones de carácter metodológico, estructural, político administrativas. Por todo ello, se plantea la necesidad de que todo programa de evaluación ha de cubrir unas etapas debidamente determinadas, y unas metas concretas.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARREDONDO, C.; CORONADO, A; FUENTE DE LA , M y LUENGO, S. (1990). *Actitudes sociales ante el SIDA entre el colectivo de trabajadores en salud: repercusión sobre la población de toxicómanos*. Madrid. Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Nacional sobre el SIDA.

- CANLON, M.J. (1978). «EPA Cities U.S. Environment as a Leading Death Causes.» Washington Post, 27 de agosto.
- CID, F. (1978). *Breve historia de las ciencias médicas*. Madrid. Espasa Calpe.
- COSTLE, D.M. (1979). Administrator, Defense by Disaster Proving the Value of Environmental Protection. *Informe de la Agencia para la Protección del medio Ambiente*, 29 de marzo.
- DALY, H. (1980). The Economic thought of Frederick Soddy. *History of Political Economy*, Vol. 12, núm. 4, Durham, N.C. Duke University Press. pp. 469-488 Frankfurt.
- ENDLER, M.S., PARKER, J.D.A. y SUMMERFELDT L.J. (1993). Coping with health problems; Conceptual and methodological Issues. *Canadian Jour. of Behavioral JC*, vol. 25. nº 3, pp. 389-399.
- ENDLER, N.S, PARKER, D.A. (1994). Assessment of Multidimensional Coping task, emotion, and avoidance strategies. *Psychological Assessment*, Vol.6, Núm.1 pp. 50-60.
- FEUERSTEIN, M; LABBE, E.E; KUCZMIERCZ y k, A.R. (1986). *Health Psychology: A Psychobiological Perspective*. N.York. Plenum Press.
- GATCHEL, R.J.; BAUM, A y KRANTZ, D. (1988). *A introduction to Health Psychology*. N. York. Newbery Award Records, Inc.
- GOMEZ, D.E. (1993). *Ciudades Saludables*. Santiago de Compostela. Servicio Central de Publicacións. Consellería da Presidencia e Administración Pública. Xunta de Galicia.
- GOMEZ, D.E. (1994). Enfermedades de la civilización, enfermedades del hombre. Alternativas desde la Psicología de la Salud. En D.E. Gómez, y X.L. Saburido. *Salud y Prevención. Alternativas desde la Evaluación Psicológica*. Santiago de Compostela. Consellería de Cultura. Xunta de Galicia. pp. 45-61
- GOMEZ, D.E. y SPIELBERGER, C.D.(1990). Assesment of anxiety in Spanish Elementary School Children. En C.D. Spielberger, R. Díaz Guerrero, y J. Strelau. *Cross-cultural Anxiety*. N. York Hemisphere Publ. pp. 193-203.
- HERMAN, S.T. (1977). *The Health Costs of Air Pollution*. Fairfax, Va. American Lung Association.
- HOBFOLL, S.E. (1988). *The ecology of stress*. N.Y. Hemisphere Publ.Corp.
- HOWARD, T. (1990). *Entropia*. Barcelona. Urano.
- HOLTZMAN, W.H.; EVANS, R.I.; KENNEDY, S. y ISCOE, I. (1987). Psychology and health: contributions of Psychology to the improvement of health and health care. *Bulletin of the World Health Organisation*, 65 (6); 913-935.
- KAZDIN, A.E (1995). Preparing and evaluating research reports. *Psychological Assotiation*. Vol. núm 3, pp. 228-237.
- LAIN ENTRALGO, (1977). *Historia de la medicina*. Madrid. Espasa Calpe.
- LAZARUS, R.S.; MATARRAZZO, J.D; MELAMED, B.G. y SCHWARTZ, G.E. (1989). *Psychology and Health*. Washington. American Psychological Association.
- LESSE, S. (1981). *The future of the Health Sciences: Anticipating tomorrow*. N.York. Irvington Publ.
- LEVI, L. (1979). *Psychosocial Factors in Preventive Medicine*. En D.A. HAMBURG; E.O. NIGHTINGALE, y V. KALMAR. *Healthy People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention*. Background Papers. Washington. U.S. Department of Health Education and Welfare. pp. 207-252.

- MANNING, D.T. (1983). Suggested Strategies for Occupational Health Education. *International J. of Health Education*, 2 (4); pp. 44-51.
- McKEOWN, T. (1971). A Historical Appraisal of the Medical Task. En G,McLACHLAN y T. McKEOWN.(Eds.) *Medical History and Medical Care*. Londres: Oxford University Press, pg. 36.
- MILLER, N.E. (1983). Behavioral Medicine: Symbiosis between Laboratory and Clinic. *Annual Review of Psychology*, 34, 1-31.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. (1990). *Corte Europea sobre Medio Ambiente y Salud*, Madrid, Secretaría General Técnica. M.I.C.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. (1993). *Indicadores de salud : Segunda evaluación en España del programa regional europeo "Salud para todos"*. Madrid. Secretaría General Técnica del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- MATTARAZZO J.D. (1984). Behavioral health and behavioral medicine. Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 32, 1-14.
- NIETO, A. (1982). Discurso inaugural. En *Actas del Congreso de Medio Ambiente, Trabajo y salud*. Fundación Científica de la Asociación Española contra el Cáncer. Dirección General de medio Ambiente. Madrid. pp. 15-19.
- NOVELLI, W.D.; ZISKA, D. (1982). Health Promotion in the Workplace: An overview. *Health Education Quarterly*, Special Issue. *Worksite Health Promotion*, 9; 20-26.
- OFICINA INTERNACIONAL DEL TRABAJO-OMS. (1986). *Factores psicosociales en el trabajo: Naturaleza, incidencia y prevención*. Informe del Comité Mixto OIT-OMS sobre Medicina del Trabajo, novena reunión. Ginebra, 18-24 de septiembre, 1984. Ginebra OIT. Serie Seguridad, higiene y medicina del trabajo. N° 56.
- PUBLIC HEALTH SERVICE (1991). *Health services 2000*. National health promotion and disease prevention objectives. Full report, with commentary. (Publicación Núm. PHS, 91-50212) Washington DC.US. Government.
- RIFKIN, J. (1990). *Entropía*. Barcelona. Urano
- SALLERAS L. (1985). *Educación Sanitaria*. Madrid. Díaz Santos.
- SAMAIO FARIA, J.G. (1994). Salud y enfermedad desde la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud. En D.E. Gómez, y X.L. Saburido. *Salud y Prevención. Alternativas desde la Evaluación Psicológica*. Santiago de Compostela. Consellería de Cultura. Xunta de Galicia. pp. 29-44
- SAN MARTIN, H.(1988). *Ecología humana y salud*. México. La Prensa Médica Mexicana.
- SAN MARTIN, J.; MARTIN, A, y CARRASCO, J. (1986). *Epidemiología. Teoría, Investigación Práctica*. Madrid. Díaz de Santos.
- SCHULER, M. (1938). *El puesto del hombre en el cosmos*. B. Aires. Losada.
- SECHREST, L. (1992). The past future of Clinical Psychology: A reflection on Woodworth (1937), *J. of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 60 (1); 18-23.
- SPIELBERGER, C. (1988). State -Trait Anger Expression Inventory. Ordessa, Fl. *Psychological Assessment Resources*, Inc.
- SPIELBERGER, C.; RICKMAN, R.L. (1990). Assessment of state and trait anxiety in cardiovascular disorders. En D.G. BYRNE; R.H ROSENMAN Eds.) *Anxiety and the Heart*. (pp.73-90) N. York Hemisphere.

- STURGES, J.W, ROGERS, R.W. (1996). Preventive health psychology from a developmental perspective. An extension of protection motivation theory. *Health Psychology*, 15, 158-166.
- VARELA, M.(1982). Las enfermedades de la civilización. En *Actas del Congreso de Medio Ambiente, Trabajo y Salud*. Fundación Científica de la Asociación Española contra el Cáncer. Dirección General de medio Ambiente. Madrid. pp. 373-379.
- VEREKER, M. (1992). Chronic fatigue syndrome: a joint paediatric-psychiatric approach. *Archives of Disease in Childhood*, 67, pp. 550-555.
- WARE, B. (1982). Health Education in Occupational Setting: History Has-Messgae. *Health Education Quarterly*, Special Issue. *Worksite health Promotion*; 9; 37-41.
- WEINSTEIN,N.D.(1993). Testing four competing theories of health prospective behavior. *Health Psychology*, 12, 324-333
- WINSLOW, C.E.A. (1923). *Evolution and Significance of the Modern Public Health Campaigns*. NewHaven. Yale Universit Press.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1960). Epidemiology of mental disorders. 8th Report of the W.H.O. Tecnical Report Series. nº 185. Expert Committee on Mental Health. Ginebra.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1973). *The role of the psychologist in mental health services: Report on a working group* (Euro 5428 I). Copenhagen, WHO. Regional Office for Europe.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1979). Psychosocial factors and health: new program directions. En P. Ahmed, y G. Coelho (Ed.) *Toward a new definition of health*. N. York. Plenum. pp. 87-111.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1981). *Social dimensions of mental health*. Ginebra, WHO.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1982). *Changing patterns in suicide behaviour*. Copenhagen. EURO Reports and Studies .
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1986). *Target for health for all*. Copenhagen, WHO. Regional Office for Europe.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1987). Evaluation of the strategy for health for all by the year 2000, *Seventh report on the world health situation*.Vol. 1. Ginebra. Global review.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1988). *Prevention of mental, psychosocial and neurological disorders in the European Region*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Docment EUR/RG38/10).





Enfermedad y afrontamiento: Aspectos teóricos y metodológicos*

NORMAN ENDLER¹; JAMES PARKER ; y LAURA SUMMERFELDT
Universidad de York. Canadá

1. INTRODUCCION

El reconocimiento de las interrelaciones dinámicas entre factores biológicos y psicológicos, y sus efectos en la salud y en la enfermedad, tiene una larga historia. Hace más de medio siglo, Saul (1944) expresamente señalaba que: *“La vida mental y emocional con sus pasiones odios y miedos constituye el flujo y reflejo de las fuerzas biológicas que dirigen y encauzan la vida. Por lo tanto, la vida mental no podría explicarse sin analizar su relación con esas fuerzas. El campo de las relaciones psicosomáticas se ocupa ante todo de los aspectos biológicos y de las bases de la psicología”* (p. 269).

A partir de la década de los 90, la literatura científica se viene interesando más que nunca, por los efectos de los *estresores psicosociales*, en el funcionamiento biológico. Una de las cuestiones que centra el interés de los investigadores en las últimas décadas, son los procesos de afrontamiento. La relación pues, entre los problemas de salud y afrontamiento constituye en la actualidad un importante tópico en área de investigación en Psicología de la Salud (Auerbach, 1989; Endler y Parker, 1990b, 1993; Parker y Endler, 1992; Taylor, 1990). Durante los últimos años, un amplio número de los estudiosos del afrontamiento han adoptado un modelo que está centrado en procesos conscientes, o reacciones a eventos estresantes externos (Endler y Parker, 1990b, 1993; Folkman y Lazarus, 1980, 1985, 1988; Krohne, 1988; Parker y Endler, 1992). Si bien, el modelo más clásico de afrontamiento está basado en el estudio de los

*El presente capítulo fue publicado en *Canadian Journal of Behavioral Science*, 1993, Vol. 25. Nº 23, pp. 389-399. Se reproduce en el presente libro con autorización de *Canadian Psychological Association*.

1 Profesor Visitante de la Universidad de Santiago de Compostela. España.

procesos inconscientes (Freud, 1993), los nuevos planteamientos se centran en estrategias conscientes, reacciones emocionales y comportamientos manifiestos.

2. AFRONTAMIENTO Y PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Dentro del amplio campo interdisciplinar de la Medicina del Comportamiento, el área de la salud ha recurrido a una serie de modelos para esclarecer los efectos de la interinfluencia de los factores psicológicos, comportamentales, ambientales y de los biológicos en la salud y el bienestar (Taylor, 1990, 1991). El concepto de afrontamiento ha desempeñado un importante papel en dichos modelos (Endler, 1988; Lazarus y Folkman, 1984; Thømas, 1987). La razón fundamental de la importancia del afrontamiento ya fue planteada por Sachs, (1991); al señalar *“el fracaso para superar el estrés puede intensificar la enfermedad... la utilización de estrategias psicológicas adecuadas promueve la salud”* (p. 61). En los modelos de *“diatesis-estrés”* de enfermedad (Levi, 1974), las variables de afrontamiento se definen como moderadores cruciales, en la interacción entre predisposiciones fisiológicas hacia la enfermedad (*“diatesis”*) y las influencias de los estímulos psicosociales y ambientales (Taylor, 1990, 1991).

El reconocimiento creciente de los múltiples factores que influyen en la salud y el bienestar, se refleja en la adopción de *paradigmas de sistemas* en Psicología de la Salud (Snyder, 1989). Desde esta perspectiva, el sujeto se encuentra mejor definido en términos de una serie de niveles, incluyendo el molecular, el psicológico, el ambiental y el cultural, que pueden ser mutuamente influenciados o jerarquizados (Reiser y Rosen, 1984). En definitiva la consideración metodológica y conceptual, debe hacerse de la interdependencia de estos niveles, y de la interacción continua de demandas y respuestas asociadas con ellos (Snyder, 1989). El valor heurístico de los modelos del sistema, pueden verse en el campo de la psiconeuroinmunología (Locke y Cooligan, 1986), que estudia la influencia del estrés, moderado por mecanismos psicológicos y fisiológicos, sobre el funcionamiento inmune y la resistencia a la enfermedad.

El afrontamiento, podría definirse como un intento cognitivo y afectivo del sujeto, por reconciliar la discrepancia percibida entre demandas de situación y la capacidad personal o competencia (Endler, 1988; Lazarus y Folkman, 1984). Como tal, este afrontamiento se considera frecuentemente como una *“variable personal”*, que ocupa una posición intermedia importante entre los acontecimientos antecedentes que provocan una situación de estrés, y consecuencias como la ansiedad, la angustia psicológica y las enfermedades psicoso-

máticas (Auerbach, 1989; Billings y Moos, 1981; Pearlin y Schooler, 1978). Aunque la estabilidad de determinadas estrategias de afrontamiento, continúa siendo un tema polémico (Folkman y Lazarus, 1985). Quizá resulte de interés considerar el afrontamiento como una operación reguladora, que representa los esfuerzos por mantener un nivel deseable de funcionamiento personal ante las demandas sobre los propios recursos personales. Estas demandas tradicionalmente se han estudiado en forma de estímulos ambientales, o factores que provocan estrés, como por ejemplo los acontecimientos vitales, las crisis y las contrariedades (Holmes y Rahe, 1967; Sarason, Johnson y Siegel, 1978) que requieren una solución. La repercusión de estos factores de estrés, sobre los múltiples niveles interdependientes de bienestar, han constituido desde sus inicios el centro de atención de la Psicología de la Salud. Sin embargo, más recientemente los propios problemas de salud se han venido considerando como factores importantes de estrés, que sitúan las demandas en múltiples sistemas que interaccionan: 1) los recursos fisiológicos (*recuperación y resistencia ante un sistema inmunológico estresado*); 2) de hábitos de conducta (*como drogodependencia, alcoholismo, ludopatías...*); 3) las reacciones psicológicas (*reacciones disfóricas, percepción de pérdida de autonomía o cambios en auto-imagen*); y, 4) recursos sociales (*como la disponibilidad de sistemas de apoyo social y la capacidad de un sujeto para hacer uso de ellos*). Los esfuerzos del sujeto por mantener un equilibrio sistémico general, ante las demandas relacionadas con los problemas de salud, se ha convertido en el centro de atención de un número de trabajos en el ámbito del afrontamiento (Parker y Endler, 1992).

La idoneidad de un planteamiento sistémico de la investigación sobre el estrés, el afrontamiento y la salud, se pone de relieve por las frecuentes referencias bibliográficas, así como por su influencia en la investigación sobre la naturaleza transaccional y orientada a procesos de estas variables (Endler, 1988; Lazarus y Launier, 1978; Lazarus y Folkman, 1984, 1987; Ostell, 1991). Dada la relevancia del tema del afrontamiento en el ámbito de la Psicología de la Salud, los investigadores necesitan estar particularmente atentos en cuanto a los métodos utilizados para evaluar las variables de afrontamientos.

El enfoque sistémico adoptado por los investigadores en Psicología de la Salud, representa un avance significativo que trasciende el simple cálculo de correlaciones directas entre variables. De hecho, se está haciendo un particular énfasis en las interrelaciones multivariadas más complejas. Los modelos de sistemas complejos, tratan de evaluar el impacto de una diversidad de variables por lo general ordenadas jerárquicamente, y evaluadas longitudinalmente; que requieren la aplicación de técnicas estadísticas cada vez más sofisticadas. Desde la perspectiva de estas innovaciones metodológicas, no resulta sorprendente

que los investigadores hayan mostrado una cierta indiferencia hacia el problema del “error” de medida, atribuible a los instrumentos psicométricos (Pedhazur, 1982). Se tiende a conceder una excesiva confianza en la tecnología evaluativa disponible, y en los paquetes estadísticos al uso, confiando que el automatismo informático, habría de lograr el control del “error”, que ha sido una de las cuestiones claves de la psicometría (Kline, 1991).

No obstante, la despreocupación por el error de medida se fundamenta en ciertos equívocos sobre la capacidad de las técnicas estadísticas para superar los defectos en el material sobre el que trabajan. En consonancia con lo indicado, podría decirse, que el sesgo en la estimación de « β » en los análisis de regresión, con errores de medida en la variable independiente se complica mucho más cuando se introducen múltiples variables en una ecuación (Cochran, 1968; Pedhazur, 1982). Esto resulta de especial importancia en la investigación multivariada en Psicología de la Salud, recurriéndose al análisis de regresión lineal múltiple. Un sesgo a la baja en el cálculo de R^2 está también relacionada con los errores de medida en las variables dependientes o independientes. Desde esta consideración se viene insistiendo que los defectos psicométricos pueden ser responsables en gran parte de los valores R^2 tan bajos, que normalmente se le atribuyen en la investigación de las ciencias sociales (Cochran, 1970).

El modelo de ecuaciones estructurales (SEM), que combina el «*path analysis*» (referido a veces a “*los modelos causales*”) con el análisis factorial confirmatorio, es una técnica que se adecúa perfectamente a la investigación de los factores psicológicos y la salud (Endler y Parker, 1992; Newcomb, 1990). Este enfoque basado en la «*teoría del impulso*», permite analizar simultáneamente múltiples variables, tanto latentes como observables, recurriendo a datos longitudinales. Se trata en definitiva, de una alternativa metodológica muy adecuada para la investigación en Psicología de la Salud.

Con frecuencia se asume que con la sofisticación estadística se ha considerado el control del error, como una cuestión superada (Kline, 1991). Mientras que el modelo de medida del SEM permite la corrección de algunos errores psicométricos, acumulados por el empleo de determinados instrumentos escasamente fiables (Lomax, 1986). Además, la escasa validez de constructo de los referidos instrumentos, pueden incrementar aún más las posibilidades de error de especificación en el modelo SEM; los ajustes de los modelos basados en razones únicamente empíricas (*no teóricas*) podrían contribuir a la deducción de conclusiones erróneas, y modelos difícilmente replicables (Breckler, 1990; Silvia y MacCullum, 1988).

En definitiva los métodos tales como el SEM se consideran adecuados para el análisis de datos longitudinales de múltiples variables, que han de analizarse en el ámbito de la investigación en Psicología de la Salud. A pesar de esto, se ha planteado que la fundamentación teórica del SEM, suscita ciertas limitaciones, resultando inadecuada para todos los ámbitos de investigación, y muy particularmente cuando no se hayan delimitado claramente los objetivos de medida, en consonancia con los problemas conceptuales (Kline, 1990). Este planteamiento no hace más que resaltar, la necesidad de que los investigadores en Psicología de la Salud recurran a la determinación de estructuras factoriales estables, hasta lograr índices de fiabilidad y validez adecuadas (Martín, 1987). La despreocupación por las propiedades psicométricas de los instrumentos de medida, independientemente de la sofisticación de los modelos, puede obstaculizar considerablemente el esclarecimiento del campo de estudio.

Se viene insistiendo que mientras la Psicología de la Salud ha experimentado una rápida evolución (Matarazzo, 1980; Taylor, 1990), se ha prestado muy escasa atención, a los aspectos evaluativos (Lamping, 1985). Esta misma afirmación podría extenderse al ámbito del afrontamiento. Si bien, la evaluación de las estrategias de afrontamiento se tienden a considerar casi como una actividad rutinaria, al establecer las relaciones entre las variables de salud física y psicológica (Parker y Endler, 1992; Taylor, 1990). No obstante, el referido ámbito de afrontamiento se encuentra afectado por diversos defectos metodológicos. La polémica suscitada constituye pues, un intento de identificar determinados problemas, planteándose adecuadamente algunas de las cuestiones más cruciales, a las que se enfrentan los investigadores interesados en incrementar los conocimientos sistemáticos del afrontamiento ante los problemas de salud.

Como ya se ha resaltado en otros estudios (Endler y Parker, 1990a, 1990b, 1993; Parker y Endler, 1992; Stone, Greenberg, Kennedy-Moore y Newman, 1991), algunas de las medidas de afrontamiento adolecen de una serie de imprecisiones psicométricas: carencia de validez empírica de las subescalas de afrontamiento, estructuras de factores inestables o sin fundamento y validez de constructo inadecuada. Por otra parte, difícilmente se pueden generalizar determinadas conclusiones de investigaciones en las que no se han tenido en cuenta las posibles influencias de las variables sexo y edad en la conducta de afrontamiento ante los problemas de salud (Endler y Parker, 1990a; Parker y Endler, 1992). Estas consideraciones deberían preocupar particularmente a los investigadores de la Psicología de la Salud, que pretenden evaluar las interrelaciones dinámicas entre los factores psicológicos y la salud, a lo largo de las etapas de la vida (Leventhal, Prohaska y Hirschman, 1985).

La importancia de tener en cuenta el contexto ambiental se pone de relieve en un trabajo sobre los factores mediadores, relacionados con el afrontamiento y el *bienestar físico y psicológico* durante la niñez y la adolescencia (Compas, 1987). Esta investigación ha resaltado la importancia del contexto situacional, destacándose hasta que punto los acontecimientos estresantes son susceptibles de control. Los trabajos de Petrosky y Birkimer, (1991), han contribuido a poner de relieve la interacción entre edad y percepción de control, poniéndose de relieve la influencia de la predictibilidad para la adopción de estrategias de afrontamiento. En los clásicos trabajos de Langer y Rodin (1976) también se abordaron los problemas relacionados con la edad, y las oportunidades institucionales para el control personal. En posteriores trabajos Rodin (1986), contribuyó a poner de manifiesto que *“la relación entre salud y su susceptibilidad de control puede incrementarse en la vejez”* (p. 1271).

Aunque desde la perspectiva de la investigación en Psicología de la Salud, se viene reconociendo las posibles influencias ejercidas por las variables edad y sexo, desde la perspectiva de la investigación del afrontamiento a los problemas de salud, parece que se han ignorado la influencia de los referidos factores potenciales (Parker y Endler, 1992). Por otra parte, se advierte que los instrumentos de evaluación del afrontamiento, tienden a aplicarse en muestras excesivamente homogéneas (*estudiantes universitarios*), extrapolando los resultados obtenidos, hasta pretender generalizarlos a distintas muestras afectadas por diferentes problemas. Estos defectos metodológicos han dificultado seriamente el desarrollo de un conocimiento sistemático de las relaciones empíricas, teóricas y prácticas que existen entre la salud y el afrontamiento (Parker y Endler, 1992). El presente análisis concluye con una explicación a una investigación reciente, que intenta superar los problemas metodológicos en el ámbito de la salud y el afrontamiento.

3. LOS PROCESOS DE EVALUACIÓN Y DE AFRONTAMIENTO

Entre las tareas más complejas dentro del análisis de los procesos de evaluación y de afrontamiento, se encuentra la de diferenciar entre los instrumentos que evalúan rasgos y estilos de afrontamiento, y los instrumentos que contribuyen a la determinación de los factores situacionales, que ejercen su influencia sobre la evaluación (Endler y Parker, 1990b, 1993; Parker y Endler, 1992; Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen, 1986). Con frecuencia en la literatura especializada se recurre al contraste entre las alternativas a los enfoques interindividuales e intraindividuales, para la evaluación del afronta-

miento (Endler y Parker, 1990a, 1990b; Parker y Endler, 1992). Esta dicotomía resulta un tanto análoga a la distinción entre variables de estado y de rasgo que se establece en la investigación sobre personalidad (Endler, 1988).

La perspectiva interindividual se centra en la identificación y contraste de estrategias o estilos básicos de afrontamiento, que se plantean a los sujetos en diferentes situaciones estresantes. Se asume que los sujetos llevan a un determinado contexto una “*disposición*” (o rasgo) de afrontamiento relativamente estable que se encuentra escasamente influenciado por las contingencias de las situaciones. Carver, Scheier y Weintraub, (1989) han resumido este punto de vista de esta forma: “*los sujetos no abordan cada contexto de afrontamiento de nuevo, sino que más bien concentran una serie preferida de estrategias de afrontamiento que permanecen relativamente fijas a través del tiempo y las circunstancias*” (p. 270). En consonancia con este planteamiento, en los procedimientos de autoinforme, se suelen incluir proposiciones referentes a las reacciones de carácter general ante situaciones personales.

Desde la perspectiva intraindividual, la evaluación del afrontamiento analiza el cambio del comportamiento de afrontamiento en respuesta a tipos de situaciones concretas. De acuerdo con esta perspectiva, el hecho de afrontar un problema constituye un proceso dinámico que muestra escasa coherencia a través, y dentro de situaciones de estrés (Folkman y Lazarus, 1980, 1985). Mediante el procedimiento de autoinformes, se suelen incluir proposiciones referidas a las reacciones del sujeto ante situaciones específicas de estrés. Algunas de las referidas escalas se han desarrollado para su uso a partir de diversas situaciones de estrés, mientras que otras escalas han sido desarrolladas para su uso, a partir de problemas de salud específicos (Parker y Endler, 1992). A continuación se plantean algunos problemas generales y específicamente extraordinarios, relacionados con una gran parte de las medidas interindividuales e intraindividuales.

4. MEDIDAS INTERINDIVIDUALES DE AFRONTAMIENTO.

Durante la década de los 80 y 90, se han diseñado una serie de escalas para evaluar los estilos de afrontamiento (Andrews, Pollock y Stewart, 1989; Carver, Scheier y Weintraub, 1989; Endler y Parker, 1990a, 1990b; Feifel y Strack, 1989; Miller, 1980, 1987). Además, la relación entre la salud y los referidos estilos de afrontamiento han evolucionado hacia una temática de gran actualidad, como se pone de relieve en la literatura especializada (Auerbach, 1989; Endler y Parker, 1990b; Parker y Endler, 1992; Taylor, 1990; 1991).

Aunque estas escalas de afrontamiento, contribuyen a evaluar una variedad de constructos, algunos de ellas comparten la característica de intentar medir al menos dos estrategias básicas de afrontamiento: el afrontamiento orientado hacia la emoción y el afrontamiento orientado hacia tareas. La primera modalidad incluye respuestas como la preocupación por uno mismo, los ensueños o la regulación emocional. La segunda modalidad incluye estrategias, mediante las que se pretende reformular de nuevo un problema de forma cognitiva, planteando la búsqueda de estrategias de resolución del mismo (Endler y Parker, 1990b; Folkman y Lazarus, 1980, 1985; Lazarus y Folkman, 1984). En diferentes estudios con diversas poblaciones, el estilo de afrontamiento *orientado hacia la emoción*, se ha relacionado positivamente, tanto en hombres como en mujeres, con las variables de salud negativas tales como: ansiedad, depresión, así como la inadecuada recuperación de una enfermedad. Por otra parte, el estilo de *afrontamiento orientado hacia las tareas*, se ha relacionado negativamente con estas mismas variables, se han encontrado que no tenían relación (para estudios sobre el tema, ver Endler y Parker, 1990b; Miller, Brody y Summerton, 1988; Parker y Endler, 1992; Suls y Fletcher, 1985).

Existe una amplia variabilidad en la fiabilidad y validez de las escalas que han sido diseñadas para evaluar estilos de afrontamiento (Endler y Parker, 1990a, 1990b; Parker y Endler, 1992; Stone y cols., 1991), y pese a las propiedades psicométricas obtenidas en cada una de las referidas escalas, se encuentran afectadas por una problemática común, puesto que contribuyen a cuestionar su utilidad en el estudio del afrontamiento y los problemas de salud. Los elementos integrantes de las escalas de afrontamiento han sido seleccionados, dado que representan una gran variedad de posibles conductas y respuestas de afrontamiento. Waller, (1989) ha destacado que las escalas integrantes del autoinforme, con demasiada frecuencia incluyen elementos que no son aplicables a ciertos sujetos en determinadas situaciones específicas.

En ocasiones, un escaso número de respuestas a determinados elementos, pueden afectar negativamente a la validez y fiabilidad de una escala. Ben Porath, Waller y Butcher, (1991) y Stone y cols., (1991) han planteado la necesidad de seleccionar adecuadamente los elementos de las escalas de afrontamiento. Los planteamientos tradicionales en la evaluación del afrontamiento han resaltado la necesidad de analizar respuestas emitidas a través de distintas situaciones han hecho hincapié, por lo general, en respuestas globales o transituacionales. Como ha indicado Lamping, (1985): “*las medidas que se emplean de forma rutinaria con sujetos que gozan de buena salud..., suelen seleccionarse para evaluar a sujetos con problemas de salud*” (p. 122). La relevancia e importancia de las actividades de afrontamiento traducidas a elementos específi-

cos habrán de ser cualitativamente diferentes, al tratarse de sujetos con problemas médicos. Esta recomendación debe ser de interés para cualquier investigador que se proponga recurrir a una medida de estilo de afrontamiento válida con adultos que gozan de buena salud física, para evaluar respuestas de afrontamiento en poblaciones con problemas médicos.

5. MEDIDAS INTRAINDIVIDUALES DE AFRONTAMIENTO

Se han diseñado una diversidad de instrumentos para analizar respuestas de afrontamiento ante una diversidad de situaciones específicas de estrés (Amir-khan, 1990; Billings y Moos, 1981; Folkman y Lazarus, 1980, 1985, 1988; McCrae, 1984. Si bien en estos instrumentos predominan diversas estrategias de afrontamiento, interesa destacar que algunos de los referidos instrumentos incluyen subescalas para evaluar al menos una dimensión de afrontamiento *orientada hacia la emoción, o hacia las tareas*. Conviene reparar en el problema que se plantea, cuando algunos de los elementos no resultan adecuados para evaluación de afrontamiento ante problemas específicos de salud, y forman parte de instrumentos tan relevantes como "The Ways of Coping Checklist-WCC" (Folkman y Lazarus, 1980) o "The Ways of Coping Questionnaire-WCQ" (Folkman y Lazarus, 1985, 1988)

Entre los elementos integrantes de las escalas WCC y WCQ se han incluido aquellos que representan respuestas de afrontamiento a un amplio rango de situaciones potenciales de estrés. Pese a ello, Ben-Porath y cols. (1991) y Stone y cols (1991), a partir de respuestas emitidas por grupos de sujetos experimentales a un amplio rango de situaciones estresantes, han demostrado que las referidas escalas del WCC y WCQ, incluyen un suficiente número de elementos, como para afectar negativamente a la fiabilidad y validez de las escalas. Este problema probablemente se intensifique cuando las referidas escalas se administran a sujetos afectados por problemas de salud, por cuyo motivo se plantea la necesidad de realizar adaptaciones específicas para poblaciones especiales, de los instrumentos de evaluación en general, introduciendo modificaciones tanto en su forma intrínseca (*contenido y secuencialidad de los elementos*), como en su forma extrínseca (*sistemas de puntuación*), (Parker y Ender, 1992). En consonancia con estos planteamientos, conviene resaltar como Felton y Revenson (1984) , en un estudio en el que se contrastan a través del WCC, estilos de afrontamiento de sujetos afectados por enfermedades crónicas y agudas, recurren a sistemas de puntuación diferentes a las previstas por Folkman y Lazarus (1980). En términos similares McCarthy y Brown (1989), en un estudio sobre

los estilos de afrontamiento y enfermedad de Parkinson, recurrieron a criterios racionales para la construcción del WCQ integrado por 28 elementos. Procedimiento similar seguirían Kendler, Kessler, Health, Neale y Eaves (1991), para la adaptación del WCC integrado por 14 elementos, al que recurrieron para realizar una investigación sobre el malestar psicológico y el afrontamiento. Si bien el procedimiento de adaptación de las escalas de salud constituye una de las alternativas para garantizar su adecuado uso, no obstante, convendría extremar la cautela a la hora de generalizar o extrapolar los problemas de salud de una a otra población, dada la dificultad de lograr índices de fiabilidad y validez, transferibles de una a otra población (Parker y Endler, 1992).

Pese a los referidos antecedentes, a partir de la década de los 80 han ido apareciendo escalas de afrontamiento ante una diversidad de problemas de salud, habiéndose incrementado el número a partir de los 90 (Parker y Endler, 1992). Un exhaustivo análisis de las referidas escalas, permite detectar serios problemas metodológicos, que afectan a su construcción, a sus propiedades psicométricas, así como a su estructura factorial. Un ejemplo lo constituye la escala desarrollada por McCubbin, McCubin, Patterson, Lauble, Wilson y Wanwick (1983), para evaluar conductas de afrontamiento de padres con hijos afectados por fibrosis cística. A partir de un menú de 45 elementos referido a situaciones de afrontamiento, McCubbin y cols. (1983), registraron un repertorio de respuestas emitidas por 185 padres, habiendo aislado tres factores (*«integración familiar»*, *«autoestima y estabilidad psicológica»*, y *«aceptación de los problemas de salud»*). No se aporta ninguna prueba para fundamentar la estabilidad de su modelo de tres factores, ni presentan la validez de constructo de los factores aislados. En definitiva pues, es de resaltar que los investigadores en afrontamiento ante los problemas de salud, han de resolver una diversidad de problemas metodológicos. Si bien existen determinados instrumentos de evaluación de estilos de afrontamiento, caracterizados por sus destacadas propiedades psicométricas en poblaciones generales, son escasos los instrumentos dotados de similares propiedades, adaptados a poblaciones especiales (con problemas de salud). Probablemente, los referidos problemas metodológicos son los que han dificultado el diseño de modelos explicativos que permitan analizar la relación existente entre afrontamiento y problemas de salud.

6. NUEVAS PERSPECTIVAS METODOLOGICAS EN LA EVALUACION DE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

Con el fin de resolver las deficiencias metodológicas en el ámbito del afrontamiento, Parker y Endler (1991), Endler y Parker (1992), Endler, Parker y Summerfeldt (1992), han diseñado un instrumento de evaluación de reacciones de afrontamiento básico, adaptado a sujetos con problemas físicos de salud, y problemas emocionales. Se trata de la escala "*Coping with health, injuries and problems*" (CHIP). El CHIP está considerado como un procedimiento de autoinforme, integrado por 32 elementos, mediante los que se evalúan cuatro dimensiones básicas de afrontamiento (*8 elementos cada dimensión*) «distracción», «paliativa», «instrumental» y «emoción negativa». En la administración, se pide a los sujetos que indiquen (*dentro de una escala tipo Likert de 5 puntos*), el periodo de tiempo que dedican a una actividad específica al afrontar un determinado problema de salud.

El CHIP está considerado como un procedimiento de evaluación de afrontamiento intraindividual, teniendo en cuenta que los problemas de salud constituyen un factor específico de estrés, que puede modificarse a través del tiempo, la cronicidad, la sensibilidad al control personal o el apoyo social (Diamong, 1983, Moos, 1982). Aunque las respuestas de afrontamiento específico pueden cambiar con el tiempo, o encontrarse relacionadas con determinados problemas de salud, se pretendió identificar una serie de respuestas básicas de afrontamiento asociadas con una serie de situaciones de enfermedad. Se trataba de diseñar un procedimiento de medida, que se pudiese administrar con facilidad para explorar los cambios en respuestas de afrontamiento durante el transcurso de un determinado problema de salud.

La estructura factorial del CHIP se determinó a partir de las respuestas emitidas por una muestra de sujetos ($n=598$), a los que se les presentó una secuencia heterogénea de problemas de salud (Endler y Parker, 1992, Endler, Parker y Summerfeldt, 1992). La estructura factorial resultante (*distracción, paliativa, instrumental y emoción negativa*), fue validada mediante un análisis factorial confirmatorio, partiendo de respuestas emitidas por una muestra de estudiantes universitarios ($n=359$), una muestra de sujetos adultos ($n=390$) afectados por trastornos psicosomáticos, que acudían a consulta médica. La estructura factorial obtenida del CHIP fue similar en los respectivos sexos, logrando una destacada validez en las respectivas muestras, así como una destacada consistencia interna, mediante coeficientes alfa cuyos índices variaron entre .78 y .84 para hombres y mujeres, respectivamente.

Los datos preliminares sobre la validez de constructo en el CHIP han contribuido a destacar que la escala converge y diverge de forma significativa con una serie de medidas de estilos de afrontamiento y angustia psicológica en una muestra de adultos normales (Endler y Parker, 1992; Endler, Parker y Summerfeldt, 1992). Además las dimensiones de afrontamiento evaluadas por el CHIP, se encuentran asociadas con constructos relacionados con variables moduladoras de salud. Así, la dimensión paliativa de afrontamiento to del CHIP, implica una diversidad de actividades relacionadas al esfuerzo personal, siendo respuestas que tienen como objetivo mitigar el aspecto desagradable de un problema de salud. Estas respuestas representan intentos de cuidarse, pudiendo implicar consideraciones diversas sobre la enfermedad. Entre las estrategias de afrontamiento se han incluido una diversidad de medidas susceptibles de evaluación en pacientes afectados por diversas enfermedades (enfermedad celular de Sickie. cfr. Abras Phillips y Keefe, 1989). Una investigación reciente sobre la relación existente entre las técnicas de afrontamiento, y las características de los pacientes (Kekker, 1988), puso de relieve que los sujetos afectados por enfermedades crónicas, tienden frecuentemente a adoptar estrategias de afrontamiento de carácter paliativo.

La dimensión de afrontamiento «distracción» del CHIP parece registrar cómo el sujeto al pensar en otras experiencias (posiblemente más placenteras), o cuando se compromete en otras actividades no relacionadas, o busca la compañía de otras personas, afronta el problema de salud. Esta dimensión comparte diversas características con constructos como afrontamiento de evitación (Billings y Moos, 1981; Endler y Parker, 1990a; 1991; Feifel y Strack, 1989). Por lo general, se tiende a encontrar una relación negativa entre estrategias de evitación y estatus general positivo de salud (ver Feifel y cols., 1987; Butler y cols., 1989; Suls y Fletcher, 1985).

La dimensión de afrontamiento «emoción negativa» se relaciona con la preocupación por las consecuencias emocionales de la enfermedad. Se han demostrado estrategias con similitudes conceptuales destacadas con esta dimensión como son afrontamiento “*focalizado en la emoción*” (Endler y Parker, 1990a; 1991), respuestas “*centradas en emoción*” (Billongs y Moos, 1984; Carver y col., 1989; Folkman y Lazarus, 1985, 1989) en estudios realizados sobre estilos generales de afrontamiento. Por lo general, se ha encontrado una asociación positiva entre variables negativas de salud, como angustia psicológica y tiempo transcurrido en la recuperación de la enfermedad (Endler y Parker, 1990a, 1991; Miller y col., 1988; Suls y Fletcher, 1985).

Para una medida del afrontamiento como el CHIP (Ben-Porath y cols., 1991; Stone y cols., 1991), que ha sido construido teniendo en cuenta pobla-

ciones afectadas por diversos problemas de salud, los elementos inadaptados constituyen un problema potencial. Se puede obtener un perfil impreciso del afrontamiento de problemas de salud, si se toman en cuenta respuestas no confirmadas, a causa de su irrelevancia, o por la incapacidad del sujeto para contestar adecuadamente a la escala correspondiente. En la elaboración del CHIP se utilizó un procedimiento riguroso de análisis de elementos, eliminándose todos aquellos que no resultaran adecuados para su aplicación, en situaciones de afrontamiento de diversos problemas de salud. Antes de la versión definitiva se administraron distintas versiones experimentales del CHIP a diferentes muestras, eliminándose aquellos elementos a los que menos del 15 por ciento de los sujetos adjudicaron 1 o 2; o 4 o 5. La estabilidad de la estructura factorial del CHIP en diversas poblaciones, contribuye a poner de relieve que la inaplicabilidad es un problema menor para esta medida. Habría que señalar que los resultados de las investigaciones con el CHIP son alentadoras, puesto que contribuyen a destacar que utilizando los procedimientos tradicionales, en la construcción de pruebas psicológicas se pueden elaborar escalas de afrontamiento válidas y fiables, para su uso con diversas poblaciones médicas. Existe una línea de investigación que plantea que algunas de las técnicas psicométricas convencionales tendrían que ser modificadas o abandonadas (Folkman, 1992; Stone y cols., 1991; Stone y Kennedy-Moore, 1992). Se ha planteado también que para determinar la fiabilidad interna de escalas de afrontamiento de fenómenos que son manifiestamente inestables, no parece adecuado recurrir a los coeficientes α , o al análisis factorial, aunque la investigación con el CHIP se opone a esta consideración pesimista de la evaluación del afrontamiento por considerarla prematura.

En la actualidad estamos llevando a cabo investigaciones para analizar las relaciones entre enfermedades específicas y estrategias de afrontamiento evaluadas por el CHIP. Nuestro interés se centra de modo particular en la identificación de posibles diferencias de afrontamiento entre grupos de sujetos con enfermedades agudas y crónicas. Analizamos también las relaciones entre estrategias de afrontamiento y demandas situacionales, tratando de vincular estas relaciones con la salud física y mental. Por ejemplo, en situaciones donde el control personal es factible, el afrontamiento instrumental puede ser eficaz en términos de bienestar psicológico; mientras en situaciones en las que el control personal no es posible, el afrontamiento por medio de la distracción tal vez resultó más eficaz.

7. CONCLUSIONES

La mayor parte de la investigación sobre afrontamiento llevada a cabo a partir de los años 80, e intensificada a partir de los 90, ha recurrido a procedimientos de autoinforme (Cohen, 1987, Endler y Parker, 1990b, Parker y Endler, 1992, Stone y cols., 1991). A lo largo del presente capítulo se ha insistido reiteradamente en las escasas garantías psicométricas atribuidas a las escalas en uso, así como la difusa estructura factorial, y la insuficiente atención atribuida a las influencias de las variables de edad y sexo. Ante estas limitaciones se corre el riesgo de no fundamentar suficientemente a la Psicología de la Salud de la base teórica adecuada. También se han ponderado los posibles efectos del error en la medida, que afecta a los procedimientos evaluativos. Así mismo, se insiste en la preocupación adicional que surge de la proliferación de escalas de afrontamiento, dificultando la generalización o extrapolación de resultados de una población a otra. Se requiere finalmente, que los investigadores de la conducta, interesados en el afrontamiento ante los problemas de salud, presten una mayor atención a la metodología utilizada para evaluar las variables de afrontamiento, ya que mientras esto no se logre, difícilmente se podrá avanzar lo suficiente en el esclarecimiento del afrontamiento y los problemas de salud.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- AMIRKHAN, J.H. (1990). A factor analytically derived measure of coping: The Coping Strategy Indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1066-1074.
- ANDREWS, G., POLLOCK, C., y STEWART, G. (1989). The determination of defense style by questionnaire. *Archives of General Psychiatry*, 46, 455-60.
- AUERBACH, S.M. (1989). Stress management and coping research in the health care setting: An overview and methodological commenhy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 388-395.
- BEN-PORATH, Y.S., WALLER, N.G., y BUTCHER, J.W. (1991). Assessment of coping: An empirical illustration of the problem of inapplicable items. *Journal of Personality Assessment*, 57, 162-176.
- BILLINGS, A.G., y MOOS, R.H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the impact of stressful life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-157.
- BILLINGS, A.G., y MOOS, R.H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the impact of stressful life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139-157.
- BILLINGS, A.G., y MOAS, R.H. (1984). Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 877-891.

Esta investigación ha sido subvencionada con una beca del Consejo de Investigación de Ciencias Sociales y Humanidades de Canadá (SSHRC), concedida al primer autor (Beca N 410-91-1150), otra beca postdoctoral del SSHRC concedida al segundo autor, y una beca doctoral del SSHRC, concedida al tercer autor.

- BRECKLER, S.J. (1990). Applications of covariance structure modelling in psychology: Cause for concern? *Psychological Bulletin*, 107, 260-273.
- BUTLER, R.W., DAMARIN, F.L., BEAULIEU, C., SCHWEBEL, A.I., y THORN, B.E. (1989). Assessing cognitive coping strategies for acute postsurgical pain. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 41-45.
- CARVER, C.S., SCHEIER, M.F., y WEINTRAUB, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- COCHRAN, W.G. (1968). Errors of measurement in statistics. *Technometrics*, 10, 637-666.
- COCHRAN, W.G. (1970). Some effects of errors of measurement on multiple correlation. *Journal of the American Statistical Association*, 65, 22-34.
- COHEN, F. (1987). Measurement of coping. In S.V. Kasl & C.L. Cooper, C.L. (Eds.), *Stress and health: Issues in research methodology* (pp. 283-305). Chichester, UK: Wiley.
- DIAMOND, E.L. (1983). Social adaptabon of the chrorically ill. In D. Mecharuc (Ed.), *Handbook of health, health care, and the health professions*. N. York: Free Press.
- ENDLER, N.S. (1988). Hassles, health and happiness. In M. P. Janisse (Ed.), *Individual differences, stress and health psychology* (pp. 24-56). N. York: Springer.
- ENDLER, N.S., y PARKER, J.D.A. (1990a). *Coping Inventoryfor Stressful Situations (CISS): Manual*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- ENDLER, N.S., y PARKER, J.D.A. (1990b). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation, *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844 854.
- ENDLER, N.S., y PARKER, J.D.A. (1992). Toward a reliable and valid method for the multidimensional assessment of coping with health problems, *Paper presented at the annual meeting of the Canadian Psychological Association*, Quebec City, Quebec, Canada, June.
- ENDLER, N.S., PARKER, J.D.A. (1993). The multidimensional assessment of coping: Concepts, issues, and meas,urement. In G. L. VanHeck, P. Bonaiuto, I. Deary, y W. Nowack (Eds.), *Personality psychology in Europe* (Vol. 4). Tilburg, Netherlands: Tilburg University Press.
- ENDLER, N.S., PARKER, J.D.A., y SUMMERFELDT, L.J. (1992). Coping with health problems: Developing a reliable and valid multidimensional measure. *Department of Psychology Reports*, Number 204, York University, Toronto.
- FEIFEL, H., y STRACK, S. (1989). Coping with conflict situations: Middle-aged and elderly men. *Psychology and Aging*, 4, 26-33.
- FEIFEL, H., STRACK, S., y NAGY, V.T. (1987). Degree of life- threat and differential use of coping modes. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 91-99.
- FELTON, B.J., y REVENSON, T.A. (1984). Coping with chronic illness: A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 343-353.
- FOLKMAN, S. (1992). Improving coping assessment: Reply to Stone and Kennedy-Moore. In H. S. Friedman (Ed.), *Hostility, coping and health* (pp. 215-223). Washington: American Psychological Association.
- FOLKMAN, S., y LAZARUS, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- FOLKMAN, S., y LAZARUS, R.S. (1985). If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- FOLKMAN, S., y LAZARUS, R.S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*, Palo Alto, CA.: Consulting Psychologists Press.

- FOLKMAN, S., LAZARUS, R.S., DUNKEL-SCHETTER, C., De LONGIS, A., y GRUEN, R. (1986). The dynamics of a stressful encounter. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992-1003.
- FREUD, S. (1933). *New introductory lectures on psychoanalysis*. N. York: Norton. Gil, K.M., Abrams, M.R., Phillips, G., & Keefe, F.J. (1989). Sickle Cell Disease Pain: Relation of coping strategies to adjustment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 725-731.
- HOLMES, T.H., y RAHE, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 21, 213-218.
- KELLER, C. (1988). Psychological and physical variables as predictors of coping strategies. *Perceptual and Motor Skills*, 67, 95-100.
- KENDLER, K.S., KESSLER, R.C., HEATH, A.C., NEALE, M.C., y EAVES, L.J. (1991). Coping: A genetic epidemiological investigation. *Psychological Medicine*, 21, 337-346.
- KLINE, R.B. (1991). Latent variable path analysis in clinical research: A beginner's tour guide. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 471-484.
- KROHNE, H.W. (1988). Coping research: Current theoretical and methodological developments. *The German Journal of Psychology*, 12, 1-30.
- LAMPING, D.L. (1985). Assessment in health psychology. *Canadian Psychology*, 26, 121-139.
- LANGER, E.J. y RODIN, J. (1976). The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged: A field experiment in an institutional setting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 191-198.
- LAZARUS, R.S., y FOLKMAN, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. N. York: Springer.
- LAZARUS, R.S., y FOLKMAN, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-169.
- LAZARUS, R.S., y LAUNIER, R. (1978). Stress related transactions between person and environment. In L. A. Pervin y M. Lewis (Eds.), *Intental and external determinants of behavior* (pp. 163-198). N. York: Plenum.
- LEVENTHAL, H., PROHASKA, T.R., y HIRSCHMAN, R.S. (1985). Preventive health behavior across the life span. In J.C. Rosen y L.J. Solomon (Eds.), *Prevention in health psychology* (Vol. 8, pp. 190-235). Hanover, NH: University Press of N. England.
- LEVI, L. (1974). Psychosocial stress and disease: A conceptual model. In A. Baum y J. E. Singer (Eds.), *Advances in environmental psychology* (Vol. 4). Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- LOCKE, S., y COOLIGAN, D. (1986). *The healer within: The new medicine of mind and body*. N. York: Free Press.
- LOMAX, R.G. (1986). The effect of measurement error in structural equation modelling. *Journal of Experimental Education*, 54, 157-162.
- MacCARTHY, B., y BROWN, R. (1989). Psychosocial factors in Parkinson's disease. *British Journal of Clinical Psychology*, 28, 41-52.
- MARTIN, J.A. (1987). Structural equation modelling. A guide for the perplexed. *Child Development*, 58, 33-37.
- MATARAZZO, J.D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- McCRAE, R.R. (1984). Situational determinants of coping responses: Loss, threat, and challenge. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 919-928.
- McCUBBIN, H.I., McCUBBIN, M.A., PATTERSON, J.M., LAUBLE, A.E., WILSON, L.R., y WARWICK, W. (1983). CHIP- Coping Health Inventory for Parents: An assessment of

- parental coping patterns in the care of the chronically ill child. *Journal of Marriage and the Family*, 45, 359-370.
- MILLER, S.M. (1980). When is a little information a dangerous thing? Coping with stressful life-events by monitorin vs. blunting. In S. Levine & H. Ursin (Eds.), *Coping and health* (pp. 145-169). N. York: Plenum Press.
- MILLER, S.M. (1987). Monitorin~ and blunting: Validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 345-353.
- MILLER, S.M., BRODY, D.S. y SUMMERTON, S. (1988). Styles of coping with threat: Implications for health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 142-148.
- MOOS, R.H. (1982). Coping with acute health crises. In T. Millon, C. Green, y R. Meagher (Eds.), *Handbook of clinical health psychology*. N. York: Plenum.
- NEWCOMB, M.D. (1990). What structural equation modelling can tell us about social support. In B.R. Sarason, I.G. Sarason, y G.R. Pierce (Eds.), *Social support: An interactional view* (pp. 26 63). Toronto: John Wiley y Sons.
- OSTELL, A. (1991). Coping, problem solving and stress: A framework for intervention strategies. *British Journal of Medical Psychology*, 64, 11-24.
- PARKER, J.D.A., y ENDLER, N.S. (1991). Interaction of coping with health problems, personality, and psychological and physical distress. Paper presented at the annual meeting of the Canadian Psychological Association, Calgary, Alberta, Canada, Junio.
- PARKER, J.D.A., y ENDLER, N.S. (1992). Coping with coping assessment: A critical review. *European Journal of Personality*, 6, 321-344.
- PARKER, J.D.A., ENDLER, N.S., y BAGBY, R.M. (in press). If it changes it might be unstable: Examining the factor structure of the Ways of Coping Questionnaire. *Psychological Assessment*.
- PEARLIN, L.I. y SCHOOLER, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- PEDHAZUR, E.J. (1982). *Multiple regression in behavioral research*, (2nd ed). Toronto: Hdt, Rinehart y Winston.
- PETROSKY, M.J. y BIRKIMER, J.,C. (1991). The relationship among locus of control, coping styles, and psychological symptom reporting. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 336-345"
- REISER, D.E., y ROSEN, D.H. (1984). *Medicine as a human experience*. Baltimore: University Park Press.
- RODIN, J. (1986). Aging and health: Effects of the sense of control. *Science*, 233, 1271-1276.
- RODIN, J. y Ickovics, J.R. (1990). Women's health: Review and research agenda as we approach the 21st century. *American Psychologist*, 45, 1018-1034.
- SACHS, B.C. (1991). Coping with stress. *Stress Medicine*, 7, 61-63.
- SARWN, I.G., JOHNSON, J.H., y SIEGEL, J.M. (1978). Assessing the impact of life changes: Development of the Life Experienceq Survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 932-946"
- SAUL, L.J. (1944). Psychological effects of emotional tension. In J. McV. Hunt (Ed.), *Personality and the behavior disorders*, (pp. 296-305). N. York: Ronald Press Co.
- SCHWARTZ, G.E. (1982). Testing the biopsychosocial model: The ultimate challenge facing behavioral medicine. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 1040-1053.
- SILVIA, W.E., y CALLUM, R. (1988). Some factors affecting the success of specification searches in covariance structure modelling. *Multivariate Behavioral Research*, 23, 297-326.

- SNYDER, J.J. (1989). *Health psychology and behavioral medicine*. Englewood Cliffs, NJ.: Prentice-Hall, Inc.
- STONE, A.A., GREENBERG, M.A., KENNEDY-MOORE, E., y NEWMAN, M.G. (1991). Self-report, situation-specific coping questionnaires: What are they measuring?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 648-58.
- STONE, A.A., y KENNEDY-MOORE, E. (1992). Assessing situational coping: Conceptual and methodological considerations. In H.S. Friedman (Ed.), *Hostility, coping and health* (pp. 203-214). Washington: American Psychological Association.
- SULS, J., y FLETCHER, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: A meta-analysis. *Health Psychology*, 4, 249-288.
- SWINDLE, R.W., CRONKITE, R.C. and MOOS, R.H. (1989). Life stressors, social resources, coping, and the 4-year course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 468-477.
- THOMAE, H. (1987). Conceptualizations of responses to stress. *European Journal of Personality*, 1, 171-192.
- TAYLOR, S.E. (1990). Health psychology: The science and the field. *American Psychology*, 45, 40-50.
- TAYLOR, S.E. (1991). *Health psychology*. (2nd ed.). N. York: Random House.



Factores psicosociales en el ámbito de la salud

LENNART LEVI

Karolinska Institutet. Estocolmo. Suecia.

1. INTRODUCCIÓN

La comisión presidencial de Salud Mental ha puesto la voz de alarma, al incidir en la vulnerabilidad a la que se encuentran sometidos los sujetos a nivel individual, y las múltiples afectaciones derivadas de los problemas familiares y sociales. No obstante, en la sociedad se advierte un cierto miedo profundamente arraigado, así como incompreensión hacia las enfermedades mentales, y los problemas emocionales en general. Se impone la necesidad de incidir en que las causas de los problemas de salud mental son tan variadas, como sus manifestaciones. En la mayoría de los casos se trata de una compleja combinación de factores, siendo algunos de ellos desconocidos. Sea cual sea el énfasis, los patrones de reacción psicofisiológicos del hombre, su “*programa psicobiológico*” genéticamente determinado, parece haberse mantenido esencialmente sin cambios en los últimos 100.000 años; y ello, pese a que las demandas ambientales sobre el referido “*programa*” han cambiado dramáticamente. El desajuste resultante entre las demandas del entorno y oportunidades por un lado, y entre las habilidades genéticamente determinadas del hombre y necesidades por otro —sus reacciones psicológicas, comportamentales y fisiológicas a estos desajustes y cómo puede prevenirse adecuadamente— constituye la base fundamental de los problemas a afrontar.

De hecho, todavía en la actualidad, se pretende paliar determinados problemas mediante subvenciones, o recurriendo a intervenciones quirúrgicas, farmacológicas y/o psicológicas, en determinadas circunstancias. En algunos casos, se trata de extirpaciones con el fin de lograr la “*adecuada adaptación*” persona-entorno, como en el caso de la gastrectomía para curar la úlcera pép-

tica de un trabajador expuesto al tipo de condiciones representadas en la famosa película de Chaplin "*Tiempos modernos*"; o se podrían administrar drogas psicotrópicas o vegetotrópicas que modifican sus reacciones emocionales, o el flujo de estímulos nerviosos a las partes del estómago que producen ácido; o se le hace creer que su condición de trabajo es óptima, determinada por leyes naturales, sin posibilidad de cambio y, por lo tanto, así aceptada e incluso disfrutada. No queremos decir que se pueda prescindir de soluciones como éstas. Algunas condiciones del entorno son muy difíciles de cambiar, al menos por el momento, y con frecuencia el sujeto puede requerir, y necesitar alivio de sus síntomas aquí y ahora.

2. ADAPTACIÓN Y MEDIO AMBIENTE: LA INTERVENCIÓN PREVENTIVA

Se trata de poner de relieve los fundamentos que subyacen a la adaptación del entorno —“*la caja*”— y proveer de una variedad de “*cajas*” o nichos ecológicos para facilitar la “*adecuada adaptación*” persona-entorno. Por ejemplo, a un inválido limitado a su silla de ruedas se le puede aislar, alejándole de los contactos humanos, si se le recluye en una casa sin ascensor. En la actualidad, el acercamiento médico tradicional a sus reacciones depresivas, implica medicación antidepresivas y, tal vez psicoterapia. Todavía no es frecuente que se le ofrezca, o se le anime a conseguir el requisito estructural más obvio, en este caso para un modo de contacto humano, a saber, un tipo de vivienda que le permita salir de casa con su silla de ruedas, sin requerir a varias personas para subirle y bajarle por las escaleras. Los referidos obstáculos estructurales para una adecuada salud y calidad de vida son abundantes, así como la “*solución*” farmacológica y/o psicoterapéutica. Ejemplos adicionales son la falta de un cuidado diario estable y adecuado, para los niños de padres solteros que trabajan todo el día, o los cuidados estructurados que se dirigen a los que tienen recursos, sin preocuparles los problemas que afectan a los minusválidos físicos o psíquicos (Levi, 1990).

2.1. Objetivos de la intervención preventiva

Teóricamente, las enfermedades pueden prevenirse en cualquiera de sus fases, de forma que, las presiones ambientales pueden eliminarse, modificarse o afrontarse adecuadamente. Las variables interactivas preventivas se pueden incrementar, e incluso se pueden eliminar algunas de las mismas cuando así lo requiera la enfermedad. Los mecanismos psicológicos pueden interrumpirse, y

los precursores de la enfermedad pueden ser susceptibles de tratamiento. Incluso si una situación psicosocial potencialmente patógena, permanece sin cambio, el enfermar se puede prevenir interfiriendo en los mecanismos que producen la enfermedad, o en la secuencia de los correspondientes procesos mentales, endocrinos, inmunológicos, y fisiológicos o sociales (Levi, 1974).

La interferencia con procesos mentales puede ser psico-farmaco-terapéutica (*por ejemplo, tranquilizantes, sedantes, timolépticos*); de forma que, los procesos mentales tales como ansiedad, agresión, depresión, sentimientos de frustración y otros, pueden ser contrarrestados, recurriendo a diversas técnicas de condicionamiento, aprendizaje y relajación, incluidas por ejemplo el entrenamiento autógeno, y la meditación trascendental. Los efectos nerviosos periféricos pueden ser modificados mediante bloqueadores de receptores *beta-adrenérgicos* o mediante vagolíticos. Así mismo, los procesos sociales como la alienación, carencia de apoyo social y falta de contactos emocionales por los menos con una figura clave pueden contrarrestarse, dotando de herramientas sociales para promover una participación en el grupo, o el ser útil o al menos, varias forma de afrontamiento. La agresión también debería ser mencionada entre los mecanismos potencialmente patógenos, en parte porque la falta de su inhibición puede desorganizar el grupo, pero también su inhibición puede inducir estados de tensión mental así como disfunciones neuroendocrinas. Una forma de reducir tales efectos de la agresividad es proveer canales socialmente aceptables para eliminar la agresión y promover la búsqueda (tales como deportes competitivos).

2.2. El ámbito preventivo

Se postula que el desarrollo de las enfermedades inducidas psicosocialmente, se encuentra precedido por un estado caracterizado por una disfunción de sistemas mentales y fisiológicos sin disfunción aparente. Esto probablemente se aplica a procesos mentales, como en el caso de reacciones depresivas o de ansiedad relativamente moderadas, así como en procesos somáticos, tales como hipertensión ligera o intolerancia de glucosa. En otros casos, los síntomas pueden manifestarse como desintegración ligera a moderada, en el comportamiento. En general, los mecanismos de prevención en este campo, son del mismo tipo que los mencionados en la sección anterior. La detección temprana, así como la adopción de las medidas adecuadas, incrementan considerablemente los beneficios terapéuticos y profilácticos. Esto plantea la necesidad efectuar una exploración psicosomática periódica, al menos en los que se pueden considerar grupos de alto riesgo.

2.3. El ámbito de la intervención

Se trata de detectar y tratar una determinada discapacidad o minusvalía, en una función esencial o deseable (*individuo, familia, comunidad*). Muy pocas de las sugerencias previas se basan en conocimientos probados. Cada una de las áreas mencionadas, e incluso otras más, deberían convertirse en objeto de investigación posterior. Se trataría de fundamentar adecuadamente la práctica profesional en experimentos controlados. Para hacer esto, se deben de solucionar problemas éticos y técnicos. Lo primero implica que los peligros deben ser minimizados, y la participación debe de ser voluntaria, una vez que se haya explicado la naturaleza del experimento. Los problemas técnicos, que frecuentemente se suelen presentar, son esencialmente los de disponer de controles. Ello supone un incremento en los costes, si bien podrían resultar pequeños, en comparación con los beneficios esperados. Cuando se lleven a cabo deberían adoptarse las adecuadas medidas a fin de preservar los deseos individuales, prevenir posibles efectos nocivos, e incrementar los índices de salud en el sujeto afectado tiene que evaluarse. Los efectos de la referida evaluación, requerirán efectuar las adecuadas revisiones con el consiguiente seguimiento de las mismas.

2.4. Objetivos de la intervención

Entre los posibles criterios a considerar, antes de establecer los objetivos específicos de la intervención contra los problemas inducidos psicosocialmente, habrían de destacarse, entre otros, los siguientes:

1. Determinar la importancia y repercusión del problema en la salud pública; reflejado en el porcentaje de sujetos afectados, severidad de sus consecuencias e implicaciones para otras esferas de la vida de la comunidad.

2. Delimitar el grado de percepción del problema en una determinada población; especificándose la prioridad que se le asigna. Un problema de notoria importancia para la salud pública, puede no ser percibido como tal por la comunidad; siendo considerado escasamente relevante entre las prioridades a tener en cuenta (y viceversa).

3. Precisar las posibilidades de modificar el problema, de acuerdo con los recursos disponibles.

4. Estimar los costes de la intervención, incluyendo no sólo coste económico, sino también consideraciones sociales y éticas; teniendo en cuenta los costes derivados de la no intervención.

5. Determinar la posibilidad de identificar la población objeto de estudio. El grupo afectado directamente por un problema psicosocial, no tiene por qué ser el grupo al que se debe dirigir la acción para prevenir el problema (*los padres pueden ser la principal población objetivo para prevenir trastornos de conducta en los niños*).

6. Especificar la disponibilidad de un agente de cambio apropiado, así en algunos casos el agente sería personal de los servicios de salud, pero en otras puede haber personas que estén mejor situadas para alcanzar e influir en la población objetivo (*ej., supervisores en la industria...*).

2.5. Selección de estrategias

Los servicios sanitarios han limitado la capacidad para influir en tales procesos, porque los propios servicios de sanidad forman parte de una superestructura social basada en la economía; resultando, un tanto utópico el planear que se pueden eliminar factores psicosociales adversos, si sólo se modifican las actitudes de los diferentes grupos en la sociedad. Esta conclusión no significa que no se deban cambiar las actitudes, sino que el referido cambio por sí solo no tendría efectos duraderos, a no ser que fuera acompañado de una acción dirigida a las características estructurales de la sociedad.

En consonancia con los planteamientos previos, desde la administración sanitaria, debería actuarse de acuerdo a una doble vía; en primer lugar, diseñando en base a análisis situacionales, medidas psicosociales eficaces (por ejemplo, haciendo el servicio sanitario más sensible a las necesidades psicosociales de la gente, potenciando la educación para la salud). En segundo lugar, la planificación sanitaria debería tener en cuenta la colaboración con las confederaciones empresariales y sindicales, para combatir situaciones de alto riesgo, específicamente en el ámbito laboral.

Habría de tenerse en cuenta que en cada comunidad, la elección de un acercamiento particular o estrategia dirigida a factores psicosociales influyentes que afectan a la salud, habrá de adoptarse teniendo en cuenta un conjunto de consideraciones adaptadas a situaciones específicas. Las tres categorías generales que a continuación se analizan, podrían aplicarse a cualquier comunidad.

2.5.1. *Modificación del comportamiento de los receptores de servicios asistenciales*

Determinados aspectos importantes de una variedad de los problemas previamente descritos (*desarraigo y emigración, efectos colaterales adversos de la amplitud de las innovaciones y otros*), se pueden modificar, con acercamientos que tienen como finalidad llevar a cabo cambios definidos y específicos, en las actitudes y comportamiento de los miembros de la comunidad, como ejemplos de tales acercamientos se incluyen:

- Mejora de los servicios sociales, que suponen medios técnicos y dotación de personal cualificado.
- Participación de la comunidad en el diseño de la oferta-demanda de los servicios de salud.
- Promoción de programas de educación para la salud entre la comunidad, a través de los medios de comunicación y las autopistas de la información, con la evaluación del consiguiente impacto.
- Distribución racional de los recursos sanitarios disponibles y del personal.

2.5.2. *Modificación del comportamiento de los profesionales de la salud*

Es escasa la motivación que reciben los profesionales que han de llevar a cabo las tareas propias de Medicina Preventiva Salud Pública, ya que con frecuencia no disponen de acceso, o tienen ciertas dificultades para acceder a programas formativos, encaminados a transmitir los adecuados conocimientos, y el entrenamiento que la referida, y delicada tarea profesional requiere. Esta situación, en cierto modo generalizada, ha hecho reaccionar a las administraciones sanitarias de algunos países, que en los últimos años han incrementado los programas orientados a los profesionales de la Sanidad Pública. La necesidad de tales profesionales a todos los niveles (*médicos, enfermeras, auxiliares y trabajadores sanitarios no profesionales*) es grande. Por otra parte, se requiere que los profesionales sanitarios aceptan realizar su labor en aquellos lugares donde más se necesiten sus servicios, incluyendo las áreas rurales de más difícil acceso. Se plantea pues, la necesidad de garantizar el reciclaje profesional del trabajador sanitario. En el caso de personal sanitario especializado, habría de promoverse una actualización permanente de nuevo conocimientos, y entrenamientos en nuevas técnicas, así como disponibilidad del nuevo instrumental y

equipos; favoreciendo de este modo la calidad de la asistencia sanitaria. En esta línea se tendería a incrementar el prestigio de la Salud Pública, y la Medicina Preventiva entre los profesionales sanitarios, eliminando el aparente antagonismo entre disciplinas clínicas/enseñanza y trabajo de prevención/salud pública. .

2.5.3. *Colaboración entre los responsables sociales*

Es probable que esta aproximación facilite la prevención de influencias psicosociales adversas en la salud, mediante acciones coordinadas por los diferentes estamentos sociales. Los funcionarios del Estado constituyen un grupo importante, porque la ejecución práctica de una decisión política depende de su eficiencia y estilo de funcionamiento. Dado que los políticos a nivel de gabinete toman muchas decisiones relativas a la salud, los planificadores sanitarios deben estar familiarizados con el mecanismo del proceso de toma de decisiones políticas. La presentación de un programa sanitario complejo se puede formular de dos formas diferentes, pero mutuamente complementarias: en términos de *objetivos a conseguir a corto plazo*; y en términos de *un esfuerzo mantenido a largo plazo*. La primera modalidad puede estimular a los políticos, mientras que la segunda tendrá como objetivo garantizar la colaboración de los funcionarios públicos. Junto a todo ello, deberían incrementarse los esfuerzos para sensibilizar y animar al público en general, a los sindicatos y otros colectivos implicados en los problemas sanitarios y de innovación social, que habrán de contribuir a potenciar los programas correspondientes. Un procedimiento eficaz para reforzar la motivación en la puesta a punto de un programa, es a través de la participación individual en actividades de grupo. Las organizaciones sociales pueden ofrecer directrices generales, así como instrumentos particulares para favorecer la conveniencia y equidad favorecedora de intervención preventiva (Levi, 1979).

2.6. Limitaciones de la intervención preventiva

En las consideraciones previas se ha resaltado la necesidad de tener en cuenta los factores psicosociales, para fomentar los programas de salud; evitando que sus efectos pudieran afectar a los niveles de calidad de vida demandada por las exigencias y requerimientos sociales. Estas aplicaciones resultan difíciles a veces, debido a un amplio número de limitaciones. En primer lugar, hay inconvenientes comunes a los servicios sanitarios en general —falta de

mano de obra especializada, tecnología de prevención, equipamiento e instalaciones adecuadas—. En segundo lugar, existen limitaciones en el ámbito de la salud mental, con difícil cobertura en asuntos éticos, ambigüedad y vaguedad en una diversidad de los conceptos al uso, así como falta de contenido operativo en determinadas propuestas de los expertos. Existe también la separación entre la Psiquiatría y la Medicina General, y entre las disciplinas médicas y las psicológicas, sociales y económicas. La profesión médica en conjunto, ha mostrado en el pasado una preferencia por el tratamiento especializado (*individualización*), en detrimento de un tratamiento más coordinado (*generalizado*). Desde la referida instancia, se ha optado por el tratamiento de la enfermedad, más que por la prevención la promoción de la salud. Ha predominado una cierta tendencia, por considerar los servicios sanitarios como un objetivo, más que como una herramienta para hacer la vida más satisfactoria a la mayoría de la población.

3. EL FUNCIONAMIENTO DE UN PROGRAMA DE SALUD

Para garantizar la efectividad, eficacia y eficiencia de un programa de salud, se requiere: 1) disponer de una perspectiva integral del hombre y de su entorno; es decir, una consideración coordinada de los aspectos físicos, mentales, sociales y económicos; 2) una perspectiva ecológica que considere la interacción entre el individuo y el entorno (*fisioquímico y psicosocial*), y las dinámicas del sistema en su conjunto del sistema; 3) una estrategia cibernética, con evaluación continua de los efectos (*físicos, mentales, sociales y económicos*) de los diferentes entornos humanos, y de los cambios producidos en ellos; teniendo en cuenta su necesidad por la continua adaptación del entorno a la luz de estos cambios; 4) una estrategia democrática, permitiendo que sea el individuo el que controle su propia situación, y establezca canales eficientes de comunicación hacia quienes toman las decisiones; y, 5) basarse en el principio de apoyo mutuo, y solidaridad entre los individuos y los grupos.

3.1. Análisis de los factores psicosociales

Las tres áreas problemáticas —*intensificación del cuidado sanitario, prevención de la enfermedad física y mental, intensificación del bienestar*— presentan una notoria complejidad, encontrándose afectadas por una gran variedad de factores. Para cada una de las referidas áreas, existe una gran probabilidad de que la aplicación de los nuevos conocimientos serían beneficiosos, y

sobre cada una existe la seguridad de que se necesita un mayor entendimiento. Gran parte de la interacción podría medirse a través de un número relativamente limitado de hechos sociales, estímulos psicológicos y mecanismos fisiológicos y comportamentales. La primera aproximación, implicaría tener en cuenta el conocimiento existente sobre los factores psicosociales (*o ideas nuevas donde sea conveniente*), para la valoración de los problemas de salud más relevantes en las comunidades, administración de las acciones sociales y sanitarias resultantes, y evaluación de su impacto en la salud y el bienestar.

3.2. Adquisición de nuevos conocimientos

En determinadas circunstancias, al no disponer de los conocimientos adecuados, no se pueden llevar a cabo las intervenciones sanitarias precisas. Para evitar las referidas situaciones, se plantea la necesidad de adquirir nuevos conocimientos relacionados con situaciones de alto riesgo: grupos de alto riesgo y reacciones de alto riesgo. Para disponer de los datos necesarios, habrían de llevarse a cabo proyectos de investigación en tres fases consecutivas: 1) identificación del problema, con técnicas de muestreo y datos de pacientes; 2) estudios intensivos multidisciplinarios, longitudinales, de la intersección de situaciones de alto riesgo y grupos de alto riesgo, comparados con controles; 3) intervención controlada, incluyendo experimentos de laboratorio, así como intervenciones preventivas y/o terapéuticas en escenarios reales (*por ejemplo, experimentos naturales, evaluación interdisciplinaria de acción sanitaria*).

Otra de las intervenciones habría de orientarse a contrastar hipótesis que contribuyan a una mayor comprensión del sistema de factores psicosociales, que afectan a la salud en general. El primer acercamiento —*evaluación del impacto de las acciones sanitarias*— es muy necesario, dado que es probable que contribuya a un incremento en efectividad, seguridad y eficiencia. El segundo —*aumentar la comprensión general*— complementa al primero, y a veces puede llevarse a cabo al mismo tiempo, y con casi la misma distribución de recursos. Nuestra estrategia es, por lo tanto, identificar situaciones, y llevar a cabo proyectos donde las investigaciones básica y aplicada, se puedan combinar eficientemente. En ocasiones es posible y deseable, aproximar simultáneamente los problemas de intensificación del cuidado sanitario, prevención de la salud, e incremento del bienestar; requiriendo no muchos más recursos para los tres aspectos de los que se requirieron para cada uno de ellos.

3.3. Intervención comunitaria

Un programa para reducir el impacto negativo sobre la salud de varios factores psicosociales se debería centrar, no sólo en problemas nacionales, sino también en los problemas que aparecen en cada comunidad, en cada piso y en cada oficina. El programa tendrá que responder a la siguiente secuencia: 1) *identificar el tipo y extensión de los problemas presentes* —incidencia de los desórdenes mentales y psicosomáticos, *absentismo, insatisfacción y consumo social*; 2) *identificar el entorno psicosocial, y físico de los diversos problemas*; 3) *disponer de líderes comunitarios* (a nivel sindical, sanitario, seguridad ciudadana...), y de ciudadanos preocupados, que contribuyan con su influencia propiciar la disponibilidad al cambio, dentro del contexto donde habrá de desarrollarse el programa; 4) *lograr el cambio correspondiente, previa la evaluación pertinente sobre sus posibles efectos colaterales (coste-beneficio)*; 5) *evaluar y valorar los efectos del cambio conseguido*.

Para ser eficiente, este procedimiento completo habría de llevarse a cabo con “feed-back” o retroalimentación de los resultados, y con participación y comprensión total de todos los interesados. Tal estrategia dará respuestas adecuadas a las seis cuestiones claves formuladas por la comisión presidencial sobre salud mental : 1) *¿Qué grupos de personas tienen alto riesgo de desarrollar enfermedades mentales o, incurrir en trastornos emocionales?*; 2) *¿Qué factores contribuyen al riesgo, y cual es la relativa importancia de cada uno de ellos?*; 3) *¿Se pueden eliminar o reducir efectivamente lo más significativo de esos factores de riesgo?*; 4) *¿El hecho de eliminarlos, reduce efectivamente la tasa de enfermedad mental o trastornos emocionales?*; 5) *¿Son mayores los beneficios obtenidos, que los costes ocasionados?*; 6) *¿Son los programas sensibles a los principios éticos, a los derechos de los individuos y los derechos de la sociedad?*

3.4. Procedimientos de control

Se plantea la necesidad de controlar el influjo del ambiente, en sus dimensiones física y psicológica sobre la salud. Para la consecución del referido objetivo, se requiere disponer de información sobre las tendencias más representativas, contribuyendo de este modo a dilucidar las relaciones entre estos sectores. Se recurre a la “*monitorización*”, a fin de lograr la prevención precoz para evitar problemas en el ecosistema, con las consiguientes repercusiones en términos de nivel de vida y calidad de vida, debiendo platearse con la debida antelación. Si, no obstante, el flujo total de acontecimientos que traducen esta

advertencia en decisiones políticas para actuar (o no), funciona adecuadamente, el problema se evita a través de acción social y el sistema de monitorización da el “*todo claro*”. Pero incluso cuando se puede dar la advertencia temprana, en ocasiones se pueden adoptar escasas medidas para evitarlo. Por ejemplo, la distribución por edad actual de la población mundial crea un aumento muy considerable que resulte prácticamente inevitable. Sin embargo, la advertencia todavía puede ser útil en el sentido de que hay tiempo para prepararse para los problemas a la vista. Otro control igualmente importante es sopesar si la acción, para aumentar la calidad de vida es efectiva o no.

En general, la información para la monitorización se puede obtener a través de una diversidad de fuentes informativas —*individual, familiar, subgrupos especiales, estudios de muestra, archivos de doctores, muestreos nacionales, estadísticas y planes y fotografías en serie*—. Puede estar compuesta por diversas variables poblacionales, diversos aspectos del entorno —por ejemplo, reducción de recursos y polución— y diversos componentes del nivel de vida, así como los componentes correspondientes a la “*calidad de vida*”. Se debe recoger información de carácter multidisciplinar, que sea longitudinal y estandarizada, para conseguir datos comparables en el tiempo. Aunque no es probable que sea concluyente en modo alguno, las tasas de suicidio, neurosis y trastornos psicosomáticos y/o la insatisfacción y alienación invitarían a una indagación más detallada. Otra fuente algo especulativa de datos de “*advertencia*” podría ser la tasa de delincuencia juvenil; esto puede enfocar la indagación en un distrito, una clase de gente, una escuela o una familia, indicando que la calidad de vida en la comunidad se ha deteriorado, y que se necesita una acción para prevenir una posterior recaída.

La recogida, e integración de los datos para la evaluación del entorno humano y la salud, resultaría caro, a no ser que gran parte del coste se pueda compartir con los servicios sociales, médicos, demográficos y ambientales para otros propósitos. Es el predominio de items caros —trabajadores de sanidad y bienestar, tiempo, materias— lo que contribuye a incrementar la importancia de los planes de bienestar y sanidad “*comprensivos*”. La evaluación de estímulos ambientales, nivel de vida y calidad de vida, sirven de base para la investigación epidemiológica; y la acción social, si dicho proceso es adecuado, pudiendo constituir la base para relacionar como un experimento nacional o incluso internacional. La toma de decisiones políticas, la acción social y la investigación, deberían por lo tanto, ser integradas conjuntamente.

3.5. Actividades de apoyo

Además de tener en cuenta la información disponible, y de adquirir nuevos conocimientos para reducir el impacto negativo de los factores psicosociales en la salud, son necesarias unas actividades de apoyo, entre otras : 1) motivación y entrenamiento de los trabajadores e investigadores sanitarios, a fin de que colaboren en la planificación, administración y evaluación de las acciones sanitarias/sociales, y para probar hipótesis claves; 2) desarrollo de nuevos métodos; 3) coordinación de las actividades, y cooperación con las organizaciones nacionales, regionales e internacionales; 4) recogida, almacenamiento e información de actividades publicadas o en ejecución (*documentación*); y 5) formulación y difusión de la información referida a la intervención sanitarias/sociales de manera apropiada.

4.5. Recomendaciones

Las siguientes recomendaciones se basan en parte, en las propuestas de los participantes del primer taller patrocinado por la OMS sobre *factores psicosociales y salud*, y en parte en el trabajo preparatorio del informe para la 29ª Asamblea de la OMS, así como en una serie de simposiums internacionales organizados por la OMS, encontrándose en consonancia con la línea de investigación promovida por el Laboratorio para la Investigación del Estrés Clínico. Pese a su numeración secuencial, no ha de entenderse que exista prioridad entre las referidas recomendaciones.

El punto de partida, se fundamenta en la necesidad de integrar todas las estrategias especializadas, teniendo en cuenta el ecosistema en su conjunto, y evaluando continuamente el resultado, no sólo en términos económicos o tecnológicos, o teniendo como referente exclusivo el bienestar físico, mental o social, sino teniendo en cuenta todas estas medidas. Esta perspectiva contribuye a lograr conseguir un planteamiento holístico y ecológico, al integrar todos los aspectos del bienestar humano en los aspectos correspondientes del entorno. Esta estrategia resulta apropiada para la toma de decisiones políticas, intervención social e investigación evaluativa, continuación se enumeran una serie de recomendaciones:

1. Promover sesiones de trabajo a todos los niveles de la administración social y sanitaria, para alertar a quienes adoptan decisiones (*políticos y técnicos*), relacionando la significación de los factores sociales en el desarrollo del cuidado sanitario. Se trata de estimular el desarrollo de estrategias nacionales,

para la identificación de los problemas, y búsqueda de soluciones alternativas, y para evaluar la intervención realizada

2. Establecer mecanismos de contacto con diversos miembros, para la coordinación de la sanidad con otros programas socioeconómicos y actividades dentro de las comunidades (*iniciativas ciudadanas de desarrollo rural, promoción de la educación, cultura y ocio*). Estos mecanismos se deben utilizar para adquirir la información necesaria para la planificación del programa y su implantación, para aconsejar a las agencias gubernamentales, para garantizar la colaboración y participación comunitaria.

3. Promover la coordinación de los conocimientos disponibles sobre los factores psicosociales que afectan a la salud, propiciando el acceso y participación en programas de reciclaje al personal de servicios sociales y sanidad. Se trata de armonizar en el marco de la planificación urbana, los requerimientos sanitarios, educativos, religiosos y de seguridad ciudadana.

4. Estudiar las formas en las que la participación ciudadana puede beneficiar la formulación, e implementación de la política sanitaria.

5. Determinar las posibilidades para la coordinación de la investigación continua relacionada con los factores psicosociales; promocionando estudios cuyo objetivo sea contrastar hipótesis claves, y poner en marcha iniciativas sociales para apoyar a sectores marginales (*emigrantes o afectados por problemas de salud: diabétes, cáncer, drogadicción, SIDA*).

6. Insistir en la necesidad de la evaluación de los índices de bienestar y de salud, a través de los programas y políticas nacionales y regionales, con presencia en todos los niveles, incluyendo los consumidores individuales a los que concierne la toma de decisiones.

7. Garantizar que la información relevante sobre factores psicosociales que afectan a la salud, sea recogida en una base de datos, y que la referida información sea utilizada en programas de intervención así como su evaluación (*por ejemplo, monitorización sanitaria y ambiental*).

8. Elaborar un registro en el que se recojan las experiencias, actitudes, éxitos y fracasos a todos los ámbitos, y especialmente en el ámbito de salud positiva, para aumentar la comprensión de cómo los factores psicosociales operan en el funcionamiento diario de la sanidad y los servicios sociales.

9. Elaborar definiciones y terminologías consensuadas en el ámbito de la salud, y los factores psicosociales.

10. Poner en marcha equipos multiprofesionales, a fin de abordar los complejos problemas de salud; debiendo desarrollar programas informativos que promuevan la salud integral.

11. Establecer contactos y cooperación con los medios de comunicación, organizaciones voluntarias y otros estamentos relevantes, con el fin de difundir en la comunidad información sobre factores psicosociales, que afectan a la salud para modificar las actitudes, y para estimular una participación comunitaria más amplia en actividades que contribuyen al pleno desarrollo

12. Promover, o mejorar cuando sea factible, sistemas de información capaces de proveer planificadores e investigadores con información relevante en el ámbito internacional, regional y nacional. Otros pasos futuros a dar, lo constituye la puesta en marcha de estrategias para difundir la importancia de considerar los factores psicosociales, para encontrar soluciones a los problemas sanitarios habrá de proporcionarse a las comunidades, a las organizaciones políticas y sociales, la comprensión requerida para tener en cuenta los factores psicosociales; diseñando acciones basadas en los nuevos conocimientos, incrementando por lo tanto, su efectividad y eficiencia, se requiere potenciar áreas de investigación que proporcionen nuevos conocimientos, contribuyendo a analizar con mayor precisión el influjo de los factores psicosociales en la salud y la prevención.

5. RESUMEN-CONCLUSIONES

Finalmente, es de resaltar que en todos los países del mundo se están registrando grandes transformaciones sociales, afectando a las relaciones laborales, relaciones de pareja, sistemas educativos, cuidado de los ancianos y enfermos. Estos cambios están influidos, e influyen a su vez, en fenómenos tales como el desempleo, crecimiento de la población, urbanización, industrialización, alimentación, contaminación ambiental, distribución desigual de los recursos y falta de alimentos, agua, y vivienda para muchos millones de personas. Al mismo tiempo, la gran revolución de la comunicación, con la puesta en funcionamiento de las autopistas de la información, están contribuyendo a ampliar enormemente el horizonte de las expectativas humanas. Las innovaciones sociales, han acentuado muy notoriamente el papel de los factores psicosociales y la sanidad, para bien y para mal. Con el término "*psicosocial*" nos referimos a factores que surgen de las transformaciones sociales, medidas a través de la percepción y la experiencia, los procesos nerviosos superiores. El objetivo de este capítulo, ha sido ofrecer un breve perfil del posible rol de tales fac-

tores en la etiología, patogénesis y prevención de los trastornos físicos y mentales, a través de una perspectiva de los sistemas ecológicos y holísticos, para la protección y promoción de la salud.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- LEVI, L. (1990). Occupational Stress: spice of life or kiss of death? *American Psychologist*. Vol. 45, 10, 1142-1145.
- LEVI, L. (1974). Psychosocial Stress and disease. A conceptual model. En A. Baum y E. Singer (Eds.). *Advances in environmental Psychology*. Vol. 4. Hillsdale. M.J. Erlbam.
- LEVI, L. (1979) Psychosocial Factors in Preventive Medicine. En D.A. Hamburg; E.O. NIGHTINGALE, y V. KALMAR. *Healthy People The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease prevention. Background Papers*. Washington. U.S. Department of Health Education and Welfare. pp. 207-252.



Evaluación y tratamiento psicológico del dolor crónico: Hacia una propuesta de intervención

JOSÉ M. OTERO-LÓPEZ¹; CRISTINA CASTRO-BOLAÑO¹;
CARMINA SALDAÑA²; y ÁNGEL LÓPEZ-GUERRERO³

¹Universidad de Santiago de Compostela. España

²Universidad de Barcelona. España

³Unidad de Dolor. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela. España

1. INTRODUCCIÓN

En una sociedad en dónde la salud aparece como un “*valor en alza*”, la enfermedad y los aspectos colaterales derivados de la misma son, a menudo, objeto de preocupación, controversia y debate. Así, uno de los aspectos vinculados a la pérdida de salud que, en las últimas décadas, ha despertado un interés particularmente sobresaliente, tanto por parte de los profesionales sanitarios como a nivel de *mass media*, ha sido el dolor crónico.

La concepción del dolor crónico como un tema socio-sanitario de primer orden se asienta, en buena medida, en la creciente magnitud que en las últimas décadas se está produciendo en este fenómeno y en los elevados costes que desde distintas ópticas (laboral, personal, familiar, sanitario) conlleva. No obstante, en la comprensión y esclarecimiento de este trastorno también han confluído un complejo entramado de factores de naturaleza múltiple y heterogénea que, de un modo u otro, no sólo han evidenciado la dificultad de su abordaje, sino que también han puesto de relieve la urgente necesidad de dar respuestas intervencionales eficaces.

A este respecto, y desde una perspectiva histórica, la carencia de un consenso conceptual en torno al dolor, la aparición de distintos modelos explicativos que aunque parciales y fragmentarios pretendían aprehender la complejidad de este fenómeno, la no consideración de las diferencias entre el dolor agudo y el crónico, el asistemismo y la debilidad metodológica que ha caracterizado a gran parte de las investigaciones, y el “*confinamiento*” a que el estudio del dolor ha estado sometido por parte de algunas disciplinas han sido, entre

otros, los parámetros que han catalizado el estado de “*relativo caos*” evaluativo e interventivo, en el que se encuentra el tema del dolor crónico.

Es justamente esta situación la que ha alertado y concitado poderosamente el interés de los investigadores en los últimos años y, en consecuencia, la que ha posibilitado que en la literatura científica se hayan generado un cúmulo importante de trabajos que intentan profundizar en la búsqueda de soluciones. Esta tarea parece centrarse, en un primer momento, en la búsqueda de un marco conceptual explicativo “*sólido*” y “*útil*”, que sea capaz de integrar en sus planteamientos aquellos hallazgos que se hayan mostrado como relevantes en el campo de la algología; esto es, se trataría de dar respuesta a cuestiones tales como: ¿qué es el dolor?, ¿cuáles son sus componentes?. En un segundo momento, y trascendiendo este nivel explicativo, el reto a “*afrentar*” se concretaría en la elaboración de diseños de programas de tratamiento que permitan, en la medida de lo posible, reducir y/o paliar este problema; es, justamente, esta dimensión la que confiere una especial relevancia a los aspectos evaluativos (¿“*qué*” y “*cómo*” evaluar?) e interventivos (¿*sobre qué aspectos incidir*?, ¿*qué técnicas utilizar*?, etc.). Bajo estas coordenadas discurrirá el desarrollo y planteamiento de este trabajo.

2. ACERCAMIENTO HISTÓRICO-CONCEPTUAL AL ESTUDIO DEL DOLOR

El abordaje de cualquier aspecto relacionado con el dolor tiene su referente en el complejo devenir histórico que ha caracterizado a esta área de estudio. La aparición de múltiples modelos explicativos de la experiencia dolorosa, mediatizados en gran medida por las disciplinas que se ocupaban de su estudio, ha connotado al dolor como problemático, ambigüo y saturado de significados. Así, en este apartado profundizamos, en primer lugar, en el aspecto conceptual y, posteriormente, en los principales modelos explicativos. Si bien esta división tiene únicamente un valor didáctico dado que los conceptos tienen su anclaje y significado en los modelos teóricos de los que se derivan.

2.1. Concepto

A lo largo de la ya dilatada historia en el campo del dolor uno de los interrogantes que, a modo de constante, emergió con fuerza inusitada y en torno al cual se han generado los debates conceptuales y, sin duda, la práctica clínica ha

sido: *¿qué es el dolor?*. El afán por clarificar este término pone de manifiesto que se trata de un constructo difícil de aprehender y de operacionalizar, circunstancia que conduce a la conclusión, después de una incursión exploratoria en busca de los principales hallazgos, de que se trata de un campo de estudio confuso y poblado de controversias, en donde los hallazgos más que de definitivos sólo cabe calificarlos de tentativos.

A este respecto, uno de los parámetros que ha dificultado el avance en el conocimiento, y que confiere si cabe mayor relativismo a los distintos hallazgos, ha sido la profusión de modelos teóricos explicativos del dolor; parece, entonces, y conscientes de la íntima vinculación existente entre paradigmas-modelos-conceptos, que los hallazgos tendrán mayor o menor validez dependiendo de la “vigencia” y “adecuación explicativa” del modelo de partida.

En suma, se constata que la falta de claridad conceptual ha estado “viciando” la investigación, dificultando la construcción de un cuerpo de conocimiento coherente y sólido y, en definitiva, incidiendo negativamente en la búsqueda de alternativas de tratamiento eficaces. En este sentido, incluso en la actualidad, existe un consenso unánime entre clínicos e investigadores en que el establecimiento de una definición precisa del término es una condición *sine qua non* para el avance en el estudio, comprensión, evaluación y tratamiento del dolor.

Desde una perspectiva histórica, la dificultad y/o imposibilidad de definir el dolor ha sido claramente enfatizada por distintos autores. Así, mientras algunos no dudan en calificar el término como “*indefinible*” (e.g., Lewis, 1942), otros intentan matizar la esencia de la dificultad argumentando la existencia de distintas acepciones para cada disciplina (e.g., Beecher, 1959). Sin embargo, no han faltado quienes, desde planteamientos más optimistas, defienden que “*es posible desarrollar una definición aceptable de dolor*” (Bonica y cols., 1990).

En cualquier caso, etiquetas tales como “*emoción*”, “*aflicción*” “*sensación*”, “*malestar interno*” han caracterizado los primeros acercamientos de carácter unidimensional. Más recientemente, han sido conceptualizaciones de naturaleza multidimensional las que han primado (el dolor ya no es sólo una cosa sino varias): no se trata de una condición simple, sino que es la interacción de distintas dimensiones (fisiológicas, psicológicas y sociales); así, “*el daño tisular o la percepción de tal daño*”, “*la experiencia de dolor*”, “*las conductas de dolor*”, “*la afectividad*”, “*la emoción*”, “*la cognición*”, entre otros, van a ser los ingredientes, que interrelacionados, constituyan la base teórica de las nuevas formulaciones.

En este sentido, una de las definiciones con un mayor eco en la comunidad científica y considerada en la actualidad como el marco conceptual clave de referencia por parte de los profesionales de la algología ha sido la propuesta por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP). Según la IASP (1986) el dolor *“es una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada con un daño tisular real o potencial o descrita en términos de tal daño”*.

Es de destacar, a nivel general, que esta definición contempla al dolor como una experiencia personal y subjetiva de carácter desagradable, además resalta los dos elementos que componen el dolor: sensorial y emocional. No obstante, tal como se desprende de la definición no es necesario que exista un daño tisular o causa fisiopatológica, aunque, como afirma la IASP *“el dolor tiene, la mayoría de la veces, una causa física próxima”*.

A tenor de las anteriores consideraciones, la importancia de los aspectos psicológicos en el dolor parecen incuestionables y su evaluación y su tratamiento psicológico adquieren pleno sentido. Aunque, esta afirmación es especialmente válida cuando hablamos de dolor crónico. En este sentido, quizá la no consideración de diferencias entre el dolor crónico y agudo ha sido uno de los factores que ha *“ralentizado”* la investigación y que ha contribuido a la *“temprana”* polarización entre las posturas biologicistas (dolor como input sensorial) y las de corte psicológico. A continuación presentamos brevemente cuales son las características de cada una de estas categorías de dolor que se diferencian básicamente en la duración.

El dolor agudo o de aparición reciente suele asociarse a una causa bien definida (e.g., herida, fractura, etc.), con un curso temporal característico y predecible y desaparece con el tratamiento. Además, este dolor tiene una importante función biológica de alerta o aviso para el individuo de que algo funciona mal y que es necesario tomar medidas al respecto. Por último, existe un buen conocimiento por parte de los profesionales en cuanto a los mecanismos subyacentes y a la sintomatología con lo que, salvo raras ocasiones, el tratamiento resulta eficaz.

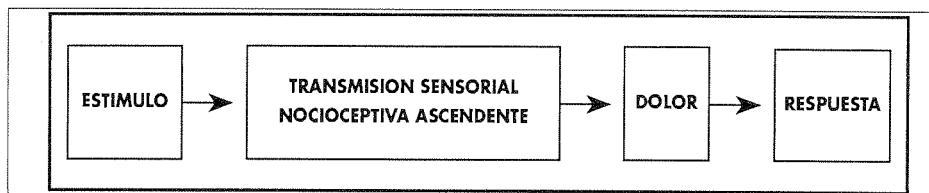
El dolor crónico se caracteriza porque persiste aún cuando ha pasado un período de tiempo suficiente para la recuperación de un problema agudo, o bien por ser el reflejo de un proceso patológico crónico e, incluso, el resultado de factores ambientales y/o psicológicos. En cuanto a su significación cabe reseñar que no tiene una función adaptativa y que no puede ser conceptualizado como un síntoma (caso del dolor agudo) sino como un síndrome o enfermedad

en sí resistente a los tratamientos convencionales. El dolor crónico aparece entonces como un cuadro complejo, definido por la presencia de un conjunto de problemas específicos (Sternbach, 1974; Bonica, 1979; Melzack y Wall, 1988), que según Penzo (1989) constituyen factores mantenedores o etiológicos secundarios de este tipo de dolor, de los cuales cabe resaltar: a) fracaso de los recursos terapéuticos tanto profesionales como controlados por el paciente y escasa confianza de que se pueda encontrar un remedio eficaz, b) dificultad para discriminar y describir los elementos del cuadro clínico, c) exceso de reposo y reducción del nivel de actividad, d) abuso y posible dependencia de los narcóticos y psicofármacos, e) trastornos del sueño y alteraciones de humor, f) deterioro de las habilidades comunicacionales e inadecuadas pautas de relación interpersonal o habilidades sociales, g) abandono del trabajo, y h) modificaciones en las relaciones familiares y falta de autonomía funcional.

La distinción entre ambos tipos de dolor parece evidenciar de forma clara y contundente el importante papel que tiene la psicología en el abordaje del dolor en general, pero de forma muy particular y sobresaliente en el caso del dolor crónico. En este sentido, la progresiva relevancia de la psicología como un contexto explicativo útil en el campo del dolor se hace patente a través de la revisión de los principales modelos.

2.2. Principales modelos explicativos del dolor

Los primeros modelos explicativos del dolor que han caracterizado el pensamiento científico y clínico, y que han alcanzado una posición prominente hasta mediados de nuestro siglo, se adhieren a una visión unidimensional del dolor: sensorial-fisiológica. Más concretamente, este tipo de planteamientos o modelos sensoriales, asentados en los postulados del filósofo Descartes, parten de la conceptualización del dolor como un fenómeno exclusivamente sensorial cuya intensidad está determinada por el input nociceptivo: la intensidad de dolor sería directamente proporcional a la magnitud de daño tisular. El mecanismo de transmisión del estímulo doloroso se producía desde la periferia a través del cordón espinal hasta el cerebro en donde el dolor es registrado; esta idea aparece gráficamente descrita por Descartes quien consideraba que *ante el estímulo doloroso los “nervios” actuaban como la “cuerda de una campana”, cuya función consistía en “accionar el badajo” y de esta manera hacer “sonar” el dolor por toda la cabeza*. Se trataba tal como se recoge en la Figura 1 de un modelo lineal sensitivo simple.

Fig. 1. Modelo lineal simple de dolor.

Esta visión sensorial del dolor ganó gran credibilidad y aceptación científica a raíz de estudios anatómicos, fisiológicos e histológicos. Más específicamente, el surgimiento de la fisiología como ciencia experimental a principios del siglo XIX permitió el interés de los investigadores en el estudio de las sensaciones en general y del dolor en particular y se plasmó en la formulación de dos importantes teorías fisiológicas: la de la especificidad y la de la intensidad.

La primera establece que el dolor es una sensación específica que requiere la existencia de receptores nociceptivos y de vías específicas para la conducción de los estímulos algícos (Schiff, 1958; Von Frey, 1894). La segunda, formulada explícitamente por Erb en 1874 y apoyada posteriormente por autores como Goldscheider (1894), mantiene que cada estímulo sensorial es capaz de producir dolor si alcanza una intensidad suficiente.

Como se puede constatar ambas teorías enfatizan las propiedades sensoriales del dolor relegando los aspectos psicológicos a un nivel secundario. No obstante, a pesar de que la concepción sensorial del dolor que se vislumbra a partir de estas formulaciones ha constituido un pilar importante en el campo de la algología, sus postulados han sido puestos a prueba, tanto por estudios clínicos como experimentales, facilitándose de este modo el camino a otro tipo de planteamientos. A este respecto, destacar que existe una importante evidencia empírica que cuestiona seriamente la capacidad explicativa de estas concepciones exclusivamente sensoriales del proceso de dolor; así, desde estas perspectivas parecía difícil, sino imposible, explicar razonablemente determinadas casuísticas, tales como: 1) la existencia de pacientes que con el mismo tipo y magnitud de lesión experimentan diferentes niveles de dolor e, incluso, la evidencia que ante una misma lesión mientras algunos pacientes no informan de dolor otros demandan analgésicos (e.g., Beecher, 1959), 2) la ausencia de relación directa entre el dolor y los hallazgos indicativos de lesión, como por ejemplo en el caso del miembro fantasma (Melzack, 1992), 3) el informe de dolor en pacientes que no presentan una patología orgánica o daño tisular real (e.g.,

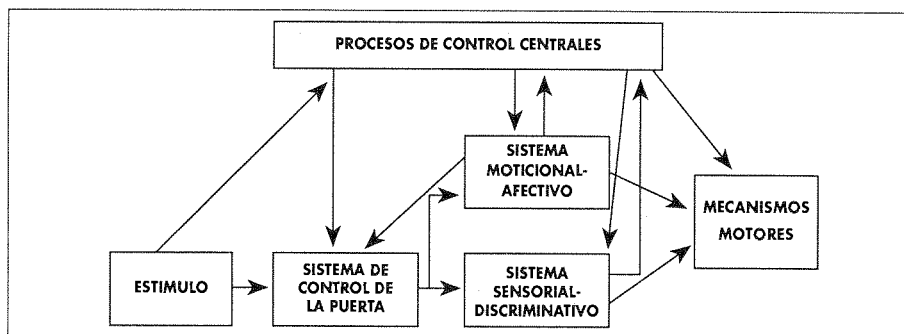
Merskey, 1990), 4) la contrastación de la mejoría del dolor en pacientes a partir de la aplicación de tratamientos placebo (Levine y cols., 1979), y 5) la falta de eficacia en la reducción del dolor que para algunos pacientes presenta el tratamiento médico antiálgico (Bonica y cols., 1990).

Las “*lagunas explicativas*” que presentan los modelos lineales simples ha provocado la aparición de otros modelos cuya característica principal es la multidimensionalidad en la concepción del dolor. Estos modelos comparten la idea de que el dolor es un fenómeno complejo, sujeto a distintas influencias (directas e indirectas) que es necesario explicitar para abordar, desde una perspectiva integradora, la experiencia de dolor. En estas nuevas formulaciones la dimensión “*sensorial*” va a ser sólo uno de los múltiples componentes (e.g., cognitivos, afectivos) que conforman el proceso de dolor.

El primer modelo de naturaleza multidimensional que ha marcado un hito histórico en el campo de la algología, tanto por su elevado poder heurístico como por su potencialidad de proporcionar un contexto explicativo en el que se han “*asentado*” el diseño y planteamiento de múltiples investigaciones durante las últimas décadas, ha sido el desarrollado por Melzack y Wall (1965). El núcleo originario del modelo es la Teoría del Control de la Puerta (Gate Control Theory of Pain, Melzack y Wall, 1965), un modelo neurofisiológico de modulación nociceptiva que postula que la experiencia de dolor está regulada por un mecanismo de barrera o “*compuerta*” que puede “*abrir*”, “*cerrar*” o, incluso, “*atenuar*” los impulsos dolorosos ascendentes. La respuesta total ante el dolor no sólo está determinada por los impulsos interneuronales ascendentes, sino que también incluye los sistemas neurohormonales paralelos y descendentes que están afectados por la respuesta física y emocional de la persona en respuesta al estímulo de dolor (Muse y Frigola, 1991). En definitiva, como apuntan Melzack y Wall (1965): “*la presencia o ausencia de dolor está determinada por el balance entre los inputs sensoriales y centrales*”(p. 977).

Estos planteamientos parecen superar decididamente la aproximación al dolor como una experiencia puramente sensitiva de carácter lineal y/o directo, apostando por una conexión de naturaleza más compleja, dinámica, autorregulatoria producto del interjuego de factores físicos y psicológicos. A este respecto, los pensamientos, las emociones, el significado de la lesión, el contexto cultural, las variables de personalidad, las características del daño tisular, las experiencias previas serán, entre otros, elementos que confluyan y califiquen la experiencia dolorosa.

Fig. 2. Modelo multidimensional del dolor, de Melzack y Casey (1968).



En esta línea, los autores presentan un modelo (Figura 2) que integra tres dimensiones cualitativamente distintas del dolor: a) *sensorial-discriminativa* hace referencia a las cualidades estrictamente sensoriales del dolor (localización, intensidad, patrón de ocurrencia, etc.), b) *motivacional-afectiva* resalta las características emocionales (miedo, temor, angustia, etc.) que conlleva la sensación dolorosa, y c) *cognitiva-evaluadora* incide en la dotación de significado del dolor a partir no sólo de la percepción sino también de la valoración que se hace del mismo.

En suma, reseñar de nuevo, que este modelo teórico supone un salto cualitativo en la concepción de la experiencia dolorosa frente a los modelos sensoriales y permite “*dar cuenta*” de las diferencias interindividuales con respecto al dolor. Así, ante la pregunta de ¿por qué ante un mismo daño tisular dos personas informan de distintos grados de dolor? la respuesta desde este modelo se concretaría en la existencia de otras variables y/o factores que “*modulan*” diferencialmente dicha experiencia. En definitiva, desde estos planteamientos, ya no se trata de negar las diferencias interindividuales y centrarse únicamente en la magnitud de la lesión (modelos sensoriales) sino de acentuarlas y entender al individuo como un “procesador activo” de información que emite respuestas específicas no generalizables.

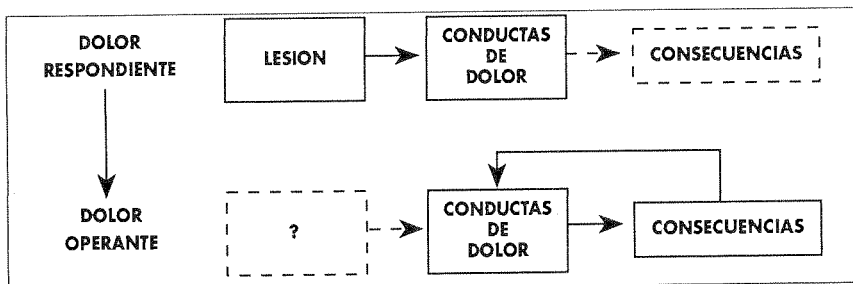
Otro modelo, con un importante eco en el ámbito clínico, ha sido el propuesto por Fordyce en el año 1976. El foco de interés del autor se centra en la explicación de “*la conducta de dolor*” atendiendo tanto a su génesis como a su mantenimiento. Su modelo (Figura 3) distingue dos tipos de dolor: *respondiente* y *operante*. En el primer caso (dolor respondiente) la conducta está explicada únicamente por la lesión, si por el contrario este determinante no fuera suficiente, y hubiese que recurrir a otro tipo de influencias (ambiente, aprendizaje, etc.), el dolor se conceptualizaría como operante. Aunque, tal como se des-

prende del modelo hay una íntima vinculación entre ambos tipos de dolor y, de acuerdo con el autor, es pensable que ambas hipótesis explicativas tengan validez en un mismo cuadro de dolor si tenemos en cuenta la dimensión temporal. En definitiva, lo que parece subyacer a esta diferenciación es la dicotomía que se establece entre el dolor agudo y crónico; cuando el dolor se cronifica es mantenido fundamentalmente por sus consecuencias y el componente operante aparece como su característica definitoria.

En un afán de profundizar y ejemplificar este modelo conceptual parece oportuno revisar brevemente el papel que el aprendizaje desempeña según Fordyce (1976, 1990) en las conductas de dolor. En concreto, la exposición de un individuo a un estímulo que causa daño tisular produce una respuesta inmediata de retirada o evitación de la sensación nociceptiva que, a menudo se acompaña, de otras tales como la evitación de actividades que se cree causan o exacerban el dolor, búsqueda de alternativas que mitiguen y/o eliminen el dolor, etc.; estas conductas (respondientes) que son claramente observables pueden ser reforzadas por los demás (e.g., atención de familiares y amigos ante las quejas) para así facilitar el proceso de curación, no obstante los refuerzos pueden convertirse en un momento dado en factores “*mantenedores*” de las conductas de dolor aún cuando la lesión haya desaparecido. En este caso, las conductas de dolor ocurren no por la existencia de un estímulo doloroso o daño tisular (típico de los cuadros de dolor agudo) sino por las consecuencias que acarrearán (elemento fundamental que puede contribuir a la cronificación del dolor). Así, este tipo de conductas (operantes) ocurren porque la persona que las realiza comprueba que sus manifestaciones conductuales de dolor (llanto, lentitud de movimientos, etc.) producen unos efectos sobre los demás (atención, ayuda, etc.) que refuerzan su comportamiento de dolor. La emisión de conductas de dolor operantes también se pueden producir cuando el paciente anticipa una consecuencia aversiva que puede evitar (e.g., no realizar una tarea, abandonar una reunión, etc)

Fig. 3. Explicación de las conductas de dolor, según Fordyce (1976).

(Fuente: Penzo, 1989 “El dolor crónico”)



En suma, este modelo conceptual parece complementar la visión tradicional del dolor, según la cual las conductas de dolor estaban “*dirigidas*” por la nociocepción, al integrar las contingencias (sociales y ambientales) como elementos que confluyen en dicha experiencia. Esta conclusión se ha confirmado tanto desde la práctica clínica como desde la investigación (Cairns y Pasino, 1977; Doleys, Crocker y Patton, 1982; Keefe y Williams, 1989), aunque para algunos teóricos (Turk y Flor, 1987) este modelo supone un acercamiento “*parcial*” a la experiencia de dolor dado su focalización en la dimensión motora en detrimento de los componentes cognitivos y emocionales.

Por último, y a modo de recapitulación, destacar que en la actualidad existe contrastada evidencia empírica que, en consonancia con los modelos teóricos multidimensionales, confirman que la experiencia de dolor está “*integrada*” por componentes de distinta naturaleza (sensoriales, afectivos y cognitivos). La tarea a acometer es tratar de dilucidar como interactúan estos elementos en el proceso de dolor en general y en el dolor crónico en particular.

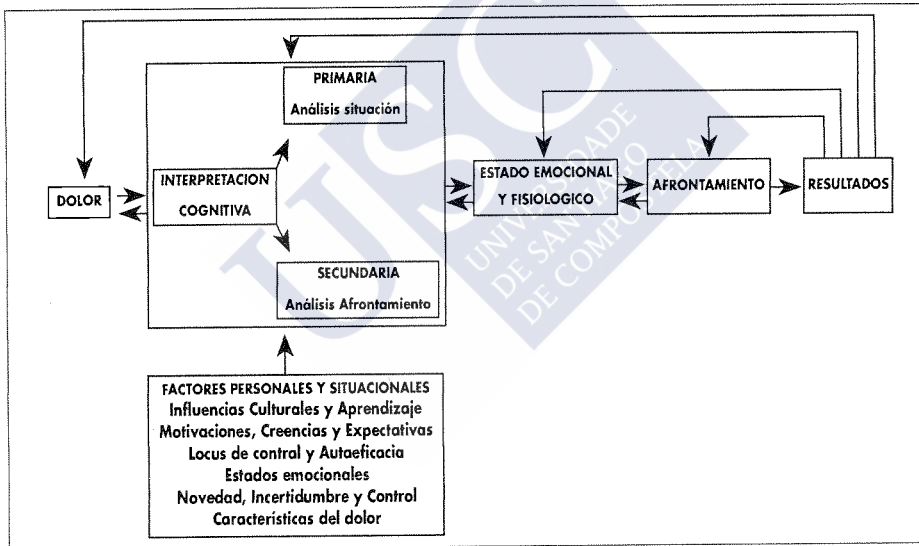
2.3. Hacia un enfoque integrador del proceso de dolor crónico

De la revisión de los principales modelos explicativos del dolor parece desprenderse que éste no representa un concepto unitario, monolítico sino que esta conformado por múltiples y variados componentes. El objetivo que tanto clínicos como investigadores deben perseguir es la clarificación de cuáles son las variables que confluyen para dar “*cuerpo*” a la experiencia de dolor y, no menos importante, la determinación de “*cómo*” lo hacen. Se trataría de comprobar el efecto que determinados factores pueden ejercer en el inicio, mantenimiento e, incluso, exacerbación de la experiencia dolorosa. Sólo a partir de este conocimiento se podrá afrontar con garantía la elección e implementación de los instrumentos adecuados de evaluación y, en definitiva, la selección de las técnicas más idóneas para una correcta intervención sobre el problema de dolor.

En este sentido, y en un intento de “*aprehender*” no sólo las principales fuentes de influencia sobre el dolor sino también el proceso dinámico subyacente que se establece entre las mismas, presentamos un esquema explicativo que pretende, aunque sea parcialmente, contribuir a dilucidar el complicado proceso de la cronificación del dolor (Figura 4). Esta propuesta, con un marcado carácter exploratorio, se vertebra a partir de los planteamientos cognitivo-conductuales acerca del funcionamiento humano de Lazarus y Folkman (1986) y de su aplicación en el campo del dolor crónico (Flor, Birbaumer y Turk, 1990; Turk, Meichenbaum y Genest, 1983).

A nivel general, el proceso se inicia con la aparición de una situación de dolor, ante la cual van a “*entrar en juego*” una serie de elementos de distinta naturaleza (cognitivos, emocionales-fisiológicos, conductuales) que van a modular la respuesta, adaptativa o no, ante tal situación. No obstante, y teniendo en cuenta que éste pretende ser un modelo explicativo (a nivel tentativo) del proceso de cronificación del dolor, se hará hincapié fundamentalmente en aquellos aspectos de carácter negativo que constituyen factores “*facilitadores*” y/o “*de riesgo*” para la cronificación. Es decir, no se trata de explicar el “*por qué*” se cronifica o no el dolor, tampoco bajo que “*dialéctica*” las variables intervinientes dificultarían la cronificación, sino que únicamente se postula un acercamiento a las condiciones que posibilitan que el dolor se convierta en crónico.

Fig. 4. Modelo explicativo del proceso de dolor crónico.



En concreto, y siguiendo la lógica inherente a este esquema, podemos señalar que ante una situación de dolor, el paciente interpreta a nivel cognitivo dicha experiencia (Lazarus y Folkman, 1986; Turk y Rudy, 1992). Esta evaluación se centra tanto en el análisis de la situación de dolor en sí (“¿qué es esto que me está pasando?, ¿en qué medida va a afectar a mi salud, mi trabajo, mi familia, etc.?”) como en la valoración de la capacidad de afrontarla (“¿qué puedo hacer ante este dolor? ¿realmente podré hacer algo para aliviar este dolor?”).

Este tipo de interpretaciones no son universales ya que van a estar determinadas por un amplio número de factores (situacionales, motivacionales, cul-

turales, características de personalidad, experiencias previas, etc.) que inciden diferencialmente en cada sujeto y que connotarán esta valoración como algo “personal” y con un “significado particular” en cada individuo. En este sentido destacar, en primer lugar, la influencia de los factores de aprendizaje y culturales. Así, diferentes estudios han puesto de relieve que las experiencias de dolor adquiridas en la infancia influyen tanto en la percepción del dolor como en la habilidad para afrontarlo en la adulted (Peterson, 1989; Ross, 1988). Igualmente, está ampliamente reconocido el papel significativo que presenta la observación del comportamiento de los padres y de otros modelos del ambiente ante el dolor (Bandura, 1977; Fordyce, 1976; Sternbach, 1978). Por otra parte, también se ha documentado suficientemente la importancia que los factores culturales tienen tanto sobre el umbral de dolor y los niveles de tolerancia al mismo como en la conformación de actitudes ante este fenómeno (Wolff y Lanley, 1968; Zborowski, 1952).

Otro tipo de variables que se han considerado como importantes mediadores de la experiencia del dolor son las variables de corte personal. Así, las creencias y actitudes que presenta un sujeto ante el dolor incidirán decisivamente en la interpretación que realice del mismo. En este sentido, y a título de ejemplo, aquellas personas que creen que su dolor no depende de lo que ellos hagan sino del azar o la suerte y, en cierta medida, de los profesionales sanitarios, tendrán una menor probabilidad de afrontarlo eficazmente que aquellos que tienen una actitud resolutiva y creen que son parte activa en la solución de “su” dolor; otra variable que, sin duda, contribuye a la interpretación cognitiva del dolor es la expectativa de eficacia que consiste en el convencimiento de que uno puede ejecutar con éxito la conducta necesaria para incidir en la reducción del dolor. En suma, el dolor crónico a menudo esta precedido, y posteriormente mantenido, por pensamientos, actitudes y creencias negativas (“*estar enfermo es lo peor que me puede pasar*”, “*tomar medicación siempre es malo*”, “*no puedo hacer nada por este dolor*”) acerca de esta experiencia.

Otra fuente de influencia de importancia crucial, y que no ha recibido una especial atención en la literatura, son los estados emocionales en los que se encuentra el sujeto antes de la aparición del dolor. Parece claro que la interpretación cognitiva del dolor es sustantivamente diferente si éste aparece en personas con cuadros depresivos o ansiógenos que cuando los sujetos no presentan patologías asociadas. Esta idea es coincidente con los resultados obtenidos por Ingram y cols. (1990) quienes, al comparar dos grupos de pacientes con dolor, diferenciados por la presencia o ausencia de depresión, concluyen que los suje-

tos con depresión tenían pensamientos más catastrofistas con respecto al dolor y a su posible solución.

Una última influencia a considerar se refiere a aspectos de naturaleza situacional tales como: la novedad de la situación dolorosa, la incertidumbre con respecto a la significación del dolor y las características del dolor (intensidad, frecuencia, duración, cualidad, localización, etc.).

La incidencia de las variables anteriormente mencionadas adquieren una especial relevancia en la interpretación cognitiva que realiza el sujeto que, a menudo, se traduce en una especie de “*dialogo interno*” (¿*Por qué me sucede esto a mí?*”, “¿*Y si este dolor no cesa?*”, “¿*Qué va ser de mi vida?*”) que refleja los pensamientos ante el dolor y que van a influir directamente en el estado emocional y en las respuestas fisiológicas del paciente (Bakal, 1982; Beck y cols., 1983; Jensen, Turner, Romano y Karoly, 1991; Meichenbaum, 1987). En concreto, la ansiedad, la depresión, la irritabilidad, la susceptibilidad, el aumento del nivel de tensión muscular, los problemas de sueño, la falta de apetito constituyen, entre otros, la constelación de síntomas que califican este estadio.

En último término, la conceptualización negativa del dolor (e.g., dolor como amenaza) y los problemas físico-emocionales asociados (e.g., agitación, temor, angustia, depresión, etc.) tendrán fuertes implicaciones en el modo de afrontar el dolor (Lazarus y Folkman, 1986; Turk, Meichenbaum y Genest, 1983). Estos pacientes a menudo utilizan estrategias de afrontamiento pasivas no enfrentando directamente el problema ni sus consecuencias emocionales, lo que lleva a la adopción de pautas de comportamiento desadaptativas (e.g., quejas, evitación de todo tipo de actividad, retirada social, etc.) que, con frecuencia, son reforzadas por familiares y amigos.

En suma, los resultados obtenidos a partir de los intentos realizados por el paciente para afrontar su dolor (que son negativos en este caso) influirán, de nuevo, sobre todos y cada uno de los elementos que conforman el proceso. Esto es, comienza el proceso de “*cronificación del dolor*” el cual constituirá un círculo vicioso dado que *la solución no pasa por más de lo mismo*, sino por romper este círculo actuando a nivel psicológico desde la triple perspectiva: conductual, emocional y cognitiva.

3. EVALUACIÓN DEL PACIENTE CON DOLOR CRÓNICO

3.1. Consideraciones preliminares del proceso de evaluación

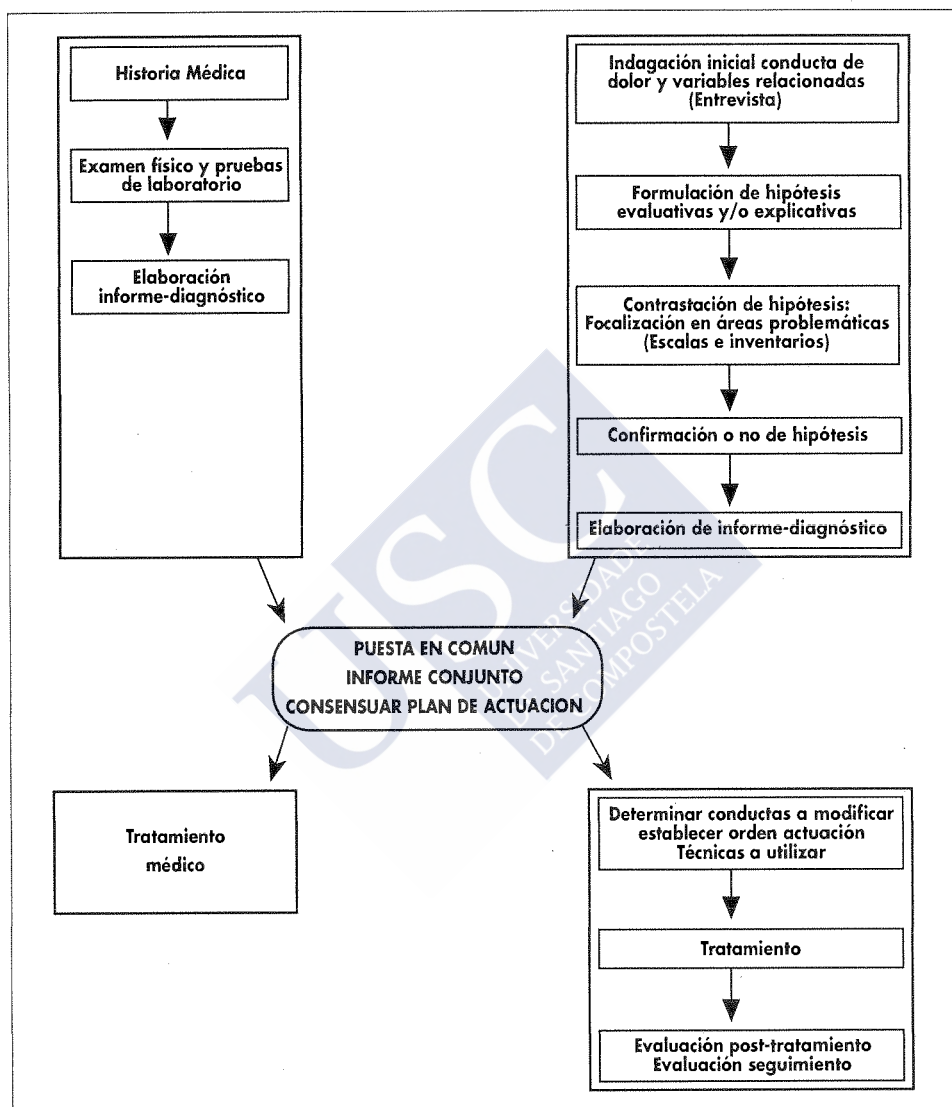
El asumir el dolor como una experiencia personal y privada en la que confluyen distintos componentes de naturaleza desigual es condición necesaria, aunque no suficiente, para profundizar desde planteamientos interventivos en su abordaje. Más concretamente, el conocer cuáles son los componentes del dolor sin determinar su alcance o su particular contribución *al caso concreto de un paciente concreto* no permite una óptima planificación de la intervención. Será, entonces, el proceso evaluativo de la influencia de todos y cada uno de los factores subyacentes a “*determinada*” experiencia de dolor, el que dote de sentido y de significado al tratamiento.

La evaluación del dolor crónico, desde el ámbito clínico, aparece como una tarea especialmente importante ya que posibilitará acometer distintos objetivos: a) conocer cuáles son las características y las repercusiones que caracterizan al dolor que presenta el paciente, b) incrementar la fiabilidad del diagnóstico, c) identificar las variables que eliciten, mantienen o exacerban el dolor, d) seleccionar las conductas clave a modificar y las estrategias terapéuticas que pueden resultar más adecuadas y eficaces para cada paciente y e) evaluar la eficacia del tratamiento.

A partir de las últimas consideraciones se desprende que la evaluación no puede ser concebida sólo como un paso previo al tratamiento (aunque éste es el sentido más aceptado cuando se dicotomiza el aspecto evaluativo frente al interventivo) sino también como un elemento esencial del tratamiento y que, en definitiva, va a “*validarlo*” o no. No obstante, en este trabajo profundizaremos únicamente, en la evaluación previa al tratamiento, lo que no niega su estrecha interacción y/o dependencia: se evalúa un problema para tratarlo y no se puede intervenir adecuadamente sin una evaluación completa del problema. (Fernandez-Ballesteros y Carrobes, 1983). En esta línea, y en un afán integrador de los dos procesos, en la Figura 5 se presenta un diagrama general que pretende avanzar las fases que los conforman.

Como se puede comprobar, la evaluación y la intervención sobre el dolor crónico se asienta en una decidida apuesta por un planteamiento interdisciplinar que posibilite un abordaje integral del fenómeno. A nivel general, tal como se desprende de la Figura 5, cabe reseñar que el primer paso implica la evaluación conjunta, por el médico y el psicólogo, del problema que presenta el paciente con dolor; así, la obtención de datos a partir de los diferentes instru-

Fig. 5. Fases del proceso de evaluación



mentos y pruebas realizadas (historia médica, exploración médica, pruebas de laboratorio, entrevista psicológica, cuestionarios, autorregistros, etc.) facilitan la elaboración de un informe y el establecimiento de un diagnóstico preciso (consensuado entre ambos profesionales) que guiará el plan de actuación terapéutico posterior. En un segundo momento, y una vez clarificada la problemática objeto de intervención, cada uno de estos profesionales decidirá las técnicas y/o tratamientos que considera más adecuados y procederá a su implemen-

tación; durante este proceso es conveniente que exista un continuo intercambio de información, tanto con respecto a la evolución como al pronóstico del paciente, entre el médico y el psicólogo. El proceso se complementa con la evaluación durante y después (fase de seguimiento) del tratamiento.

Por último, reseñar que el desafío que el clínico tiene que afrontar, desde cualquier planteamiento de carácter evaluativo del paciente con dolor crónico, se concreta en dos interrogantes: *¿Qué evaluar?* y *¿Cómo evaluar?* (Otero-López, Castro-Bolaño y Saldaña, 1996a). En otras palabras, se trata de delimitar cuáles son las conductas que deben ser objeto de análisis y, consiguientemente, de seleccionar los instrumentos de medida más idóneos. A este respecto, y en un intento de captar el estado actual de la evaluación del dolor crónico, se presentan cuáles son, a nuestro entender y guiados por las múltiples sugerencias derivadas de la literatura (Jensen y cols., 1991; Keefe, 1982; Penzo, 1989; Turner y Romano, 1990), los aspectos que se deben contemplar en el proceso evaluativo (ver Cuadro 1); asimismo, se recogen los principales instrumentos que con cierta frecuencia han sido utilizados, con mayor o menor éxito, en esta área de estudio.

Cuadro 1. Aspectos a considerar en la evaluación del paciente con dolor crónico.

1. Características del dolor – A nivel sensorial-somático – A nivel afectivo – A nivel cognitivo	3. Variables afectivas – Ansiedad – Depresión – Irritabilidad – Hostilidad
2. Variables Cognitivas – Creencias y expectativas – Autoeficacia – Lugar de control – Pensamientos ante el dolor – Afrontamiento	4. Variables Conductuales – Quejas verbales y no verbales – Evitación – Nivel de actividad – Consumo de medicación

A continuación examinaremos los principales instrumentos con los que cuenta el psicólogo para desarrollar su quehacer diario en el campo de la evaluación del dolor, lo que nos brindará una panorámica global del estado de la cuestión evaluativa; además, analizaremos de forma más puntual algunas medidas cuyas características (e.g., adecuadas propiedades psicométricas, amplia aceptación y difusión, cobertura de las variables de interés, etc.) le confieren un interés particular en este campo. Estos aspectos se vertebrarán en torno a la discusión acerca de la idoneidad, relevancia teórica, y potencialidad explicativa de cada uno de los factores y/o variables que confluyen en la génesis de la experiencia de dolor (variables cognitivas, afectivas y conductuales).

3.2. Instrumentos de evaluación psicológica

Los instrumentos de evaluación, desde la clínica en general y en particular en el caso del dolor crónico, se han articulado en tres grandes bloques que, aunque con diferencias singulares, contribuyen a “aprehender” la naturaleza a veces escurridiza e intangible (y en la totalidad de los casos subjetiva) del dolor. En concreto, la entrevista, las escalas y autoinformes, y los autorregistros van a consolidar los “*argumentos evaluativos*” con los que cuenta el psicólogo.

3.2.1. Entrevista

La entrevista constituye en la actualidad uno de los instrumentos más íntimamente ligados al proceso evaluativo del paciente con dolor crónico, ya que no sólo permitirá establecer un primer contacto con el paciente sino también posibilitará el rastreo de información sobre todos aquellos aspectos que el clínico considere de interés (e.g., características del problema, variables asociadas) y que, en definitiva, constituirán los cimientos sobre los que “*edificar*” la intervención. Además, su flexibilidad tanto en su desarrollo como en la temática a tratar, su capacidad de proporcionar indicadores verbales y no verbales, su potencialidad de permitir una relación directa con el paciente, y la oportunidad de establecer un intercambio confidencial de información serán, entre otros, elementos cualificadores que aconsejen su utilización.

A partir de la aparición de múltiples modelos de entrevista desarrollados por distintos autores (e.g., Blanchard y Andrasik, 1985; Karoly y Jensen, 1987; Philips, 1991; Turk, Meichenbaum y Genest, 1983; Turner y Romano, 1990) y conscientes del asistematismo teórico que en ocasiones guía su uso, parece oportuno concretar algunas coordenadas que, a nuestro juicio, deben regir su aplicación en pacientes con dolor crónico.

El primer aspecto se refiere a la conveniencia, compartida por otros autores, de utilizar entrevistas semiestructuradas que garanticen tanto la obtención de información sobre aspectos concretos (Karoly y Jensen, 1987) como la propia expresión del paciente. Un segundo punto de importancia capital se refiere a la secuencia y contenido de las cuestiones a incluir; para ejemplificar este aspecto presentamos cuáles, según Turner y Romano (1990), son los tópicos a considerar en una entrevista de dolor (ver Cuadro 2).

Cuadro 2. Tópicos en la entrevista de pacientes con dolor crónicos según Turner y Romano (1990).

- I. Historia y experiencia subjetiva actual del dolor.
- II. Conceptualización del problema de dolor y expectativas de tratamiento.
- III. Tratamientos anteriores y resultados obtenidos.
- IV. Consumo de alcohol y drogas.
- V. Análisis conductual.
- VI. Historia laboral y evaluación de compensación o baja laboral y litigios.
- VII. Historia familiar y conyugal.
- VIII. Evaluación del nivel de estrés vital actual.
- IX. Evaluación de alteraciones psicológicas.

Turner y Romano defienden, al igual que otros autores (e.g., Karoly y Jensen, 1987; Philips, 1991), la secuenciación de las áreas temáticas a explorar. En un primer momento, las cuestiones a clarificar se centrarán en el problema de dolor (historia, conceptualización, expectativas, tratamientos previos, etc.), a continuación y, en consonancia con un enfoque funcional de la conducta, se delimitarán cuáles son los antecedentes y consecuentes de la conducta de dolor y, por último, se explorarán otras áreas de funcionamiento (familiar, laboral, social, psicológico, etc.) que, a menudo, contribuyen a contextualizar y dimensionar el problema.

3.2.2. Escalas o autoinformes

Además de la entrevista, tradicionalmente, la información relativa al dolor es recogida a partir de distintos instrumentos de autoinforme que evalúan aspectos concretos del dolor. Su utilidad se hace patente al tener presente la caracterización del dolor como una experiencia subjetiva y la adecuación de los autoinformes para recoger la visión individual y particular del comportamiento de cada sujeto. Más específicamente, la importancia del informe subjetivo proporcionado a partir de estos instrumentos, en el campo del dolor, se resume en las palabras de Gracely (1980): *“las habilidades verbales únicas en el hombre abren una ventana a la experiencia privada y solamente a través de tal experiencia se puede definir el dolor”* (p. 111). Es más, en el ámbito clínico los informes subjetivos del paciente con dolor son fundamentales para la elaboración de un diagnóstico y para la planificación y valoración del nivel de eficacia de un tratamiento, lo que explica que sea uno de los métodos de evaluación más comúnmente utilizado (Reading, 1984).

3.2.2.1. *Escalas de características del dolor*

La popularidad y amplia aceptación que en el campo de la salud han adquirido los autoinformes, en las últimas décadas, ha suscitado que el interés de los investigadores se focalizase en el diseño, aplicación y comparación de escalas. A este respecto, en el campo del dolor han aparecido una importante cantidad de instrumentos de autoinforme que, en un intento de sistematizarlos y ejemplificar su uso, los dividiremos en aquellos que evalúan un único aspecto del dolor (unidimensionales) frente a los de naturaleza multidimensional (miden distintos componentes).

3.2.2.1.1. Escalas unidimensionales del dolor

Uno de los componentes del dolor que, tanto investigadores como profesionales, han reconocido de un modo generalizado su importancia, y acerca del cual se ha generado una gran cantidad de propuestas evaluativas, ha sido la intensidad. El afán en su cuantificación ha desembocado en la creación de escalas cuyo objetivo era medir exclusivamente este componente y, por tanto, ejemplifica perfectamente la unidimensionalidad que caracteriza a algunos instrumentos que pretenden evaluar el dolor. A un nivel más concreto, las escalas existentes para medir este constructo varían en su formato y abarcan las descriptivas (e.g.: Kremer, Atkinson e Ignelzi, 1980; Seymour, 1982), las numéricas (Jensen, Karoly y Braver, 1986), las analógicas visuales (Huskisson, 1974, 1983; Scott y Huskisson, 1976), las de valoración conductual (Budzynski y cols., 1973) e, incluso, aquellas que presentan dibujos de distintas expresiones faciales —frecuentemente utilizadas en el campo de la pediatría— para representar distintos niveles de dolor (Frank, Moll y Hort, 1982; Whaley y Wong, 1987).

Dada la gran diversidad de escalas diseñadas para evaluar la intensidad, y en un intento de recoger el estado actual de opinión (o, más propiamente, la carencia del mismo) con respecto a esta cuestión, cabe reseñar la dificultad de apostar decididamente por una de ellas obviando las demás; cada una presenta ventajas e inconvenientes que es necesario sopesar a la hora de tomar una decisión (Carlsson, 1983; Jensen y cols., 1986; Mendelson y Selwood, 1981; Reading, 1983). En este sentido, desde planteamientos recientes, se ha sugerido la posibilidad de combinar escalas con el fin de mejorar la obtención de medidas. Así, la descripción verbal del dolor, la atribución de números a cada uno de los descriptores y la consideración de los efectos comportamentales del dolor, son elementos que pueden ser integrados adecuadamente en una misma escala (Castro-Bolaño, 1990; Philips, 1991; Saldaña, 1982).

3.2.2.1.2. Escalas multidimensionales del dolor

La conceptualización del dolor como una experiencia compleja en la que confluyen distintos componentes ha sido uno de los factores que ha incidido decisivamente en la creación de escalas que, superando acercamientos parciales, fragmentarios, unidimensionales (e.g., escalas de intensidad), integran las distintas dimensiones que conforman tal experiencia. A este respecto, se han seleccionado dos de los instrumentos que en la actualidad tienen una mayor vigencia y aceptación: el Cuestionario de Dolor de McGill y el West Haven Yale Multidimensional Inventory.

El *Cuestionario de Dolor de McGill*, que ocupa un lugar preferente en esta área de estudio, ha sido diseñado por Melzack y Torgerson (1971) y ha constituido el primer paso hacia la especificación de los aspectos cualitativos del dolor. Su objetivo fundamental es valorar el dolor desde una perspectiva tridimensional: sensitiva, afectiva y evaluativa, utilizando para ello una lista de 78 adjetivos. El nivel de aplicación de este cuestionario ha sido considerable, proporcionando estimaciones tanto de dolor crónico (Kremer y Atkinson, 1981) y agudo (Klepac, Dowling y Hauge, 1981), como de categorías concretas de dolor: oncológico (Kremer, Atkinson y Ignelzi, 1982)), ginecológico (Reading, 1979), dolor de espalda (Klapow y cols., 1993) y dolores de cabeza (Allen y Weinmann, 1982; Jerome y cols., 1988). Además se ha confirmado su validez para evaluar los efectos de intervenciones (Rybstein-Blinchik, 1979) y las complicaciones postoperatorias (Cohen y Tate, 1989).

A pesar de ser ampliamente utilizado, este cuestionario de dolor presenta una serie de limitaciones entre las que se pueden destacar su complejidad y longitud excesiva. Limitaciones que han llevado a la elaboración de un formato abreviado (Melzack, 1987) de 15 adjetivos que resulta más fácilmente aplicable en el ámbito clínico. Incluso, una vez confirmado empíricamente (Dubuisson y Melzack, 1976) que existe una relación entre el tipo de diagnóstico y los descriptores seleccionados, se han diseñado escalas con adjetivos específicos para diferentes categorías de dolor (e.g., *Escala de Clasificación del Dolor de Espalda* de Leavitt, 1983; *Escala de Dolor de Cabeza* de Hunter, 1983; *Escala de Dolor Facial* de Melzack, Terrence, Fromm y Amsel, 1986).

El *West Haven-Yale Multidimensional Inventory* ha sido elaborado por Kerns, Turk y Rudy (1985). Los autores, partiendo de una perspectiva cognitivo-conductual del dolor, pretenden evaluar el impacto que el dolor ejerce en la vida del paciente. Más concretamente, este instrumento de 52 ítems se divide en tres secciones que abarcan el estudio de: a) la severidad del dolor y sufrimiento

y el impacto que ejerce sobre las relaciones familiares, trabajo y apoyo social, b) la percepción del comportamiento de los otros ante su conducta de dolor y c) la frecuencia de involucración en actividades cotidianas. En suma, este instrumento concede especial importancia a las variables psicosociales del dolor y aunque no cuantifica directamente el dolor, sino sus efectos, está siendo aplicado con éxito en la actualidad (Ferrer, Gonzalez y Manassero, 1993; Turk y Rudy, 1987).

3.2.2.2. *Escalas de variables psicológicas relacionadas con el dolor*

Estas escalas pretenden evaluar el “status” psicológico del paciente con dolor a partir del examen de distintas variables (conductuales, cognitivas y emocionales) que, como se ha indicado en apartados previos, la literatura vincula directamente a la experiencia de dolor.

3.2.2.2.1. Escalas de evaluación de variables conductuales

- CONDUCTA DE DOLOR

El concepto de conducta de dolor aparece como central en la evaluación del paciente con dolor crónico ya que, sin lugar a dudas, el clínico es consciente de la importancia que puede adquirir el comportamiento que adopte el sujeto ante esta situación. En este sentido, los investigadores se han hecho eco de la necesidad de diseñar instrumentos que midieran estas conductas; se trataba tanto de conocer el nivel de alteración conductual que conlleva el padecer dolor crónico como de delimitar el papel funcional que ejercen tales conductas en el mantenimiento del dolor. A continuación se describe brevemente la génesis, desarrollo y características de los autoinformes de conducta de dolor que han gozado de una mayor popularidad en los últimos tiempos.

El *Cuestionario de Conducta de Dolor para las Cefaleas*, elaborado por Philips y Hunter en 1981. Estos autores, conscientes de la carencia de instrumentos que evalúen las conductas de dolor y de la importancia que tienen éstas en el mantenimiento del mismo, orientan sus esfuerzos, en un primer momento, a la evaluación de un trastorno concreto: el dolor de cabeza tensional. A este respecto, apuntan que en este tipo de pacientes era el consumo de medicación, y no las reacciones conductuales ante el dolor, el foco de atención. Para paliar esta situación diseñan un cuestionario (*Cuestionario de Conducta de Dolor para las Cefaleas*) de 19 ítems que incluye un amplio abanico de conductas (quejas verbales, quejas no verbales, y evitación).

Posteriormente, y a partir de este cuestionario y del *Cuestionario de Conducta de Dolor de Espalda* de Zarkowska (1981), Philips y Jahanshahi

(1986) diseñan el *Cuestionario de Conducta de Dolor*. Este cuestionario está compuesto por 49 ítems que recogen tres dimensiones conductuales del dolor: evitación (e.g., evitar estar de pie o caminar, evitar situaciones sociales, etc.), quejas verbales y no verbales (e.g., llorar, gritar, cambios de postura, etc.), y búsqueda de alivio (e.g., tomar medicación, ponerse paños fríos sobre la cabeza, etc.).

Más recientemente, Kerns y cols. (1991) elaboran un autoinforme de 17 ítems, *The Pain Behavior List*, que mide la frecuencia de un amplio rango de conductas consideradas como manifestaciones observables y cuantificables de la experiencia de dolor. El diseño de este instrumento se realiza a partir de una modificación de la lista de conductas de dolor propuestas por Turk, Wack y Kerns (1985) y considerando los diferentes tipos de conductas de dolor establecidos en la literatura. De este modo se obtienen cuatro subescalas denominadas: ambulación distorsionada (e.g., “moverse más despacio”), distress afectivo (e.g., “estar más irritado”), expresiones vocales/faciales (e.g., “muecas”) y búsqueda de ayuda (e.g., “pedir ayuda a alguien para aliviar el dolor”), que confirman la conceptualización multifactorial del constructo de conducta de dolor.

• NIVEL DISFUNCIONAL DEL DOLOR

Otro aspecto a analizar en el campo del dolor crónico se refiere al efecto que éste puede ejercer en la actividad cotidiana del paciente. Evidentemente, el dolor persistente presenta un impacto negativo significativo en la vida de quién lo padece; por ejemplo, como indica Chapman y Syrjala (1990) en relación a los sujetos con dolor de espalda, horas de descanso en la cama, restricciones en la actividad social y recreativa, distress emocional, dificultades para mantener su empleo son, entre otras muchas, características asociadas al dolor. El conocimiento del nivel disfuncional del dolor proporcionará al clínico una comprensión del alcance real del problema en la vida cotidiana del paciente y, en definitiva, posibilitará diseñar de forma más real y eficaz los programas de tratamiento.

Un instrumento realmente útil para medir estas dimensiones comportamentales es el *Perfil del Impacto de la Enfermedad —Sickness Impact Profile—* construido por Bergner, Bobbitt, Carter y Gilson (1981). Esta escala de 136 ítems refleja el nivel de disfunción articulado en torno a tres ámbitos: físico, psicosocial y general. Más concretamente estas dimensiones cubren 12 áreas en las que se pueden presentar conductas disfuncionales: deambulación, movilidad, cuidados del cuerpo y movimientos, interacción social, comunicación,

conducta de vigilancia, conducta emocional, descanso y sueño, comida, trabajo, manejo del hogar y tiempo libre o pasatiempos. En la actualidad este instrumento es comúnmente aplicado a diferentes tipos de dolor crónico (Jensen y cols., 1994; Philips, 1991) y, además, ha mostrado su utilidad en la detección de cambios pre-postratamiento en pacientes con dolor de espalda (Follick, Smith y Ahern, 1985).

3.2.2.2. Escalas de evaluación de variables cognitivas

El auge que han experimentado los planteamientos cognitivos en la explicación del comportamiento humano (Lazarus, 1984) así como la aceptación del dolor como un fenómeno complejo y subjetivo, ha fortalecido considerablemente la relevancia explicativa de diferentes variables (e.g., creencias, expectativas, autoeficacia, lugar de control, afrontamiento) en la evaluación del paciente con dolor crónico. Además, su importancia se acentúa si tenemos en cuenta, tal y como han señalado Turk y Rudy (1992), que la actividad cognitiva contribuye a la exacerbación, atenuación o mantenimiento del dolor, de la conducta de dolor, del estado emocional, y del nivel de ajuste.

• CREENCIAS ANTE EL DOLOR

Otro de los determinantes que ha atraído poderosamente el interés de los estudiosos de este área, y que aparece incardinado en el contexto de las variables cognitivas, son las creencias. La importancia de esta variable radica en su presumible influencia sobre el control y la habilidad del paciente para afrontar su dolor, lo que, sin duda, avanzará las pautas para la elección de las estrategias interventivas más adecuadas y explicará el nivel de cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Estas consideraciones han guiado la elaboración de distintos cuestionarios entre los que cabe reseñar: la *Survey of Pain Attitudes* (SOPA) de Jensen, Karoly y Huger (1987), el *Pain Beliefs and Perceptions Inventory* (PBPI) de Williams y Thorn (1989) y el *Pain Beliefs Questionnaire* (PBQ) de Edwards y cols. (1992).

Especialmente sugerente por su contenido y con un alto valor heurístico es el *Pain Beliefs and Perceptions Inventory* (PBPI). En un primer momento, los autores utilizando este instrumento han aislado tres dimensiones: 1) tiempo (la creencia de que el dolor es y será un aspecto duradero en la vida de quien lo sufre), 2) misterio (la creencia de que el dolor es un misterio y un fenómeno poco conocido) y 3) autoculpa (la creencia de que el dolor es causado o mantenido por el paciente). Sin embargo, más recientemente al explorar la estructura factorial de este instrumento con estudios transculturales —población aus-

traliana que sufría dolor de espalda crónico (Strong y cols., 1992), pacientes alemanes de una clínica de dolor (Herda y cols., 1994) y pacientes americanos con dolor crónico (Williams, Robinson y Geisser, 1994)— aparece un cuarto factor: constancia del dolor. De la utilización de esta nueva versión de la escala se han podido derivar importantes implicaciones clínicas: 1) los pacientes que creen que su dolor es una condición perdurable muestran un menor cumplimiento en tratamientos físicos y conductuales (Williams y Thorn 1989), y 2) aquellos sujetos que se caracterizan por creer que el dolor es perdurable y misterioso utilizan menos estrategias de afrontamiento cognitivo y más pensamientos de tipo catastrófico, y valoran dichas estrategias de afrontamiento como menos eficaces para controlar y disminuir su dolor cuando se les comparan con pacientes que consideran su dolor como comprensible y de corta duración (Williams y Keefe, 1991).

• AUTOEFICACIA

A partir de los planteamientos de la Teoría de Autoeficacia de Bandura (1977), diferentes autores han investigado la posible relación entre este constructo y la percepción y manejo del dolor (Dolce, 1987). Así, en general, se asume que las expectativas de autoeficacia, definidas como “la convicción personal de que uno puede llevar a cabo eficazmente ciertas conductas ante una situación dada”, ejercen una influencia fundamental sobre el control del dolor y sus consecuencias (Bandura 1977, 1986). Más concretamente, aquellas personas que se perciben como altamente autoeficaces ante su dolor se involucran en mayor medida en conductas de afrontamiento adaptativas y persisten en su ejecución, ya que el éxito está anticipado; por el contrario, aquellas personas que se definen como ineficaces no llevarán a cabo ningún esfuerzo para afrontar su dolor. Partiendo de estas consideraciones, diferentes investigaciones apoyan el papel mediador de la autoeficacia en la potencia analgésica de distintas aproximaciones terapéuticas psicológicas (Reese, 1983), su utilidad como predictor de los resultados terapéuticos (Kores y cols., 1990), y su efecto positivo en el control del dolor después de intervenciones conductuales y/o cognitivo-conductuales (Castro-Bolaño y Saldaña, 1994; Dolce y cols., 1986).

Para evaluar este constructo se han desarrollado distintas escalas, de las cuales hemos seleccionado tres que ejemplifican perfectamente, este tipo de instrumentos. La primera, es la *Scale Arthritis Self-Efficacy* de Lorig y cols. (1989) y consta de tres dimensiones: autoeficacia del funcionamiento físico, autoeficacia del control del dolor y autoeficacia de control de otros síntomas de la enfermedad. Otra escala es la denominada *Headache Self-Efficacy Scale* elaborada

por Holroyd y cols. (1984) que mide la creencia que los sujetos con dolor de cabeza tienen acerca de su capacidad de prevenir o controlar su dolor ante una lista de 29 situaciones que comúnmente están asociadas a la aparición de las cefaleas. Por último, la *Escala de Autoeficacia* de Kores y cols. (1990) evalúa la confianza de los pacientes en su habilidad para realizar distintos tipos de actividades, tales como: a) distancia caminada, b) habilidad para levantarse c) afrontamiento ante el dolor, d) posibilidad de trabajar y e) involucración familiar y vocacional.

• LUGAR DE CONTROL

Al igual que la autoeficacia, la atribución de control del dolor presenta una relevancia crucial en la experiencia de dolor crónico. En este sentido, es un hecho ampliamente aceptado por la comunidad científica que los pacientes con dolor crónico con lugar de control interno (es decir aquellos que creen que su conducta puede afectar decisivamente el curso de su dolor) desarrollan y utilizan estrategias de afrontamiento activas para tolerar o reducir su dolor (Crisson y Keefe, 1988; Sternbach, 1986) e informan, en consecuencia, de menores niveles de dolor (Toomey y cols., 1991); por el contrario, aquellos sujetos que consideran que el alivio de su dolor está bajo el control de los demás, o incluso de la suerte o el azar, no sólo adoptan una actitud más pasiva ante su problema sino que también experimentan más distress emocional (Crisson y Keefe, 1988; Skevington, 1983).

En relación a este constructo, todos los instrumentos de medida se han desarrollado a partir del *Multidimensional Health Locus of Control Scales* de Wallston, Wallston y DeVellis (1978) y consideran 3 dimensiones de atribución del control del dolor: lugar de control interno, externo y azar. A este respecto, se han seleccionado dos escalas: 1) *Lugar de Control de Crisson y Keefe* (1988) que consta de 16 ítems y ha sido aplicada exitosamente a pacientes con distintos tipos de dolor crónico, y 2) *Headache-Specific Locus of Control Scale* de Martin, Holroyd y Penzien (1990), con 36 ítems (12 para cada dimensión), elaborada exclusivamente para pacientes con cefaleas y que muestra propiedades psicométricas altamente satisfactorias (VandeCreekin y O'Donnell, 1992).

• PENSAMIENTOS ANTE EL DOLOR

A pesar del gran interés que ha generado el componente cognitivo del dolor crónico por sus importantes efectos sobre el dolor, no existe contrastada evidencia empírica acerca de cuáles son las características de los pensamientos ante el dolor. A este respecto, algunos autores han llamado la atención acerca

de la conveniencia de estudiar la diversidad de pensamientos y sentimientos provocados por la experiencia de dolor (Philips., 1989, 1991). Desde esta perspectiva, la *Escala de Evaluación Cognitiva* de Bakal (1982) ha constituido un instrumento capital para identificar los antecedentes y correlatos cognitivos del dolor crónico; está formada por 48 ítems que incluyen pensamientos y sentimientos que un paciente puede generar ante un episodio de dolor. Esta escala ha sido desarrollada inicialmente para ser aplicada únicamente en pacientes con cefaleas, pero en la actualidad está siendo utilizada con éxito en pacientes con otras patologías de dolor crónico. A partir de este instrumento Philips (1989) confirma, con una muestra de 127 sujetos con dolor crónico, la existencia de 7 factores distintos: a) afrontamiento positivo (“Intento relajarme para poder controlar este dolor”, b) deseo de retirarse o aislarse (“Me gustaría tener tiempo para acostarme y descansar”), c) decepción o desilusión con uno mismo (“Me enfado conmigo mismo por tener de nuevo dolor”), d) rumiación (“Me pregunto como sería mi vida sin este dolor”), e) indefensión (“Me pregunto, ¿Por qué a mí?, ¿por qué siento este dolor?”), f) efecto del dolor (“Es difícil trabajar con este dolor”) y g) reacción emocional (“Estoy deprimido por tener de nuevo dolor”).

La relevancia de los pensamientos adoptados por los pacientes con dolor también se ha puesto de manifiesto en los estudios de Boston, Pearce y Richardson, (1990), Flork y Turk (1988) y Vlaeyen y cols. (1990). Los resultados obtenidos confirman, por ejemplo, correlaciones positivas entre pensamientos de desamparo y nivel de dolor y, además, el distress emocional y la conducta de dolor aparecen asociados positivamente con los pensamientos negativos.

• ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

En la actualidad, los modelos de estrés y afrontamiento están siendo satisfactoriamente utilizados para explicar las diferencias en los niveles de ajuste entre los pacientes con dolor crónico (Jensen y cols., 1991). Desde esta perspectiva, el dolor es considerado como un importante agente estresor que es necesario afrontar eficazmente para, en la medida de lo posible, minimizar dicha experiencia.

La mayoría de las investigaciones con pacientes con dolor crónico que se han vertebrado en torno a este constructo han utilizado uno de los siguientes instrumentos: *Coping Strategies Questionnaire* de Rosenstiel y Keefe, 1983 y *Vanderbilt Pain Management Inventory* de Brown y Nicassio, 1987. Así, y en un intento de especificar qué miden estos instrumentos, destacar que con el *Coping Strategies Questionnaire* se evalúa la utilización y eficacia de 6 tipos de

estrategias de afrontamiento (diversión-atención, reinterpretación de las sensaciones, utilización de auto-verbalizaciones, ignorar las sensaciones de dolor, rezar, catastrofismo e incremento en la actividad) y con el Vanderbilt Pain Management Inventory se registra la utilización de estrategias activas (e.g., ejercicio, actividad) o pasivas (e.g., descansar, tomar medicación) ante el dolor. No obstante, en ocasiones, también se han utilizado otros cuestionarios inicialmente contruidos para evaluar el estrés (Ways of Coping Cheklist de Folkman y Lazarus, 1980, Coping Strategies Inventory de Tobin, Holroyd y Reynolds, 1984), pero aplicados por algunos autores al campo del dolor. El propósito de estos instrumentos es averiguar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los sujetos ante situaciones de estrés (dolor en el caso que nos ocupa).

3.2.2.2.3. Escalas de evaluación de variables afectivas

• DEPRESIÓN

Es un hecho comúnmente asumido que los pacientes con dolor crónico muestran una alta incidencia de síntomas depresivos (Dworkin y Gitlin, 1991; Magni y cols., 1990; Romano y Turner, 1985; Rudy, Kerns y Turk, 1988). Asimismo, se ha documentado una clara vinculación entre depresión y altos niveles de dolor autoinformado y conducta de dolor (Haythornthwaite, Sieber y Kerns, 1991) así como con bajos niveles de actividad física y funcionamiento social (Keefe y cols., 1986) e, incluso, se ha puesto de manifiesto que en aquellos pacientes que presentan altos niveles de depresión el tratamiento funciona peor (Blanchard y cols., 1982; Kerns y Haythornthwaite, 1988). De todos modos, a pesar de que la depresión se ha considerado frecuentemente como un concomitante del dolor crónico, en la actualidad no existe una evidencia precisa de la naturaleza y alcance de dicha relación.

En un intento de profundizar en esta relación, los investigadores han seleccionado diferentes instrumentos siendo los más conocidos: el *Beck Depresión Inventory-BDI-* (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) y el *Zung Self-Rating Depression Scale* (Zung, 1965). Ambas escalas se centran en la estimación autovalorada de la gravedad de la sintomatología depresiva y han demostrado su utilidad en el campo del dolor. En concreto, el BDI aparece como el más empleado, y consta de 21 ítems que describen diferentes manifestaciones de la depresión, pero con especial énfasis en la sintomatología cognitiva. Además, este inventario ha puesto de relieve la existencia de relación positiva entre la depresión y los siguientes aspectos: intensidad del dolor, conducta manifiesta de dolor, nivel de actividad, y consumo de medicación.

• ANSIEDAD

Al igual que la depresión, la ansiedad ha sido considerada como una variable afectiva vinculada al dolor (Krishman y cols., 1985; Schalling, 1987), aunque la evidencia empírica arroja a este respecto resultados contradictorios (Absi y Rokke, 1991; Arntz, Dressen y De Jong, 1994). El instrumento más utilizado para la medición de este aspecto ha sido el *State-Trait Anxiety Inventory* de Spielberg (1983), que permite evaluar la ansiedad como estado y como rasgo. Consta de dos escalas cada una de ellas formada por 20 ítems. Se ha evidenciado, a partir de la aplicación de esta medida en pacientes con dolor crónico, que la ansiedad correlaciona positivamente tanto con la intensidad del dolor (Marbach y Lund, 1981) como con su cronicidad (Garron y Leavitt, 1983).

3.2.2.2.4. Otras escalas

Las características de la personalidad de los pacientes con dolor crónico han constituido un importante objeto de estudio en el campo de la algología. En especial, el interés en identificar tipos o perfiles específicos de sujetos con dolor ha guiado y potenciado la realización de estudios que apoyan como instrumento de medida los autoinformes de personalidad. A este respecto, el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI), ha sido una de las escalas más ampliamente utilizada (Keller y Butcher, 1991; Deandorff, Chino y Scott, 1993; Love y Peck, 1987; Sternbach, 1974) y ha servido para confirmar la existencia de puntuaciones elevadas en la llamada “tríada neurótica” (hipocondría, depresión e histeria) de los sujetos con dolor crónico (Sternbach, 1974). A pesar de la gran cantidad de investigación que ha generado este instrumento, en la última década ha sido seriamente cuestionado (e.g., Wade y cols., 1992; Watson, 1982) y ha llevado a plantear la búsqueda de alternativas evaluativas más parsimoniosas. En este sentido, en la actualidad el *Symptom Checklist 90 de Derogatis*, (1977) aparece como un autoinforme que, debido a su tamaño (90 ítems) y a su estructura (9 dimensiones psicológicas relacionadas con el dolor crónico), es considerado como especialmente idóneo para evaluar este tipo de pacientes (Baumstark y cols., 1993; DeGood y cols., 1993; Wilson y cols., 1994); además, está siendo aplicado con éxito al permitir diferenciar entre distintos grupos de pacientes con dolor crónico (Castro-Bolaño y cols., 1993; Jamison, Roch y Parris, 1988; Otero-López y cols., 1994; Schwartz y DeGood, 1983) y al contribuir a predecir el nivel de eficacia de un procedimiento médico en el alivio del dolor —analgésia espinal— (Castro-Bolaño y cols., 1994).

3.2.3. Autorregistros

Un método psicológico frecuentemente considerado en el campo de la algología para obtener medidas cuantitativas del dolor, y de los aspectos relacionados, es el autorregistro diario. En general, este instrumento permite al paciente registrar, de un modo continuado, aspectos tales como: frecuencia de aparición del dolor, duración de los distintos episodios, intensidad, localización, tipo y cantidad de fármacos ingeridos para combatir el dolor, y actividades cotidianas realizadas. Las ventajas más sobresalientes de este tipo de medida son: a) es más objetivo y fiable que los autoinformes globales de la actividad de dolor, b) refleja adecuadamente los patrones de evolución del dolor en distintos momentos temporales (pretratamiento, tratamiento y seguimientos), lo que posibilitará, en definitiva, verificar el éxito o fracaso de la intervención, c) permite al profesional y al paciente conocer la incidencia real del problema, y d) es fácil y sencillo de cumplimentar por el paciente.

El primer modelo de *Autorregistro Diario de Dolor* fue el diseñado por Budzynski y cols. (1973) para pacientes con dolor de cabeza tensional, en el que se le pedía a los sujetos que registraran su dolor cada hora a lo largo del día. Posteriormente, han sido múltiples y variadas las modificaciones que a este tipo de medida han realizado distintos autores, diferenciándose básicamente en el intervalo de tiempo en el cual deben cumplimentarse. Así, mientras Bakal (1982) solicita a los pacientes que efectúen los registros cada dos horas, otros (e.g., Blanchard y Andrasik, 1989; Tobin y cols., 1988) recomiendan que sólo se realice el registro 4 veces al día.

En la línea de los instrumentos más recientes (e.g., Haynes y cols., 1975, Philips, 1991, Saldaña, 1982), y en un afán integrador de las distintas perspectivas, nuestro equipo de investigación ha diseñado un formato de *Autorregistro Diario de Dolor y de Actividades Relacionadas* que está siendo aplicado en el ámbito de la Unidad de Dolor del Hospital General de Galicia. En concreto, se registra el nivel de dolor durante las 24 horas del día, utilizando una escala de intensidad de 6 puntos, posibilitando de este modo la obtención de los siguientes índices de dolor: frecuencia, intensidad y duración del dolor. Además, con esta ficha diaria se valora el nivel de consumo de medicación, lo que refleja tanto el grado de adherencia al tratamiento médico prescrito como su eficacia, aspectos que son de interés capital a la hora de valorar y planificar el tipo de aproximación terapéutica analgésica más adecuada a cada caso (McCaffery y Beebe, 1992).

Paralelamente, y a partir de la fuerza con que los planteamientos cognitivo-conductuales han emergido en el campo del dolor (Turk, Meichenbaum y

Genest, 1983; Turk y Rudy, 1992), no han faltado quienes (e.g., Newton y Brabaree, 1987; Villamarín, 1987) han planteado la idoneidad de considerar (en definitiva, evaluar) los factores *situacionales, cognitivos y afectivos* relacionados con la experiencia de dolor. A este respecto, los autorregistros deben contemplar, entre otros, aspectos tales como: qué situaciones inician y/o incrementan el dolor, qué piensa y siente el paciente ante el episodio de dolor, qué hace o que estrategias utiliza ante dicha experiencia.

Por último, señalar que también se han desarrollado autorregistros diarios que se centran en las *conductas de dolor* de los pacientes crónicos. El paciente debe registrar el tipo y número de veces que realiza determinadas conductas (e.g., estar de pie, andar, hacer ejercicios). Un buen ejemplo lo constituye el *Autorregistro Diario de Actividad* elaborado por Fordyce (1976) en el que el paciente debe registrar cada hora: la actividad realizada y el tiempo invertido en la misma, la posición adoptada (acostado, sentado, de pie, andando), la intensidad del dolor en una escala de 10 puntos, y el tipo y dosis de medicamentos consumidos. Este diario, con algunas modificaciones (categorización de las posiciones adoptadas en: sentado, paseando y de pie y tumbado y escala de intensidad de 5 puntos), también ha sido utilizado en pacientes con un tipo de dolor concreto, cefaleas de tensión, resultando igualmente válido (Saldaña, 1982). Asimismo, a partir del indicador de actividad de Fordyce, Penzo (1989) diseña una *Hoja de Registro del Indicador del Patrón de Actividad* (de cumplimentación diaria) y que recoge un amplio rango de actividades cotidianas (41 tipos) que el paciente debe señalar si las ha realizado o no. Conscientes de la utilidad de este tipo de registro nuestro equipo ha diseñado asimismo un *Autorregistro de Actividad y Ejercicio* para evaluar estos aspectos en los pacientes que acuden a la Unidad de Dolor; se ha procurado que fuera sencillo dado el importante deterioro psico-físico que presentan algunos pacientes. El sujeto tiene que indicar el tipo de actividades, los ejercicios que realiza por la mañana y tarde-noche, y el tiempo de realización, obteniéndose de este modo una estimación cualitativa (tipo de actividad) y cuantitativa (tiempo invertido) del nivel de actividad general. Este instrumento se ha mostrado útil a nivel clínico al establecer comparaciones pre-post tratamiento psicológico en pacientes que mostraban bajos niveles de actividad laboral, social y lúdica (Castro-Bolaño y cols., 1993; López-Guerrero y cols., 1992).

4. ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO PSICOLÓGICO EN EL DOLOR CRÓNICO

Desde una perspectiva histórica el campo del dolor crónico, al igual que otros ámbitos aplicados de la psicología clínica, se ha caracterizado por un conocido, y en ocasiones aplaudido, divorcio entre la teoría y la práctica. Así, mientras desde planteamientos académicos, postulados teóricos, modelos explicativos se pretendían clarificar los aspectos conceptuales y taxonómicos, para los clínicos el tratamiento era el verdadero protagonista. En la actualidad, afortunadamente parece existir un consenso unánime entre los distintos profesionales acerca de la necesidad de aunar dichas perspectivas, ya que las intervenciones sólo podrán ser eficaces si están precedidas de una rigurosa evaluación, fundamentada a su vez, en la “solidez” conceptual. Bajo esta dialéctica la búsqueda de alternativas de control del dolor aparece como una más de las tareas que es necesario acometer (Otero-López, Castro-Bolaño y Saldaña, 1996b).

No obstante, en otro orden de cosas parece oportuno recordar que la psicología ha estado, durante muchos años, desplazada de este campo de estudio; solo a partir de la aparición de los modelos multidimensionales del dolor y de la constatación de que en los tratamientos médicos no se encontraban todas las respuestas a este tipo de patología, la psicología entró a formar parte del amplio “arsenal terapéutico” de la algología. Circunstancia que ha contribuido decisivamente al auge de los planteamientos interdisciplinares.

Por último, reseñar que desde una perspectiva psicológica han proliferado distintos abordajes terapéuticos para el control del dolor, lo que según Chapman (1990) no es sino el reflejo de la complejidad y variabilidad de los problemas de dolor. Así, entre los principales métodos psicológicos que han sido utilizados para el alivio del dolor podemos destacar: a) las técnicas de relajación, b) el entrenamiento en biofeedback, c) las técnicas de condicionamiento operante y d) las técnicas cognitivo-conductuales.

4.1. Técnicas de relajación

El entrenamiento en relajación aplicado al campo del dolor parte de su utilidad para controlar o modificar las respuestas fisiológicas subyacentes a la producción del dolor, en especial el nivel de tensión muscular y el nivel de activación del sistema nervioso simpático. A este respecto, tres han sido las variantes más sobresalientes:

a) *El entrenamiento autógeno* (Schultz, 1980). Este tipo de relajación se logra con una actitud de concentración pasiva, realizando una serie de ejercicios consistentes en repetir mentalmente frases autógenas que implican sensación de pesadez (relajación muscular), sensación de calor (relajación vascular), normalización de la actividad cardíaca, regulación de la respiración, regulación de la región abdominal y regulación del flujo sanguíneo de la cabeza.

b) *La relajación pasiva* de Benson (1977) es la forma de meditación más empleada por su brevedad y simplicidad e implica el mantener una actitud pasiva y un alto nivel de concentración en una palabra o sonido.

c) *El entrenamiento en relajación progresiva* está basado en el procedimiento original de Jacobson (1938) y fue abreviado posteriormente por Wolpe y Lazarus (1966). Más recientemente, Bernstein y Borkovec (1983) han desarrollado un entrenamiento en relajación a partir de la modificación del de Jacobson. Esta modalidad consiste en identificar la tensión en los músculos y distinguir entre la sensación de tensión y relajación profunda mediante ejercicios de tensión-aflojamiento. Además para alcanzar mayor dominio de la técnica, se pueden incluir ejercicios que emplean técnicas tales como la evocación o recuerdo, la relajación diferencial y la relajación condicionada o controlada por señal.

Los diferentes estudios que han proporcionado entrenamiento en relajación a sujetos con dolor crónico han confirmado que en estos pacientes disminuye sensiblemente la percepción del dolor (Nouwen y Solinger, 1979; Turner, 1982; Flor y cols., 1986) y el distress emocional (Turner, 1982; Flor y cols., 1986) mientras que la actividad aumenta significativamente (Turner, 1982; Flor y cols., 1986).

4.2. Técnicas de Biofeedback

El biofeedback es un procedimiento que a partir de instrumentos electrónicos proporciona al sujeto señales inmediatas y continuas de sus procesos fisiológicos, de los que dicho sujeto no es habitualmente consciente y por lo tanto no podría reconocer de otra manera. Esta información es utilizada por el paciente para aprender a controlar voluntariamente las funciones fisiológicas entrenadas. De los diferentes tipos de entrenamiento en biofeedback, cuatro son característicos del campo del dolor: biofeedback de la actividad de las ondas cerebrales alfa, biofeedback de temperatura, biofeedback de flujo sanguíneo y biofeedback electromiográfico.

Desde los primeros trabajos que evaluaron la eficacia de estas estrategias terapéuticas hasta la actualidad, se han publicado una gran cantidad de estudios, que han sido analizados en importantes revisiones como las de Blanchard y cols. (1980), Holroyd y Penzien (1986) y Turner y Chapman (1982). En general, y a pesar del entusiasmo inicial en la aplicación del biofeedback, se han puesto de relieve serias críticas tanto a nivel conceptual como metodológico y, además, no se ha comprobado su superioridad frente a otras técnicas menos costosas e instrumentales como el entrenamiento en relajación.

4.3. Técnicas de condicionamiento operante

La aplicación de los principios del condicionamiento operante al tratamiento del dolor se ha plasmado, inicialmente, en los trabajos de Fordyce (1976). A nivel general, estas técnicas se basan en la consideración de las conductas de dolor observables (quejas verbales y no verbales, actividad física, consumo de medicación, etc.) que son reforzadas por familiares, amigos y personal sanitario. Su efecto terapéutico se centra en potenciar la posibilidad de disminuir este tipo de comportamientos e incrementar otros más adaptativos ejerciendo control sobre los refuerzos proporcionados. A pesar de que los resultados obtenidos a partir de la puesta en marcha de procedimientos operantes muestran considerables aumentos en el nivel de actividad y disminuciones en el consumo de medicación de pacientes hospitalizados, algunos autores (Geiger y cols., 1992; Melzack, 1991) advierten de la falta de estudios controlados que comparen este tipo de técnicas con otras modalidades terapéuticas.

4.4. Técnicas cognitivo-conductuales

La idea terapéutica que sustenta el empleo de modalidades terapéuticas como el biofeedback y la relajación radica en que una reducción de los niveles de las respuestas fisiológicas implicadas actúa sobre la disminución o eliminación del dolor (e.g.: la tensión muscular en la cefalea de tensión). No obstante, algunos teóricos apuntan como elementos responsables del cambio no tanto a estas variables sino a la influencia de otras de corte cognitivo (e.g. Villamarín, 1987). Este planteamiento es el que ha puesto de manifiesto la necesidad de buscar nuevos abordajes terapéuticos del dolor crónico. Necesidad que, además, se ha confirmado a raíz de las siguientes consideraciones: a) La aplicación del entrenamiento en biofeedback y relajación presenta un amplio rango de mejoría, lo que indica que este tipo de modalidades terapéuticas no resulta igualmente eficaz para todos los pacientes con dolor, b) La presencia de altera-

ciones psicológicas (depresión, ansiedad, estrés, etc.) en el paciente con dolor crónico puede reducir la eficacia del entrenamiento en biofeedback y relajación, y c) Partiendo de la consideración de que el dolor es una experiencia integrada por distintos componentes (cognitivos, fisiológicos, emocionales y conductuales), la aplicación de tratamientos multimodales que incidan en cada uno de dichos factores será más útil que cualquier procedimiento aislado (Turk, Meichenbaum y Genest, 1983).

Todos los aspectos señalados parecen justificar, satisfactoriamente, la apuesta decidida por tratamientos cognitivo-conductuales para el dolor crónico. En este sentido, la premisa fundamental de la que parte esta aproximación terapéutica se centra en el papel preponderante de los procesos cognitivos en la determinación de los sentimientos y la conducta. Por lo tanto, la inclusión de técnicas cognitivo-conductuales implica el enseñar al paciente a identificar la relación entre pensamientos, sentimientos y conducta y asimismo proporcionarle estrategias, de diferente índole, para afrontar adecuadamente su problema de dolor.

Además, teniendo en cuenta la caracterización general de este tipo de intervención psicológica, su adecuación en el campo del dolor se pone claramente de manifiesto al tener en cuenta, tal y como señalan Turner y Romano (1990) que *“el aprendizaje de nuevas respuestas cognitivas y conductuales ante el dolor y estrés puede proporcionar al individuo una percepción de control sobre su dolor y disminuir las emociones, pensamientos y valoraciones negativas ante el mismo”* (p. 1711). En definitiva, las estrategias cognitivo-conductuales no sólo posibilitan o facilitan la reducción del nivel de dolor sino que también inciden en el sufrimiento asociado y en la conducta manifiesta de dolor.

En la actualidad, a raíz de los resultados obtenidos con la implementación de programas multicomponentes a diferentes tipos de dolor crónico (e.g.: Altmaier y cols., 1992; Castro-Bolaño, 1990; Bakal y cols., 1981; Nicholas y cols., 1991; Newton y Barbaree, 1987; Turner, 1982) se muestra una clara tendencia terapéutica hacia este tipo de aproximaciones (Turk, Meichenbaum y Genest, 1983; Vallejo y Comeche, 1994) confirmándose, de este modo, un futuro prometedor para los programas de corte cognitivo-conductual.

5. PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL

5.1. Aspectos generales

El presentar una propuesta de tratamiento del dolor crónico, implica necesariamente el explicitar, en primer lugar, cuál es el marco teórico que la sustenta. En concreto, debido al enorme auge que ha experimentado la perspectiva cognitivo-conductual acerca del funcionamiento humano y de la adecuación de su aplicación al caso concreto del dolor crónico (Turk, Holzman y Kerns, 1986), el programa de intervención que vamos a exponer a continuación asume los presupuestos inherentes de esta perspectiva; esto es: a) los individuos son procesadores “*activos*” de lo que les ocurre y b) las cogniciones, sentimientos, conductas y el ambiente social están, en cierta medida, causalmente relacionadas.

A partir de estas consideraciones es necesario tener presente que el diseño y posterior implementación de un tratamiento cognitivo-conductual en el dolor crónico se fundamenta en: a) el reconocimiento de la importante influencia que las cogniciones ejercen sobre las emociones y las conductas del paciente, b) la creencia de que los pensamientos, emociones y conductas desadaptativas ante el dolor están sujetas a cambios, y c) la asunción de que el aprendizaje y aplicación de determinadas técnicas por parte del paciente pueden incidir positivamente en su estilo de afrontamiento al dolor. Además, es necesario destacar que desde estas aproximaciones terapéuticas se concede especial importancia a la cooperación entre terapeuta y paciente: el terapeuta actúa como un instigador del cambio y al paciente se le implica y responsabiliza en este proceso. Más concretamente, y aunque el terapeuta, puede motivar al paciente a modificar determinados comportamientos, proporcionar técnicas para facilitar el cambio y apoyar y reforzar los logros alcanzados (Kanfer, 1987), el paciente se debe involucrar activamente en el manejo de su problema de dolor.

5.2. Delimitación del esquema de tratamiento

El programa de tratamiento que proponemos apoya la utilización de diferentes técnicas conductuales y cognitivas y ha sido especialmente diseñado para facilitar su puesta en marcha con pacientes que presentan diferentes tipos de dolor crónico que acuden a unidades de dolor en ámbitos hospitalarios. En la actualidad, este modelo de intervención psicológica está siendo aplicado con éxito en la Unidad de Dolor del Hospital General de Galicia. En la Figura 6 se presenta el esquema de este programa, especificándose cuáles son sus principa-

Fig. 6. Propuesta de programa de tratamiento cognitivo-conductual para el dolor crónico

S	OBJETIVOS	TÉCNICAS
1	Conceptualización dolor Explicación contenido tratamiento Entrenamiento en relajación muscular Respiración profunda Motivar actividad Explicar familia importancia refuerzo	Relajación muscular (18 grupos) Ejercicios respiración Planificación actividades Técnicas operantes familia
2	Abreviar relajación muscular Enseñar desviar atención dolor Elaborar imágenes relajantes Fomentar refuerzo familiar	Relajación muscular abreviada (6 grupos) Técnicas de desviación de la atención Técnicas de imaginación
3	Conseguir relajación mental Iniciar ejercicios	Relajación por recuerdo Entrenamiento frases autógenas Tabla de ejercicios específicos
4	Lograr condicionamiento por señal Reconocer signos de tensión-situación Mantenimiento actividad y ejercicios	Relajación suscitada por señal Técnicas de reconocimiento
5	Profundizar en la relación: Tensión-dolor Ansiedad, ira, irritabilidad-dolor Aplicación relajación a situaciones de estrés	Desensibilización al dolor Desensibilización situacional
6	Reconocer relación entre: Pensamiento-emoción-conducta identificar pensamientos negativos y categorizarlos	Reestructuración cognitiva
7	Buscar pensamientos positivos alternativos	Reestructuración cognitiva
8	Afrontar situaciones de estrés e intentar resolverlas	Resolución de problemas
9	Elaborar autoinstrucciones positivas para afrontar situaciones de estrés-dolor	Entrenamiento en autoinstrucciones
10	Enseñar a seleccionar y combinar técnicas Repasar técnicas de automanejo Enseñar a afrontar recaídas	Practicar todas las técnicas

les características: número de sesiones, principales objetivos a alcanzar en cada sesión y técnicas a utilizar.

Como se puede comprobar (Figura 6), dicho paquete de tratamiento presenta un formato estructurado tanto en relación al orden como al contenido de

cada una de las sesiones. Así, se incluyen *10 sesiones* semanales con una duración aproximada de 1 hora. En cada sesión al paciente se le presentan y enseñan diferentes técnicas y se recomienda que *practicarlas* durante toda la semana. Las técnicas se articulan en tres grandes bloques que se incorporarán sucesivamente: se comienza con entrenamiento en relajación, posteriormente se trabaja con técnicas cognitivas dirigidas al dolor y, finalmente, se entrena al paciente en reestructuración cognitiva, resolución de problemas y autoinstrucciones. Además, y como tareas complementarias, se promueve la realización de ejercicios y actividades y se involucra a la familia en técnicas operantes a lo largo de todo el tratamiento.

El *objetivo* prioritario de este modelo de intervención cognitivo-conductual es potenciar el conocimiento, el aprendizaje y la aplicación de técnicas de manejo de dolor, así como la concienciación de cuáles son los antecedentes y consecuentes de la experiencia dolorosa; por ello, las estrategias con las que se trabaja inciden en los tres componentes del dolor: cognitivo (lo que se *piensa*), emocional-fisiológico (lo que se *siente*) y conductual (lo que se *hace*). En este sentido, para que el paciente llegue a adquirir una cierta competencia en el control de su dolor es condición necesaria que *practique* con regularidad las diferentes técnicas que se enseñan en la clínica. Otro aspecto que consideramos de especial interés es la *asignación de tareas* para casa, ya que existe amplia evidencia empírica de las ventajas que dicha prescripción conlleva: a) incrementa la motivación y responsabilidad del paciente en el tratamiento, b) consolida el aprendizaje de cada una de las técnicas y c) facilita la generalización a situaciones cotidianas. Asimismo, se proporciona material de apoyo complementario en cada sesión (cintas, hojas de instrucciones, etc.) lo que facilita el recuerdo de lo expuesto en cada sesión y guía y refuerza el aprendizaje de dichas técnicas.

Más concretamente, y en un intento de avanzar la dinámica de cada sesión, todas las sesiones que comprende este programa siguen un mismo esquema que comienza con una revisión de las tareas asignadas durante la sesión anterior, para centrarse en la presentación de estrategias que deberán aprenderse y la propuesta de nuevas tareas a realizar. Evidentemente, aunque durante cada semana se adquieren diferentes técnicas, la vinculación entre sesiones es clara ya que al iniciarse cualquier sesión, el primer paso consiste en comprobar si se han alcanzado los objetivos propuestos en la sesión anterior, en caso de vislumbrarse alguna dificultad el terapeuta incidirá en ellas y comprobará por qué han surgido planteando, entonces, posibles soluciones a las mismas antes de avanzar en el programa.

Un aspecto importante que, consideramos oportuno enfatizar, hace referencia a que aunque este es un programa standard, quizá la condición que deba guiar su uso sea la flexibilidad: ajustar el tratamiento al caso concreto (no importa tanto las características del dolor sino las que presenta la persona que lo padece). Así, es pensable que, en algunos casos y para algunos pacientes, pueda resultar más conveniente llevar a cabo la aplicación de las técnicas en otro orden (e.g., comenzar con reestructuración cognitiva en pacientes con sintomatología depresiva), o aumentar el número de sesiones para facilitar el aprendizaje de diferentes técnicas (e.g., pacientes con edad avanzada).

Un último aspecto a comentar se refiere a las *técnicas terapéuticas* que proponemos. La elección de cada una de estas estrategias se fundamenta en la necesidad de incidir en las variables que pueden facilitar la aparición, mantenimiento y exacerbación del dolor y que hemos expuesto en el modelo explicativo del proceso de dolor crónico presentado en la Figura 4.

El proporcionar al paciente con dolor crónico diferentes métodos que le permitirán afrontar su experiencia de dolor, pasa necesariamente por llegar a una concepción consensuada, entre el paciente y el terapeuta, del alcance y significado de dicha experiencia. Una vez que el paciente tiene claro el “*sentido*” o lo que es lo mismo el “*por qué*” y el “*para qué*” del programa a aplicar es el momento adecuado de iniciar la presentación de las distintas técnicas. La inclusión de cada una de las estrategias terapéuticas implica justificar su utilidad para abordar determinados aspectos relacionados con el dolor (e.g.: reducción de la tensión-relajación, pensamientos catastrofistas-reestructuración cognitiva), por lo tanto se delimitarán sus objetivos y cuáles son los pasos necesarios para lograrlos. A este respecto, la variedad de técnicas terapéuticas incluidas en nuestra propuesta de tratamiento se exponen a continuación atendiendo al tipo de variables sobre el que pretenden incidir

5.2.1. *Técnicas centradas en la relación tensión-ansiedad-dolor*

Dentro de este gran grupo de técnicas hemos incluido el *entrenamiento en relajación* y los *ejercicios de respiración profunda*. Así, el objetivo general que se pretende alcanzar con estos procedimientos terapéuticos consiste en lograr una reducción significativa del nivel de tensión y ansiedad que suelen presentar estos pacientes. La facilidad de este tipo de entrenamiento en posibilitar el control de la tensión muscular, hace especialmente idónea su implementación en las primeras sesiones del programa ya que potenciará la sensación de control personal sobre su estado físico, animando al paciente a realizar nuevos intentos en el afrontamiento al dolor.

En relación al *entrenamiento en relajación* las modalidades que consideramos más adecuadas se basan en el procedimiento de relajación muscular progresiva propuesto por Bernstein y Borkoveck (1983) y el entrenamiento autógeno de Schultz (1980) adaptados por Castro-Bolaño (1990) a pacientes con dolor crónico. Más específicamente, en la primera sesión se presenta la técnica de relajación muscular con ciclos de tensión-aflojamiento (18 grupos de músculos) para continuar, en la segunda, con un procedimiento abreviado (6 grupos de músculos). En la tercera sesión se inicia una relajación por evocación o recuerdo con la que se pretende alcanzar un estado de relajación mental sin necesidad de realizar ciclos de tensión-aflojamiento y en la cuarta, después de asociar el estado de relajación con una señal autoproducida, se induce la relajación en un período de tiempo muy breve.

Con respecto a los *ejercicios de respiración profunda* (Elliott, 1980; Davis, McKay y Eshelman, 1985) expuestos en la primera sesión, su interés se centra en reconocer las características de los ciclos de respiración (inspiración-espирación) y llegar a adquirir una respiración pausada y regular.

5.2.2. *Técnicas centradas en los procesos cognitivos*

Partiendo de la consideración comúnmente aceptada (Fernández y Turk, 1989; Turk y Rudy, 1992) de que los pacientes con dolor crónico muestran peculiaridades en los procesos cognitivos, la utilización de diferentes estrategias de afrontamiento de tipo cognitivo puede ser de gran interés. Así, haremos referencia a estas técnicas agrupándolas en dos categorías: a) técnicas cognitivas dirigidas al control de la atención e imaginación y b) técnicas cognitivas dirigidas a la relación entre pensamientos y sentimientos.

- *Técnicas cognitivas dirigidas al control de la atención e imaginación.*

Con este tipo de procedimientos (Bakal, 1982; McCaffery y Beebe, 1992; Turk y cols, 1983) se pretende enseñar al paciente a desviar su atención, habitualmente focalizada en las sensaciones físicas del dolor (cualidad, intensidad, localización) y a elaborar imágenes agradables incompatibles con la sensación dolorosa. Es necesario destacar que aunque disponemos de un amplio rango de técnicas de desviación de la atención (e.g.: enfocar la atención en características del medio ambiente, realizar diferentes prácticas mentales, reedirigir la atención hacia otras sensaciones corporales distintas al dolor), una vez presentadas al paciente (en la segunda sesión) éste debe escoger aquellas que le resulten más adecuadas a su caso particular. Por otro lado, la visualización de imágenes

(también en la segunda sesión) potencia los efectos positivos obtenidos con el entrenamiento en relajación.

- *Técnicas cognitivas dirigidas hacia la vinculación entre pensamientos y emociones*

Otro conjunto fundamental de estrategias se refiere a las que se centran en hacer consciente al paciente de la vinculación entre pensamientos, emociones y conducta. En este sentido es ampliamente reconocida la importancia que ejercen los pensamientos que adopta el paciente con dolor (e.g.: catastrofistas) sobre su estado de ánimo y la realización de actividades (Turk y Rudy, 1992). En concreto, nos basamos, por un lado, en la utilización de técnicas de reestructuración cognitiva cuyo origen se basa en la propuesta de Beck y cols. (1983) y, por otro, en el entrenamiento en autoinstrucciones de Meichenbaum (1987). Puesto que el peso proporcionado a estas técnicas dentro de nuestro programa de tratamiento es relevante, nos detendremos a especificar cuáles son sus principales objetivos.

- *Reestructuración cognitiva.* Se inicia el entrenamiento en reestructuración cognitiva en la sexta semana y continua en la séptima. Su aprendizaje comienza con el reconocimiento de que las emociones y conductas dependen del tipo de pensamientos adoptados ante las situaciones de dolor, para posteriormente, mostrar la falta de evidencia en sustentar tal tipo de pensamientos y por lo tanto la necesidad de generar alternativas cognitivas más realistas.

- *Entrenamiento en autoinstrucciones.* En la novena semana de tratamiento se le muestra al paciente el efecto negativo producido por el tipo de autoinstrucciones que realiza ante situaciones de dolor y/o estrés y, consecuentemente, se le enseña a elaborar autoverbalizaciones alternativas que facilitarán el abordaje gradual ante situaciones de estrés y episodios de dolor.

5.2.3. *Técnicas centradas en la relación afrontamiento-dolor*

Un último de bloque de estrategias terapéuticas incluidas en este paquete de tratamiento se centra en las conductas llevadas a cabo por el paciente con dolor crónico. Precisamente las conductas de dolor han sido identificadas por algunos autores (Fordyce, 1976; Philips., 1991) como un posible factor mantenedor de su malestar. Así, los pacientes con dolor pueden aprender este tipo de conductas (e.g., quejas, evitación de actividades) si son positivamente reforzadas y no otro tipo de comportamientos deseables (e.g., involucración en actividades físicas, sociales) por no ser suficientemente reforzadas por aquellas per-

sonas que conviven con el paciente. En ese sentido, este programa hace un especial hincapié en: a) La programación con el paciente de *actividades y ejercicios* ajustándolos a cada caso particular y llevándolos a cabo de un modo gradual a lo largo de todo el tratamiento, y b) La utilización de los *refuerzos* para potenciar las conductas adaptativas ante el dolor y eliminar las desadaptativas. La familia adquiere en este marco un papel relevante y por lo tanto debe ser entrenada en el manejo de los refuerzos proporcionados al paciente.

Por otro lado, la constatación de estilos de afrontamiento poco eficaces de los pacientes ante situaciones de dolor y estrés (Jensen y cols., 1991) pone de relieve la necesidad de un entrenamiento en *resolución de situaciones-problema*. En concreto, hemos tomado como modelo para este entrenamiento el procedimiento ideado por D'Zurilla y Golfried (1971). Así, los objetivos prioritarios de esta técnica se centran en: a) plantear los problemas (situaciones de estrés y/o dolor) de un modo realista, pero con alguna perspectiva de solución, b) aprender a buscar alternativas de solución ante los problemas planteados y c) seleccionar adecuadamente las alternativas más idóneas, teniendo siempre en cuenta las limitaciones y recursos disponibles.

En suma, resaltar que el paquete de tratamiento que presentamos tiene su anclaje en los principales hallazgos, que en las últimas décadas, se han generado en el campo del dolor crónico. Concretamente, la conceptualización de la naturaleza multidimensional de la experiencia de dolor, el amplio consenso en cuanto a la importancia que los factores psicológicos (cognitivos, conductuales y afectivos) tienen en el dolor crónico, y la potencia terapéutica de los planteamientos cognitivos-conductuales han constituido las directrices que han guiado dicha propuesta.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AL ABSI, M. y ROKKLE, P.D. (1991). Can anxiety help us tolerate pain?. *Pain*, 46, 43-51.
- ALLEN, R.A. y WEINMANN, R.L. (1982). The McGill Pain Questionnaire in the diagnosis of headache. *Headache*, 22, 20-29.
- ALTMAIER, E.M., LEHMANN, T.R., RUSSELL, D.W., WEINSTEIN, J.N. y KAO, C.F. (1992). The effectiveness of psychological interventions for the rehabilitation of low back pain: a randomized controlled trial evaluation. *Pain*, 49, 329-335.
- ARNTZ, A., DREESSEN, L. y De JONG, P. (1994). The influence of anxiety on pain: Attentional and attributional mediators. *Pain*, 56, 307-314.
- BAKAL, D.A. (1982). *The Psychobiology of Chronic Headache*. New York: Springer.
- BAKAL, D.A., DEMJEN, S. y KAGANOV, J.A. (1981). Cognitive behavioral treatment of chronic headache. *Headache*, 21, 81-86.

- BANDURA, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- BANDURA A. (1982). Self-efficacy mechanism in physiological activation and health-promoting behavior. En J. Madden IV, S. Matthisse y J. Barchas (eds.), *Adaptation, Learning and Affect* (pp. 1-29). Nueva York: Raven Press.
- BAUMSTARK, K.E., BUCKELEW, S.P., SHER, K.J., BECK, N., BUESCHER, K.L., HEWETT, J. y CREWS, M. (1993). Pain behavior predictors among fibromyalgia patient. *Pain*, 55, 339-346.
- BEECHER, H.K. (1962). *Measurement of Subjective Responses*. Nueva York: Oxford University Press.
- BENSON, H. (1977). *La Relajación*. Barcelona: Pomaire.
- BERGNER, M., BOBBITT, R.A., CARTER, W.B. y GILSON, B.S. (1981). The Sickness Impact Profile: Development and final revision of a health status measure. *Health Care*, 19, 787-805.
- BERNSTEIN, D.A. y BORKOVEC, T.D. (1983). *Entrenamiento en Relajación Progresiva*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- BLANCHARD, E.B. y ANDRASIK, F. (1989). *Tratamiento del Dolor de Cabeza Crónico: Un Enfoque Psicológico*. Barcelona: Martinez Roca.
- BLANCHARD, E.B., ANDRASICK, F., AHLES, T.A., TEDERS, S.J. y O'KEEFE, D. (1980). Migraine and tension headache: a meta-analytic review. *Behavior Therapy*, 11, 613-633.
- BLANCHARD, E.B., ANDRASIK, F., NEFF, D.F., ARENA, J.G., AHLES, T.A., JURISH, S.E., PALLMEYER, T.P., SAUNDERS, N.L., TEDERS, S.J., BARRON, K.D. y RODICHOK, L.D. (1982). Biofeedback and relaxation training with three kinds of headache. Treatment effects and their prediction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 562-575.
- BONICA, J. (1990). Evolution and current status of pain programs. *Journal of Pain and Symptom Management*, 5, 368-374.
- BONICA J.J., LOESER, J.D., CHAPMAN, C.D. y FORDYCE, W.E. (1990). *The Management of Pain* (vol I y II, 2ª ed.). Philadelphia: Lea y Febiger.
- BOSTON, K., PEARCE, S.A y RICHARDSON, P.H. (1990). The Pain Cognitions Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 103-109.
- BUDZYNSKI, T.H., STOYVA, J., ADLER, C.S. y MULLANEY, D.J. (1973). EMG biofeedback and tension headache: A controlled outcome study. *Psychosomatic Medicine*, 6, 509-514.
- CAIRNS, B. y PASINO, J. (1977). Comparison of verbal reinforcement and feedback in the operant treatment of disability of chronic low back pain. *Behavior Therapy*, 8, 621-630.
- CARLSSON, A.M. (1983). Assessment of chronic pain I. Aspects of the reliability and validity of the visual analogue scale. *Pain*, 16, 87-101.
- CASTRO-BOLAÑO, C. (1990). *Tratamiento Cognitivo-Conductual del Dolor de Cabeza Tensional. La Importancia de la Variable Contacto Terapéutico*. Tesis Doctoral. Santiago de Compostela.
- CASTRO-BOLAÑO, C. (1992). *Terapia psicológica. Conferencia impartida en I Curso sobre Tratamiento del Dolor del Instituto Gallego de Educación Médica*. Santiago de Compostela.
- CASTRO-BOLAÑO, C., OTERO-LOPEZ, J.M., SUAREZ, F. y LOPEZ-GUERRERO, A. (1993). Aplicación de un programa de tratamiento cognitivo-conductual en el dolor crónico. Comunicación presentada a las VIII Jornadas Galaico-Portuguesas de Anestesia, Reanimación y Tratamiento del Dolor. Santiago de Compostela.

- CASTRO-BOLAÑO, C., OTERO-LOPEZ, J.M., LOPEZ-GUERRERO, A., BLANCO, J., SUAREZ, F. y VAZQUEZ, L. (1993). Evaluación del distress psicológico en pacientes con dolor crónico. La utilidad del Symptom Checklist de Derogatis. Comunicación presentada al II Congreso Internacional de la Sociedad Española del Dolor. La Coruña.
- CASTRO-BOLAÑO, C., OTERO-LOPEZ, J.M., BLANCO, J. Y LOPEZ-GUERREO, A. (1994). Evaluación del valor predictivo del Symptom Checklist (SCL-90-R) en la eficacia de la analgesia espinal. Comunicación presenta al IV Congreso de Evaluación Psicológica. Santiago de Compostela.
- CASTRO-BOLAÑO, C. y SALDAÑA, C. (1994). Evaluación de las variables psicológicas en pacientes con dolor de cabeza tensional. Comunicación presentada en el IV Congreso de Evaluación Psicológica. Santiago de Compostela.
- CHAPMAN, C.R. (1990). Introduction of Psychologic and Psychosocial Techniques. En Bonica y cols. (eds.) *The Management of Pain* (vol. II, 2ª ed., pp. 1700-1701). Philadelphia: Lea y Febiger.
- CHAPMAN, C.R. y SYRJALA K.L. (1990). Measurement of pain. En Bonica y cols. (eds.) *The Management of Pain* (vol. II, 2ª ed., pp. 1700-1701). Philadelphia: Lea y Febiger.
- COHEN, M.M. Y TATE, R.B. (1989). Using the McGill Pain Questionnaire to study common postoperative complications. *Pain*, 39, 275-279.
- CRAIG, K.D. (1984). Emotional aspects of pain. En P.D. Wall y R. Melzack (eds.), *Textbook of Pain*. Londres: Churchill Livinstone.
- CRISSON, J.E. y KEEFE, F.J. (1988). The relationship of locus of control to pain coping strategies and psychological distress in chronic pain patients. *Pain*, 35, 147-154.
- DAVIS, M., MCKAY, M., y ESHELMAN, E.R. (1985). *Técnicas de Autocontrol Emocional*. Barcelona: Martinez Roca.
- DEARDORFF, W.W., CHINO, A.F. y SCOTT, D.W. (1993). Characteristics of chronic pain patients: factor analysis of the MMPI-2. *Pain*, 54, 153-158.
- DeGOOD, D.E., CUNDIFF, G.W., ADAMS, L.E. y SHUTTY, M.S. (1993). A psychosocial and behavioral comparison of reflex sympathetic dystrophy, low back pain, and headache patients. *Pain*, 54, 317-322.
- DEROGATIS, L.R. (1977). *The SCL-90R: Administration Scoring and Procedures Manual I*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- DOLCE, J.J. (1987). Self-efficacy and disability beliefs in behavioral treatment of pain. *Behavior Research and Therapy*, 25, 289-299.
- DOLCE, J.J., CROCKER, M.F. y DOLEYS, D.M. (1986). Prediction of outcome among chronic pain patients. *Behavior Research and Therapy*, 24, 313-319.
- DOLEYS, D.M., CROCKER, M. y PATTON, D. (1982). Response to patients with chronic pain to exercise quotas. *Physical Therapy*, 62, 1111-1115.
- DUBUISSON, D. y MELZACK, R. (1976). Classification of clinical pain descriptions by multiple group discriminant analysis. *Experimental Neurology*, 51, 499-504.
- DWORKIN, R.H. y GITLIN, M.J. (1991). Clinical aspects of depression in chronic pain patients. *The Clinical Journal of Pain*, 7, 79-94.
- D'ZURILLA, T.J. y GOLDFRIED, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-125.
- EDWARDS, L.C., PEARCE, S.A., TURNER-STOKES, L. y JONES, A. (1992). The Pain Beliefs Questionnaire: an investigation of beliefs in the causes and consequences of pain. *Pain*, 51, 267-272.
- ELLIOTT, M.F. (1980). *Saber Respirar Bien*. Bilbao: Mensajero.

- FERNANDEZ-BALLESTEROS, R. y CARROBLES, J.A. (1983). *Evaluación Conductual*. Madrid: Pirámide.
- FERNANDEZ, E. y TURK, D.C. (1989). The utility of cognitive coping strategies for altering pain perception: a metanalysis. *Pain*, 38, 123-135.
- FERRER, V.A., GONZALEZ, R y MANASSERO, M.A. (1993). El West Haven Multidimensional Pain Questionnaire: Un instrumento para evaluar al paciente con dolor crónico. *Dolor*, 8, 153-160.
- FLOR, H., BIRBAUMER, N. y TURK, D.C. (1990). The psychobiology of chronic pain. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 12, 47-84.
- FLOR, H., HAAG, G. y TURK, D.C. (1986). Long term efficacy of EMG biofeedback for chronic rheumatic back pain. *Pain*, 26, 195-202.
- FLOR, H. y TURK, D.C. (1988). Chronic back pain and rheumatoid arthritis: Predicting pain and disability from cognitive variables. *Journal of Behavioral Medicine*, 11, 251-265.
- FOLKMAN, S. y LAZARUS, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- FOLLIICK, M.J., SMITH, T.W. y AHERN, D.K. (1985). The Sickness Impact Profile: A global measure of disability in chronic low back pain. *Pain*, 21, 67-76.
- FOLLIICK, M.J., ZITTER, R.E. Y AHERN, D.K. (1982). Failures in behavior therapy. En E.B. Foa y P. Emmelkamp (eds.), *Failures in Behavior Therapy* (pp.,197-217). Nueva York: Wiley.
- FORDYCE, W.E. (1976). *Behavioral Methods for Chronic Pain and Illness*. St. Louis: Mosby.
- FORDYCE, W.E. (1988). Pain and suffering. A reappraisal. *American Psychologist*, 43, 276-283.
- FORDYCE, W.E. (1990). Learned pain: pain as behavior. En Bonica y cols. (eds.) *The Management of Pain* (vol. 1, 2ª ed., pp. 291-299). Philadelphia: Lea y Febiger.
- FRANK, A.J., MOLL, J.M.H. y HORT, J.F. (1982). A comparison of three ways for measuring pain. *Rheumatology and Rehabilitation*, 21, 211-217.
- GARRON, D.C. y LEAVITT, F. (1983). Chronic low back pain and depression. *Journal of Clinical Psychology*, 39, 487-493.
- GEIGER, G., TODD, D.D., CLARK, H.B., MILLER, R.P. y KORI, S.H. (1992). The effects of feedback and contingent reinforcement on the exercise behavior of chronic pain patients. *Pain*, 49, 179-185.
- GEISSER, M.E., ROBINSON, M.E., KEEFE, F.J. y WEINER, M.L. (1994). Catastrophizing, depression and sensory, affective and evaluative aspects of chronic pain,. *Pain*, 59, 79-83.
- GRACELY, R.H. (1980). Pain measurement in man. En J.J.Bonica (ed.), *Pain, Discomfort and Humanitarian Care* (pp. 111). Amsterdam: Elsevier..
- HAYNES, S.N., GRIFFIN, P., MOONEY, D. y PARISE, M. (1975). Electromyographic biofeedback in the treatment of muscle contraction headaches. *Behavior Therapy*, 6, 672-678.
- HAYTHORNTHTWAITE, J.A., SIEBER, W.J. y KERNS, R.D. (1991). Depression and the chronic pain experience. *Pain*, 46, 177-184.
- HERDA, C.A. SIEGERIS, K. y BASLER, H.D. (1994). The Pain Beliefs and Perceptions Inventory: further evidence for a 4-factor structure. *Pain*, 57, 85-90.
- HOLROYD, K.A. y ANDRASIK, F. (1978). Coping and self-control of chronic tension headache. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1036-1045.
- HOLROYD, K.A. y PENZIEN, D.B. (1986). Client variables and the behavioral treatment of recurrent tension headache. *Journal of Behavioral Medicine*, 6, 515-537.

- HOLROYD, K.A., PENZIEN, D.B., HURSEY, K.G., TOBIN, D.L., ROGERS, L., HOLM, J.E. y MARCILLE, P.J. (1984). Change mechanisms in EMG biofeedback training: Cognitive changes underlying improvements in tension headache. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1039-1053.
- HUNTER, M. (1983). The headache scale: A new approach to the assessment of headache pain based on pain descriptors. *Pain*, 16, 361-373.
- HUSKISSON, E.C. (1974). Measurement of pain. *Lancet*, 2, 1127-1131.
- INGRAM, R.E., ATKINSON, J.H., SLATER, M.A., SACCUZZO, D.P. y GARFIN, S.R. (1990). Negative and positive cognition in depressed and nondepressed chronic-pain patients. *Health Psychology*, 9, 300-314.
- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN -IASP- (1986). Classification of chronic pain, descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain*, 3, S1-226.
- JACOB, R.G., TURNER, S.M., SZEKELY, B.C. y EIDELMAN, B.H. (1983). Predicting outcome of relaxation therapy in headaches: The role of "depression". *Behavior Therapy*, 14, 457-465.
- JACOBSON, E. (1938). *Progressive Relaxation*. Chicago: University Chicago Press.
- JAMISON, R.N., ROCK, D.L. y PARRIS, W.C. (1988). Empirically derived Symptom Checklist-90 subgroups of chronic pain patients: A cluster analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 11, 147-157.
- JENSEN, M.P., KAROLY, P. y BRAVER, S. (1986). The measurement of clinical pain intensity: a comparison of six methods. *Pain*, 27, 117-126.
- JENSEN, M.P., KAROLY, P. y HUGER, R. (1987). The development and preliminary validation of an instrument to assess patients' attitudes toward pain. *Psychosomatic Journal of Research*, 31, 393-400.
- JENSEN, M.P., TURNER, J.A., ROMANO, J.M. y KAROLY, P. (1991). Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain*, 47, 249-283.
- JENSEN, M.P., TURNER, J.A., ROMANO, J.M. y LAWLER, B.K. (1994). Relationship of pain-specific beliefs to chronic pain adjustment. *Pain*, 57, 301-309.
- JEROME, A., HOLROYD, K.A., THEOFANOUS, A.G., PINGEL, J.D., LAKE, A.E. y SAPER, J.R. (1988). Cluster headache pain vs. other vascular headache pain: differences revealed with two approaches to the McGill Pain Questionnaire. *Pain*, 34, 35-42.
- KANFER, F.H. (1987). *Como Ayudar al Cambio en Psicoterapia*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- KAROLY, P. y JENSEN, M.P. (1987). *Multimethod Assessment of Chronic Pain*. Oxford: Pergamon Press.
- KEEFE, F.J. (1982). Behavioral assessment and treatment of chronic pain: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 896-911.
- KEEFE, F.J., DUNSMORE, J. y BURNETT, R. (1992). Behavioral and cognitive-behavioral approaches to chronic pain: Recent advances and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 528-536.
- KEEFE, F.J., WILKINS, R., COOK, W., CRISSON, J. y MUHLBAIER, L. (1986). Depression, pain, and pain behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 665-669.
- KEEFE, F.J. y WILLIAMS, D.A. (1989). New directions in pain assessment and treatment. *Clinical Psychology Review*, 9, 549-568.
- KELLER, L.S. y BUTCHER, J.N. (1991). *Assessment of Chronic Pain Patients with the MMPI-2*. University of Minnesota Press, Minneapolis, MN.

- KERNS, R.D. y HAYTHORNTHWAITE, J.A. (1988). Depression among pain patients: Cognitive- behavioral analysis and effect on rehabilitation outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 870-876.
- KERNS, R.D., HAYTHORNTHWAITE, J., ROSENBERG, R., SOUTHWICK, S., GILLER, E.L. Y JACOB, M.C. (1991a). The Pain Behavior List (PBCL): Factor structure and psychometric properties. *Journal of Behavioral Medicine*, 14, 155-167.
- KERNS, R.D., SOUTHWICK, S., GILLER, E.L., HAYTHORNTHWAITE, J.A., JACOB, M.C. y ROSENBERG, R. (1991b). The relationship between reports of pain-related social interactions and expressions of pain and affective distress. *Behavior Therapy*, 22, 101-111.
- KERNS, R.D., TURK, D.C. y RUDY, T.E. (1985). The West Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain*, 23, 345-356.
- KLAPOW, J.C., SLATER, M.A., PATTERSON, T.L., DOCTOR, J.N., ATKISON, J.H. y GARFIN, S.R. (1993). An empirical evaluation of multidimensional clinical outcome on chronic low back pain patients. *Pain*, 55, 107-118.
- KLEPAC, R.K., DOWLING, J. y HAUGE, G. (1981). Sensitivity of the McGill Pain Questionnaire to intensity and quality of the laboratory pain. *Pain*, 10, 199-207.
- KORES, R., MURPHY, W.D., ROSENTHAL, T., ELIAS, B.D. y NORTH, W.C. (1990). Predicting outcome of chronic pain treatment via modified self-efficacy scale. *Behavior Research and Therapy*, 28, 165-169.
- KREMER, E. y ATKINSON, J.H. (1981). Pain measurement: construct validity of the affective dimension of the McGill Pain Questionnaire with chronic beining pain patients. *Pain*, 11, 93-100.
- KREMER, E., ATKINSON, J.H. y IGNELZI, R.J. (1980). Measurement of pain: patient preference does not confound pain measurement. *Pain*, 10, 241-248.
- KREMER, E., ATKINSON, J.H. y IGNELZI, R.J. (1982). Pain measurement: the affective dimensional measure of the McGill Pain Questionnaire with a cancer pain population. *Pain*, 12, 153-163.
- KRISHNAN, K.R.R., FRANCE, R.D., PELTON, S., McCANN, U.D. DAVIDSON, J y URBAN, B.J. (1985). Chronic pain and depression. II. Symptoms of anxiety in chronic low back pain patients and their relationships to subtypes of depression. *Pain*, 22, 289-294.
- LAZARUS, R.S. (1984). On the primacy of cognition. *American Psychologist*, 39, 124-129.
- LAZARUS, R.S. y FOLKMAN, S. (1986). *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona: Martinez Roca.
- LEAVITT, F. (1983). Detecting psychological disturbance using verbal pain measurement: The Back Pain Classification Scale. En R. Melzack (ed.), *Pain Measurement and Assessment*. Nueva York: Raven Press.
- LEVINE, J.D., GORDON, N.C., BORNSTEIN, J.C. y FIELDS, H.L. (1979). Role of pain in placebo analgesia. *Proccedings of the National Academy of Sciences*, 76, 3528-3531.
- LEWIS, T. (1942). *Pain*. London: McMillan.
- LINTON, S.J. (1985). A critical look at techniques for a behavioral assessment of chronic pain patients. *Behavior England*, 9, 94-105.
- LINTON, S.J., MELIN, L. y GÖTESTAM, K.G. (1984). Behavioral analysis of chronic pain and its management. *Progress in Behavior Modification*, 18, 1-42.
- LOPEZ-GUERRERO, A., SUAREZ, F. CASTRO-BOLAÑO, C y LOPEZ-GUERRERO, P. (1992). Iontoforesis y terapia ocupacional. Comunicación presentada al VII Curso de Anestesia Loco-regional y Terapéutica del Dolor. Orense.

- LORIG, K., CHASTAIN, R.L., UNG, E., SHOOR, S. y HOLMAN, H. (1989). Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. *Arthritis Rheumatic*, 32, 37-44.
- LOVE, A.W. y PECK, C.L. (1987). The MMPI and psychological factors in chronic low back pain: a review. *Pain*, 28, 1-28.
- MAGNI, G., CALDIERON, C. RIGATTI-LUCHINI, S. y MERSKEY, H. (1990). Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the general population. An analysis of the 1st National Health Nutrition Examination Survey. *Pain*, 43, 299-307.
- MARBACH, J.J. y LUND, P. (1981). Depression, anhedonia and anxiety in temporomandibular joint and other facial pain syndromes. *Pain*, 11, 73-84.
- MARTIN, N.J., HOLROYD, K.A. y PENZIEN, D.B. (1990). The Headache-specific Locus of Control Scale: Adaptation to recurrent Headaches. *Headache*, 30-729-734.
- McCAFFERY, M. y BEEBE, A. (1992). *Dolor. Manual Clínico para la Práctica de Enfermería*. Barcelona: Salvat.
- McCRACKEN, L.M., ZAYFERT, C., y GROSS, R.T. (1992). The Pain Anxiety Symptoms Scale: development and validation of scale to measure fear of pain. *Pain*, 50, 67-73.
- MEICHENBAUM, D. (1987). *Manual de Inoculación de Estrés*. Barcelona: Martinez Roca.
- MELZACK, R. (1987). The short-form McGill Pain Questionnaire. *Pain*, 30, 191-197.
- MELZACK, R. (1991). Aspectos psicológicos del dolor. Implicaciones para el bloqueo nervioso. En M.J. Cousin y P.O. Bridenbaugh (1991), *Bloqueos Nerviosos en Anestesia Clínica y Tratamiento del Dolor* (pp. 861-876). Barcelona: Doyma.
- MELZACK, R. (1992). Miembro fantasma. *Investigación y Ciencia*, 28-36.
- MELZACK, R. y TORGERSO, W.S. (1971). On the language of pain. *Anesthesiology*, 34, 50-59.
- MELZACK, R., TERRENCE, C., FROMM, G. y AMSEL, R. (1986). Trigeminal neuralgia and atypical face pain: use of the McGill Pain Questionnaire for discrimination and diagnosis. *Pain*, 27, 297-302.
- MELZACK, R. y WALL, P. (1965). Pain mechanism: a new theory. *Science*, 150, 971-979.
- MELZACK, R. y WALL, P. (1988). *The Challenge of Pain* (2ª ed.). Londres: Penguin Books.
- MENDELSON, G. y SELWOOD, T.S. (1981). Measurement of chronic pain: A correlation study of verbal and nonverbal scales. *Journal of Behavioral Assessment*, 3, 263-269.
- MERSKEY, H. (1990). Chronic pain and psychiatric illness. En J. Bonica y cols. (eds.) *The Management of Pain* (vol. 1, 2ªed.; pp. 320-326).
- MUSE, M.D. y FRIGOLA i MUSSONS, G. (1991). La psicología del dolor. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 44, 193- 198.
- NEWTON, C.R. y BARBAREE, H. (1987). Cognitive changes accompanying headache treatment: the use of a thought-sampling procedure. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 635-653.
- NICHOLAS, M.K., WILSON, P.H. y GOYEN, J. (1991). Operant behavioural and cognitive-behavioural treatment for chronic low back pain. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 225-238.
- OTERO-LOPEZ, J.M. (1993). Evaluación psicológica del dolor. Conferencia impartida en *Analgesia Curso de Perfeccionamiento y Actualización para Médicos de Asistencia Primaria*. Colegio Médico de Santiago de Compostela.
- OTERO-LOPEZ, J.M. (1995). Evaluación y tratamiento psicológico del dolor crónico. Conferencia impartida en las *IV Jornadas Gallegas del Dolor*. Santiago de Compostela.

- OTERO-LOPEZ, J.M., CASTRO-BOLAÑO, C., LOPEZ-GUERRERO, A. BLANCO, J. y SUAREZ, F. (1994). La utilidad del SCL-90-R en la evaluación del distrés psicológico en pacientes con dolor crónico. Comunicación presentada al IV Congreso de Evaluación Psicológica. Santiago de Compostela.
- OTERO-LÓPEZ, J.M., CASTRO-BOLAÑO, C. y SALDAÑA, C. (1996a). Directrices psicológicas en el abordaje del paciente con dolor crónico. I. Evaluación. En A. López Guerrero (ed.), *El dolor. Un enfoque multidisciplinar*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Santiago de Compostela.
- OTERO-LÓPEZ, J.M., CASTRO-BOLAÑO, C. y SALDAÑA, C. (1996b). Directrices psicológicas en el abordaje del dolor crónico. II. Tratamiento. En A. López-Guerrero (Ed.), *El dolor: un enfoque multidisciplinar*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Santiago de Compostela.
- PENZO, W. (1989). *El Dolor Crónico. Aspectos Psicológicos*. Barcelona: Martinez Roca
- PETERSON, L. (1989). Coping by children undergoing stressful medical procedures: Some conceptual, methodological and therapeutic issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 380-387.
- PHILIPS, H.C. (1983). Assessment of chronic headache behavior. En R. Melzack (ed.), *Pain Measurement and Assessment*. Nueva York: Raven Press.
- PHILIPS, H.C. (1989). Thoughts provoked by pain. *Behavior Research and Therapy*, 27, 469-473.
- PHILIPS, H.C. (1991). *El Tratamiento Psicológico del Dolor Crónico*. Madrid: Pirámide
- PHILIPS, H.C. y HUNTER M. (1981). Pain behaviour in headache sufferers. *Behavior Analysis and Modification*, 4, 257-266.
- PHILIPS, H.C. y JAHANSHAH, M. (1986). The components of pain behavior report. *Behavior Research and Therapy*, 24, 117-125.
- READING, A.E. (1979). The internal structure of the McGill Pain Questionnaire in the dysmenorrhoea patients. *Pain*, 7, 353-358.
- READING, A.E. (1983). Pain measurement and experience. *Journal of Psychosomatic Research*, 27, 415-420.
- READING, A.E. (1984). Testing pain mechanisms in persons in pain. En P.D. Wall y R. Melzack (eds.), *Textbook of Pain*. London: Churchill Livingstone
- REESE, L. (1983). *Coping with Pain: The Role of Perceived Self-Efficacy*. Tesis Doctoral, Universidad de Stanford, Stanford, CA.
- ROMANO, J.M. y TURNER, J.A. (1985). Chronic pain and depression: Does the evidence support a relationship?. *Psychological Bulletin*, 97, 19-35.
- ROSENSTIEL, A.K. y KEEFE, F.J. (1983). The use of coping strategies in low back pain patients: Relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17, 33-40.
- ROSS, D.M. y ROSS, S.A. (1988). *Childhood Pain Current Issues, Research and Management*. Baltimore, Md: Urban y Schwarzenberg.
- RUDY, T.E., KERNS, R.D. y TURK, D.C. (1988). Chronic pain and depression: Toward a cognitive-behavioral mediation model. *Pain*, 35, 129-140.
- RYBSTEIN-BLINCHIK, E. (1979). Effects of different cognitive strategies on chronic pain experience. *Journal of Behavioral Medicine*, 2, 93-98.
- SALDAÑA, C. (1982). *Eficacia y Límites de las Técnicas de Biofeedback en el Tratamiento del Dolor de Cabeza Tensional*. Tesis Doctoral. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- SANDERS, S.H. (1979). Behavioral assessment and treatment of clinical pain: Appraisal of current status. *Progress in Behavior Modification*, 8, 249-291.

- SCHALLING, D. (1987). Anxiety, pain and coping. *Issues Mental Health Nursing*, 7, 437-460.
- SCHIFF, J.M. (1958). Lehrbuch der Physiologie des Menschen 1: Muskel und Nervenphysiologie. *Labr, M. Schauenburg*, 234, 253-255.
- SCHMIDT, A.J.M. (1985). Cognitive factors in the performance level of chronic low-back patients. *Journal Psychosomatic and Research*, 29, 183-190.
- SCHULTZ, J.H. (1980). *El Entrenamiento Autógeno*. Barcelona: Científico-Médica.
- SCHWARTZ, D.P. y DeGOOD, D.E. (1983). An approach to the psychosocial assessment of the chronic pain patients. *Current Concepts. Pain*, 1, 3-11.
- SCOTT, J. y HUSKISSON, E.C. (1976). Graphic representation of pain. *Pain*, 2, 175-184.
- SEYMOUR, R.A. (1982). The use of pain scales in assessing the efficacy of analgesics in post-operative dental pain. *European Journal Clinical Pharmacology*, 23, 441-444.
- SKEVINGTON, S.M.. (1983). Chronic pain and depression: universal or personal helplessness?. *Pain*, 15, 309-317.
- SPIELBERGER, C.D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form I.)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- STERNBACH, R. (1974). *Pain Patients: Traits and Treatment*. Nueva York: Academic Press.
- STERNBACH, R. (1986). Pain and "hassles" in the United States. Findings of the Nuprin Pain Report. *Pain*, 27, 69-80.
- STRONG, J., ASHTON, R y CHANT, D. (1992). The measurement attitudes and beliefs about pain. *Pain*, 48, 227-236.
- TOBIN, D.L., HOLROYD, K.A., BAKER, A., REYNOLDS, R.V.C. y HOLM, J.E. (1988). Developmental clinical trial of minimal-contact, cognitive-behavioral treatment for tension headache. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 325-341.
- TOBIN, D.L., HOLROYD, K.A. y REYNOLDS R.V.C. (1984). *Users Manual for the Coping Strategies Inventory*. Athens, OH, Department of Psychology, Ohio University.
- TOMEY, T.C., MANN, J.D., ABASHIAN, S. y THOMPSON-POPE, S. (1991). Relationship between perceived self-control of pain, pain description and functioning. *Pain*, 45, 129-133.
- TURK, D.C. y FLOR, H. (1987). Pain > pain behaviors: Utility and limitations of the pain behavior construct. *Pain*, 31, 277-295.
- TURK, D.C., HOLZMAN, A.D. y KERNS, R.D. (1986). Chronic pain. En K.A. Holroyd y T.L. Creer (eds.), *Self-management of Psysical Disease: Development in Health Psychology and Behavioral Medicine* (pp. 441-472). Nueva York: Academic Press.
- TURK, D.C. MEICHENBAUM, D. y GENEST, M. (1983). *Pain and Behavioral Medicine: A Cognitive-Behavioral Perspective*. Nueva York: Guilford Press.
- TURK, D.C. y RUDY, T.E. (1987). Towards a comprehensive assessment of chronic pain patients. *Behavior Research and Therapy*, 25, 237-249.
- TURK, D.C. y RUDY, T.E. (1992). Cognitive factors and persistent pain: A glimpse into Pandora's Box. *Cognitive Therapy and Research*, 2, 99-122.
- TURK, D.C., WACK, J.T. y KERNS, R.D. (1985). An empirical examination of the "pain-behavior" construct. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 119-130.
- TURNER, D.C. (1982). Comparison of group progressive-relaxation training and cognitive-behavioral group for chronic low back pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 756-765.
- TURNER, J.A. y CHAPMAN, C.R. (1982). Psychosocial interventions for chronic pain: a critical review 1. Relaxation training biofeedback. *Pain*, 12, 1-21.

- TURNER, J.A. y JENSEN, M.P. (1993). Efficacy of cognitive therapy for chronic low back pain. *Pain*, 52, 169-177.
- TURNER, J.A. y ROMANO, J.M. (1990). Psychologic and psychosocial evaluation. En J. Bonica y cols. (eds.) *The Management of Pain* (vol. 1, 2ª ed.; pp. 595-609). Philadelphia: Lea y Febiger.
- TURNER, J.A. y ROMANO, J.M. (1990). Cognitive-Behavioral Therapy. En J. Bonica y cols. (eds.) *The Management of Pain* (vol. 1, 2ª ed.; pp. 595-609). Philadelphia: Lea y Febiger.
- VALLEJO, M.A. y COMECHE, M.I. (1994). *Evaluación y Tratamiento Psicológico del Dolor Crónico*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- VANDECREEK, L., MIN, D. y O'DONNELL D.O. (1992). Psychometric characteristics of the Headache-specific Locus of Control Scale. *Headache*, 32, 239-241.
- VILLAMARIN, F. (1987). *Verificación de la Teoría de la Auto-Eficacia de Bandura Mediante Técnicas de Biorretroalimentación*. Tesis Doctoral. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- VLAEYEN, J.W.S., GERUSTS, S.M., KOLE-SNIJDERS, AM., SCHUERMAN, J.A., GROENMAN, N.H. y VAN EEK (1990). What do chronic pain patients think of their pain?. Towards a pain cognition questionnaire. *British Journal of Clinical Psychology*, 29, 383-394.
- WADE, J.B., DOUGHERTY, L.M., HART, R.P. y COOK, D.B. (1992). Patterns of normal personality structure among chronic pain patients. *Pain*, 48, 37-43.
- WALLSTON, K.A., WALLSTON, B.S. y DeVELLIS, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6, 160-170.
- WATSON, D. (1982). Neurotic tendencies among chronic pain patients: An MMPI items analysis. *Pain*, 14, 365-385.
- WHALEY, L. y WONG, D.L. (1987). *Nursing Care of Infants and Children*. St Louis, Mo: Mosby.
- WILLIAMS, D.A. y KEEFE, F.J. (1991). Pain beliefs and the use of cognitive-behavioral coping strategies. *Pain*, 46, 185-190.
- WILLIAMS, D.A., ROBINSON, M.E. y GEISSER, M.E. (1994). Pain beliefs: assessment and utility. *Pain*, 59, 71-78.
- WILLIAMS, D.A. y THORN, B.E. (1989). An empirical assessment of pain beliefs. *Pain*, 36, 351-358.
- WILSON, L., DWORKIN, S.F., WHITNEY, C., y LeRESCHKE, L. (1994). Somatization and pain dispersion in chronic temporomandibular disorder pain. *Pain*, 57, 55-61.
- WOLFF, B.B. y LANGLEY, S. (1968). Cultural factors and response to pain: A review. *American Anthropologist*, 70, 494-501.
- ZARKOWSKA A.W. (1981). *The Relationship Between Subjective and Behavioural Aspects of Pain in People Suffering from Lower Back Pain*. M. Phil., University of London.
- ZBOROWSKI, M. (1952). Cultural components in response to pain. *Journal of Social Issues*, 8, 16-30.
- ZUNG, W.W.K. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*. 12, 63-70.

Evaluación del efecto de una intervención cognitivo-conductual en el dolor de cabeza crónico a través del análisis de series temporales

CRISTINA CASTRO-BOLAÑO¹; CARMINA SALDAÑA²; y JOSÉ M. OTERO-LÓPEZ¹

¹Universidad de Santiago de Compostela. España

²Universidad de Barcelona. España

1. INTRODUCCIÓN

El dolor de cabeza constituye uno de los grandes temas de salud pública con los que se enfrenta la sociedad actual. La considerable magnitud que este trastorno ha adquirido en las últimas décadas, junto con la gravedad de los costes personales, sanitarios y económicos asociados al mismo han convertido al dolor de cabeza en un problema que demanda con urgencia propuestas de solución eficaces.

En este sentido, desde diferentes disciplinas y postulados académicos se ha intentado profundizar, aunque con éxito desigual, en la búsqueda y/o esclarecimiento de los determinantes, y lo que es más importante, en la puesta en marcha de estrategias interventivas que incidan eficazmente en esta dolencia. La convergencia de distintos enfoques, y en consecuencia de distintas técnicas, han estado capitalizados fundamentalmente por la medicina con tratamientos farmacológicos, sintomáticos o preventivos y por la psicología con abordajes de corte conductual y cognitivos. A este respecto, la multiplicidad de estrategias interventivas junto con la, aunque razonable, también constatable “urgencia” en la búsqueda de soluciones, quizás hayan sido dos de los principales factores que han incidido en la diseminación de resultados que llevan a que, en muchas ocasiones, los hallazgos en este campo de estudio puedan ser calificados de ambiguos, problemáticos y, en definitiva, controvertidos.

En cualquier caso, y a pesar de la variada casuística que parece dificultar la sedimentación y/o consolidación de los hallazgos, tres son los aspectos que consideramos de interés capital, en un afán de reducir esa “desvertebración” y relativa carencia de conocimiento acumulativo que creemos califica a esta área de trabajo. En concreto, el primero se refiere a la tarea de esclarecer *cuál/es son*

los tratamientos que ofrecen mayores garantías de eficacia; en segundo lugar, aunque íntimamente ligado al anterior, cabría contemplar *qué modalidad de aplicación de la intervención resulta menos costosa*; y, por último, pero no con menor importancia, habría que prestar especial atención a la *selección de la metodología* que nos permitiera responder con mayor rigor, aunque en cualquier caso de forma parcial y puntual, a las cuestiones anteriores.

En lo tocante a la elección del tipo de tratamiento psicológico para pacientes con dolor de cabeza cabe reseñar que, a partir de un rastreo histórico, se han evidenciado claras variaciones. Así, en un principio se mostró un gran entusiasmo en la aplicación de técnicas de entrenamiento en relajación y biofeedback, lo que ha desembocado en la proliferación de trabajos que sistemáticamente han intentado comprobar su nivel de eficacia, siendo los más significativos los estudios de Blanchard y cols. (1980) y Holroyd y Penzien (1986). Estos autores realizaron un meta-análisis de aquellos trabajos que informaban de los resultados de tratamientos conductuales y encontraron que el entrenamiento en relajación, el biofeedback-EMG y su combinación presentaban una eficacia similar en la reducción del dolor de cabeza.

Han sido precisamente este tipo de hallazgos, junto con el cuestionamiento realizado por distintos investigadores (e.g.: Holroyd y cols., 1984; Vallejo, 1989; Villamarín y Bayés, 1990) acerca de la potencialidad explicativa de la eficacia terapéutica de “otro tipo de variables” (fundamentalmente de naturaleza cognitiva), lo que ha llevado a un replanteamiento de la cuestión. Se trataba de dilucidar si existían otros factores explicativos distintos de la actuación sobre los mecanismos fisiológicos los responsables de la mejoría en este tipo de dolor.

Además, estos nuevos planteamientos se consolidaron a partir de la constatación de una serie de hallazgos:

- a) El dolor de cabeza es un fenómeno multicausal integrado por distintos componentes (fisiológicos, conductuales, cognitivos) sobre los que es necesario incidir a nivel terapéutico (Bakal, 1982; Turk, Meichenbaum y Genest, 1983).
- b) Los sujetos con dolor de cabeza, en especial los tensionales, se caracterizan por elevados niveles de sintomatología psicológica (e.g.: depresión, ansiedad, estrés, etc.). En concreto, la valoración negativa de los acontecimientos cotidianos estresantes parece caracterizar a este tipo de pacientes (De Benedittis y Lorenzetti, 1992; Holm, Holroyd, Hursey y Penzien, 1986).

- c) La aplicación aislada de técnicas de biofeedback y relajación han resultado ser, en determinados pacientes, “pobres” recursos terapéuticos. Así, se ha documentado por parte de algunos investigadores (e.g.: Holroyd, Holm y Penzien, 1988a; Holroyd y Penzien, 1993) que la concomitancia de estados afectivos negativos (e.g.: depresión, ansiedad) parece reducir drásticamente la respuesta a este tipo de intervenciones.

A tenor de todas estas consideraciones, los planteamientos cognitivos han emergido con fuerza inusitada y progresivamente se han ido asentando como una opción terapéutica necesaria, aunque no suficiente. A este respecto, parece oportuno clarificar que su génesis y desarrollo no ha estado caracterizada por un afán exclusivista frente a los tratamientos conductuales, sino como un intento de “aprehender”, y en consecuencia incorporar como factores explicativos o interventivos, otras dimensiones que sin duda califican a la experiencia de dolor (e.g.: pensamientos, sentimientos). Es a estas últimas a las que se refieren Turner y Chapman (1982) cuando afirman que *“si un sujeto aprende a controlar sus reacciones cognitivas y emocionales ante situaciones estresantes concretas, el dolor puede disminuir”*.

En suma, y desde una perspectiva contemporánea, existe un amplio consenso acerca de la idoneidad y adecuación de planteamientos de carácter integrador; esto es, no se trataría de intervenir sólo sobre la conducta sino también sobre las cogniciones del paciente (Castro-Bolaño, Otero-López, López y Guerrero y Saldaña, 1996). Como un “eco” de esta necesidad, sentida tanto por los académicos como por los clínicos, responden los tratamientos que se han etiquetado (con gran éxito si atendemos a la elevada frecuencia del uso de la expresión) como “cognitivos-conductuales”.

Ante este estado de cosas, y una vez clarificada la alternativa terapéutica más aconsejable, la segunda tarea a acometer era la referida a uno de los aspectos que en la práctica cualifican o no la viabilidad de cualquier paquete de tratamiento: los costes (Yates, 1985, 1994). Se trata, de intentar que los abordajes terapéuticos seleccionados mantengan ese equilibrio tan deseable entre su “eficacia” y los “costes” que conllevan. En este sentido, han sido muchos los autores que han sugerido que es la elevada “cantidad de contacto terapéutico” uno de los factores determinantes de que algunos tratamientos no se puedan implementar.

Esta cuestión, de nuevo, ha concitado el interés de los investigadores y los hallazgos han sido múltiples y variados (Castro-Bolaño, Saldaña, Otero-López, 1995). Específicamente, la revisión de la literatura, teniendo en cuenta tanto el

tipo de técnicas terapéuticas aplicadas como la modalidad de administración (siguiendo las categorías establecidas por Glasgow y Rosen, 1978, 1979 —autoadministrada, con contacto-mínimo y dirigida por el terapeuta—), no permite aclarar satisfactoriamente la cuestión tan debatida de cuál o cuáles son más eficaces. Así, en relación al entrenamiento en relajación muscular, algunos autores (Blanchard y cols., 1985; Teders y cols., 1984; Larsson y cols., 1987) han puesto de relieve la falta de diferencias al aplicar esta técnica con contacto-mínimo o dirigido por el terapeuta; sin embargo, en el estudio de Williamson y cols. (1984) el nivel de mejoría es mayor en el grupo que tenía un mayor número de sesiones con el terapeuta (dirigido por el terapeuta) frente a aquel con menos horas (contacto mínimo). Las investigaciones que han llevado a cabo tratamientos cognitivo-conductuales tampoco aportan resultados consistentes. Así, autores como Kohlenberg y Cahn (1981), Cuevas (1984) y McGrath y cols. (1992) señalan la superioridad de tratamientos autoadministrados (sin ningún contacto con el terapeuta), mientras que otros (e.g., Appelbaum y cols. 1990; Blanchard y cols., 1990; Holroyd y cols., 1988b) informan de resultados más positivos con tratamientos con contacto-mínimo. Sterger y Harper (1980) apuntan, por otra parte, que al comparar un grupo de sujetos con contacto con el terapeuta con otro en que los sujetos se autoadministraban dicho tratamiento, era el primer grupo el más beneficiado. Por último, no faltan quienes afirman que no existen diferencias en el nivel de eficacia terapéutica cuando se aplican los tratamientos con contacto-mínimo y dirigido por el terapeuta (Attanasio y cols., 1987; Richardson y McGrath, 1989).

En definitiva, consideramos, aunque a nivel tentativo, que la disparidad en los resultados de los anteriores estudios, puede estar mediatizada, al menos en parte, por una serie de problemas conceptuales y metodológicos. En este sentido, la falta consenso acerca de “una” definición de terapia cognitivo-conductual (es decir el no proporcionar una respuesta precisa a: ¿Qué se entiende por terapia cognitivo-conductual? o ¿Qué técnicas se deben incluir?), la variabilidad en el procedimiento terapéutico (e.g.: duración del programa de tratamiento con contacto-mínimo varía desde 4 a 6 e incluso ocho semanas, el número de sesiones en la modalidad dirigida por el terapeuta desde 5 a 11 sesiones), los problemas relacionados con el diseño (e.g.: no especificación del modo de asignar los sujetos a los grupos, falta de grupo control, falta de seguimiento o seguimiento demasiado corto) son, entre otros, aspectos que deben ser superados para poder dar una respuesta satisfactoria a este interrogante.

Son precisamente estas coordenadas las que guiarán el planteamiento de nuestra propuesta: tratamientos que con el menor contacto-terapéutico resulten eficaces. Así, se compararán dos modalidades de tratamiento claramente diferenciadas: tratamiento dirigido por el terapeuta y tratamiento con contacto mínimo.

El último aspecto, al que hacíamos referencia por su clara relevancia para dar cumplida respuesta a la eficacia de un tratamiento y, además, clarificar la eficacia diferencial de distintas modalidades interventivas, era el de la selección de una metodología adecuada. Así y aunque conscientes de que la metodología debe ir en consonancia con el diseño propuesto, y que no es habitual el comentarla antes de la explicitación de los objetivos que se plantean, también creemos que dentro del campo de la intervención psicológica en general, y en particular en el dolor de cabeza, con frecuencia se hace poco hincapié en el porqué de una opción metodológica frente a otras. Además, las actuaciones psicológicas que pretenden implementar un tratamiento suelen estar regidas por un patrón característico de evaluación: pretratamiento-tratamiento-postratamiento-seguimientos; de tal manera, que podemos tener evaluaciones continuadas a lo largo del tiempo de sujetos o grupos. Así, de todo el arsenal metodológico o analítico de que dispone el psicólogo, una técnica estadística, que entre otras, aparece como especialmente idónea para “aprehender” el impacto de un tratamiento dadas unas series de puntuaciones en el tiempo es el *análisis de series temporales*.

Además, este análisis ha sido frecuentemente recomendado y aplicado en distintos ámbitos de investigación tales como: el estudio de la conducta de consumo de tabaco y café (Emurian y cols., 1982; Rosel Elosegui y Rivas, 1992), el análisis de la temperatura en ratas de laboratorio (Arredondo, 1983), la evaluación del tratamiento en diseños conductuales (Arnau, Ruiz y Salvador, 1988), la eficacia de la acupuntura para las cefaleas (Vincent, 1990), y en cuestiones de economía (Mills, 1990).

En especial, señalar que la “filosofía” inherente a este análisis estadístico se ajusta adecuadamente al estudio de trastornos psicofisiológicos, dentro de los que se incluyen las cefaleas de tensión, ya que este tipo de problema puede ser definido por una serie de parámetros de dolor que muestran una secuencia-lidad determinada.

En resumen, una vez señaladas cuáles son las coordenadas que guiarán el planteamiento de este estudio, concretamos los objetivos que perseguimos con esta investigación:

- 1) Comprobar si un tratamiento cognitivo-conductual es eficaz en la intervención con sujetos que presentan dolor de cabeza tensional, y
- 2) Examinar el impacto de la modalidad de tratamiento (dirigido por el terapeuta vs. con contacto-mínimo) sobre los parámetros de dolor de cabeza tensional (frecuencia, intensidad y duración).

Esto es, este estudio no sólo nos permitirá evaluar, mediante el análisis de series temporales, la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual, sino tam-

bién “chequear” con qué modalidad de contacto terapéutico el tratamiento resulta más eficaz; cuestión, esta última, que posibilitará profundizar en el esclarecimiento del binomio coste-eficacia.

2. MÉTODO

2.1. Sujetos

Un total de 102 sujetos fueron reclutados a partir de anuncios en facultades, escuelas universitarias y colegios mayores del Campus Universitario de Santiago de Compostela, así como de un programa de divulgación radiofónica y de una encuesta sobre dolor de cabeza realizada en distintas facultades. Los sujetos para ser admitidos en el estudio debían de cumplir los siguientes criterios: a) edad superior a 17 años, b) historia de dolor superior a un año, c) frecuencia del dolor de cabeza superior a 3 días a la semana, d) ausencia de problemas físicos y/o psiquiátricos mayores, e) consumo exclusivo de fármacos analgésicos menores para el dolor f) no participar, simultáneamente, en otro tratamiento del dolor, g) cumplimentar el material de autorregistro y h) confirmación de su diagnóstico de dolor de cabeza tensional por un médico.

Del grupo inicial de 102 sujetos, se excluyeron 66 por no presentar cefaleas tensionales y de los 36 restantes con dolor de cabeza tensional 9 abandonaron el estudio (8 en la línea base y 1 a mitad del tratamiento).

La muestra final incluida en esta investigación fue de 27 sujetos, 7 hombres y 20 mujeres, estudiantes de la Universidad de Santiago de Compostela. La media de edad era de 20.4 años ($SD=1.9$, rango= 18-25) y la media de historia de dolor de 4.8 años ($SD=2.6$, rango= 3-13).

3. PROCEDIMIENTO

El procedimiento realizado en este trabajo fue llevado a cabo a lo largo de cuatro fases claramente diferenciadas: pretratamiento (4 semanas de duración), tratamiento (8 semanas), postratamiento (4 semanas) y seguimiento (1 año). A continuación pasamos a describir detalladamente cada una de ellas.

3.1. Evaluación pretratamiento

Evaluación y diagnóstico del dolor de cabeza. A todos los sujetos que aceptaron participar en esta investigación se les realizó una entrevista semies-

estructurada, de aproximadamente una hora de duración. Con dicha entrevista se pretendía recoger información acerca de las características de las cefaleas y aspectos relacionados, facilitándose así un mayor conocimiento del problema de dolor y posibilitando el establecimiento de un diagnóstico preciso. En concreto, este instrumento de medida consta de 30 preguntas que siguen un esquema de análisis funcional de conducta: antecedentes, descripción y consecuentes de la cefalea. Una vez realizada la entrevista, para que el dolor de los sujetos fuese considerado como tensional, debía de reunir las siguientes características recogidas en los sistemas de clasificación del dolor (IASP, 1986, IHS, 1988): a) frecuencia alta de dolor (al menos 3 días a la semana), b) localización bilateral, c) descripción del dolor como “constante, continuo, sordo”, “sensación de presión, tirantez o constricción”, “dolor alrededor de la cabeza como una banda” o “casquete sobre la cabeza” y d) exclusión de criterios diagnósticos de migraña (localización unilateral, dolor vibratorio o pulsátil, dolor precedido de aura, fotofobia, náuseas y vómitos).

Teniendo en cuenta los datos obtenidos a partir de este instrumento de medida se consideraba la idoneidad de inclusión de los sujetos en un programa de tratamiento psicológico de las cefaleas de tensión. Además, en aquellos casos seleccionados se les explicaba, brevemente, en qué consistía el tratamiento y se les facilitaba un formulario de consentimiento de participación que debían firmar en caso de estar de acuerdo con lo expuesto.

Autorregistro diario de dolor de cabeza. Después de que los sujetos aceptasen participar en el estudio, se les indicaba la importancia de llevar a cabo un registro diario de su dolor y se realizaba una descripción detallada del tipo de ficha de autorregistro diaria que debían cumplimentar. En especial, el modelo de autorregistro diario que hemos aplicado se basa en el formato de Budzynsky y cols. (1973), Haynes y cols. (1975) y Saldaña (1982), con el que se registra el dolor de cabeza hora a hora, durante las 24 horas del día, utilizando una escala de 6 puntos (0= ningún dolor a 5= dolor muy intenso). De este modo se puede recoger información de: a) frecuencia del dolor (días a la semana con dolor), b) intensidad del dolor (intensidad media de cada hora con dolor) y c) duración del dolor (número de horas a la semana con dolor). Además, con esta ficha se puede evaluar el número y tipo de medicación que consume el paciente. Dado que el consumo de medicación analgésica fue extremadamente baja, esta variable no fue considerada en los análisis estadísticos. El período de realización de este autorregistro fue de 4 semanas de duración, al cabo del cual si alguno de los sujetos no presentaba cefaleas frecuentes (al menos 3 días a la semana) era excluido del estudio.

3.2. Asignación de los sujetos a los grupos de tratamiento

Como no se disponía de todos los sujetos al iniciar la investigación, se utilizó un procedimiento de asignación al azar. De este modo, a medida que se iba incorporando un nuevo sujeto, éste era asignado a uno de los grupos establecidos *a priori*. Los grupos resultantes quedaron conformados del siguiente modo: 9 sujetos en el grupo de tratamiento cognitivo-conductual dirigido por el terapeuta, 9 en el de contacto-mínimo y 9 en el grupo control de lista de espera.

3.3. Tratamiento

Finalizado el período de línea base de cuatro semanas, los sujetos que fueron asignados a cada uno de los grupos de tratamiento recibieron la misma estrategia de intervención (cognitivo-conductual), pero administrada de modo diferente: con mayor contacto terapéutico (dirigido por el terapeuta) y con un número reducido de horas de contacto (contacto-mínimo). Así, el tratamiento constó de 8 semanas en ambos grupos, pero el grupo dirigido por el terapeuta tuvo 12 sesiones de tratamiento frente al de contacto-mínimo que solamente acudió a la clínica en 3 ocasiones (en la primera, quinta y séptima semana), manteniendo contacto telefónico, de aproximadamente 10 minutos, en cuatro ocasiones (en la segunda, cuarta, sexta y octava semana). En total la cantidad de contacto terapéutico establecida por el grupo dirigido por el terapeuta fue de 8.9 horas en comparación al de contacto-mínimo con 3.8 horas.

Los elementos comunes en ambos grupos de tratamiento consistieron en: a) establecimiento de una concepción sencilla de las cefaleas, b) realización del autorregistro diario del dolor de cabeza, c) inicio del autorregistro de análisis de dolor de cabeza, consistente en evaluar las situaciones que ocurren antes, durante y después de un dolor de cabeza, así como los pensamientos, sentimientos y sensaciones asociadas, d) asignación de prácticas de las técnicas para realizar en casa y cumplimentación de fichas de registro de dichas prácticas y e) material complementario de ayuda para adquirir las habilidades de relajación (4 cintas de entrenamiento en relajación)

3.3.1. Tratamiento cognitivo-conductual dirigido por el terapeuta

Esta modalidad de tratamiento fue administrada en 12 sesiones en la clínica, distribuidas a lo largo de un período de 8 semanas de duración. Las estrategias de tratamiento incluidas abarcan desde diferentes modalidades de entrenamiento en relajación a distintos tipos de técnicas cognitivas. En concreto, el entrenamiento en relajación se basó en el procedimiento descrito por Bernstein y Borkoveck (1973), así como el utilizado por Blanchard y Andrasik (1985) y

Tobin y cols. (1988). Las técnicas cognitivas se centraron en: resolución de problemas, reestructuración cognitiva y técnicas cognitivas dirigidas al dolor (control y desviación de la atención e imaginación). En este sentido, la resolución de problemas partió de la estrategia ideada por D'Zurilla y Golfried (1971) y las modificaciones realizadas por McKay, Davis y Fanning (1981); la reestructuración cognitiva tomó como modelo el propuesto por Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) y las consideraciones de McKay, Davis y Fanning (1981) y las técnicas de imaginación y las utilizadas para enseñar a desviar la atención del dolor se basaron en las descritas por Bakal (1982) y Turk, Meichenbaum y Genest (1983).

En la primera semana de tratamiento se inició el entrenamiento en relajación progresiva, con ejercicios de tensión-aflojamiento de 18 grupos musculares, ejercicios de respiración profunda y presentación de una imagen relajante.

En la segunda semana los sujetos aprendieron un procedimiento abreviado de relajación con ciclos de tensión-aflojamiento, utilizando sólo 6 grupos de músculos, continuando con ejercicios de respiración y elaboración de imágenes relajantes propias.

Durante la tercera semana se comenzó con dos modalidades nuevas de relajación: por evocación o recuerdo y sucitada por señal y se incorporó un entrenamiento en frases autógenas.

Una vez adquiridas las diferentes habilidades de relajación, en la cuarta semana se enseñó a los sujetos a registrar, diariamente ante situaciones de la vida cotidiana, su nivel de tensión muscular y a utilizar las técnicas aprendidas ante situaciones de estrés asociadas con tensión muscular

A partir de la quinta semana se introdujeron los diferentes tipos de estrategias cognitivas, sin dejar de practicar las técnicas anteriormente enseñadas, y comenzando con la resolución de problemas. Así, una vez que el sujeto identificaba aquellas situaciones que precipitan la cefalea se llevaban a cabo las distintas fases que componen este ejercicio para, en último término, facilitar el encontrar soluciones a situaciones-problema.

En la sexta semana, se incorporó una nueva estrategia que reforzaba la de resolución de problemas, ya que se utilizaba una vez que ésta no resultaba eficaz para hacer frente a una situación conflictiva. En concreto, esta técnica consistía en analizar las creencias negativas adoptadas ante situaciones-problema y buscar modos más eficaces de abordar cada situación.

El entrenamiento en reestructuración cognitiva se inició en la séptima semana de tratamiento, explicando la relación entre pensamientos, sentimien-

tos, conductas y dolor, y enseñando a identificar aquellos pensamientos distorsionados que conducen a sentimientos negativos. El objetivo final de este entrenamiento consistía en llegar a elaborar pensamientos más realistas y positivos.

Por último, en la octava semana, una vez practicadas todas las técnicas cognitivas y conductuales para posibilitar el abordaje del dolor, se indujo a los sujetos a aplicar, de un modo gradual, estas estrategias ante situaciones reales de dolor de cabeza.

Por último, es preciso señalar que el número de sesiones terapéuticas llevadas a cabo con entrenamiento en relajación fue de 1 por semana frente al de terapias cognitivas que fue el doble. Destacar, además, que en relación al entrenamiento en relajación se promocionó en todo momento la práctica de las técnicas en casa, recomendándose una media de 2 prácticas al día: una con cinta y otra sin cinta. De igual modo, con respecto a las técnicas cognitivas se sugirió su realización, en primer lugar, en imaginación y posteriormente, ante situaciones reales.

3.3.2. *Tratamiento cognitivo-conductual con contacto-mínimo*

A los sujetos asignados a este grupo de tratamiento se les proporcionó el mismo contenido de técnicas que al dirigido por el terapeuta y siguiendo el mismo orden de aplicación; la diferencia se basó, únicamente, en la cantidad de contacto terapéutico establecido. Así, el programa se administró en 3 sesiones en la clínica; es decir, un número cuatro veces menor de sesiones que para el grupo dirigido por el terapeuta, lo que implica una reducción considerable de tiempo de contacto terapéutico.

Más concretamente, aunque el contenido de técnicas terapéuticas es el mismo para los dos grupos de tratamiento, es conveniente poner de relieve que para cubrir la falta de sesiones del grupo de contacto-mínimo se proporcionó material de ayuda en forma de cintas y manuales. De este modo, los sujetos pertenecientes a este grupo acudieron a la clínica sólo en la primera, quinta y séptima semana para aprender el entrenamiento en relajación de 18 grupos de músculos, la técnica de resolución de problemas y la de reestructuración cognitiva. Además, se les dio material consistente en una cinta y un manual para cada semana. Para el resto de las semanas de tratamiento, se proporcionó, igualmente, una cinta y manual por semana y se sugirió la posibilidad de establecer contacto telefónico con el terapeuta en 4 ocasiones: en la segunda, cuarta, sexta y octava semana. En definitiva, el grupo de contacto-mínimo estableció un total de 3.8 horas de contacto terapéutico y utilizó 8 cintas y 8 manuales.

3.3.3. *Grupo control de lista de espera*

Durante el período de 8 semanas correspondiente a la fase de tratamiento, los sujetos del grupo control estuvieron a la espera de ser incluidos en el programa de intervención psicológica. Al cabo de ese tiempo, se les llamaba y se les indicaba que ya podían comenzar el tratamiento si lo deseaban. Aquellos sujetos que aceptaban participar cumplimentaban de nuevo el material de autorregistro durante un período de 4 semanas, a partir del cual se iniciaba el tratamiento. De los 9 sujetos que formaron este grupo, 4 aceptaron ser tratados de las cefaleas de tensión.

En este punto, es necesario indicar que los datos correspondientes a este grupo no han sido incluidos en el análisis de series temporales realizado, ya que sólo se disponía de los valores de los distintos índices de dolor del período de línea base y postratamiento y no del tratamiento.

3.4. Evaluación postratamiento

Una vez finalizado el tratamiento, los sujetos continuaron registrando diariamente la actividad de dolor de cabeza durante un período de tiempo equivalente al de la línea base: 4 semanas.

3.5. Evaluación en el seguimiento

Al cabo de 3 meses de la evaluación postratamiento, se envió a los sujetos material referente al seguimiento del programa de intervención. Este material incluía fichas de autorregistro diario de dolor de cabeza para un período de 2 semanas y un cuestionario global de valoración del efecto del tratamiento. Este proceso se repitió a los 6, 9 y 12 meses, obteniéndose así datos de seguimiento a lo largo de un año.

4. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

En este trabajo, se ha utilizado un análisis de series temporales. Análisis que consideramos especialmente idóneo para este tipo de estudio y, en consecuencia, acertado para alcanzar los objetivos de partida. En concreto, esta técnica estadística posibilita el integrar distintas mediciones realizadas a lo largo del tiempo y, lo que es más importante, evaluar la eficacia del tratamiento. A continuación describiremos brevemente en que consiste.

A un nivel general, el análisis de series temporales permite estudiar un fenómeno a partir de medidas repetidas a intervalos fijos de tiempo y se funda-

menta en distintos procedimientos estadísticos que posibilitan examinar: la secuencia temporal de los datos y determinar si, por ejemplo, la aplicación de una intervención terapéutica produce un cambio significativo en la serie de datos (Arnau, Ruiz y Salvador, 1988; Bisquerra, 1989; Martinez, 1984; McCain y McCleary, 1979).

Además, un aspecto importante que tiene en cuenta este análisis estadístico frente a otros (e.g.: análisis de varianza) hace referencia a la consideración de la relación existente entre las observaciones obtenidas a lo largo del tiempo o dependencia serial de los datos. Por ello, el análisis transforma las puntuaciones directas de las series de datos en puntuaciones serialmente independientes, es decir datos no correlacionados. Una vez realizadas las transformaciones necesarias es cuando se puede determinar el impacto de una variable (e.g.: tratamiento) en la serie temporal objeto de estudio. En especial, el análisis de series temporales se apoya en la elaboración de modelos que pretenden dar cuenta del cambio, y consideran dos componentes fundamentales de las series: 1) componente determinista, que refleja variaciones sistemáticas debidas a una causa o factor constante, y 2) componente estocástico, que hace referencia a variaciones accidentales, aleatorias o debidas al azar. A su vez, este último componente se divide en dos: sistemático y aleatorio. El sistemático refleja los errores de medida, el efecto de puntuaciones o datos anteriores sobre observaciones obtenidas en un momento dado (este componente representa la dependencia serial de los datos). En el componente aleatorio, el error es debido totalmente al azar.

Box y Jenkins (1976) diseñaron un modelo que pretende comprobar como se comporta una serie temporal: Modelo ARIMA. Este modelo está compuesto por tres componentes interrelacionados: autorregresivo (AR), integrado (I) y de medias móviles (MA) que permiten describir un valor como una función lineal de datos anteriores y errores debidos al azar. El objetivo es establecer un modelo adecuado y/o ajustado a los datos que nos proporcione información acerca de cómo se genera la serie objeto de estudio. Se trata de determinar, en suma, cuáles son los parámetros (p , d , q) que definen el modelo ARIMA:

- *Estacionariedad de la serie temporal.* Una serie se considera estacionaria si no presenta ninguna tendencia. Esto significa que las autocorrelaciones no cambian a través de la serie y que la representación gráfica o correlograma es consistente. Si la serie presenta algún tipo de tendencia es necesario convertirla en estacionaria diferenciándola d veces (d = número de diferenciaciones).

- *Autorregresión.* El componente autorregresivo del modelo se representa por " p ". Este parámetro indica el orden de correlación entre observaciones o datos próximos.

- *Promedio Móvil*. El promedio móvil pone de manifiesto el efecto aleatorio anterior sobre una puntuación y se representa por “q”.

La estrategia para elaborar el modelo ARIMA que se ajuste a los datos, implica las siguientes fases: 1) Identificación, 2) Estimación de los parámetros, 3) Diagnóstico del ajuste del modelo y 4) Efecto o impacto de la intervención.

En un primer paso se trataría de *identificar el modelo*. Esta identificación parte del examen del correlograma o representación gráfica de la función de autocorrelación (ACF) de las puntuaciones directas. A partir de los valores de la ACF se comprueba si la serie es estacionaria o presenta tendencia. En caso de mostrar tendencia, la serie debe ser destendenciada mediante una diferenciación de orden d hasta que el correlograma describa un proceso de ruido blanco, es decir, que las autocorrelaciones sean iguales a cero.

El análisis y comparación de los correlogramas de las ACF y PACF (función de autocorrelación parcial) diferenciadas permite establecer un modelo tentativo, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

Cuadro 1. Establecimiento de un modelo ARIMA tentativo

ACF	PACF	Modelo
Decae lentamente	Se corta después del retardo p .	AR (p , 0, 0)
Se corta después del retardo q	Decae lentamente	MA (0, 0, q)
Decae lentamente	Decae lentamente	ARIMA (p , 0, q)

Un segundo paso, previa identificación del modelo ARIMA (p , d , q), es la *estimación de los parámetros estadísticos que caracterizan el modelo*. Los paquetes estadísticos proporcionan estimaciones de dichos parámetros y, asimismo, indican el tipo de modelo, el orden de diferenciación y señalan el error típico de estimación y el valor de t , como una prueba del nivel de significación. Los valores t deben ser superiores a 1,96 para que los parámetros sean considerados como significativos y poder afirmar que el modelo ha sido adecuadamente identificado.

Una vez identificado el modelo ARIMA, estimados sus parámetros y mostrada la significación de dichos parámetros, en un tercer paso, es necesario comprobar si el *modelo se ajusta a los datos*. Es decir, verificar si el modelo explica de un modo satisfactorio el componente sistemático de error. Para ello se realiza un examen de los residuos. En caso de que los residuos describan un proceso de ruido blanco podemos considerar que el modelo elegido presenta un ajuste adecuado. Los indicadores válidos de la bondad de ajuste serían los

correlogramas de ACF y PACF de los residuos. Concretamente, un modo de verificar el ajuste es comprobando que los correlogramas no presentan valores extremos en los retardos iniciales, y los coeficientes de ACF no deben ser diferentes de cero.

En una última fase, y en aquellos casos en que una serie es interrumpida por la aplicación de una variable independiente o intervención, el propósito del análisis de series temporales es averiguar si *la intervención produce efectos significativos sobre la evolución de la serie*. Por lo tanto se evalúa la magnitud y significación estadística de cualquier cambio en la serie después de la intervención.

Teniendo en cuenta las consideraciones expuestas anteriormente acerca del objetivo y procedimiento del análisis de series temporales, a continuación presentamos el análisis realizado para cada índice de dolor de cabeza. Estudiaremos los datos obtenidos de la frecuencia, intensidad y duración de las cefaleas, en cada uno de los grupos de tratamiento: dirigido por el terapeuta y de contacto-mínimo.

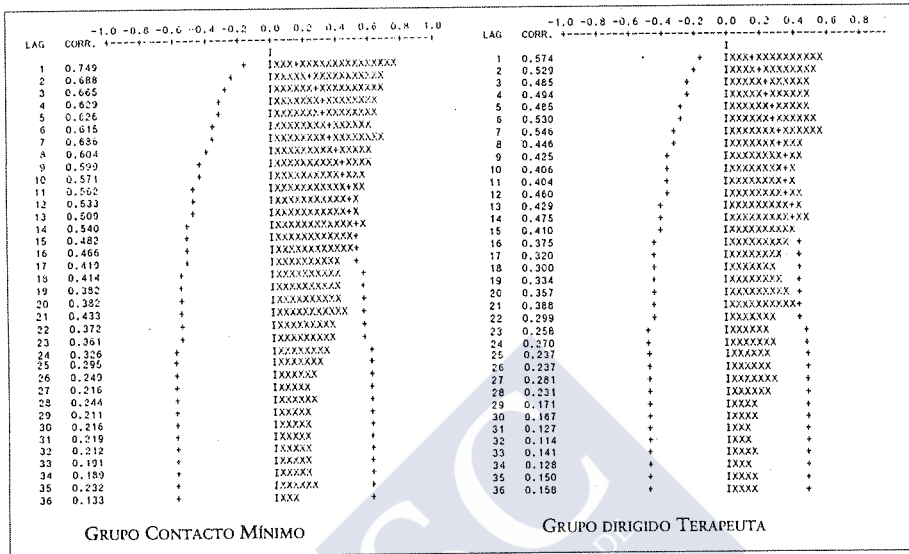
El número total de observaciones consideradas para la realización del análisis de series temporales ha sido 168, correspondientes al número de días durante los que se llevó a cabo el autorregistro diario de dolor de cabeza. Las 168 observaciones es la suma de las siguientes fases incluidas en el estudio: línea base (28 días), tratamiento (56 días), postratamiento (28 días), seguimientos (56 días). Asimismo, se utilizaron 36 retardos (lag.) de autocorrelación. El análisis de las series temporales se realizó utilizando el programa BMDP2T del paquete estadístico BMDP.

5. RESULTADOS

5.1. Análisis de series temporales de la frecuencia del dolor de cabeza

Examinamos, en primer lugar, los correlogramas que presenta la ACF (función de autocorrelación) de la frecuencia del dolor de cabeza (FR). El examen de estos correlogramas nos permitirá un primer acercamiento a la estructura básica de la serie (Figura 1). Así, observamos que los dos grupos de tratamiento muestran ACF altas y de signo positivo en los primeros retardos y, posteriormente, decaen lentamente. De esta representación gráfica se puede inferir que la serie presenta una tendencia, lo que implica que es necesario diferenciarla. Como ya se ha apuntado anteriormente, se pretende destendenciar la serie y convertirla en estacionaria. Esto posibilitará, en último término, determinar el impacto del tratamiento o intervención.

Figura 1. Correlograma de la ACF de la serie completa de la frecuencia, previa diferenciación



Por lo tanto, en un segundo momento, es necesario diferenciar las series correspondientes a los dos grupos de tratamiento ya que presentan algún tipo de tendencia (valores de ACF que se sitúan fuera del intervalo de confianza de la serie). Se realiza, entonces, una diferenciación de orden 1 ($d=1$), que generará nuevos correlogramas de ACF y PACF que es necesario explorar.

Figura 2a. Correlograma de la ACF de la serie completa de la frecuencia, diferenciada

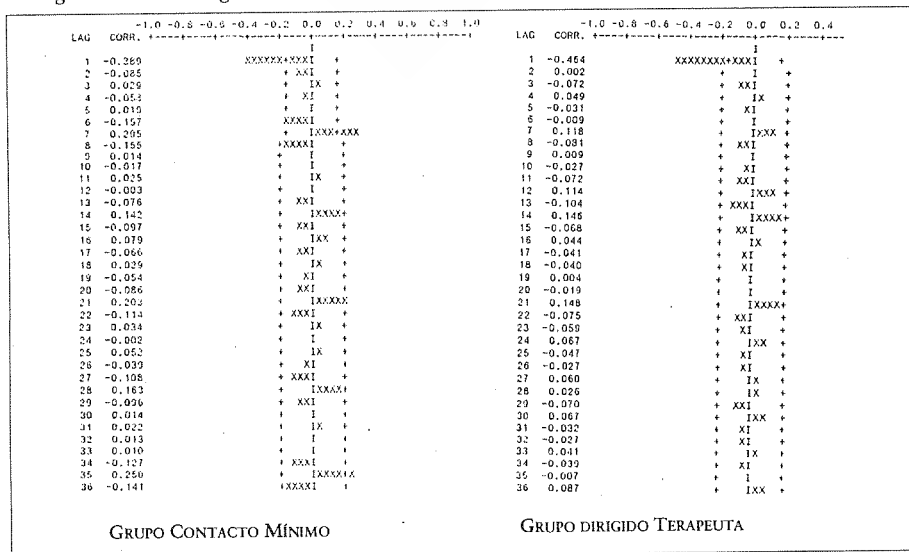
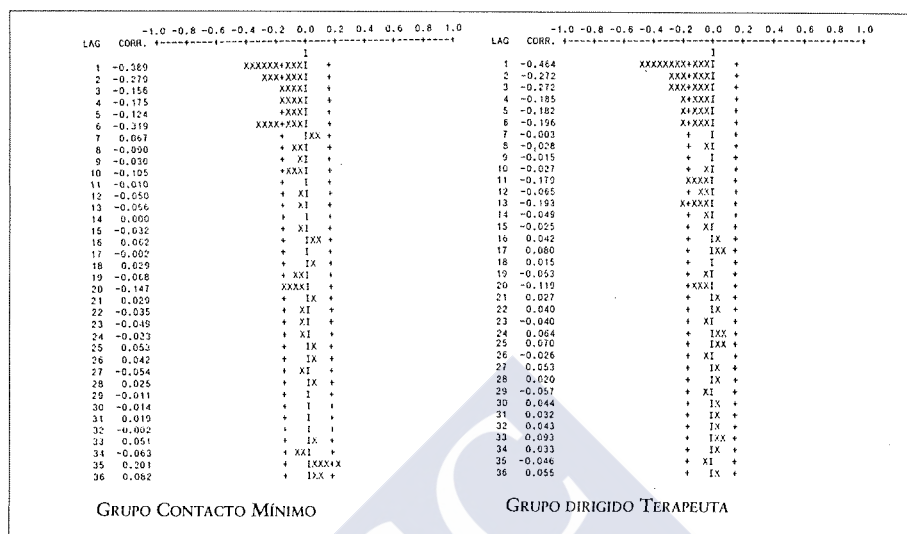


Figura 2b. Correlograma de la PACF de la serie completa de la frecuencia, diferenciada



Los correlogramas de las ACF y PACF diferenciadas (Figuras 2a y 2b), muestran que el modelo identificado a nivel tentativo es un modelo MA (0,1,1). Esta conclusión se desprende de la comparación de las ACF y PACF: la ACF muestra un corte en los primeros retardos y la PACF decae lentamente.

Una vez identificado el modelo, es necesario llevar a cabo la estimación de los parámetros estadísticos que caracterizan el modelo MA de la serie. Dichos parámetros se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Estimación de parámetros del modelo MA (0, 1,1) para la frecuencia

	Coefficiente estimado	t	Media cuadrática de los residuos
G. TRAT-DIRT	0,855	21,84**	0,0199
G. TRAT-CONTM	0,790	17,08**	0,0149

* $p < .05$, ** $p < 0.1$, *** $p < .001$

Los parámetros obtenidos para el modelo de las series de los dos grupos de tratamiento son significativos, con un valor t superior a 1,96 ($t = 21,84$, $p > .001$ para el grupo dirigido por el terapeuta y $t = 17,08$, $p > .001$ para el grupo de contacto-mínimo). Dado que estos parámetros son significativos podemos concluir que el modelo ha sido adecuadamente identificado.

A partir de la identificación del modelo tentativo, en nuestro caso un modelo MA, pasamos a la fase de diagnóstico del mismo. Por lo tanto debemos

someter a análisis las ACF residuales, pues se trata de explicar el componente sistemático de error; o lo que es lo mismo, verificar si los residuos describen un proceso de ruido blanco. En concreto, el análisis de los correlogramas de la ACF residuales (Figura 3) muestra que los coeficientes son próximos a cero. En otras palabras, hemos eliminado la tendencia de la serie y, por lo tanto, podemos pasar a comprobar el impacto de la intervención.

Para averiguar el efecto de la intervención, se trataría de calcular los estadísticos que nos permitan responder a la pregunta: ¿el tratamiento ha sido eficaz?. Este es el fin último y, en consecuencia, el más importante del análisis de series temporales. Así, en la tabla 2 se recogen los parámetros del modelo identificado y el efecto del tratamiento (serie interrumpida).

Figura 3. Correlograma de la ACF de los residuos de la serie completa de la frecuencia

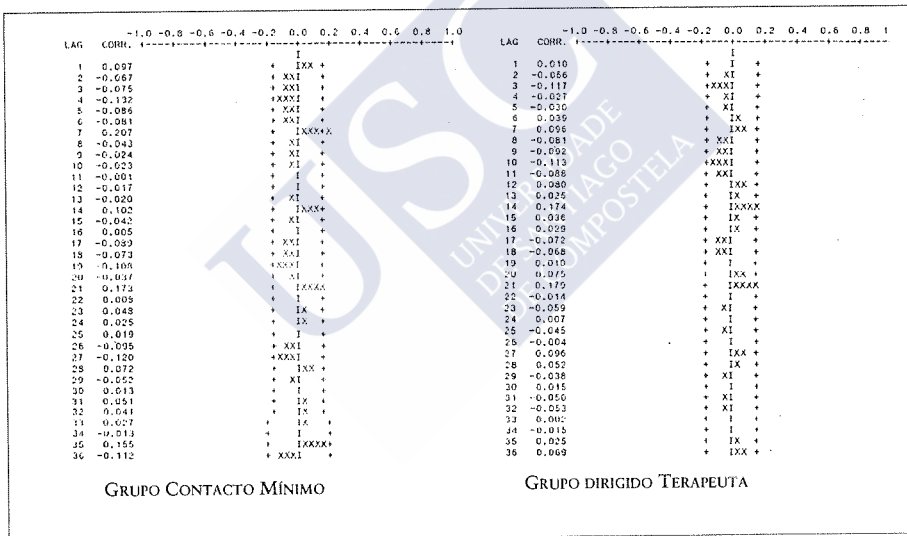


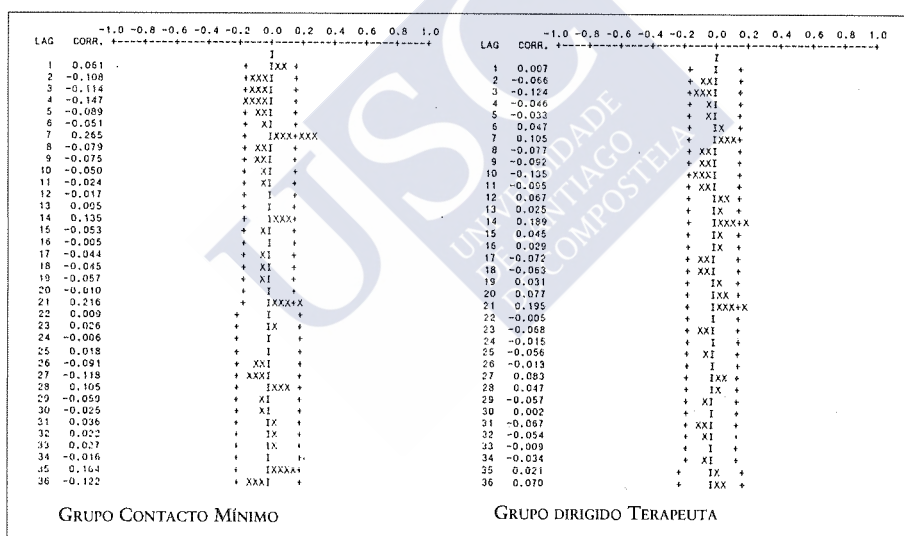
Tabla 2: Estimación de parámetros del modelo MA (0,1,1)+TRAT para la frecuencia

	Coefficiente estimado	t	Media cuadrática de los residuos
G. TRAT-DIRT			
FR	0,884	26,29***	0,0197
TRAT.	-0,109	-1,86	
G. TRAT-CONTM			
FR	0,905	28,81***	0,0127
TRAT	-0,316	-6,61***	

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Al detenerse en la tabla 2 se puede apreciar que la media cuadrática residual del modelo MA (0,1,1), para el grupo dirigido por el terapeuta es de 0,0199 y muestra un pequeño cambio con el modelo MA (0,1,1)+Tratamiento (media cuadrática de los residuos= 0.0197). El valor t para el coeficiente estimado del modelo MA (0,1,1) se muestra superior al introducir la intervención (pasa de 21,84 a 26,29), lo que implica que el parámetro es más significativo a nivel estadístico. Por otro lado, la t correspondiente al coeficiente estimado del tratamiento (1,86) indica un nivel marginalmente significativo. De todos modos, en la figura 4 podemos comprobar que al introducir la intervención el ajuste al modelo es satisfactorio, dado que los residuos se comportan como un proceso de ruido blanco.

Figura 4. Correlograma de la ACF de los residuos de la serie de la frecuencia, interrumpida



La media cuadrática de los residuos, para el modelo MA (0,1,1) del grupo de contacto-mínimo fue de 0,0149 y descendió a 0,0127 para el modelo MA (0,1,1)+TRAT. Asimismo el valor t del parámetro estimado para dicho modelo aumentó (de 17,08 a 28,81); y el valor t para la intervención fue de 6,61, lo que indica que es altamente significativo.

El análisis del correlograma de la ACF de los residuos (Figura 4), en la serie de la frecuencia del dolor de cabeza para el grupo de contacto-mínimo, indica un ajuste al modelo, puesto que el componente de error es ruido blanco.

Retomando todo lo anterior, podemos concluir que el tratamiento aplicado ha sido eficaz al considerar la frecuencia del dolor de cabeza únicamente en el grupo de contacto-mínimo, dado que los residuos han descendido al considerar la serie interrumpida y el valor t del parámetro estimado del tratamiento es significativo.

5.2. Análisis de series temporales de la intensidad del dolor de cabeza

Para realizar el análisis de la serie de datos correspondiente a la intensidad del dolor de cabeza (I), seguiremos el mismo esquema utilizado en el apartado anterior con la frecuencia del dolor.

En primer lugar, los correlogramas de las ACF de la intensidad del dolor de cabeza en los 2 grupos de tratamiento muestran que existe una tendencia en las series (Figura 5) que es necesario eliminar realizando una diferenciación de orden 1 ($d=1$). Los correlogramas de las ACF y PACF diferenciadas (Figuras 6a y 6b) permiten identificar un modelo tentativo MA (0,1,1), ya que la ACF presenta un corte en los primeros retardos y la PCAF decae lentamente.

Figura 5. Correlograma de la ACF de la serie completa de la intensidad, previa diferenciación

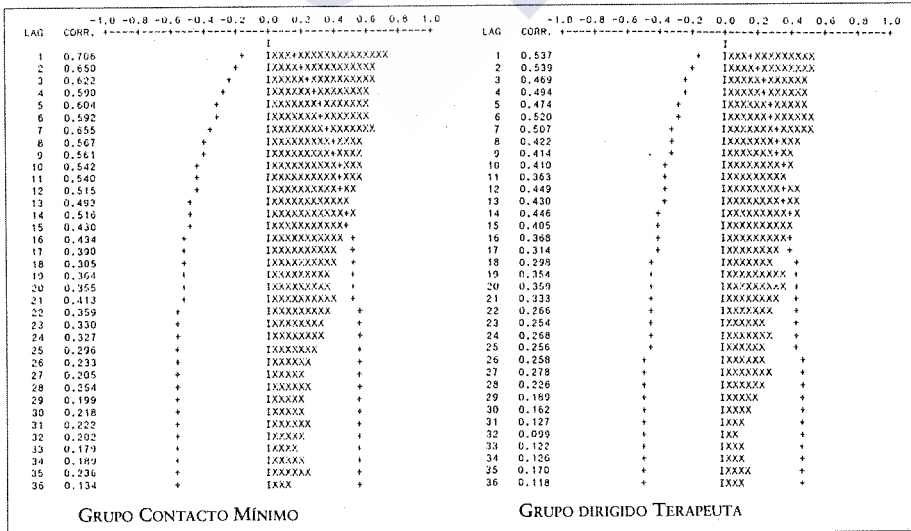


Figura 6a. Correlograma de la ACF de la serie completa de la intensidad, diferenciada

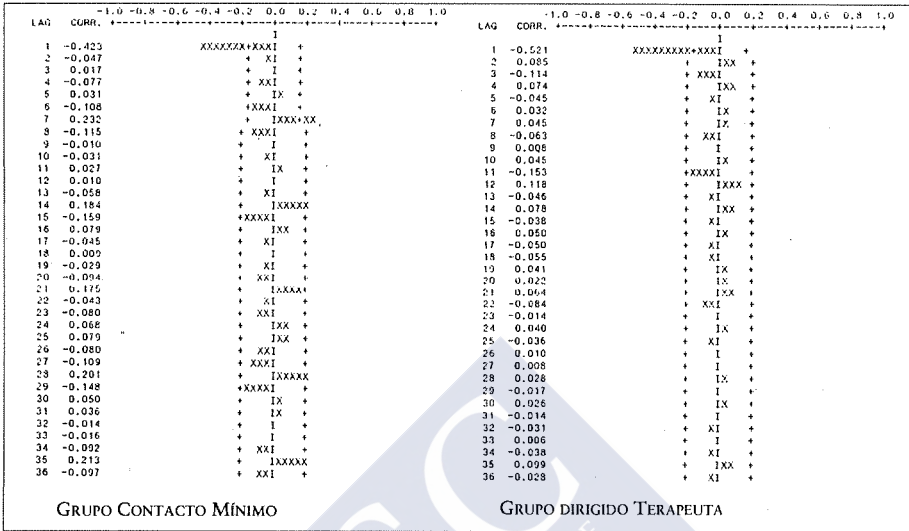
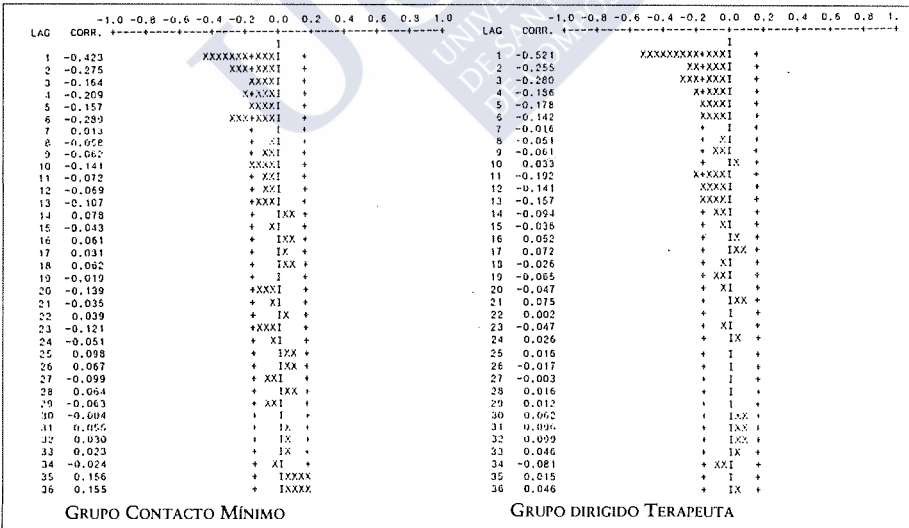


Figura 6b. Correlograma de la PACF de la serie completa de la intensidad, diferenciada



El siguiente paso implica la estimación de los parámetros del modelo MA (0,1,1) identificado para la serie de los datos de la intensidad del dolor de cabeza. En la Tabla 3 se presentan los valores de dichos parámetros para los dos grupos de tratamiento.

Tabla 3. Estimación de parámetros del modelo MA (0, 1,1) para la intensidad

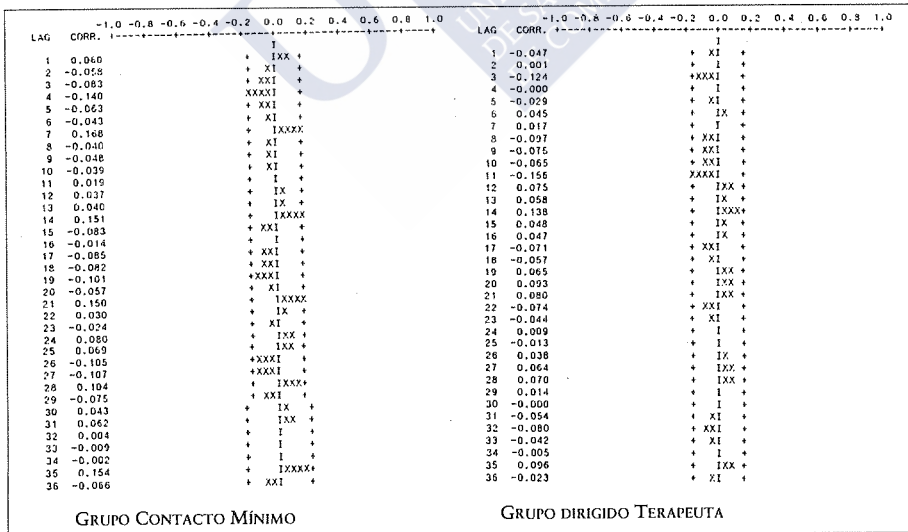
	Coefficiente estimado	t	Media cuadrática de los residuos
G. TRAT-DIRT	0,863	22,67***	0,0928
G. TRAT-CONTM	0,819	18,93***	0,0834

* $p < .05$, ** $p < 0.1$, *** $p < .001$

A partir del valor t obtenido en los dos grupos de tratamiento se indica que el modelo ha sido adecuadamente identificado. Conclusión que se puede extraer al comprobar que la t es superior a 1,96 en los dos grupos de tratamiento (22,67 para el modelo del grupo dirigido por el terapeuta y de 18,93 para el de contacto-mínimo).

A continuación para diagnosticar el modelo identificado se analizan los correlogramas de las ACF de los residuos. Al observar la Figura 7 se verifica que los residuos se comportan como ruido blanco, ya que las autocorrelaciones son próximas a cero.

Figura 7. Correlograma de la ACF de los residuos de la serie completa de la intensidad



En último lugar, para evaluar si el tratamiento ha sido o no eficaz en reducir la intensidad del dolor de cabeza, se presentan los parámetros correspondientes al modelo ARIMA identificado y el tratamiento, es decir, un modelo MA (0,1,1)+TRAT (tabla 4).

Tabla 4. Estimación de parámetros del modelo MA (0,1,1)+TRAT para la intensidad

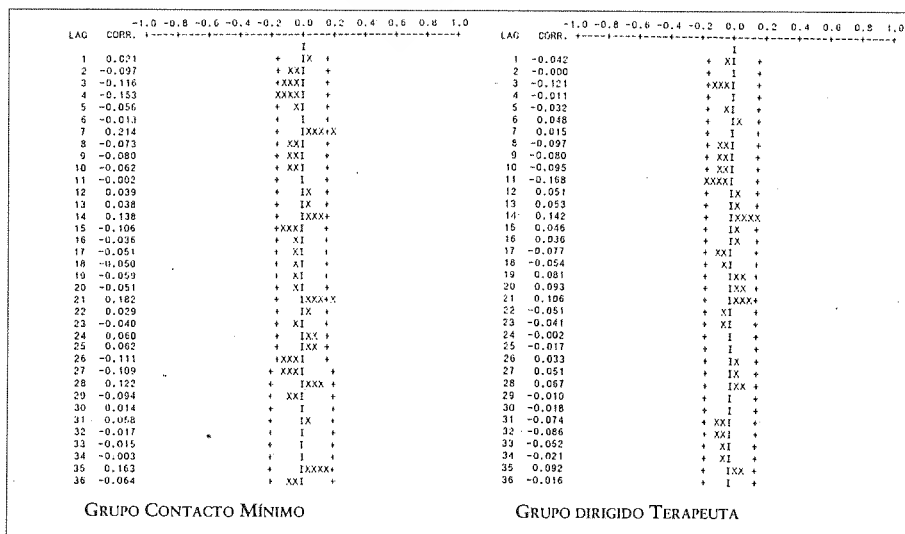
	Coefficiente estimado	t	Media cuadrática de los residuos
G. TRAT-DIRT			
I	0,898	27,12***	0,0911
TRAT.	-0,285	-2,36**	
G. TRAT-CONTM			
I	0,912	29,73***	0,0743
TRAT	-0,652	-5,81***	

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Al analizar la tabla 4 se comprueba que la media cuadrática del modelo MA (0,1,1)+TRAT para la serie de la intensidad en el grupo dirigido por el terapeuta es de 0,0911, valor que revela un descenso con respecto a la media cuadrática del modelo MA (0,0928). Igualmente se produce un descenso de la media cuadrática en el modelo correspondiente al grupo de tratamiento con contacto-mínimo (el valor pasa de 0,0834 a 0,0743). Además, el valor t es significativo para la intervención en los dos grupos de tratamiento: la t correspondiente al grupo dirigido por el terapeuta es de 2,36 y la correspondiente al de contacto-mínimo superior (5,81).

Todo ello indica que la intervención resultó ser eficaz, dado que los residuos fueron más pequeños al incluir el tratamiento. En este sentido, al estudiar el correlograma de las ACF de los residuos del modelo (Figura 8), se observa que el componente de error es próximo a cero.

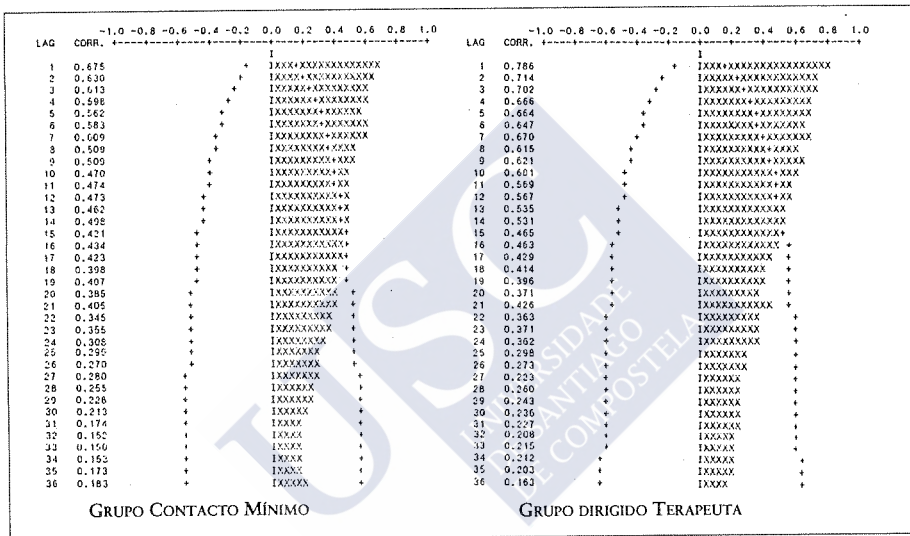
Figura 8. Correlograma de la ACF de los residuos de la serie de la intensidad, interrumpida



5.3. Análisis de series temporales de la duración del dolor de cabeza

Al igual que para los anteriores índices (frecuencia e intensidad) si se observan los correlogramas de las ACF de los datos de duración del dolor de cabeza (DUR) en los dos grupos de tratamiento, comprobamos que se presenta una tendencia en los datos (Figura 9).

Figura 9. Correlograma de la ACF de la serie completa de la duración, previa diferenciación



Como las series muestran una tendencia clara, es necesario diferenciar la serie para destendenciarla. En este caso, al igual que con las series de los anteriores índices, el orden de diferenciación es 1 ($d=1$). El análisis de las características de los correlogramas de las ACF y PACF diferenciadas permite elaborar un modelo MA para la serie de la duración del dolor de cabeza (ver Figuras 10a y 10b).

Figura 10a. Correlograma de la ACF de la serie completa de la duración, diferenciada

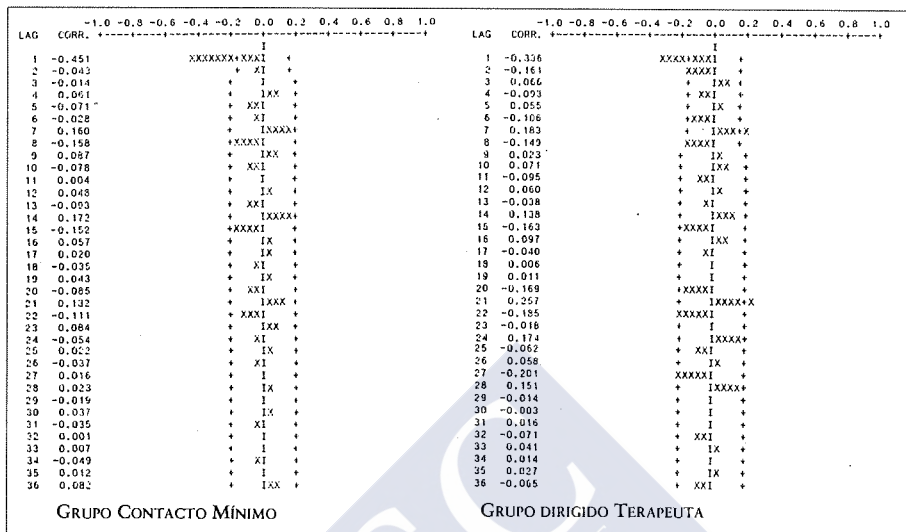
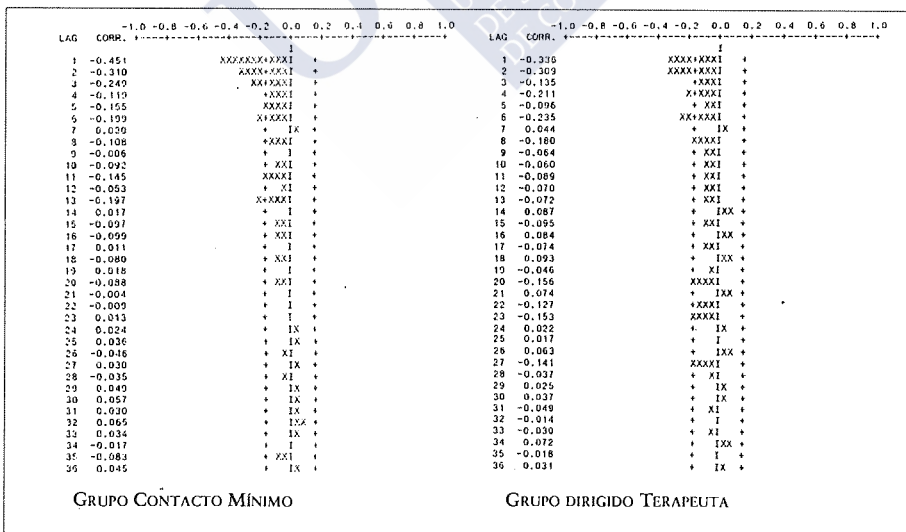


Figura 10b. Correlograma de la PACF de la serie completa de la duración, diferenciada



Los parámetros estimados para el modelo MA (0,1,1) identificado para los dos grupos de tratamiento, se presentan en la tabla 5.

Tabla 5. Estimación de parámetros del modelo MA (0, 1,1) para la duración

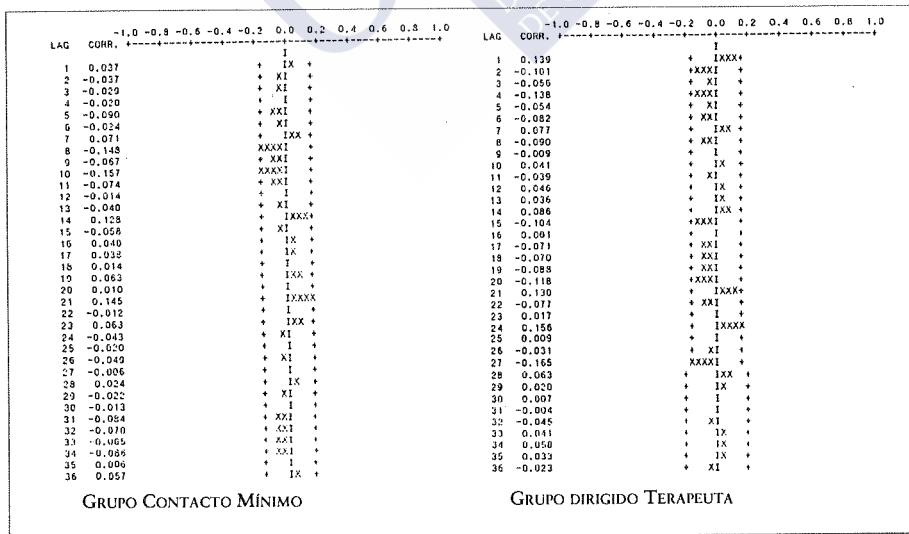
	Coefficiente estimado	t	Media cuadrática de los residuos
G. DIRT	0,827	19,04**	0,9011
G. CONTM	0,759	15,18**	0,9976

* $p < .05$, ** $p < 0.1$, *** $p < .001$

Tal y como se comprueba en la tabla 5, el valor t obtenido para los dos grupos de tratamiento permite señalar que el modelo tentativo MA identificado se ajusta a los datos. Más específicamente, la t para el modelo MA (0,1,1) de la serie de la duración del dolor de cabeza, en el grupo de tratamiento dirigido por el terapeuta es de 19,04 y para el de contacto-mínimo de 15,18; valores los dos superiores a 1,96 que permiten señalar que los parámetros estimados son significativos y concluir que la identificación del modelo ha sido adecuada.

Al examinar los correlogramas de ACF de los residuos (figura 11) comprobamos que las autocorrelaciones son próximas a cero, es decir que el correlograma representa un proceso de ruido blanco, y por lo tanto esto indica que el modelo está bien ajustado.

Figura 11. correlograma de la ACF de los residuos de la serie completa de la duración



La evaluación de los parámetros del modelo MA (0,1,1)+TRAT posibilitan valorar el nivel de eficacia del tratamiento. En la tabla 6, se muestran dichos parámetros para los dos grupos.

Tabla 6. Estimación de parámetros del modelo MA (0, 1,1)+TRAT para la duración

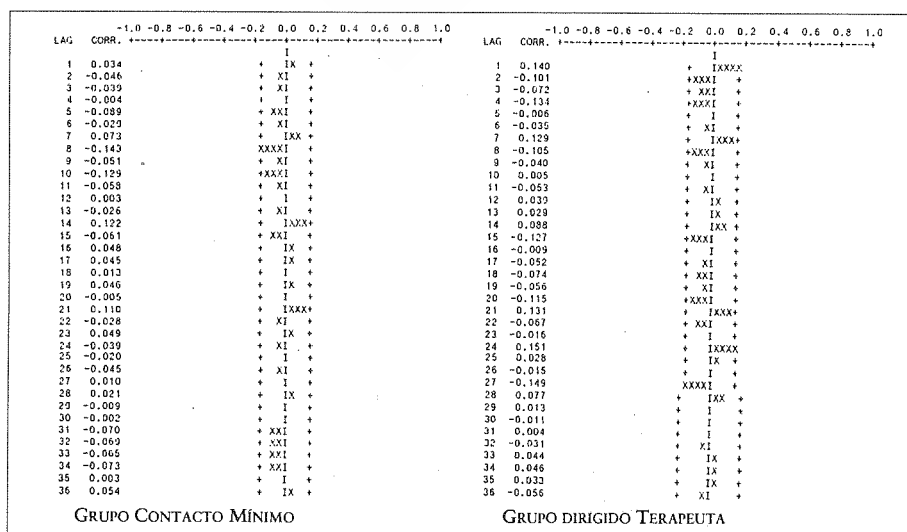
	Coefficiente estimado	t	Media cuadrática de los residuos
G. TRAT-DIRT			
DUR	0,860	21,56***	0,8971
TRAT	-0,661	-1,54	
G. TRAT-CONTM			
DUR	0,857	21,70***	0,9209
TRAT	-0,221	-4,48***	

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Al analizar los parámetros estimados y presentados en la tabla 6, se puede señalar que el valor de la media cuadrática de los residuos en el grupo dirigido por el terapeuta pasa de 0,0911 en el modelo MA (0,1,1) a 0,8791 en el MA (0,1,1)+TRAT. El valor t al considerar el tratamiento es de 1,54, valor no significativo estadísticamente. En cambio, para el grupo de contacto-mínimo además de reducirse los residuos (de 0,9976 a 0,9209), el valor t para el tratamiento es significativo (4,48).

De todos modos, al examinar los correlogramas de las ACF de los residuos del modelo MA (0,1,1)+TRAT (serie interrumpida) se pone de relieve que las autocorrelaciones son próximas a cero, lo que implica que existe un buen ajuste a los datos (figura 12).

Figura 12. Correlograma de la ACF de los residuos de la serie de la duración interrumpida



En conclusión, señalar que la duración ha sido un índice que se ha reducido al aplicar un tratamiento cognitivo-conductual con contacto-mínimo, no mostrándose este efecto significativo en el grupo de tratamiento dirigido por el terapeuta.

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en este trabajo ponen de manifiesto, a nivel general, que el estudio del dolor de cabeza y la consiguiente intervención sobre el mismo es un tema con proyección de futuro en la psicología aplicada. Así, tanto si el punto de partida es el análisis del impacto del tratamiento, como si lo es la eficacia diferencial de distintas modalidades terapéuticas los hallazgos son enormemente satisfactorios. Se trataría, en suma, de “apostar” por la intervención en este tipo de trastorno. Intervención que, lógicamente, debe encuadrarse dentro de un marco conceptual y metodológico adecuado, lo que requiere, en definitiva, la consideración y explicitación de las siguientes coordenadas: tipo de dolor de cabeza (e.g.: tensional vs. migraña), modalidad de tratamiento a utilizar (conductual, cognitiva o combinación de ambas), modo de administración (autoadministrado, contacto-mínimo y dirigido por el terapeuta), índices de dolor sobre los que centrar la intervención (frecuencia, intensidad, duración), etc. Es decir, se trata de delimitar claramente cuáles son los ejes en los que se “asienta” la intervención para, en último término, poder evaluar de forma más “comprehensiva y real” su impacto en este tipo de trastorno.

En concreto, la muestra de nuestro estudio estaba compuesta por pacientes con dolor de cabeza tensional, a los que se les ha aplicado un tratamiento que incluía entrenamiento en relajación y técnicas cognitivas, diferenciándose los grupos en cuanto al grado de contacto terapéutico (grupo dirigido por el terapeuta y grupo de contacto mínimo) y, por último, los índices en función de los cuales se examina el impacto de la intervención son: frecuencia, intensidad y duración del dolor.

En suma, sólo partiendo de este marco de referencia, será posible determinar el “alcance” de la intervención que se ha aplicado y, consiguientemente, sugerir las implicaciones que los hallazgos puedan tener tanto en el diseño de nuevas estrategias de intervención como en su puesta en práctica.

Así, los resultados de este estudio, de acuerdo con los objetivos de partida, nos permitirán, en un primer momento, examinar el impacto del tratamiento en pacientes con dolor de cabeza tensional o, dicho de otro modo, posi-

bilitarán dar respuesta a la pregunta ¿ha sido eficaz la intervención en este tipo de pacientes?; en segundo lugar, decidir si la frecuencia de contacto terapéutico tiene relación directa con la eficacia de la intervención o, por el contrario, el impacto del tratamiento no está modulado, claramente, por este parámetro; y, en último lugar, comprobar si los cambios producidos por la intervención se mantienen y/o generalizan con el paso del tiempo.

En este sentido y como consecuencia de los intereses de partida, hemos considerado necesario profundizar en comparaciones intragrupo a través de análisis estadísticos especialmente diseñados para analizar el impacto de una intervención a lo largo de un período temporal: análisis de series temporales.

Más específicamente, este tipo de análisis, a diferencia de otros como el de varianza, examina como el paso del tiempo y la intervención modifican, ajustando o no, los índices de dolor de cabeza en cada grupo. El ajuste se refiere a la adecuación de los datos u observaciones a un modelo preestablecido por el análisis, y que servirá de referencia para evaluar el impacto del tratamiento. Se trata, en suma, de identificar qué índices “dan cuenta”, en cada uno de los grupos, de la eficacia del tratamiento a lo largo del tiempo (el período temporal abarca desde el pretratamiento al seguimiento).

En el grupo dirigido por el terapeuta, los resultados muestran que el impacto del tratamiento en los distintos índices de dolor de cabeza se produce en el siguiente orden: intensidad ($t= 2.36$), frecuencia ($t= 1.86$) y duración ($t= 1.54$). Es necesario destacar que únicamente en la intensidad el efecto de la intervención alcanza la significación estadística ($p < .01$). Estos resultados pueden interpretarse en el sentido de que esta modalidad de intervención ha incidido eficazmente en la “cantidad de dolor” (intensidad).

Con respecto al grupo de contacto-mínimo, los resultados del análisis de series temporales indica que el mayor cambio se ha producido en la frecuencia ($t= 6.61$) seguida de la intensidad ($t= 5.81$) y, en último lugar, de la duración ($t= 4.48$). En este caso la significación estadística corresponde a todos los índices: frecuencia ($p < .001$), intensidad ($p < .001$) y duración ($p < .001$).

Es interesante señalar que el grupo de contacto-mínimo presenta valores t superiores y, por consiguiente, mayores niveles de significación, en todos los índices que el grupo dirigido por el terapeuta. Aunque el análisis de series temporales no posibilita comparaciones intergrupo, parece confirmarse, que es el grupo de contacto-mínimo el que presenta “mayor mejoría”.

De este análisis se desprenden, además, otras consideraciones que creemos de especial interés por su relevancia clínica, y que pueden resumirse en los

siguientes puntos: 1) Ambas modalidades de tratamiento son eficaces; 2) Tanto en el grupo dirigido por el terapeuta como en el de contacto-mínimo el tratamiento reduce significativamente la intensidad del dolor de cabeza; 3) En el grupo de contacto-mínimo el mayor impacto se produce en el “número de días de dolor” (frecuencia), mientras que en el grupo dirigido por el terapeuta es la “cantidad percibida de dolor” (intensidad); 4) La duración es el índice que en los dos grupos de tratamiento muestra la menor reducción y 5) El tratamiento aplicado, sin considerar el modo de administración, reduce la totalidad de los índices de dolor de cabeza: frecuencia, intensidad y duración.

En definitiva, nuestros resultados apoyan la adecuación de valorar la cefalea desde una perspectiva trimodal, incluyendo los índices básicos que explican y/o delimitan el fenómeno del dolor, esto es la frecuencia de ocurrencia, su intensidad y la duración de los episodios. En esta misma línea, diferentes autores han puesto de relieve la necesidad de considerar otros índices además de la actividad de dolor de cabeza, tan comúnmente utilizada en las investigaciones sobre tratamientos psicológicos de las cefaleas (e.g.: Cruzado y Labrador, 1990; Murphy y cols., 1990; Newton y Barbaree, 1987; Vera, 1990); sólo de este modo se podrá obtener información más específica y, consiguientemente, se avanzará en el conocimiento y comprensión de este fenómeno. La cuestión que surge a raíz de esta consideración, y teniendo en cuenta la valoración de la eficacia terapéutica, es si existe o no consenso acerca de cuáles son los índices de dolor que revelan mayor mejoría. La revisión de la literatura a este respecto no es concluyente. Quizás la utilización de distintos métodos de autorregistros de dolor (cada hora, cada 2 horas, 4 veces al día e incluso una sola vez al día), la no especificación del tipo de cefalea (la intensidad es más difícil que mejore en sujetos con migraña frente a tensionales), la cronicidad del dolor (se ha puesto de relieve una relación inversa entre cronicidad y mejoría del dolor -Bakal y cols., 1981-) y la aplicación de programas de tratamiento que bajo la misma denominación (e.g.: cognitivo-conductuales) incluyen diferentes técnicas que inciden sobre aspectos particulares relacionados con el dolor, expliquen, en cierta medida, el estado actual del tema.

Además, tal y como hemos comprobado en esta investigación, la variable contacto terapéutico, también parece ejercer un efecto diferencial sobre los parámetros de dolor. Así, la intensidad de las cefaleas, considerada como un índice más subjetivo que la valoración de la frecuencia y duración del dolor, se ha mostrado como el único índice que se redujo, a un nivel estadísticamente significativo, a lo largo del tiempo como consecuencia de la aplicación de un programa cognitivo-conductual dirigido por el terapeuta, en pacientes con dolor de cabeza tensional. En otros trabajos que igualmente utilizan estrategias cogniti-

vo-conductuales en la clínica (Attanasio y cols, 1987; Figueroa, 1982; Johnson y Thorn, 1989; Newton y Barbaree, 1987; Sterger y Harper, 1980) la intensidad junto con la frecuencia del dolor muestran reducciones significativas. A este respecto, son de destacar los resultados proporcionados por Newton y Barbaree (1987) que indican que los sujetos que informaron de mayor reducción de la intensidad del dolor también fueron los que experimentaron un cambio más positivo en la percepción de autocontrol sobre sus cefaleas.; es decir, que el tratamiento, según señalan los autores, ha ejercido una modificación en la variable cognitiva de autoeficacia. Tal vez, esta explicación, pueda también aplicarse a nuestro trabajo, ya que los sujetos al disponer y aprender habilidades eficaces para afrontar su dolor, se consideren con mayor percepción de autoeficacia ante el dolor y por lo tanto con posibilidad de reducir la cefalea. En otras categorías de dolor de cabeza como las migrañas la intensidad, es un índice más difícil de reducir (Gerhards y cols, 1984; Knapp y Florin, 1981; Sorbi y Tellegen, 1986).

Por otro lado, el grupo de contacto-mínimo formado para esta investigación pone de relieve una reducción, a nivel estadístico, de todos los índices de dolor (frecuencia, intensidad y duración). En este sentido, en aquellos trabajos en los que se incluyen, igualmente, grupos de tratamiento cognitivo-conductual con contacto-mínimo (Attanasio y cols., 1987; Richardson y McGrath, 1989; Tobin y cols., 1988) se manifiestan mejorías en índices de cefalea como los días sin dolor, la intensidad y la tasa de medicación. Incluso en investigaciones en las que se estudia el efecto diferencial de aplicar el entrenamiento en relajación con mayor o menor contacto terapéutico (Blanchard y cols., 1985; Teders y cols., 1984) además de reducirse el índice de actividad de dolor de cabeza, disminuyen los días sin dolor, la intensidad y el consumo de fármacos.

En definitiva y en base a los resultados obtenidos en este estudio, se confirma la idoneidad de la elección de un abordaje cognitivo-conductual en sujetos con dolor de cabeza tensional y permite “apostar”, decididamente, por un modo de administrar el tratamiento que requiera poco contacto terapéutico. Así, se proporcionará a los sujetos un programa que puede ser considerado a la vez eficaz y menos costoso que otras alternativas terapéuticas.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APPELBAUM, K.A., BLANCHARD, E.B., NICHOLSON, N.L., RADNITZ, C., KIRSCH, C., MICHULTKA, D., ATTANASIO, V., ANDRASIK, F. y DENTINGER, M.P. (1990). Controlled evaluation of the addition of cognitive strategies to a home-based relaxation protocol for tension headache. *Behavior Therapy*, 21, 293-303.
- ARNAU, J., RUIZ, M. y SALVADOR, F. (1988). Evaluación del tratamiento en diseños conductuales mediante técnicas de análisis de series temporales: Una aproximación computacional. *Evaluación Psicológica*, 4, 1, 51-62.
- ATTANASIO, V., ANDRASIK, F. y BLANCHARD, E.B. (1987). Cognitive therapy and relaxation training in muscle contraction headache: Efficacy and cost-effectiveness. *Headache*, 5, 254-260.
- ARREDONDO, J.M. (1983). Análisis de la temperatura en ratas de laboratorio según los modelos de series temporales. *Informes de Psicología*, 415-434.
- BAKAL, D.A. (1982). *The Psychobiology of Chronic Headache*. Nueva York: Springer.
- BAKAL, D.A., DEMJEN, S. Y KAGANOV, J.A. (1981). Cognitive behavioral treatment of chronic headache. *Headache*, 21, 81-86.
- BECK, A.T., RUSH, A.J., SHAW, B.F. y EMERY, G. (1983). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: Desclee de Bouwer. (Original: Cognitive Therapy of Depression. Nueva York: The Guilford Press, 1979).
- BERNSTEIN, D.A. y BORKOVEC, T.D. (1983). *Entrenamiento en Relajación Progresiva*. Bilbao: Desclee de Bouwer (Original: Progressive Relaxation Training: A Manual for the Helping Professions. Champaign, IL: Research Press, 1973).
- BISQUERRA, R. (1989). Análisis de series temporales. En R. Bisquerra (ed.), *Introducción Conceptual al Análisis Multivariado* (vol II, pp. 649-745). Barcelona: PPU.
- BLANCHARD, E.B. y ANDRASIK, K.A. (1989). *Tratamiento del Dolor de Cabeza Crónico: Un Enfoque Psicológico*. Barcelona: Martinez Roca (Original: Management of Chronic Headaches. Nueva York: Pergamon Press, 1985).
- BLANCHARD, E.B., APPELBAUM, K.A., NICHOLSON, N.L., RADNITZ, C.L., MORRILL, B., MICHULTKA, D., KIRSCH, C., HILLHOUSE, J. y DENTINGER, M.P. (1990). A controlled evaluation of the addition of cognitive therapy to a home-based biofeedback and relaxation treatment of vascular headache. *Headache*, 30, 371-376.
- BLANCHARD, E.B., ANDRASIK, F., AHLES, T.A., TEDERS, S.J. y O'KEEFE, D. (1980). Migraine and tension headache: A meta-analytic review. *Behavior Therapy*, 11, 613-633.
- BLANCHARD, E.B., ANDRASIK, F., APPELBAUM, K.A., EVANS, D.D., JURISH, S.E., TEDERS, S.J., RODICHOK, L.B. y BARRON, K.D. (1985). The efficacy and cost-effectiveness of minimal-therapist-contact, non-drug treatments of chronic migraine and tension headache. *Headache*, 25, 214-220.
- BOX, G.E.P. y JENKINS, G.M. (1976). *Time Series Analysis: Forecasting and Control*. San Francisco, CA: Holden-Day.
- BUDZYNSKI, T., STOYVA, J.M., ADLER, C.S. y MULLANEY, D.M. (1973). EMG biofeedback and tension headache: A controlled outcome study. *Psychosomatic Medicine*, 35, 484-496.
- CASTRO-BOLAÑO, C., OTERO-LÓPEZ, J.M., LÓPEZ GUERRERO, A. y SALDAÑA GARCÍA (1996). Programa de tratamiento cognitivo-conductual para el abordaje de paciente oncológico con dolor. *Oncología*, 19, 276-285.

- CASTRO BOLAÑO C., SALDAÑA GARCÍA, C. y OTERO LÓPEZ, J.M. (1995). Evaluación del coste-eficacia de una intervención cognitivo-conductual en pacientes con dolor de cabeza tensional. *Revista de Psicología para la salud*, 7, 53-78.
- CRUZADO, J.A. y LABRADOR, F.J. (1990). Efectos del entrenamiento en inoculación de estrés en cefaleas tensionales. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 43, 353-367.
- CUEVAS, J.L. (1984). *Cognitive Treatment of Chronic Tension Headache*. Tesis Doctoral. Illinois: University at Carbondale.
- DE BENEDITTIS, G. y LORENZETTI, A. (1992). The role of stressful life events in the persistence of primary headache: major events vs. daily hassles. *Pain*, 51, 35-42.
- D'ZURILLA, T.J. y GOLDFRIED, M.R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-125.
- EMURIAN, H.H., NELLIS, M.J., BRADY, J.V. y RAY, R.L. (1982). Event time-series relationship between cigarette smoking and coffee drinking. *Addictive Behaviors*, 7, 441-444.
- FIGUEROA, J.L. (1982). Group treatment of chronic tension headache. *Behavior Therapy*, 6, 229-239.
- GERHARDS, F., ROJAHN, J., BOXAN, K., GNADE, C., PETRIK, M. y FLORIN, Y. (1984). Biofeedback versus cognitive stress-coping therapy in migraine headache patients: A preliminary analysis of a comparative study. En K.A. Holroyd, B. Schlote y H. Zens (eds.), *Perspectives in Research on Headache* (pp. 147-162). Lewiston, N y CJ Hogrefe.
- GLASGOW, G.E. y ROSEN, G.M. (1978). Behavioral bibliotherapy: A review of self-help. Behavior therapy manuals. *Psychological Bulletin*, 85, 1-23.
- GLASGOW, G.E. y ROSEN, G.M. (1979). Self-help behavior therapy manuals. Recent developments and clinical usage. *Clinical Behavior Therapy Review*, 11, 1-21.
- HAYNES, S.N., GRIFFIN, P., MOONEY, D. y PARISE, M. (1975). Electromyographic biofeedback in the treatment of muscle contraction headaches. *Behavior Therapy*, 6, 672-678.
- HEADACHE CLASSIFICATION COMMITTEE OF THE INTERNATIONAL HEADACHE SOCIETY (1988). Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia*, 8, 1-96.
- HOLM, J.E., HOLROYD, K.A., HURSEY, K.E. y PENZIEN, D.B. (1986). The role of stress in recurrent tension headache. *Headache*, 26, 160-168.
- HOLROYD, K.A., HOLM, J.E., y PENZIEN, D.B. (1988a). Clinical issues in the behavioral treatment of recurrent headache. En P.A. Keller y L.G. Ritt (eds.), *Innovations in Clinical Practice: A Source Book* (pp. 2-55). Sarasota, F.L.: Profesional Resource Exchange.
- HOLROYD, K.A., HOLM, J.E., HURSEY, K.G., PENZIEN, D.B., CORDINGLEY, G.E., THEOFANOUS, A.G., RICHARSON, S. y TOBIN, D.L. (1988b). Recurrent vascular headache: Home-based behavioral treatment versus abortive pharmacological treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 218-223.
- HOLROYD, K.A. y PENZIEN, D.B. (1986). Client variables and the behavioral treatment of recurrent tension headache. *Journal of Behavioral Medicine*, 6, 515-537.
- HOLROYD, K.A. Y PENZIEN, D.B. (1993). *Self-managemet of Recurrent Headache*. Geneva: World Health Organization, Division of Mental Health.
- HOLROYD, K.A., PENZIEN, D.B., HURSEY, K.G., TOBIN, D.L., ROGERS, L., HOLM, J.E., MARCILLE, P.J. HALL, J.R. y CHILA, A.G. (1984). Change mechanisms in EMG bio-

- feedback training. Cognitive changes underling improvements in tension headache. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1039-1053.
- INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN: SUBCOMMITTEE ON TAXONOMY (1986). Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. *Pain*, 3, S1-226.
- JOHNSON, P.R. y THORN, B.E. (1989). Cognitive behavioral treatment of chronic headache: Group versus individual treatment format. *Headache*, 29, 358-365.
- KNAPP, T.W. y FLORIN, Y. (1981). The treatment of migraine headache by training in vasoconstriction of the temporal artery and cognitive stress-coping training. *Behavioural Analysis and Modification*, 4, 267-274.
- KOHLLENBERG, R.J. y CAHN, T. (1981). Self-help treatment for migraine headaches: A controlled outcome study. *Headache*, 21, 196-200.
- LARSSON, B., MELIN, L., LAMMINEN, M. y ULLSTEDT, F. (1987). A school-based treatment of recurrent headache of chronic headaches in adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 12, 553-566.
- MCCAIN, I.J. y MCCLEARY, R. (1979). The statistical analysis of the simple interrupted time series quasi-experiment. En T.D. Cook y D.T. Campbell (eds.), *Quasi-experimentation. Design and Analysis issues for Field Settings* (pp. 233-293). Boston: Houghton Mifflin, Co.
- MCGRATH, P.J., HUMPHREYS, P., KEENE, D., GOODMAN, J.T., LASCELLES, M.A., CUNNINGHAM, S.J. Y FIRESTONE, P. (1992). The efficacy and efficiency of a self-administered treatment for adolescent migraine. *Pain*, 49, 321-324.
- MARTINEZ, R. (1984). El análisis de datos de diseños con sujeto único. En J. Mayor y F.J: Labrador (eds.), *Manual de Modificación de Conducta* (pp. 155-201). Madrid: Alhambra.
- McKAY, M., DAVIS, M. y FANNING, P. (1985). *Técnicas cognitivas para el Tratamiento del Estrés*. Barcelona: Martinez Roca. (Original: Thoughts and Feelings. The Arts of Cognitive Stress intervention. New Harbinger Publications, 1981).
- MILLS, T.C. (1990). *Time Series Techniques for Economists*. Cambridge: Cambridge University Press.
- MURPHY, A.I, LEHRER, P.M. y JURISH, S. (1990). Cognitive coping skills training and relaxation training as treatments for tension headache. *Behavior Therapy*, 21, 89-98.
- NEWTON, C.R. y BARBAREE, H. (1987). Cognitive changes accompanying headache treatment: The use of a thought-sampling procedure. *Cognitive Therapy and Research*, 11, 635-653.
- RICHARDSON, G.M. y MCGRATH, P.J. (1989). Cognitive-behavioral therapy for migraine headaches: A minimal-therapist-contact approach versus a clinic-based approach. *Headache*, 29, 352-357.
- ROSEL, J., ELOSEGUI, E. y RIVAS, T. (1992). Análisis de hábitos tabaquistas mediante series temporales. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 45, 341-349.
- SALDAÑA, C. (1982). *Eficacia y Límites de las Técnicas de Biofeedback en el Tratamiento del Dolor de Cabeza Tensional*. Tesis Doctoral. Bellaterra, Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- SORBI, M. y TELLEGEN, B. (1986). Differential effects of training in relaxation and stress-coping in patients with migraine. *Headache*, 26, 473-481.

- STEEGER, J.C. y HARPER, R.G. (1980). Comprehensive biofeedback versus self-monitored relaxation in the treatment of tension headache. *Headache*, 20, 137-142.
- TEDERS, S.J., BLANCHARD, E.B., ANDRASIK, F., JURISH, S.E., NEFF, D.F. y ARENA, J.G. (1984). Relaxation training for tension headache: Comparative efficacy and cost-effectiveness of a minimal therapist contact versus a therapist-delivered procedure. *Behavior Therapy*, 15, 59-70.
- TOBIN, D.L., HOLROYD, K.A., BAKER, A., REYNOLDS, R.V.C. y HOLM, J.E. (1988). Developmental and clinical trial of a minimal-contact cognitive-behavioral treatment for tension headache. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 325-341.
- TOBIN, D.L., REYNOLDS R.V.C, HOLROYD, K.A. y CREER, T.L. (1986). Self-management and social learning. EN K.A. Holroyd y T.L. Creer (eds.), *Self-management of Physical Disease: Developments in Health Psychology and Behavioral Medicine* (pp. 29-55). Nueva York: Academic Press.
- TURK, D-C. MEICHENBAUM, D.H. y GENEST, N. (1983). *Pain and Behavioral Medicine: A Cognitive-Behavioral Perspective*. Nueva York: Guilford Press.
- TURNER, D.B. y CHAPMAN, C.R. (1982). Psychological interventions for chronic pain: a critical review. Relaxation training and biofeedback. *Pain*, 12, 1-21.
- VALLEJO, M.A. (1989). Factores específicos e inespecíficos del tratamiento en biofeedback en el tratamiento de las cefaleas. *Investigaciones Psicológicas*, 6, 145-167.
- VERA, Mª N. (1990). Biofeedback EMG frontal y terapia cognitiva en el tratamiento de las cefaleas tensionales, migrañas y cefaleas mixtas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 16, 99-119.
- VILLAMARIN, F. y BAYES, R. (1990). Papel de las variables cognitivas en el tratamiento mediante biofeedback EMG de las cefaleas tensionales. *Análisis y Modificación de Conducta*, 16, 165-192.
- VINCENT, C.A. (1990). The treatment of tension headache by acupuncture: A controlled single case design with time series analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 553-561.
- WILLIAMSON, D.A., MONGUILLOT, J.E., JARRELL, M.P., COHEN, R.A., PRATT, J.M. y BLOUIN, D.C. (1984). Relaxation for the treatment of headache. Controlled evaluation of two group programs. *Behavior Modification*, 3, 407-424.
- YATES, B.T. (1985). Cost-effectiveness analysis and cost-benefit analysis: An introduction. *Behavioral Assessment*, 7, 207-234.
- YATES, B.T. (1994). Toward the incorporation of costs, cost-effectiveness analysis, and cost-benefit analysis into clinical research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 729-736.

Análisis factorial confirmatorio del inventario de situaciones relacionadas con el consumo de heroína (ISCH)

JOAN TRUJOLS; ANTONIO TEJERO; Y XABIER ROCA

Hospital de "Sant Pau". Barcelona. España

1. INTRODUCCIÓN

La heterogeneidad de la población de adictos a la heroína, es una conclusión unánime en el ámbito de las drogodependencias. Hasta la actualidad diversos estudios han intentado demostrar la existencia de tipologías en dicha población en función de la severidad de la dependencia (p.ej., Gossop y cols., 1992), de la estructura de personalidad (p.ej., Tosi y cols., 1993) y de la actividad criminal (p.ej., Nurco y cols., 1991), entre otras variables. La delimitación de estas tipologías está adquiriendo una creciente importancia a la hora de determinar la elección del recurso terapéutico más apropiado para cada paciente (*matching*).

Igualmente importante, aunque desde un punto de vista más microanalítico, es el tema de las situaciones asociadas al consumo de heroína, tema relativamente poco estudiado hasta la actualidad. La evaluación de las situaciones relacionadas con el consumo de heroína, y la consiguiente delimitación de los determinantes situacionales del consumo del adicto, deberían constituir una de las etapas previas al diseño de una intervención terapéutica individualizada, en un contexto de abordaje conductual.

El *Inventario de Situaciones relacionadas con el Consumo de Heroína* (ISCH; Annis y Martín, 1985; Tejero y cols., 1991, 1994) es un autoinforme dirigido a la identificación individualizada de situaciones de alto riesgo para el consumo de heroína. Los 50 ítems, divididos en ocho escalas, de dicho inventario describen situaciones de alto riesgo, propuestas por Marlatt y Gordon (1980, 1985): a) *estados emocionales positivos*, d) *comprobando el control sobre la conducta adictiva*, e) *experiencia de urgencias y tentaciones para con-*

sumir o experiencias de “craving” desencadenadas por estímulos condicionados ambientales, f) conflicto interpersonal, g) presión social para consumir, h) estados emocionales positivos o momentos agradables con los demás. En estas ocho escalas o factores de primer orden se agrupan los determinantes intrapersonales (a, b, c, d) e *interpersonales* (f, g, h) del *consumo* (Annis y Martín, 1985).

El objetivo del presente trabajo es evaluar la validez de esta estructura jerárquica en el caso de la versión española del ISCH.

2. MÉTODO

2.1. Sujetos

Los sujetos incluidos en este estudio son un grupo de 124 pacientes, que cumplen criterios de trastorno por dependencia de opiáceos según el DSM-III-R, sometidos a uno de los siguientes regímenes asistenciales: ambulatorio o ingreso en una unidad hospitalaria de desintoxicación. La distribución por sexos es la siguiente: 86 hombres y 38 mujeres, con una media de edad de 27.61 (*rango 19-40*) y 25.87 años (*rango 19-36*), respectivamente. La media de los años de evolución de la dependencia de opiáceos es de 5.93 (*rango 1-15*) para la muestra global.

2.2. Procedimiento

El ISCH fue administrado individualmente por un psicólogo clínico al grupo de 124 pacientes, como parte de un protocolo más amplio de evaluación cognitivo-conductual de la dependencia de opiáceos, cuando los sujetos habían finalizado el período de desintoxicación (*ambulatorio o en régimen de ingreso*).

2.3. Análisis de datos

La adecuación de la estructura jerárquica en dos factores del ISCH ha sido evaluada mediante el análisis factorial confirmatorio, (*utilizando el método de mínimos cuadrados no estandarizados (ULS) del programa estadístico PC-LISREL 7.13* (Jöreskog y Sörbom, 1988)).

Se han utilizado tres índices para evaluar el ajuste del modelo: el índice de bondad de ajuste (GFI), el índice ajustado (AGFI) y la raíz cuadrada media residual (RMSR). En relación al GFI y el AGFI, cuanto más elevados sean sus valores, mayor es el ajuste del modelo a los datos, representando el valor 1.00 un ajuste perfecto. Valores cercanos a .90 son considerados como indicativos

de un ajuste excelente del modelo, mientras que valores menores de .80 sugieren la necesidad de mejorar el modelo. Respecto a la RMSR, cuanto más bajo sea su valor, mayor es el ajuste del modelo, representando el valor 0 un ajuste perfecto.

3. RESULTADOS

El modelo de 2 factores se ajusta satisfactoriamente a los datos: índice de bondad de ajuste (GFI) = .989; índice ajustado (AGFI) = .957; raíz cuadrada Media Residual (RMSR) = .053.

Tabla I. Estructura jerárquica en dos factores del Inventario de Situaciones relacionadas con el Consumo de Heroína.

	Determinantes o situaciones de riesgo intrapersonales	Determinantes o situaciones de riesgo interpersonales
Estados Emocionales negativos	.829	.000
Estados Físicos Negativos	.634	.000
Estados Emocionales Positivos	.646	.000
Comprobando el Control	.586	.000
Urgencias y Tentaciones para Consumir	.772	.000
Conflicto Interpersonal	.000	.797
Presión Social Para Consumir	.000	.668
Momentos agradables con los demás	.000	.474

NOTA: Los valores en **negrita** representan las estimaciones de los parámetros libres. Los valores .000 fueron previamente fijados a cero (parámetros fijos).

4. DISCUSIÓN

Al confirmarse, en el caso de la versión española del ISCH, la estructura jerárquica en dos factores de dicho autoinforme, los resultados de este estudio aportan nuevos datos respecto a la validez interna y transcultural del ISCH.

Considerando dichos resultados, así como los relativos a la satisfactoria fiabilidad (condición interna) y validez interna del ISCH (Tejero y cols., 1991, 1994), puede afirmarse que el ISCH es un autoinforme con un elevado potencial práctico para la evaluación cognitivo-conductual del trastorno por depen-

dencia de opiáceos, así como para el diseño de procedimientos de intervención —especialmente en la fase de prevención de recaídas— individualizados en el tratamiento de dicho trastorno, o la facilitación de una correcta asignación paciente/recurso terapéutico cuando el tratamiento individualizado no sea factible.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANNIS, H., y MARTIN, G. (1985). *Inventory of Drug-Taking Situations*. Addiction Research Foundation. Toronto. Ontario.
- GOSSOP, M., GRIFFITHS, P., BOWIS, B., y STRANG, J. (1992). Severity of dependence and route of administration of heroin, cocaine and amphetamines. *British Journal of Addiction*, 87, 1527-1536.
- JÖRESKOG, K. G., y SÖRBOM, D. (1988). PC-LISREL 7.13. Mooresville, IN: *Scientific Software*.
- MARLATT, G. A., y GORDON, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Nueva York: Guilford Press.
- NURCO, D. N., HANLON, T. E., BALTER, M. B., KINLOCK, T. W., y SLAGHT, E. (1991). A classification of narcotic addicts based on type, amount and severity of crime. *The Journal of Drug Issues*, 21, 429-448.
- TOSI, D. J., ESHBAUGH, D. M., y MURPHY, M. A. (1993). *A clinician's guide to the personality profiles of alcohol and drug abusers: Typological descriptions using the MMPI*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.
- TEJERO, A., TRUJOLS, J., y ABELLANAS, L. (1991). El Inventario de Situaciones relacionadas con el Consumo de Heroína (ISCH): Propiedades psicométricas y derivación empírica de patrones de consumo. Trabajo presentado al III Congreso de Evaluación Psicológica, Barcelona, Septiembre.
- TEJERO, A., TRUJOLS, J., y CASAS, M. (1994). The Inventory of Drug-Taking Situations (Heroin): Psychometric characteristics and a cluster-analytic classification of opiate addicts based on heroine-taking situations. *Addictive Behaviors* (sometido a examen).

Consideraciones clínicas sobre el MCMI-II en la evaluación y tratamiento de drogodependientes

ALEJANDRO ÁVILA; JESÚS R. HERRERO; y AITOR ARESTI
Universidad de Salamanca. España.

1. INTRODUCCIÓN: PLANTEAMIENTO EMPÍRICO

En este estudio son contrastadas varias submuestras de drogodependientes, agrupados por el tipo tóxico de uso más frecuente y su historia de consumo. La muestra estaba formada por 190 sujetos de ambos sexos, todos ellos politoxicómanos, con una abultada historia de abuso de drogas. Como instrumento de evaluación, para el entendimiento de la naturaleza y clasificación de la personalidad y sus trastornos, fue empleado el *Inventario Multiaxial Clínico de Millon: MCMI-II*.

2. MÉTODO

La muestra inicial estaba compuesta por 190 sujetos (*después reducida a 175, pues 15 de ellos fueron excluidos por puntuaciones inválidas en el test*) que mostraban un período muy extenso de abuso múltiple de drogas (de 3 a 10 años o más). La muestra final incluía 143 varones y 32 mujeres, con una media de edad de 27 y 25 años respectivamente.

Los sujetos fueron asignados a distintos grupos, y el criterio de selección fue la predominancia en el consumo de una determinada sustancia (tabla 1). Esta tabla se construyó a partir de la estimación de los sujetos acerca del número de años de consumo habitual de distintas drogas. De esta selección fueron estudiadas las 2 submuestras más representativas:

- 1) Sujetos con un patrón predominante de historia de consumo de *Heroína*.

2) Sujetos con un patrón predominante de historia de consumo de *Hachís*.

Tabla 1. Muestra de sujetos según clasificación de drogas de la O.M.S. (*en años)

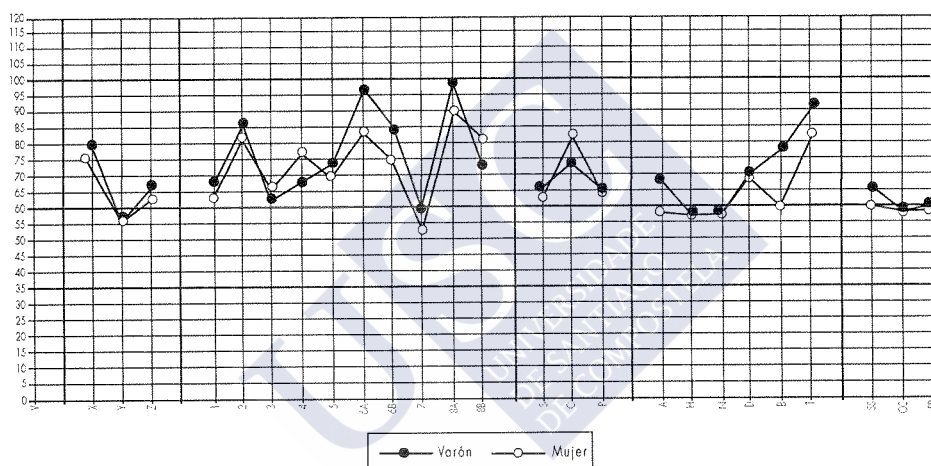
	Sujetos		Total	Edad*		Consumo*	
	Varón	Mujer		Varón	Mujer	Varón	Mujer
Estimulantes							
Anfetaminas	4	—	4	28.25	—	10.50	—
Cocaína	6	2	8	25.25	21.50	5	6
Speed	—	—	—	—	—	—	—
Extasis	—	—	—	—	—	—	—
Crack	—	—	—	—	—	—	—
Depresores							
Psicofármacos	2	1	3	30.50	27	9	14
Heroína	56	16	72	27.87	26.62	9.14	5.94
Metadona	—	—	—	—	—	—	—
Alucinógenos							
Alucinógenos	—	—	—	—	—	—	—
Cannabis							
Hachís	59	12	71	26.12	24.25	9.61	8
Inhalables							
Inhalantes	—	—	—	—	—	—	—
Alcohol							
Alcohol	16	1	17	26.25	33	9.25	4

Como instrumento de evaluación fue empleado el MCMI-II, que es un cuestionario de personalidad, cuyo objetivo es suministrar información al profesional clínico en tareas de evaluación y toma de decisiones de tratamiento sobre personas con dificultades emocionales e interpersonales. Consiste en 175 items (*respuesta verdadera/falsa*), y su tiempo de administración es de 15 a 25 minutos. Los diferentes aspectos de la personalidad anormal son recogidos a través de 26 escalas: 4 escalas de fiabilidad y validez (*Validez, Sinceridad, Deseabilidad y Alteración*); 10 escalas básicas de personalidad (*Esquizoide, Fóbica, Dependiente, Histriónica, Narcisista, Antisocial, Agresivo-Sádica, Compulsiva, Pasivo-Agresiva y Autodestructiva*); 3 escalas de personalidad patológica (*Esquizotópica, Límite y Paranoide*); 6 síndromes clínicos de gravedad moderada (Eje I DSM-III-R) (*Ansiedad, Histeriforme, Hipomanía, Distimia, Abuso de Alcohol y Abuso de Drogas*); y 3 síndromes clínicos de gravedad severa (*Pensamiento Psicótico, Depresión Mayor y Delirios Psicóticos*).

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Uno de los perfiles más representativos fue la asociación de las escalas 6A (*Antisocial*), 81 (*Pasivo-Agresiva*), 6B (*Agresivo-Sádica*), 2 (*Fóbica*) y T (*Abuso de Drogas*) (ver Graf. 1). A menudo se apreciaban elevaciones en la escala C (*Límite*), lo que podría ser demostrativo de moderadas a severas disfunciones de personalidad. Las mujeres obtenían un perfil similar en las escalas del MCMI-II, aunque de apariencia más suavizada que en los hombres.

Gráfico 1



Los sujetos consumidores de Heroína (Graf. 2) obtenían un perfil caracterizado por la elevación de las escalas antes reseñadas, en contraste con los sujetos consumidores de Hachís (Graf. 3), donde se repite el mismo patrón, pero de una apariencia menos severa. Por otra parte, y con independencia de la predominancia en el consumo de una u otra droga, la diferenciación por sexos ofrece un perfil más acentuado en los hombres que en las mujeres (Graf. 4 y 5). De acuerdo con las respuestas de los sujetos dadas a las escalas del MCMI-II, los rasgos característicos de su estructura de personalidad podrían ser:

Los sujetos tienden a experimentar la vida de forma competitiva, asumiendo que todo consiste en luchar por las cosas que no siempre están disponibles, lo que probablemente les vuelve algo desconfiados, con dificultad para pedir ayuda a otros. Ellos necesitan ser fuertes y autosuficientes. Sienten que pedir ayuda a otros es contraproducente porque reduce sus propias ocasiones de terminar por delante de aquellos sobre los que ellos dependen.

Grafico 2

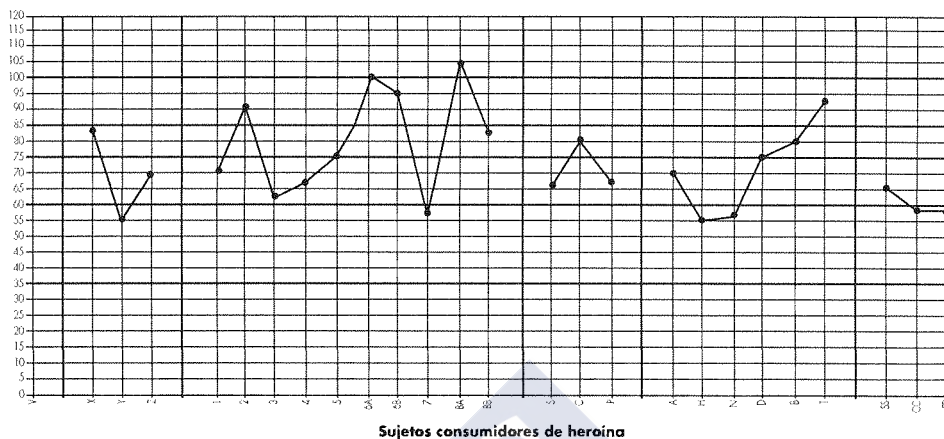
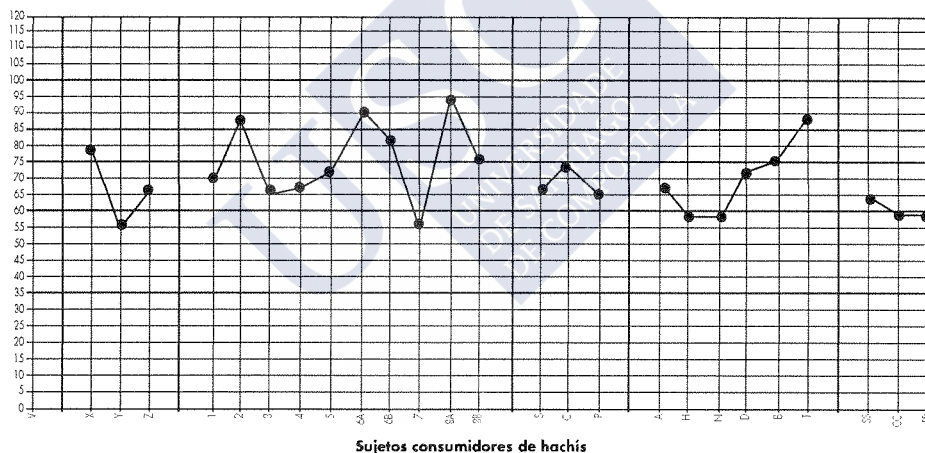


Grafico 3



Estos pacientes podrán tener algunos conflictos en las relaciones interpersonales. Al tiempo, ellos podrían querer relaciones íntimas y afectuosas y a la vez, podrían lamentarse de haber maltratado a otros con su actitud competitiva. Los conflictos no resueltos son típicamente proyectados en forma de resentimiento negativista o enojo. En vez de desahogar abiertamente el resentimiento, algunos individuos podrían usar un obstruccionismo o estrategia pasivo-agresiva.

El predominio del estilo de personalidad antisocial, la superficialidad de las relaciones interpersonales y la actitud agresiva, podría tener un efecto negativo en situaciones donde son necesarias la lealtad y el trabajo en equipo.

Gráfico 4

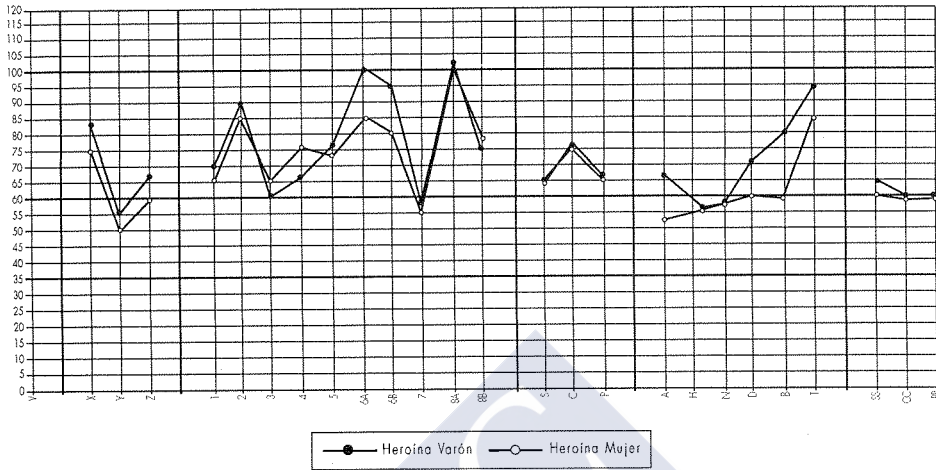
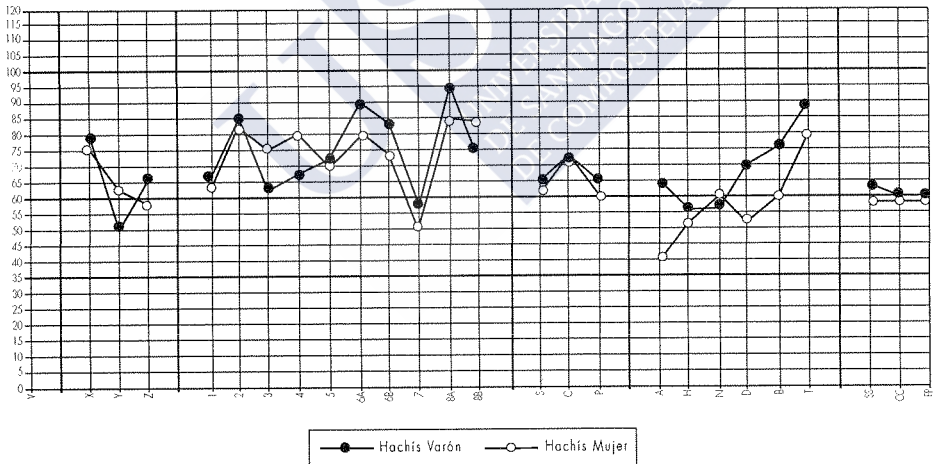


Gráfico 5



A la luz del estilo de personalidad que estos pacientes parecen tener, el establecimiento de una alianza terapéutica podría ser difícil. Probablemente los pacientes no ven la psicoterapia como valorable, a menos que le ofrezcan un gran beneficio material y tangible. Ellos también toman a mal la posición superior del terapeuta en la situación terapéutica, quizás porque actúa como el “*experto*” que solicita opiniones durante la sesión terapéutica.

El terapeuta tiene que permanecer neutral, cuidando de no tomar una postura. No tomando una postura animará a los pacientes a tomar sus propias

decisiones y disminuirá la intensidad del conflicto presente en la relación terapéutica. Podría ser necesario dar interpretaciones cuando los pacientes están utilizando mecanismos proyectivos desadaptados. Sin embargo, cualquier confrontación ha de ser hecha cuidadosamente porque ellos estarán inclinados a reaccionar a tal retroalimentación de una forma antisocial, y luchar contra los *insights* que le son ofrecidos. La alianza terapéutica debe ser cuidada, y el terapeuta ha de hacer lo que sea necesario para asegurar, en la experiencia emocional de los pacientes, que él está de su parte.

4. CONCLUSIONES

De las puntuaciones de los sujetos en las escalas del MCMI-II, se aprecia:

- La asociación del abuso de sustancias con otros diagnósticos, que incluyen principalmente personalidades de tipo Antisocial, Pasivo-Agresivo, Agresivo-Sádico y Evitativo. En muchos casos, es significativa la presencia de personalidades de tipo límite.

- Agudización del patrón detectado en función del tipo de droga; es decir, mayor severidad cuando la sustancia consumida es heroína que cuando es hashís. Ahora bien, estos dos grupos caracterizados por el abuso de sustancias, son más similares que diferentes en términos de sus perfiles de personalidad.

- Mayores diferencias intersexos que intersustancias consumidas: los hombres obtienen un perfil más acentuado que las mujeres.

Finalmente, el tamaño de muestra empleado, la gran variabilidad en la frecuencia del consumo, así como la focalización en un solo instrumento de medida, nos obliga a ponderar la importancia relativa de este estudio y su generalización a diferentes poblaciones. Con todo, afirmamos la importancia del MCMI-II como instrumento para obtener información útil a la hora de evaluar y después planificar una intervención.

Evaluación de las relaciones entre patrón de conducta tipo A y motivación laboral en una muestra de profesionales de la enseñanza

ESTHER LÓPEZ y JOAQUÍN PÉREZ
Universidad de Jaén. España

1. INTRODUCCIÓN

A raíz del estudio de los distintos factores psicosociales que podían incidir en la salud y en particular en trastornos cardiovasculares, proliferaron multitud de trabajos sobre este tema, siendo los pioneros los de Friedman y Rosenman en 1959 que, bajo el título de Patrón de Conducta Tipo A (PCTA), englobaron una serie de manifestaciones como: competitividad, necesidad de logro, impaciencia, hostilidad, lenguaje explosivo, tensión muscular y sensación de estar constantemente sometido a presión temporal y exigencias de fuerte responsabilidad, siendo éstas las características que representan el corazón de la mayoría de las definiciones que se han venido dando en 20 años de investigación y que Price revisó en 1983.

Por su parte, como Friedman y Rosenman destacaban, el PCTA debe ser considerado, más bien, como el resultado de una serie de predisposiciones personales que interactúan con situaciones específicas elicitanes que conllevan cierto grado de desafío o de estrés, además de la tendencia del sujeto tipo-A, a buscar y crear las propias condiciones de reto en las situaciones en las que participa (Robles Ortega, 1991, pág. 262).

Por otro lado, desde principios de la década de los 70 se han venido utilizando distintas escalas o cuestionarios para evaluar las motivaciones de los sujetos. Soslayando el inconveniente de que dichas escalas estaban orientadas en su mayor parte a evaluar motivación-activación en general, desde marcos teóricos particulares, era necesario idear un instrumento que midiera, en concreto, motivación laboral en el marco de la organización; por ello, Tous y

Boada (1993) construyó sendas escalas de Motivación y Motivación Laboral que aplicaron a otras tantas muestras, homogéneas en el primer caso (384 veterinarios profesionales) y 496 sujetos en el segundo, clasificados en 3 grupos: operarios de taller y trabajadores no cualificados (1), adultos y técnicos (2) y encargados y directivos (3). Sobre esta base conceptualizamos la motivación laboral; asumiendo con Tous (1993) los tres niveles de necesidades motivacionales del modelo E-R-G de Alderfer (1972); que a su vez proceden del modelo jerárquico de Maslow (1954 y 1975) (necesidades de autorealización, crecimiento, satisfacción y vitales).

En este doble marco se inscribe el presente trabajo que plantea los siguientes objetivos: 1) evaluar las relaciones entre las variables definitorias del PCTA medidas a través de los cuestionarios JASE-H y Bortner, (p. ej: competitividad, sobrecarga laboral, hostilidad, impaciencia), y las distintas dimensiones encontradas en la Escala de Motivación Laboral de Tous y Boada, recientemente baremada (Tous y Boada, 1993), en una muestra homogénea de profesionales de la educación; y 2) determinar el grado en que variables como sexo y edad, interactúan con los distintos niveles de motivación y PCTA, conjuntamente.

2. MÉTODO

2.1. Sujetos

71 profesionales de la educación (34 mujeres y 37 varones) de Jaén y provincia, con un rango de edades de 22-63 años ($\bar{x}=32$, 46 $\bar{x}=35$, 76 $\bar{x}=34$, 11) cumplimentaron los cuestionarios. Su colaboración fue voluntaria tras explicarles que participarían en una investigación de la que posteriormente se les comunicaría los resultados. En ningún momento, se les explicó qué se pretendía estudiar con objeto de evitar la distorsión o alteración de los datos; además su participación fue anónima e individualizada.

2.2. Procedimiento

Medidas

Se entregó a los sujetos un cuadernillo con una página en la que se le pedían datos personales como edad, sexo, profesión, estado civil y una pregunta sobre su intención o no de cambiar de profesión. A continuación un segundo apartado con:

1. Cuestionario Bortner en su versión reducida en cuanto al continuum de respuestas de 1 a 6 de 14 items, que sólo evalúa Tipo A y Tipo B.
2. El cuestionario JASE-H con 32 items y que comprende las siguientes subescalas: competitividad, sobrecarga laboral, hostilidad e impaciencia y total.
3. La Escala de Motivación Laboral de Tous y Boada (1993) con 47 items que comprende cuatro dimensiones que son: necesidades básicas, necesidades de relación, necesidades de crecimiento y satisfacción.

El tiempo medio empleado por los sujetos para rellenar el cuadernillo fue de 45 minutos.

3. RESULTADOS-DISCUSIÓN

La interpretación de los resultados se ha efectuado sobre la base de los siguientes análisis estadísticos:

1. Una estimación de la diferencia de medias en función del sexo y de todas las dimensiones del PCTA, y la motivación laboral.
2. Once análisis de varianza, uno para cada uno de los factores componentes del PCTA y de la EML en función del sexo.
3. Estimación de la diferencia de medias entre los distintos factores citados en función de la edad estableciendo tres categorías: (1) menos de 30 años (2) 31-40 y (3) más de 40 años.
4. Once análisis de la varianza para cada uno de los factores componentes el PCTA y EML en función, igualmente, de las distintas categorías de edad.
5. Finalmente, las intercorrelaciones entre todos los factores evaluados.

3. 1. Análisis de resultados en función del sexo

En la Tabla 1 aparecen las medias para varones, mujeres y total, en cada una de las dimensiones estudiadas, así como los valores críticos de F y el grado de significación.

Como cabía esperar, las puntuaciones en el PCTA encontradas en el cuestionario Bortner son significativamente más altas para los hombres que para las mujeres. Por otro lado, si bien en la escala total del JASE-H las diferencias

encontradas no son significativas, esto se debe a que los varones no puntúan invariablemente más alto en todas las dimensiones sino que puntúan mucho más alto en la dimensión competitividad ($\bar{x}=16,5$ para las mujeres y $\bar{x}=22,21$ para los varones). Sin embargo, las mujeres puntúan más alto en el resto de las dimensiones del PCTA (*sobrecarga laboral* 22 vs 17,64, *impaciencia* 16,29 vs. 12,35, *hostilidad* 18,32 vs. 15,37; esto último explicaría que las mujeres que se encuentran en el mismo trabajo y en situación de competitividad no se lleven bien). En cuanto a las diferencias encontradas en las dimensiones de la EML se aprecian diferencias significativas, sólo en las necesidades de satisfacción siendo mayor en las mujeres con 86,05 vs 78,81 que en los varones con $p<0,0139$. En la motivación total se observa una tendencia en el grado de la motivación total favorable a las mujeres ($P<0,0512$); sin llegar a ser estadísticamente significativa. Las mujeres tienen un grado de necesidad de satisfacción laboral mayor que los hombres.

Tabla 1. Resultados encontrados para cada una de las dimensiones en la muestra en función del sexo (N=71; M=34; V=37). Valores críticos de "F" y grado de significación

Variables	Mujeres	Hombres	Total	Valores críticos de F.	Diferencia de media (contenida en T)	Significativ.
BORTNER	38,8235	42.4595	40.7183	4.3610	2.0883	**
COMPETITIVID.	16.5000	22.2162	19.4789	23.4053	4.8379	****
SOBRECARGA						
LABORAL	22.0000	17.6486	19.7324	13.9244	-3.7315	0.0004 ****
IMPACIENCIA	16.2941	12.3514	14.2394	11.8082	-3.4363	0.0010 ****
HOSTILIDAD	18.3235	15.2703	16.7324	4.1283	-2.0318	0.0460 **
JASETOT	102.2059	116.5946	109.7042	0.5617	0.7495	0.4561
NBASICAS	22.2941	25.1892	23.8028	2.1425	1.4637	0.1478
NRELACION	39.4118	38.3513	38.8591	1.3210	-1.1494	0.2544
NCRECIMIENTO	59.4118	59.3243	59.3662	0.0014	-0.0371	0.9705
SATISFACCION	86.0588	78.8108	82.2817	6.3668	-2.5233	0.0139 **
MOTIV. TOTAL	205.2059	193.3513	199.0282	3.9389	-1.9847	0.0512 *

($P<0.10$ *; $P<0.05$ **; $P<0.01$ ***; $P<0.001$ ****)

3. 2. Análisis de resultados en función de la edad

En la tabla 2 puede apreciarse cómo los resultados obtenidos en el cuestionario Bortner no son significativos; pensamos que, en parte, ello ha sido debido a una reducción en el "continuum" de respuesta de los sujetos.

Tabla 2. Contraste de medias y probabilidades para los valores críticos de T en función de la edad de los sujetos de la muestra (1=<30; 2= 31-40; 3 >40) en cada una de las dimensiones estudiadas

Variables	Diferencia de Medias			Probabilidades para los valores de T		
	1-2	1-3	2-3	1-2	1-3	2-3
BORTNER	-0.0327	-1.1175	-1.0919	0.9740	0.2677	0.2787
COMPETITIV.	0.6681	1.5534	1.1991	0.5063	0.1250	0.2347
SOBRECARGA	-3.0884	-1.6092	-0.0159	0.0029	0.1122	0.9874
IMPACIENCIA	-1.8449	-0.8150	0.1356	0.0694	0.4179	0.8925
HOSTILIDAD	-1.2888	-0.9154	-0.2486	0.2018	0.3632	0.8045
JASETOT	0.5085	-0.1004	-0.3598	0.6127	0.9203	0.7201
NBASICAS	1.9082	1.7801	0.7893	0.0606	0.0795	0.4327
NRELACION	-2.0310	0.9009	1.9331	0.0462	0.3708	0.0574
NCRECIMIENTO	-0.4716	0.3000	0.5390	0.6387	0.7651	0.5917
SATISFACCION	-1.5026	-0.0191	0.7500	0.1376	0.9848	0.4558
MOTIV. TOT.	-1.0828	0.6829	1.2315	0.2827	0.4970	0.2224

Tabla 3. Medias, valores críticos de F y grado de significación en función de la edad en las variables objeto de estudio

Variables	<30	31-40	>40	Valores críticos de F. F	Significación
BORTNER	41.0286	40.9677	37.0000	0.6546	0.5229
COMPETITIVIDAD	18.7714	19.7097	23.0000	1.2517	0.2925
SOBRECARGA	21.6857	17.8387	17.8000	5.1627	0.0082 ***
IMPACIENCIA	15.4000	13.0645	13.4000	1.7737	0.1775
HOSTILIDAD	17.8286	15.7742	15.0000	1.0237	0.3647
JASETOT	105.5143	115.7419	101.6000	0.1559	0.8560
NBASICAS	21.6286	25.4839	28.6000	2.7429	0.0715 *
NRELACION	39.5714	37.6774	41.2000	3.0933	0.0518 *
NCRECIMIENTO	59.7714	58.6129	61.2000	0.2024	0.8173
SATISFACCION	84.3143	79.6774	84.2000	1.1921	0.3098
MOTIVTOT	201.4286	194.5806	209.8000	1.0608	0.3518

($P < 0.10$ *; $P < 0.05$ **; $P < 0.01$ ***; $P < 0.001$ ****)

Tabla 4. Correlaciones de Pearson para todas las dimensiones estudiadas en la muestra

VAR	ED	B	C	S	I	H	J	N	NR	NC	SA	MO
ED	1.000	-0.050	0.247	-0.242	-0.049	-0.041	0.017	0.056	-0.168	-0.063	-0.106	-0.047
B		1.000	0.399	-0.063	-0.285	-0.096	-0.022	0.049	0.146	0.280	-0.006	0.148
C			1.000	0.110	0.121	0.239	0.115	0.080	0.120	0.343	0.237	0.314
S				1.000	<u>0.533</u>	0.393	0.058	-0.207	0.056	0.233	0.316	0.322
I					1.000	<u>0.752</u>	0.123	-0.025	-0.066	-0.020	0.318	0.149
H						1.000	0.141	0.177	0.042	-0.022	0.258	0.107
J							1.000	-0.129	0.140	<u>0.447</u>	-0.044	-0.125
N								1.000	0.269	-0.258	-0.070	-0.082
NR									1.000	<u>0.494</u>	<u>0.497</u>	<u>0.589</u>
NC										1.000	<u>0.526</u>	<u>0.654</u>
SA											1.000	<u>0.916</u>
MO												1.000

VAR	B	C	ED	H	I	J	MO	N	NC	NR	S	SA	SEX
B	1.000												
C	0.399	1.000											
ED	-0.050	0.247	1.000										
H	-0.096	0.239	-0.041	1.000									
I	-0.285	0.121	-0.049	0.752	1.000								
J	-0.022	0.115	0.017	0.141	0.123	1.000							
MO	0.148	0.314	-0.047	0.107	0.149	-0.125	1.000						
N	0.049	0.080	0.056	0.177	-0.025	-0.129	-0.082	1.000					
NC	0.280	0.343	-0.063	-0.022	-0.020	0.447	0.654	-0.258	1.000				
NR	0.146	0.120	-0.168	0.042	-0.066	0.140	0.589	0.269	0.494	1.000			
S	-0.063	0.110	-0.242	0.393	0.533	0.058	0.322	-0.207	0.233	0.056	1.000		
SA	-0.006	0.237	-0.106	0.258	0.318	-0.044	0.916	-0.070	0.526	0.497	0.316	1.000	
SEX	-0.241	-0.513	-0.346	0.224	0.372	-0.088	0.215	-0.105	-0.007	0.132	0.413	0.269	1.000

Con respecto al JASE decir que en la dimensión *sobrecarga laboral* hay una diferencia estadísticamente significativa a favor del grupo de menor edad (21,68 vs. 17,83 y 17,8 con una $p < 0,0082$). Podría afirmarse, por tanto, la existencia de una relación inversa entre edad y sobrecarga. En el resto de las dimensiones del JASE, se aprecian diferencias, si bien éstas no son significativas y más bien tendríamos que hablar de tendencias; siendo éstas a aumentar con la edad en la dimensión *Competitividad* y a disminuir en *Impaciencia* y *Hostilidad*. Por otro lado, la EML nos arroja diferencias significativas (aunque los valores de “p” se sitúan entre el 5% y el 10%) en las dimensiones *necesidades básicas y de relación*, y son significativamente más altas en el grupo de mayor edad.

Los sujetos de mayor edad tienen menor necesidad de relación social; dicho en otros términos, las necesidades de relación social se hallan más abiertas en los sujetos de mayor edad. Sin embargo, la mayor necesidad de relación social la encontramos en el grupo de 31 a 40 años, sobre todo si lo comparamos con el grupo 1 y 3. En las necesidades básicas son significativas las diferencias encontradas entre los grupos 2 y 3, respecto al grupo 1; siendo estos resultados coherentes en función de la edad. Aspectos como *seguridad, estabilidad, las condiciones físicas de trabajo, retribución, prestigio y status*, se perciben como superiores en los sujetos de mayor edad $\approx 6\%$ (para 2-1) e $\approx 7,95\%$ (para los grupos 3-1).

3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ROBLES ORTEGA, H; SANTIAGO, C. (1989). "El PCTA como factor de riesgo coronario". En: *Encuentros en Psicología* Nº 14 Enero. COP Andalucía Oriental.

TOUS, J; y BOADA, J. (1993). "Elaboración de baremos para una escala de motivación laboral". En: *V Congreso de Psicología Social*. Sevilla, pp, 347-354.





Competencia conductual, calidad de vida y tercera edad

M^a DEL CARMEN MARTORELL; O. GÓMEZ; y A. CUENCA
Universidad de Valencia. España

1. INTRODUCCIÓN

Dentro del contexto clínico y de la investigación psicosocial, existe bastante acuerdo a la hora de enumerar las variables más relevantes para la tercera edad; no obstante, existen importantes problemas a la hora de delimitarlas. La calidad de vida ¿es objetiva?, ¿es subjetiva? Estas dos cuestiones constituyen uno de los principales puntos de discusión.

Distintos autores han llegado a la conclusión de que, dentro del concepto *calidad de vida*, hay que distinguir entre *indicadores subjetivos e indicadores objetivos*. Los primeros son los que están relacionados con las experiencias de las personas y los segundos son los que están más presentes en la sociedad, aunque también entren a formar parte de ellos los aspectos biológicos y algunos aspectos psicológicos (véase, por ejemplo, Goldwurn, 1993; Martorell, 1993, 1994; y Martorell, Gómez y Cuenca, 1993). Por ello, es recomendable que, en los estudios sobre calidad de vida, no se traten por separado los aspectos objetivos y los aspectos subjetivos. Desde la década de los 70, se intenta conjugar ambas tendencias desde una perspectiva interaccionista y Lawton (1983 y 1991), desde dicha perspectiva, resume los aspectos mencionados en cuatro dimensiones: *bienestar psicológico*, *competencia conductual*, *percepción de la calidad de vida* y *ambiente objetivo*. En nuestra investigación hemos tenido en cuenta las cuatro dimensiones enumeradas por Lawton; no obstante, en este trabajo se va a hacer mención al concepto de *competencia conductual y calidad de vida objetiva*.

En el área denominada *competencia conductual* se incluye: el estado de salud de la persona, aspectos cognitivos, uso del tiempo libre y las dimensiones

sociales que le afectan, criterios de evaluación de la competencia referidos al ambiente familiar y social basados en indicadores observables como son los síntomas y las funciones fisiológicas medibles. En realidad, los conceptos de competencia conductual y calidad de vida interactúan. En concreto, la *calidad de vida* es un concepto más amplio que el *status de salud* personal y también que el *bienestar social*. En esta área se tendrán en cuenta sólo aspectos objetivos de la misma, tales como: habilidad funcional, incluyendo el papel del funcionamiento (*por ejemplo, doméstico, trabajo*), el grado de calidad de la interacción social y comunitaria, el bienestar psicológico, las sensaciones somáticas (*por ejemplo, dolor*) y la satisfacción vital.

En cuanto al *apoyo social*, lo consideramos tanto desde la perspectiva de la competencia conductual como desde la de calidad de vida. Sin embargo, no hay que olvidar que la *calidad de vida* está relacionada con juicios de valor altamente subjetivos y asociados con la profunda satisfacción de la vida diaria (Arnold, 1991, Goldwurn, 1993, Martorell 1993, 1994a y 1994b).

Tomando como referencia lo anteriormente expuesto, se diseñó un proyecto de investigación denominado "*Mujer y Tercera Edad: Calidad de Vida y Apoyo Social*" y subvencionado por el Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer (B.O.E., n°78, 1-IV-93). En esta ocasión sólo se va a hacer referencia a un área específica relacionada con el estado de salud física y psicológica, las actividades de la vida diaria, las habilidades funcionales, el nivel de actividad y el apoyo social percibido.

2. MÉTODO

La muestra de estudio se encuentra formada por un total de 280 sujetos, 140 hombres y 140 mujeres, cuya edad está comprendida entre 60 y 75 años (*media de edad: 68,6 años*), la mayoría casados: mayor porcentaje en el caso de los hombres (82,5%) que en las mujeres (50% *casadas*; y 43,75% *viudas*). La variable moduladora, además del sexo, ha sido el ítem *¿con quién vive?*.

La información ha sido obtenida a través de instrumentos elaborados y adaptados para este estudio, y que son los siguientes: *Estado de salud física y psicológica* (ESFP); *Actividades de la vida diaria* (AVD); *Cuestionario de información personal* (CIP: HF y NA); y *Apoyo social* (AS); además de la *Información biográfica* (IB); que incluye, entre otras: edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, con quien vive normalmente, si cobran pensión y, en caso afirmativo, su cuantía.

- *Estado de salud física y psicológica* (ESFP). El cuestionario consta de un total de 8 preguntas generales con distintas alternativas de respuesta. En él se exploran aspectos relacionados con la salud.

- *Actividades de la vida diaria (AVD)*. Se muestran actividades que se realizan normalmente todos los días, relacionadas con la higiene personal y autonomía para vestirse, comer, etc.; siendo 4 las alternativas de respuesta.

- *Cuestionario de información personal (CIP)*. Este cuestionario consta de dos partes, una referida a las *habilidades funcionales (HF)* y otra referida al *nivel de actividad (NA)*. La primera parte consta de 10 ítems y la segunda de 13.

- *Apoyo Social (AS)*. En este caso se explora el tipo de relación que la persona mantiene con su pareja, hijos, familiares y amigos.

Hemos considerado el AVD, el HF (*habilidades funcionales*) y el NA (*nivel de actividad*) del CIP como indicadores de lo que se ha venido denominando *competencia conductual*. Y como *calidad de vida*, la vertiente objetiva de la misma; en concreto, la información obtenida con el ESFP más el AS, que aunque su medida es objetiva, tiene un componente subjetivo importante.

3. RESULTADOS

Debido a las características de la información obtenida en los cuestionarios, los análisis realizados han sido: *recuento de frecuencias, porcentajes, y estadísticos básicos*.

En primer lugar (cuadro 1) presentamos los datos de identificación de la muestra objeto de estudio, referidos a la proporción más alta encontrada en cada una de las categorías de las variables pertenecientes al IB (Información Biográfica).

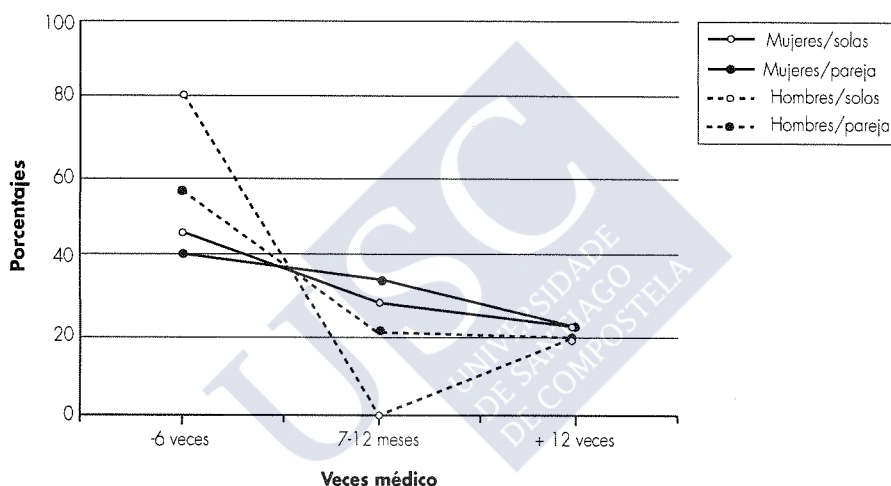
Cuadro 1. Variables de identificación

	Hombres	Mujeres
EDAD	70-75 (43%)	65-70 (40%)
LUG. NTO.	Pueblo (60.6%)	Pueblo (58%)
E. CIVIL	Casados (82.5%)	Casadas (50%)
Nº HIJOS (X)	2.6	2.7
Nº NIETOS (X)	3.6	4.6
Nº BIZNIETOS (X)	.75	.13
N. ESTUDIOS	Básicos (46.3%)	Básicos (55.63%)
PROFESIÓN	Empleado (23.12%)	Ama de casa (52.5%)
CON QUIÉN VIVE	Pareja (88.75%)	Pareja (51.87%)
LUG. RESID.	Ciudad (55%)	Ciudad (52.5%)
COBRA PENSIÓN	Si (97.5%)	Si (67.3%)
CUÁNTO COBRA	40-60 mil (45.9%)	40-60 mil (30.2%)

A continuación vamos a detallar aquellos datos que, mediante los análisis estadísticos realizados, han resultado ser los más significativos:

- Respecto a la variable “*visitas al médico durante el último año*”, destaca que los hombres que viven solos acuden a visitar al médico por problemas de salud menos de 6 veces al año; el resto de la población se distribuye de forma más homogénea en todas las categorías: menos de seis veces, entre 7 y 12 veces y más de 12 veces al año (*Gráfica 1*)

Gráfica 1. Visitas Médicas último año



- En cuanto a la “*medicación actual*”, las mujeres (*que viven solas y en pareja*) y los hombres que viven en pareja toman alrededor de dos tipos diferentes de medicamentos; mientras que los hombres que viven solos toman un sólo medicamento o más de cinco (*Gráfica 2*).

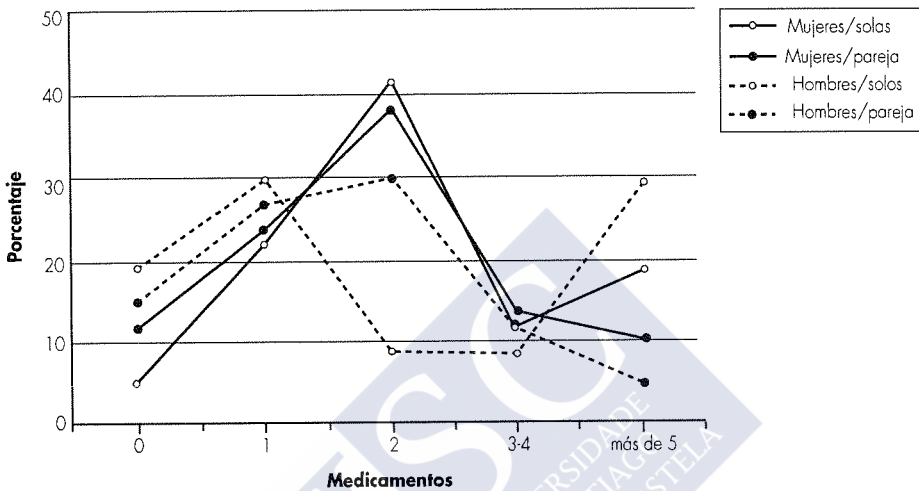
- Asimismo, también son los hombres que viven solos los que mayores dificultades presentan para andar, oír y ver, respecto a las mujeres que viven solas, y mujeres y hombres que viven en pareja (*Gráfica 3*).

- Sin embargo, no existen diferencias entre hombres y mujeres en las variables “*días que ha permanecido en cama durante el último año*” y “*días que ha permanecido en el hospital durante el último año*”. Además, la media es de uno o ningún día en cama por enfermedad y hospitalización.

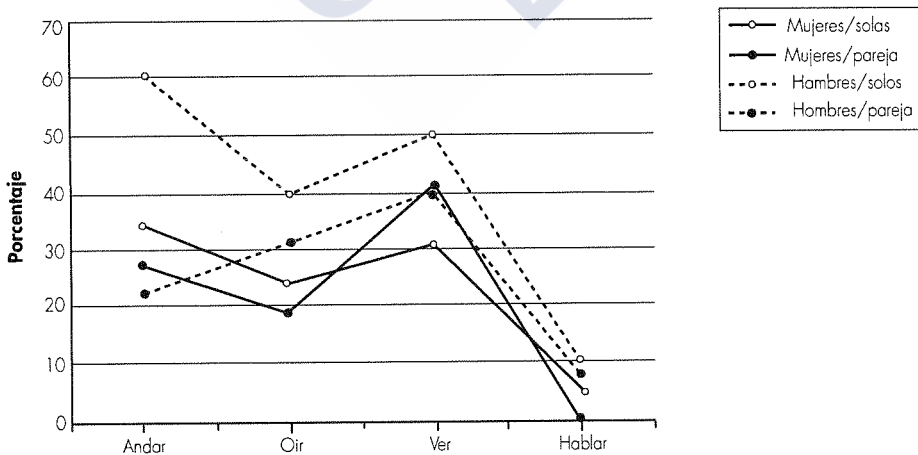
- Respecto a los tipos de enfermedades que mayor representatividad tienen en la muestra en general son: artrosis, reuma y problemas de circulación sanguínea (*hay que considerar que la muestra procede de un balneario en el que*

predominan los tratamientos termale). Otro dato importante a reflejar es que los hombres que viven solos tienen más problemas de corazón y aparato digestivo que el resto de la muestra (*Gráfica 4*).

Gráfica 2. Medicación actual

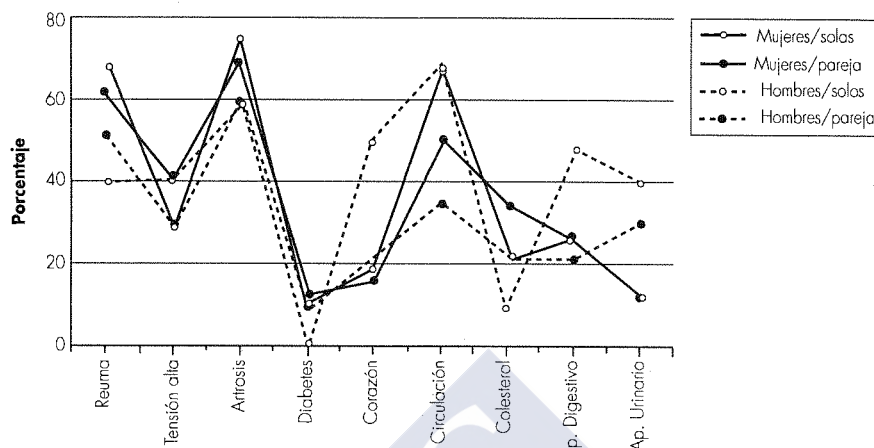


Gráfica 3. Dificultades para...

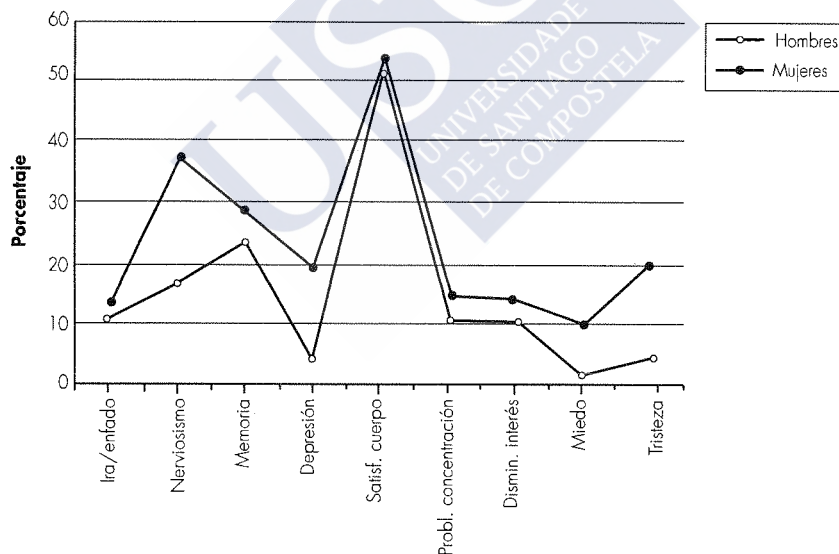


- En general, son las mujeres las que obtienen mayores porcentajes en lo referente a los aspectos psicológicos del cuestionario de *estado de salud física y psicológica* (ESFP): estado de ánimo, problemas de memoria, nerviosismo, etc. (*Gráfica 5*).

Gráfica 4. Tipo de enfermedad

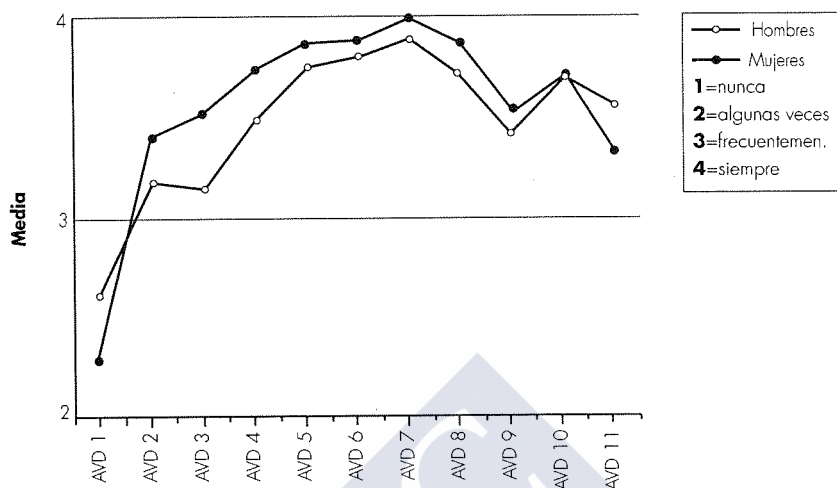


Gráfica 5. Tiene problemas con...



- Respecto a las “*Actividades de la Vida Diaria*” (AVD), todos los sujetos realizan la mayoría del listado de actividades del cuestionario muy frecuentemente (Gráfica 6). Del mismo modo, y respecto al cuestionario referido a las “*Habilidades Funcionales*” (HF), del “*Cuestionario de Información Personal*” (CIP), la mayor parte de los sujetos (entre el 93-99%) han respondido que no necesitan ninguna ayuda a la hora de llevar a cabo el aseo personal y de realizar las tareas cotidianas.

Gráfica 6. Distribución AVD



AVD1-Se lava por partes

AVD2-Se baña o ducha

AVD3-Se limpia y cuida el pelo

AVD4-Se limpia los dientes

AVD5-Se viste solo

AVD6-Se viste con ropa limpia y cuidada

AVD7-Come sin ayuda

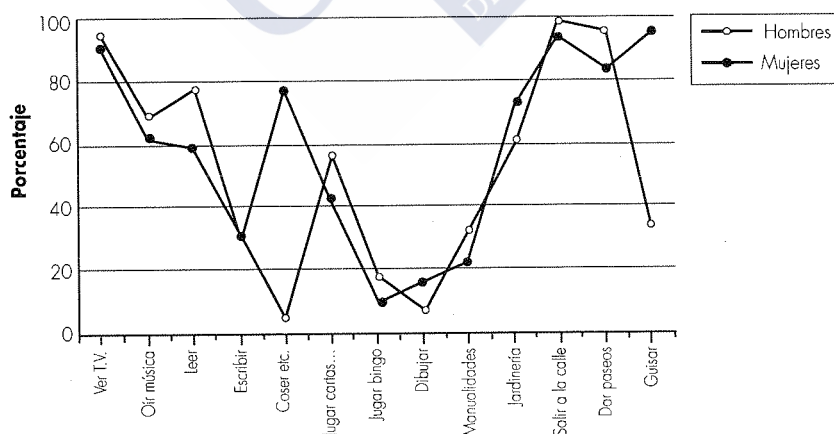
AVD8-Observa los modales básicos en la mesa

AVD9-Se preocupa de tomar su medicación

AVD10-Va de un sitio a otro sin problemas

AVD11-Dice exactamente qué es lo que necesita

Gráfica 7: Nivel de Actividad (N.A.)



- En el “Nivel de Actividad” (NA), también del CIP, no aparecen diferencias entre hombres y mujeres en ninguno de los ítems salvo en los referentes a coser y guisar donde los hombres puntúan mucho menos. Aproximadamente el 90% de los sujetos ven la televisión, salen a la calle y pasean normalmente (Gráfica 7).

- En lo referente al cuestionario de “*Apoyo Social*” (AS), simplemente destacar los siguientes datos: (a) mientras la mayoría de las mujeres ven o hablan con sus amigos una vez a la semana o más, los hombres lo hacen una o más veces al día; (b) tanto los hombres como las mujeres perciben que el apoyo que reciben por parte de los demás es sobre todo de tipo afectivo; (c) la relación que mayor grado de satisfacción les proporciona es la que mantienen con sus hijos, tanto en hombres como en mujeres.

4. CONCLUSIONES

Tras el estudio realizado, podemos resumir las siguientes conclusiones:

- Los hombres, tanto los que viven solos como en pareja, son los que menos veces han acudido al médico durante el último año para consultar un problema de salud.

- La mayoría de las mujeres (*que viven solas o en pareja*) y los hombres que viven en pareja toman alrededor de dos medicamentos diferentes en la actualidad, mientras que los hombres que viven solos toman uno o más de cinco medicamentos.

- Los hombres que viven solos, son los que han resultado tener más dificultades para andar, ver y oír, y más problemas de corazón, aparato digestivo y aparato urinario.

- Las mujeres en general son las que presentan más problemas relacionados con aspectos psicológicos.

- En las variables referentes a los “*días que ha permanecido en la cama por enfermedad durante el último año*” y “*días que ha estado hospitalizado durante el último año*”, no hay diferencias entre sexos ni si las personas viven solas o en pareja.

- En el inventario AVD los resultados señalan que las mujeres realizan más frecuentemente tareas relacionadas con la higiene personal y de autonomía asociadas a actividades cotidianas.

- En los cuestionarios NA y HF que componen el CIP, observamos que no aparecen, en general, diferencias entre hombres y mujeres. Un porcentaje muy alto (95% aprox.) no necesitan ayuda a la hora de realizar tareas cotidianas.

- Respecto al cuestionario AS, destacamos que la relación que mayor grado de satisfacción proporciona, tanto a hombres como a mujeres, es la que mantienen con sus hijos.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARNOLD, S.B. (1991). The measurement of quality of life in the frail elderly. En J.E. Birren y cols. (dirs), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. N. York: Academic Press.
- GOLDWURM, G.F. (1993). Qualità della vita: Problemi generali e indicatori specifici. *III Congreso International Latini Dies*. Toulouse.
- LAWTON, M.P. (1983). Environmental and other determinants of well-being in older people. *The Gerontologist*, 23, 349-357.
- LAWTON, M.P. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elderls. En J.E. Birren y cols. (dirs) *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. N. York: Academic Press.
- MARTORELL, M.C. (1993). Calidad de vida: salud y enfermedad. 3º *Seminario Latinoamericano, Universidad y Derechos Humanos*. Buenos Aires: U.N.L.Z., 6-8 octubre.
- MARTORELL, M.C. (Investigador principal) (1994b). Mujer y Tercera Edad: Calidad de Vida y Apoyo Social. Proyecto subvencionado por el Ministerio de Asuntos Sociales (B.O.E., nº 78, 1-IV-93) Instituto de la Mujer.
- MARTORELL, M.C.; GÓMEZ, O. y CUENCA-CAMPILLO, A. (1994): Calidad de vida y tercera edad. *Cuadernos de Medicina somática*, nº 30.
- MARTORELL, M.C.; CUENCA, A. y GÓMEZ, O. (1993). "Valoración de programas para la Tercera Edad". *II Conferencia Internacional de Intervención Psicológica y Desarrollo Humano: Intervención Educativa y Comunitaria*. Valencia, Julio 1993.
- MARTORELL, M.C.; CUENCA-CAMPILLO, A.; GÓMEZ, O. y WEBER, V. (1994). "Present Research about Quality of Life in the Elderly" *The 8th Conference of the European Health Psychology Society*. Alicante, Julio 1994.
- MARTORELL, M.C.; GÓMEZ, O. y CUENCA, A. (1993). "Cambios Psicológicos y en la Calidad de Vida producidos por la Jubilación". *II Conferencia Internacional de Intervención Psicológica y Desarrollo Humano: Intervención Educativa y Comunitaria*. Valencia, Julio 1993.
- MARTORELL, M.C.; GÓMEZ, O.; CUENCA-CAMPILLO, A. y WEBER, V. (1994). "Quality of life: Physical and Psychological Health in the Elderly" *The 8th Conference of the European Health Psychology Society*. Alicante, Julio 1994.



SEGUNDA PARTE

*Evaluación de las características
psicopatológicas*



Segunda Parte

EVALUACION DE LAS CARACTERÍSTICAS PSICOPATOLOGICAS

El interés atribuido por la comunidad científica a los trastornos del comportamiento, se pone de relieve por el gran número de trabajos aparecidos (Costa, McRae, 1990, Trull, 1992), a través de la revista especializada «Journal of Personality Disorder»; y principalmente, a través del Diagnóstico and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), en sus diversas ediciones. La evaluación constituye la base de la observación, el análisis y la medida de los comportamientos anómalos, y de su tratamiento y prevención. Conforme la investigación ha ido profundizando en la explicación y comprensión de los factores desencadenantes, de los complejos procesos interactuantes, y de los efectos implicados en las diversas psicopatologías, se ha hecho patente la multifactorialidad de los trastornos, y la necesidad de recurrir a procedimientos, y estrategias que los registren. Los clínicos implicados en la evaluación de las características psicopatológicas proceden de una diversidad de áreas profesionales, que tienen acerca de la evaluación, y de sus estrategias diferentes concepciones, y diferentes bagajes teóricos.

Como contribución, en el marco de la «Evaluación de las características psicopatológicas», en la primera parte del presente libro, se recoge una contribución de Anguera sobre «Evaluación en situaciones aplicadas». En segundo lugar, se presentan diferentes informes de investigaciones referidas a la evaluación de trastornos emocionales específicos considerados de destacada relevancia en la clínica: la depresión y la ansiedad. Ambas se inscriben en la categoría genérica de emociones negativas. Los núcleos temáticos seleccionados hacen referencia a los siguientes aspectos: 1) Análisis y evaluación de la depresión desde la perspectiva cognitiva; 2) Evaluación de la depresión en diferentes poblaciones: ancianos, y adolescentes...; 3) Relaciones entre depresión y diferentes síndromes: (fatiga crónica); ampliándose el análisis de las referidas relaciones a la depresión y ansiedad; y, 4) Análisis y evaluación de la ansiedad desde la perspectiva cognitiva.



Evaluación de intervenciones en situaciones aplicadas

M^a TERESA ANGUERA

Universidad de Barcelona. España

1. INTRODUCCIÒN

Se trata de una temática compleja por la confluencia de diversas coordenadas: Por una parte, los marcos conceptuales que guían las respectivas intervenciones ejercen una impronta decisiva y ampliamente diversificada entre sí; por otra, las situaciones aplicadas en las cuales tienen lugar programas de intervención son tan variadas que los problemas empíricos que se tratan de resolver no admiten una pauta concreta; además, la dificultad difiere según los planteamientos que inspiran cada caso, desde su trivial superación hasta la persistencia de problemas aún pendientes.

2. ENCRUCIJADA DE ENCLAVES TEÓRICOS

La evaluación de programas o intervenciones se ha ido configurando como una disciplina de la que no se ha sabido muy bien qué era, o, dicho con más precisión, cuáles eran sus límites, cobertura, recursos metodológicos, posibilidades de aplicación, etc. La evaluación de intervenciones deriva de la idea —própia del sentido común— de que los programas sociales deben proporcionar beneficios que sean demostrables, y se halla implícito en esta idea la necesidad de partir de unos objetivos y el disponer de medios para poder conocer el éxito o fracaso en los resultados; obviamente, se requiere llevar a cabo un estudio empírico, y la complejidad derivará de que cualquier programa de intervención implica una determinada cobertura humana, de actividades espacial y temporal, al margen de otros ámbitos delimitadores que puedan o deban some-

terse a consideración (abandonos del programa, cuestiones éticas, debilitación en el seguimiento, etc.).

Desde una perspectiva amplia, la evaluación de programas tiene una larga historia, y la trayectoria que ha seguido ha ido configurando y modulando su propia conceptualización. Desde que en la época romana, por ejemplo, se modificaran los impuestos para ver cómo repercutía en las fluctuaciones de “revenues”, o cuando a comienzos del siglo pasado se introdujeron en los Estados Unidos sentencias de cumplimiento de condena con una permanencia indefinida en la prisión con el fin de ver si influía en una disminución de las elevadas tasas de recidivas existentes, hasta programas de intervención en familias con episodios de malos tratos, o de generación de redes de apoyo social en tercera edad, que actualmente se están implementando en nuestro país y en muchos otros, es de justicia reconocer que son diversos y sustanciales los cambios producidos. Y en dichos cambios habrá que saber distinguir el marco de referencia o “filosofía de fondo”, la viabilidad de utilizar una u otra de las alternativas metodológicas, la adecuación mayor o menor de las actividades que configuran el programa, la potencia evaluativa propiamente dicha, y un largo etcétera de cuestiones que se subordinan a éstas.

3. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN EN SITUACIONES APLICADAS

Son muy diversas las situaciones aplicadas en las que se implementan programas de intervención, tantas como sectores y subsectores se quieran establecer para resolver determinadas carencias en los usuarios. En algunos de ellos, por sus especiales características, se facilita la toma en consideración de determinadas cuestiones, o se establecen y consolidan formas de actuación en la elaboración o implementación de programas. Después de una revisión de las situaciones aplicadas en artículos publicados durante los cinco años en las revistas *Evaluation Review. A journal of Applied Social Research y Evaluation and the Health Professions*, se puede perfilar la siguiente panorámica:

A) Criterio sustantivo: El espectro es sumamente amplio, y prácticamente no existe actividad humana sobre la que se interviene en que no se hayan publicado trabajos sobre la correspondiente evaluación. En la Tabla 1 se presenta un listado sobre tales situaciones aplicadas.

B) Criterio metodológico: Respecto a este segundo criterio, se han enfatizado aquellas cuestiones procedimentales de diverso orden que muestran, por una parte, la variedad de recursos metodológicos existentes, pero, por otra, la grave problemática que subyace en muchas de las situaciones aplicadas. En la Tabla 2 se incluye la relación.

Tabla 1. Listado de situaciones aplicadas

- . Programas comunitarios (Wiener, Pritchard, Frauenhoffer & Edmons, 1993)
- . Ambito de la salud (Markson, Nash, Louis y Gonnella, 1991; Raskin y Maklan, 1991)
- . Ambito escolar (Wentling y Roegge, 1991)
- . Competencia profesional (Kane, 1992)
- . Actualización profesional (Zippay, 1991)
- . Recursos humanos (Valentine, 1992)
- . Gestión de grandes compañías (Hirst, 1992)
- . Aplicación de estándares para la recertificación profesional (Kremer, 1991)
- . Enseñanza universitaria (Albanese y Jacobs, 1990; Noble, Cryns y Laury, 1992)
- . Profesionales sanitarios (Butterfield y Pearsol, 1990)
- . Seguimiento de fallos médicos (Kremer y Mankin, 1990)
- . Perspectiva del usuario (Carey y Smith, 1992)
- . Programas epidemiológicos (Larson, 1991)
- . Administraciones Públicas (Boyer y Langbein, 1991; Matt y Cook, 1993)
- . Uso de cinturones en los conductores (Desai y You, 1992)
- . Programas recreacionales (Race y Planek, 1992)
- . Colaboración profesional (Garrison, Herman y Lipton, 1992)
- . Programas de membrecía (Balla y Balla, 1992)
- . Programas de atención a personas sin hogar (Calsyn, Allen, Morse, Smith y Tempelhoff, 1993; Cohen, Mowbray, Bybee, Yeich, Ribisl y Freddolino, 1993; Hidalgo-Hardeman, 1993)
- . Programas preventivos (Dehar, Casswell y Duignan, 1993; Mackinnon y Dwyer, 1993)
- . Programas preventivos respecto a conductas de alto riesgo (Moberg, Piper, Wu y Serlin, 1993)
- . Programas relativos al interés de los consumidores (Siddharthan, 1991; Spoth y Molgaard, 1993)
- . Adicciones (Powers y Anglin, 1993; Graham, 1994)
- . Residentes en centro médico después de una intervención quirúrgica (Lutsky, Risucci y Tortolani, 1993; Yeaton y Wortman, 1993)
- . Programas de asistencia a familias (Press y Tanur, 1991; Xu, Brigham, Veloski y Rodgers, 1993)
- . Programas correccionales (Berecochea y Gibbs, 1991; Gray, Larsen, Haynes y Olson, 1991)
- . Programas penitenciarios alternativos a la prisión (Maxfield y Baumer, 1992)
- . Análisis de estrategias (Peters y Marshall, 1993)
- . Programas de política legislativa (Mauser y Holmes, 1992)
- . Programas electorales (Freedman, Klein, Sacks, Smyth y Everett, 1991)
- . Programas nutricionales (Demers y Renaud, 1992)
- . Rendimiento motor (Ludlow, Haley y Gans, 1992)
- . Programas de ayuda para mujeres abandonadas (Tudiver, Hilditch, Permaul y McKendree, 1992)
- . Embarazos en adolescentes (Gregory, Lohr y Gilchrist, 1992)

Tabla 2. Listado de cuestiones metodológicas

- . Planificación de una evaluación (Card, Greeno y Peterson, 1992)
- . Integración metodológica (Spoth y Molgaard, 1993; Wiener, Pritchard, Frauenhoffer y Edmons, 1993)
- . Propuestas de indicadores en situaciones complejas a partir de los cuales se calculen parámetros objetivadores (Henry, McTaggart y McMillan, 1992; Hidalgo-Hardeman, 1993)
- . Criterios de medida (Graham, 1994)
- . Estabilidad en medidas subjetivas (McCauley y Bremer, 1991)
- . Validación (Kremer, 1991)
- . Optimización de garantías psicométricas (Albanese y Jacobs, 1990; Lutsky, Risucci y Tortolani, 1993)
- . Optimización en la recogida de datos (Tucker y Dempsey, 1991)
- . Uso de estándares (Maguire, Skakun y Harley, 1992; Newman y Brown, 1992)
- . Análisis de errores (Press y Tanur, 1991)
- . Mejora del instrumento (Berecochea y Gibbs, 1991; Harasym, Price, Brant, Violato y Lorscheider, 1992)
- . Recursos tecnológicos (Shea, Norcini, Baranowski, Langdon y Popp, 1992)
- . Análisis de variables contextuales (Jatulis y Newman, 1991; Peters y Marshall, 1993)
- . Análisis exploratorio de datos (Sinacore, Chang y Falconer, 1992)
- . Diseños diversos (Moberg, Piper, Wu y Serlin, 1993)
- . Diseños de discontinuidad de la regresión (Cappelleri, Trochim, Stanley y Reichardt, 1991; Trochim, Cappelleri y Reichardt, 1991)
- . Regresión ecológica (Freedman, Klein, Sacks, Smyth y Everett, 1991)
- . Sistemas expertos (Wentling y Roegge, 1991)
- . Información retrospectiva (Powers y Anglin, 1993; Graham, 1994)
- . Uso de archivos (Dent, Sussman y Flay, 1993)
- . Simulación (Kane, 1992)
- . Meta-análisis (Tabak, Mullen, Simons-Morton, Green, Mains, Eilat-Greenberg, Frankowski y Glenday, 1991; Yeaton y Wortman, 1993)
- . Seguimiento (Cohen, Mowbray, Bybee, Yeich, Ribisl y Freddolino, 1993)
- . Validez externa (Tebes, Snow y Arthur, 1992)
- . Validez mediante expertos (Lanza y Carifio, 1992)
- . Técnica Delphi (Race y Planek, 1992)
- . Auto-informes (Peters y Schimpfhauser, 1990; Skeff, Stratos y Bergen, 1992; Calsyn, Allen, Morse, Smith y Tempelhoff, 1993)
- . Consistencia de los evaluadores (Lunz y Stahl, 1990)
- . Evaluación por revisores (Greene, Doughty, Marquart, Ray y Roberts, 1988)
- . Optimización de la monitorización (Williamson, Moore y Sanazaro, 1991)
- . Análisis económico (DesHarnais, Hogan, McMahon y Fleming, 1991; Markson, Nash, Louis y Gonnella, 1991)
- . Optimización de "ratios" económicas (Lewis, Johnson, Chen y Erickson, 1992)
- . Datos retrospectivos (Levinson, Gordon y Skeff, 1990; Anglin, Hser y Chou, 1993)
- . Análisis de historia de eventos (Barton y Pillai, 1993)

- . Evaluación del impacto mediante modelo matemático (Dynarski, 1993)
- . Estudio de casos (Smith, McNamee y Piland, 1993)
- . Ensayos clínicos (Tudiver, Myers, Kurtz, Orr, Rowe, Jackson y Bullock, 1992)
- . Inferencia visual (Henry, 1993)
- . Recogida de datos mediante entrevistas telefónicas (Bostick, Pirie, Luepker y Kofron, 1992; Ciesla, Shi, Stoskopf y Samuels, 1993)
- . Intervenciones a largo plazo con datos retrospectivos (Hyman, 1993)
- . Items no contestados en encuesta (Berk, Edwards y Gay, 1993)
- . Coordinación de recursos (Schuh y Leviton, 1991)
- . Análisis lineal vs. no lineal (Vooijs y Van der Kamp, 1991)
- . Escalas de apreciación (Stoskopf, Glik, Baker, Ciesla y Cover, 1992)
- . Incidencia de la implementación (Parsons, Johnson, Warnecke y Kaluzny, 1993)
- . Uso del censo (Martin, 1992; Wright y Devine, 1992)
- . Uso de datos demográficos (O'Hare, 1991)

Ambos listados no agotan en absoluto las distintas posibilidades, y bastaría efectuar cualquier otra revisión en otras publicaciones periódicas, o durante un período de tiempo distinto para que se fuesen acercando a la exhaustividad, sin alcanzarla jamás.

3. REQUISITOS BÁSICOS DE PLANTEAMIENTO

Una primera cuestión discutible se refiere a la adecuación de criterios a considerar. Prácticamente no existe límite en cuanto a la casuística de situaciones aplicadas, sino que, por el contrario, su expansión es un signo positivo, y en la medida en que se elaboran, implementan y monitorizan programas de intervención, nos debemos congratular como profesionales y potenciales usuarios. No obstante, no ocurre lo mismo respecto a pautas de evaluación y cuestiones metodológicas que se derivan. Hemos visto cómo durante los últimos años se asiste a una fugaz expansión de trabajos publicados en el ámbito de la evaluación de intervenciones. La razón es probable que sea múltiple, y deberíamos plantearlo desde una perspectiva convergente.

En primer lugar, y planteado desde el *IV Congreso de Evaluación Psicológica*, puede parecer fuera de lugar la pregunta acerca de qué implica y cuál sea la problemática que plantea el concepto "*evaluación*". Es un término consolidado del que no se puede eludir un cierto riesgo de desgaste por el uso abusivo a que se ve sometido, y del que se podría comentar de forma consensuada que en cada ocasión en que se utiliza es alguna de sus facetas la que se está priorizando, o, al menos, la que se enfatiza en función del marco conceptual del que se parte, del ámbito de contenido en que se ubique, del objetivo perseguido, de

las características específicas de la situación, y de muchos otros elementos que irían matizando sutilmente los mencionados. Incluso el propio término ha estado en ocasiones acompañado de otros que le han acotado el espectro de acepciones —como en evaluación conductual, o en evaluación de programas—, o ha basculado en su uso respecto a otros con los que se ha mantenido una polémica más o menos viva o velada según las circunstancias —como el de diagnóstico, o el de valoración—; hasta el ámbito metodológico ha llegado la polémica, discutiéndose las implicaciones de la investigación evaluativa frente al uso de distintas técnicas de recogida, optimización y análisis de datos en evaluación. En definitiva, el término evaluación es enormemente abarcador, se halla en continuo proceso de evolución y dudamos de que en la actualidad permita afirmaciones categóricas.

Aquí nos identificamos con una perspectiva —probablemente la más amplia— que la considera como subdisciplina que, dentro de la Psicología, se ocupa del estudio o análisis científico del comportamiento (*a los niveles de complejidad necesarios*) de un concreto sujeto o un especificado grupo de sujetos humanos (Fernández-Ballesteros, 1985; Silva, 1988). Esta perspectiva, aquí y ahora, conviene reducirla, dado que nos interesa sólo la evaluación de la intervención, y en situaciones aplicadas. Deben incluirse como cuestiones básicas a concretar cuáles sean los ejes configuradores en cada una de las evaluaciones de intervención.

Entre los diversos programas existen grandes diferencias de planteamiento: Los focalizados en el individuo, en singular, mientras que otros son de carácter nomotético al tratarse de un colectivo de usuarios; los que se asientan en el seguimiento durante un período prolongado de tiempo frente a los que suponen una intervención de carácter puntual; la variabilidad en función de la naturaleza de las actividades en que se concreta la intervención, que pueden hallarse más o menos pautadas, etc.

El análisis de las intervenciones reviste, además, caracteres distintos según cuáles sean los elementos básicos que entren en juego: Contacto físico, proximidad-distancia, orientación, gestos, expresión facial, intercambios de mirada, habla, y, en general, aspectos verbales y no verbales que la acompañan y cualifican con gran sutileza. Estos distintos elementos permiten caracterizar el contenido de las intervenciones a evaluar en las diversas situaciones aplicadas, y se pueden además asentar en la existencia de conductas interactivas, lo cual da lugar a una dificultad añadida a efectos de evaluación. Asimismo, debe diferenciarse la evaluación de programas de tratamiento de la evaluación de estrategias o políticas sociales, con la discusión conceptual que se deriva de la con-

sideración del “estado del bienestar” (Unrau, 1993). Los requisitos básicos de planteamiento que deben dilucidarse o solventarse son:

3. 1. Modelo de evaluación:

Existen dos grandes modelos en evaluación (Veney y Kaluzny, 1984), que son el lineal y el no lineal, estrechamente relacionados con las denominadas evaluación sumativa y formativa, respectivamente, así como con la evaluación como resultado y como proceso. El primero de estos macromodelos parte de la secuencialidad de las tres fases de planificación, implementación y evaluación de un programa, lo cual equivale a decir que la evaluación (*medida de los efectos de un programa*) depende rigidamente de su estructuración y agenda inicial, sin posibilidad de modulación en función de circunstancias no previsibles que derivan del carácter complejo que presenta cualquier intervención. La característica definitoria de una evaluación de resultados se reduce estrictamente a estimar la magnitud de los efectos de un tratamiento sobre el cual se había establecido previamente una hipótesis a modo de conjetura sobre dichos previsibles efectos.

El macromodelo no lineal, por el contrario, se basa en la continua interacción y modulación recíproca entre planificación, implementación y evaluación, lo cual equivale a la intersección continuada entre los tres componentes de relevancia, progreso y eficiencia (Anguera, 1989). La evaluación entendida como proceso pretende entender por qué se ha producido un determinado resultado; la finalidad no es demostrativa, sino explicativa, y en este enclave será más cómodo situar la factibilidad de la evaluación. Como se deduce tácitamente del apartado relativo a la *encrucijada de enclaves teóricos*, son muchas las orientaciones o modelos teóricos que con mayor o menor consistencia y consolidación han incidido en la evaluación de intervenciones (Fernández-Ballesteros, 1981, 1994; Madaus, Scriven y Stufflebeam, 1983; Stufflebeam y Shirkfield, 1987; Cook, 1988; Vedung, 1993), y que meramente mencionamos.

3. 2. Características del programa:

La fijación de límites viene dada por el(los) objetivo(s) que se pretende(n). Solventado este problema, y una vez acotado un programa, se traslada el núcleo de interés al sujeto (*beneficiario o usuario del programa*), en tanto en cuanto se elicit su respuesta a través de unas acciones/actividades previstas, dirigidas en cualquier caso a aminorar una carencia existente en alguna de las facetas de su comportamiento. Éstas se hallan programadas formando parte de un determinado plan de acción, y sobre éste habremos de pronunciarnos en el sentido de conocer si cumple el(los) objetivo(s) y si es factible su optimización.

3. 3. Recursos:

Son de diversa índole en cuanto a sus características (*personales, instrumentales, temporales, económicos, fungibles, etc.*), cualificación (*específicos, polivalentes, obsoletos, etc.*) y disponibilidad (*disponibles, potencialmente disponibles, imposibles, etc.*).

Es útil el establecimiento de criterios de organización de los recursos, mediante una adecuada ubicación territorial (Desdentado, Guerrero, Manovel, Moragas, Navarro y Del Valle, 1979) o zonificación (*por ejemplo, el criterio que se sigue en Madrid en el circuito de atención a niños que se hallan desprotegidos*), o a través de atributos de los programas, como capacidad (*como número de ancianos que pueden disponer de cama en una residencia*), accesibilidad (*por ejemplo, posibilidad de que niños que viven en el extrarradio de grandes ciudades tengan cabida en un programa de escolarización*) y nivel de funcionamiento (*existen tablas de niveles que permiten objetivarlo, como los nueve fijados por el State of Illinois Department of Mental Health and Developmental Disabilities*) en función de la densidad, intensidad y participación.

Las restricciones en todo tipo de recursos a las que estamos ya habituados generan la necesidad de articularlos de la mejor manera posible (Haggart, 1983; Anguera, 1992b) o de tratar de que sean polivalentes o transformables. En países como E.E.U.U. es frecuente hallar agencias dedicadas a elaborar inventarios de recursos (Petersen, Bosanac, Baranowski y Forren, 1981; Fitzgerald y Cutler, 1983; etc.), servicio que es altamente útil. En España tan sólo existen casos aislados (Saturno y Marset, 1980; Ferrezuelo y Andrés, 1983; Espinosa, Rubio y Márquez, 1987; García-Herrero, 1988).

3. 4. Factibilidad:

Ante el uso creciente de programas de intervención resulta urgente y de vital importancia preguntarnos si no resultará baldío el esfuerzo de elaborar e implementar un programa que presente problemas objetivos intrínsecos que dificulten o anulen la actividad evaluativa (Anguera, 1990), la cual es necesaria para emitir un juicio de valor sobre la calidad del programa, y por tanto sobre la relación entre la finalidad perseguida y los efectos resultantes. A su vez, algunos autores (Rutman, 1980; Wholey, 1987; Smith, 1989; Fernández-Ballesteros, Hernández, Montorio, Llorente, Izal y Guerrero, 1990; Hernández, 1990; Fernández-Ballesteros, 1992; Hernández y Rubio, 1992) han sentado las bases del análisis o evaluación de la evaluabilidad, como paso previo a la evaluación de programas, a la vez que destacamos la elaboración del LCREP como uno de los pocos instrumentos específicos elaborados a tal fin.

Se ha afirmado que los evaluadores definen su competencia en función de su formación metodológica (Rossi y Freeman, 1986). Desde una posición analógica, igualmente afirmamos que también los programas de intervención serán tanto más factibles de ser evaluados cuanto mejor se adecúen a los diversos requisitos metodológicos, y éstos, que son inamovibles en lo esencial, a su vez, se pueden estructurar de una forma u otra según características secundarias que deseen enfatizarse.

Si nos circunscribimos al ámbito nacional, en España es justa todavía, aunque cada vez menos, la crítica de una endémica debilidad metodológica de la gran mayoría de los programas que son puestos en práctica por parte de instituciones tanto públicas como privadas¹. En los países en los que existe una mayor tradición en evaluación de intervenciones (Estados Unidos y Canadá) se aprecian, cada vez de forma más generalizada, importantes avances consistentes en el uso de recursos metodológicos sofisticados que permiten un rigor mucho más elevado. Incluso en evaluaciones planteadas desde un cuño absoluto y/o radicalmente cualitativo, se va apreciando una mejora notable a nivel metodológico, como en cuestiones de conexión de variables en un plano conceptual (Wright, 1989), o de metaevaluación (Cleave-Hogg y Byrne, 1988), o simplemente tratando de incrementar seriamente el rigor en evaluaciones de programas planteadas cualitativamente (Silverman, Ricci y Gunter).

La evaluación es aún una ciencia joven, y ello ha acarreado con frecuencia graves problemas de índole tanto estructural como funcional. Un programa de intervención no puede adoptar el papel de “*caja negra*”, sino que, bien al contrario, debe eliminarse cualquier tipo de opacidad que impida su cabal evaluación (Anguera, 1990). Y es esta opacidad la que deriva en gran medida de un *mal planteamiento del programa* y/o de *irregularidades en su implementación*, así como, en algunos casos, de la *falta de una monitorización adecuada*.

3.4.1. Defectos de planteamiento del programa. Son de diversa índole, aunque la incorrecta fijación de objetivos es, con mucho, la principal causa que no hace factible la evaluación de un programa. Según Rutman (1980) en un análisis de factibilidad habría que identificar diversos tipos de problemas, de los que aquí entresacamos aquéllos que se refieren al planteamiento del programa y añadimos otros que consideramos necesario tener en cuenta:

¹ Hecho constatado a partir de las respuestas recibidas a una solicitud de programas (elaborados y aún no implementados, en curso, y en fase de valoración) dirigida a instituciones de ámbito local, autonómico y nacional en el ámbito de Servicios Sociales (Anguera y Blanco, 1988-91).

- a) Programas mal definidos que requieren en consecuencia una posterior elaboración para ser implementados.
- b) Vaguedad en los objetivos, lo cual no permite una suficiente base de sustentación para establecer las directrices del programa.
- c) Fines no realistas o ilusorios, los cuales impedirán un adecuado establecimiento de acciones, ya que su seguimiento sería baldío.
- d) Objetivos contrapuestos, que generarían una contradicción interna en la estructura del programa.
- e) Falta de claridad en el enunciado de las tareas requeridas.
- f) Inexistencia de organigrama relativo a la secuenciación o concurrencia de las distintas acciones de que se compone el programa.
- g) Falta de calendario o previsión temporal.
- h) Imprecisión respecto al estudio empírico, lo cual se diversifica a su vez en uso y validación de instrumentos, naturaleza de los datos y forma de obtención, unicidad de criterios en el almacenamiento de material de archivo, indicadores a utilizar, perspectivas de análisis de datos, etc.

El esfuerzo en resolver estos problemas redundará en un aumento de la factibilidad evaluativa del programa, lo que no quiere decir, por supuesto, que con ello mejore la valoración desde todos los tipos de validez, pues si bien la interna se eleva, pueden en cambio permanecer inamovibles otros tipos, como la externa (si los resultados no son generalizables) o la social (si la elaboración del programa no estuvo precedida de un análisis previo de necesidades que hiciera a éste pertinente).

3.4.2. Irregularidades en su implementación. La implementación (o “proceso”, o “administración”) de la evaluación no es un concepto nuevo (Freeman, 1977; Finnegan, Murray & McCarthy, 1988), sino que, por el contrario, cada vez recibe mayor atención (Reichardt y Cook, 1979; Leithwood y Montgomery, 1980). No obstante, la revalorización de la implementación en la literatura al respecto se ha limitado a señalar su importancia y su papel de componente esencial en la evaluación de los programas de intervención, pero son muy pocos los trabajos que indican cómo debería llevarse a cabo.

Además, mientras que los defectos estructurales en el planteamiento de un programa son siempre subsanables (y en caso contrario deberá profundizarse en el estudio de la carencia a raíz de la cual se desea intervenir), no ocurre lo mismo a la hora de aplicarlo, es decir, de implementarlo.

Los problemas que pueden surgir en este caso son de dos tipos:

- a) Falta de formación y/o de monitorización en la(s) persona(s) encargada(s) de llevarlo a cabo, lo cual puede ocasionar errores de naturaleza heterogénea. Dada su previsibilidad, se considera grave un fallo ocurrido en las circunstancias indicadas en este apartado, el cual, además, puede tener importantes consecuencias a nivel de costos.
- b) Errores asistemáticos de naturaleza aleatoria, y, en consecuencia, no previsible: Rechazo de sujetos más allá de los criterios establecidos, incorrecta cumplimentación de protocolos, etc.

El que se mencionen estos dos tipos de problemas no significa que su mera ausencia garantice una elevada “*calidad*” de la implementación, sobre cuya definición operacional apenas existe consenso. En un trabajo de Pentz, Trebow, Hansen, MacKinnon, Dwyer, Johnson, Flay, Daniels y Cormack (1990) se sugieren al respecto tres elementos que la conforman:

- 1) **Adherencia**, medida generalmente en función de que un programa se implemente en grupos experimentales y no en grupos control;
- 2) **exposición**, o parte del programa que ha sido dispensado a los beneficiarios-objetivo; y
- 3) **reinvención**, o margen en que la implementación se desvía del programa estandar que está siendo sometido a prueba (Fullan y Pomfret, 1977).

De entre estos tres elementos, la adherencia se utiliza principalmente para identificar efectos experimentales y variables contaminantes más que para probar los efectos sobre el comportamiento (Basch, Sliepcevich, Gold, Duncan y Kolbe, 1985). La exposición está siendo estudiada desde el análisis de las inconsistencias en función de la duración del tiempo de implementación, número de sesiones, y longitud de los períodos inter-sesionales (Connell, Turner y Mason, 1985; Tricker y Davis, 1988). Y finalmente la reinvención resulta interesante en la evaluación de las relaciones entre la experiencia de los profesionales que intervienen en la implementación y el hecho de que únicamente se utilicen unas pocas sesiones (Connell y Turner, 1985).

3.4.3. Falta de monitorización. No es todavía frecuente institucionalmente el sometimiento del equipo de profesionales que trabajan en la implementación de un programa a un asesoramiento encaminado a mejorar la implementación, y con ello, en consecuencia, a evitar la desazón que produce la recogida de datos con importante volumen de “*missings*”, o la falta de previsión

para evitar la mortalidad experimental, o la duda sobre cómo analizar previamente la validez de un determinado instrumento, o las dificultades para efectuar un análisis de costo-beneficio.

Por el contrario, lo que sí ha llegado a ser habitual en algunos ámbitos es la auditoría, prácticamente retrospectiva por naturaleza, que actúa como de juez imparcial e independiente y que tiene por misión comprobar si la implementación del programa se realiza de acuerdo con el plan previsto (características del programa), a la vez que velar por unas “*ratios*” adecuadas de costo-beneficio y costo-eficacia. Para llevar a cabo su misión se sirve tanto de estándares ya preparados como de controles específicos (Malan, 1988).

3. 5. Principios éticos:

Es imperativa la no vulneración de los estándares éticos, que fueron desarrollados por el *Joint Committee on Standards for Educational Evaluation* (1981), los cuales suministran pautas para los evaluadores y usuarios de programas, aunque no deben confundirse con estándares para la práctica (Brown y Newman, 1992). Tales estándares cuentan por supuesto con reconocimiento institucional (Mayne, 1992), y no excluyen el cumplimiento de los establecidos por la APA (Blanck, Bellack, Rosnow, Rotheram-Borus y Schooler, 1992). Kitchener (1984), analizó los cinco principios éticos que considera que compendian la tarea de los evaluadores: autonomía, no maleficencia, contribución al bienestar del otro, justicia y fidelidad.

4. DECISIONES CRÍTICAS EN EL PROCESO

Nos hallamos insertos en el proceso de evaluación, y, por tanto, tratando de mejorar el juicio del evaluador (Silva, 1988), y ello en la medida en que la evaluación psicológica es una subdisciplina que deriva de la psicología científica. Precisamente si utilizamos la denominación de “*problemática específica*” se debe a que en cada caso habrá que acotar y operativizar los objetivos, preparar los instrumentos adecuados, tomar una decisión sobre el diseño, y evaluar económicamente la intervención, y, en consecuencia, resolverlo específicamente y de forma idiosincrática. De aquí que no nos valgan respuestas prefabricadas. No nos referimos aquí a un análisis pormenorizado de cada una de las etapas del proceso, las cuales se hallan magníficamente descritas (Silva, 1988; Fernández-Ballesteros, 1994), sino a una breve reflexión sobre algunas decisiones críticas de carácter procedimental, las cuales se concretan en los siguientes apartados:

4. 1. Acotación y operativización de objetivos:

Las múltiples situaciones aplicadas en las que se elaboran programas de intervención obligan a la especificación de todas las actividades, usuarios y forma de contacto con ellos, relaciones interactivas profesional-usuario y/o usuario-usuario y/o usuario-extraño, entorno en sus diversos niveles, formalización o no respecto a las actividades o acciones que comporta la intervención, y medida en que la conducta de los participantes se coordina, secuencia, superpone,..., entre sí; es decir, seguimiento del PERT (Veney y Kaluzny, 1984; Sánchez y Anguera, 1993).

Cada uno de ellos se desglosa, a su vez, en innumerables cuestiones a constatar. Así, si se trata de evaluación de intervenciones en el ámbito de Servicios Sociales, podrían mencionarse como ejemplo programas de apoyo a domicilio en personas de tercera edad, asistencia a familias con problemas de abuso infantil, atención a inmigrantes con desconocimiento del idioma, programas de atención a niños institucionalizados en centros de protección, apoyo a transeúntes sin hogar, y un largo etcétera.

Es evidente que aumentan progresivamente los problemas metodológicos que se van sumando a los inicialmente previstos. Por centrarnos sólo en un aspecto, en todos los programas de intervención indicados constituye un eje central la conducta interactiva que se establece. Mientras que una determinada cualidad se puede aplicar a uno o varios tipos de interacciones o de interactuantes, la totalidad de las conductas en una interacción se analiza respecto al(a los) otro(s) participante(s). Además, la conducta interactiva a evaluar puede estar dissociada de la calidad o estilo con que se expresa, lo cual se enfatiza en la distinción entre las expresiones que un individuo recibe y emite, o entre el aspecto explícito y el metacomunicacional en el mensaje. Pensemos, como ejemplo, en la “mala” calidad del contenido interactivo de una persona que apenas conoce unas pocas palabras en el idioma de su interlocutor, aunque pueda existir un considerable “afecto” entre ellos.

Además, la conducta interactiva siempre implica una secuencia de actos en que se encadenan ejecuciones de diversos individuos. Pero pueden fijarse diversos aspectos de operativización y fijación de parámetros a considerar: Agregados o conglomerados de propiedades que covarían (*así, la conducta materno-filial que se evaluase en familias con problemas de negligencia y desatención infantil no implicaría tanto etiquetarla en función del número de besos o caricias por unidad de tiempo, sino según lo sensible que sea la madre en función de las necesidades del niño*), medidas derivadas de frecuencias, duraciones u or-

den de determinadas conductas, relaciones cualitativas entre interacciones basadas en frecuencias relativas, y patrones o configuraciones interactivas.

Y finalmente, siguiendo ilustrativamente con intervenciones en que la base es la conducta interactiva, habrá que tenerse en cuenta al compromiso y/o consistencia de ésta; es decir, la medida en que un interactuante acepta la relación interactiva como de continuidad indefinida o máxima estabilidad, o bien es consciente de su carácter puntual, o la procura como de duración limitada. Cuando Gottman (1979) evaluaba la conducta interactiva en un matrimonio, o cuando lo hacían Bakeman y Brownlee (1980) respecto a la interacción en el juego en paralelo, es evidente la gran diferencia existente en cuanto a la consistencia de dicha relación interactiva.

A su vez, hay matices que distinguir. Así, no es lo mismo el compromiso público que el privado, o el impuesto desde el exterior que el asumido espontáneamente por los interactuantes. Igualmente habrá que diferenciar entre compromiso de continuidad y consistencia, ya que el primero puede permanecer estable de forma indefinida, pero a un nivel tenue de intensidad, mientras que el segundo puede ser muy intenso, pero de corta duración.

4. 2. Diseños:

La reflexión acerca de los diseños parte de una cuestión de fondo y polémica en los últimos años: ¿Cuál es la metodología que mejor se adecúa en cada caso? ¿Cómo se articulan método y técnica respecto a la recogida de datos que se pretende en cada caso? ¿En qué medida se mantienen o fluctúan las "*frecuencias de uso*" de cada una de las técnicas? ¿Cómo se conectará esta cuestión con la de instrumentos pertinentes? ¿En qué medida conviene plantear diseños estandard o no estandard?

Desde nuestro punto de vista, utilizamos el término diseño desde su acepción no normativa, y por consiguiente no consideramos como la más adecuada la opción relativa a los muchos diseños estandard existentes (Veney y Kaluzny, 1984; Posavac y Carey, 1985; Mohr, 1992), sino la resultante de plantear específicamente en cada caso cómo recoger, ordenar y analizar los datos (Anguera y Redondo, 1991).

La controversia existente acerca del "*estatus*" de la evaluación ha conllevado múltiples e interesantes reflexiones (Westmeyer, 1992; Fernández-Ballesteros, 1993) sobre la metodología que se sigue —y consecuentemente el diseño—, así como cuáles son las técnicas de recogida de datos (auto-informe, registro observacional, registro fisiológico, entrevista estructurada, escala de estimación, etc.) que se vienen utilizando.

El establecimiento de un determinado diseño no implica ninguna especificidad de éstos relativa a la evaluación de intervenciones en situaciones aplicadas, ya que se siguen las pautas metodológicas habituales, las cuales se diversifican en función del mayor a menor grado de naturalidad de la situación y de su carácter puntual o de seguimiento, y por tanto, en consecuencia, de la naturaleza de las acciones que dan lugar al programa (Anguera y Redondo, 1991).

Sobre la base de esta diferenciación, caben todas las posibilidades, desde los estudios descriptivos sistemáticos a los de carácter experimental, y teniendo en cuenta una perspectiva sincrónica, diacrónica, o mixta, aunque la necesaria continuidad o seguimiento que implica una determinada intervención da una mayor preponderancia a los diseños de naturaleza diacrónica (Anguera, 1992). Lo que sí es sumamente importante es tener presente desde el inicio qué se pretende mediante el diseño, dado que éste no es más que una estructura que actúa como guía para facilitar la ordenación de los datos desde su obtención, almacenamiento y posterior tratamiento. Las acciones que se programaron para formar parte de la intervención pueden ser de naturaleza muy heterogénea, así como variable su duración, orden o concatenación en su aplicación, y concurrencia o secuencialidad respecto a otras.

El criterio de manipulabilidad, que tradicionalmente ha servido de punto de referencia para la estructuración de las tres grandes metodologías (observacional, selectiva y experimental), aquí no resulta adecuado por el simple motivo de que por tratarse de programas de intervención siempre existe manipulabilidad o control interno, y en consecuencia nunca se trata de acciones espontáneas. Por otra parte, y a pesar de que inicialmente la evaluación de programas implicaba la elección de un diseño experimental o cuasi-experimental (Pancer y Westhues, 1989), con la restricción que éstos comportan para la búsqueda de relaciones de causalidad debido a los controles que deben establecerse (Lipsey, Crosse, Dunkle, Pollard y Stobart, 1985), ya no es admisible la aplicación de las pautas propias de la experimentación al ser conscientes del gran número de variables extrañas que se hallan presentes (organísmicas, del sujeto, de funcionamiento institucional, de implementación de los programas, de funcionamiento comunitario, etc.) en la totalidad de las intervenciones, y las dificultades —muchas veces insalvables en su totalidad— que plantea su control mediante las técnicas habituales (mantenimiento de valores constantes, aleatorización, balanceo, contrabalanceo, etc.).

Cualquier profesional de la evaluación entendería que se abre aquí una aparente bifurcación del ámbito de trabajo: Por una parte, nos interesan las conductas resultantes de implementar la intervención —habitualmente en contextos naturales—, y, por otra, más restrictiva, la evaluación del programa, de

forma que sea viable un análisis riguroso de los efectos logrados a partir de una diversificación metodológica, sea a lo largo del proceso, sea en su tramo final. Ambas perspectivas contempladas —la más amplia y la más restrictiva— no se oponen, sino que se complementan, en tanto en cuanto pueden implementarse programas diversos (*de prosocialidad en la escuela, de terapia familiar, de coordinación en equipos deportivos, etc.*) sin que se menoscabe o altere la integridad del contexto natural en que nos desenvolvemos (*interacción familiar, tipo de actividad profesional, relaciones sociales, etc.*).

Ello nos conduce a contemplarlas incardinadas en torno a un mismo eje vertebrador referido a la presencia de las conductas en las que se basa el programa de intervención, sin que ahora nos importe la presencia total o parcial de determinado contexto.

4.3. Instrumentos:

Acabamos de referirnos a la conexión existente con la cuestión previa/concurrente de la decisión acerca del diseño.

El *elenco* sumamente amplio de situaciones aplicadas plantea problemas genéricos en la evaluación de intervenciones: Delimitación de unidades de análisis, construcción o aprovechamiento de instrumentos, codificación, etc.), además de gran número de específicos, y que tienen que ver directamente con la amplia casuística que se nos ofrece (Bausell, 1992).

La delimitación de unidades de análisis constituye un decisivo problema a resolver, y la decisión sobre el instrumento tendrá mucho que ver con ella. La problemática de la delimitación de unidades precisa encuadrarse en la tradicional polémica molaridad-molecularidad que caracteriza a la conducta humana, siendo a la vez capaz de una rigurosa sistematización.

Como marco inicial de referencia podemos considerar un simple esquema que implique el “*continuum*” del contexto y el de la conducta como una secuencia de unidades discretas, haciéndose necesaria la toma de decisiones sobre cómo llevar a cabo la mencionada segmentación, lo cual implica el “*descubrimiento de cómo se ordena la información*”. El principal problema que se plantea en este sentido es la no existencia de unidades naturales de conducta.

No podemos negar que se da una relativa circularidad. Bakeman y Gottman (1989) señalan que las unidades de conducta presentan los problemas básicos de cuándo dividirse y cuándo agruparse, y aquí subyace el problema del “*continuum*” establecido entre molaridad y molecularidad (Sackett, Ruppenthal y Gluck, 1978), con sus contrapesos respectivos de alto nivel del abs-

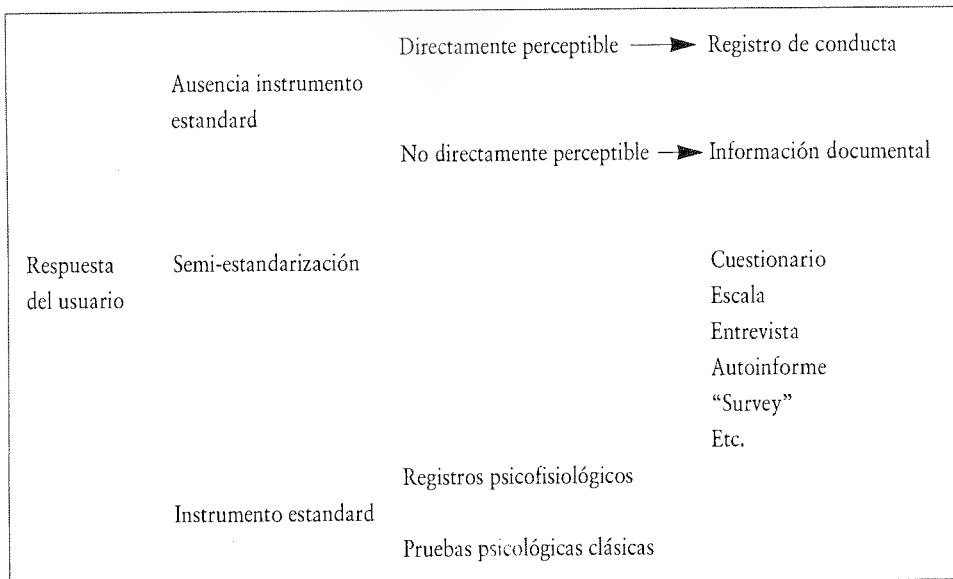
tracción (con la ventaja de globalidad y no pérdida de consideración del contexto) y desmembración de unidades mínimas vacías de contenido (con la ventaja de objetividad).

Este carácter “*artesanal*” con que hay que tratar la cuestión impide considerar la instrumentación desde los cánones habituales, y por tanto no someternos al uso abusivo de todo tipo de pruebas, muchas de las cuales no cumplen las necesarias garantías psicométricas (Silva, 1989).

Por todo ello se sugiere complementariamente la adopción de otro criterio, que es el de la *naturaleza de la respuesta elicitada al usuario* en función de la acción concreta a la que se le somete, y que deberá combinarse con la *perspectiva diacrónica/sincrónica/mixta* adoptada. A su vez, la respuesta del usuario puede o no implicar la cumplimentación de una prueba o sistema estándar de recogida de información, y en caso negativo, puede ser o no de carácter perceptible. De forma esquemática y no restrictiva, se expresa en la figura 1.

Cada una de las posibilidades expresadas puede ser considerada desde una recogida puntual de datos (perspectiva sincrónica) o en su seguimiento continuado (perspectiva diacrónica), siendo factible una combinación de ambas (perspectiva mixta) en aquellas ocasiones en que interesa una proximidad (que puede llegar a ser en caso extremo una sucesión de puntos en el tiempo) de los momentos de recogida puntual de información.

Figura 1. Naturaleza del instrumento



En el caso de la respuesta directamente perceptible del usuario, dado que únicamente interesa la obtención del registro de conducta, se aplicará la estrategia propia de la observación directa como técnica², de donde deriva una reflexión acerca de la observabilidad de la respuesta y la forma concreta que facilitaría su materialización. Ello no excluye que se realice una evaluación observacional a partir de protocolos de registro, es decir, en la cual existe ya planteado un determinado sistema de codificación (Cerezo, 1991, 1992).

Los principales problemas que se plantean se refieren a la fijación de las unidades de conducta, su sistematización y categorización, y la optimización del registro, así como la profundización en el análisis de los datos (Anguera, 1991, 1994).

La respuesta no directamente perceptible del usuario ha estado cuestionada en las últimas décadas (Staats y Fernández-Ballesteros, 1987; Fernández-Ballesteros, 1991), de claro desarrollo positivista, y en buena parte la causa reside en el elevado riesgo de subjetivismo y en su tradicional falta de sistematización.

Igual que en el apartado anterior, se impone una reflexión sobre la observabilidad del comportamiento —en este caso por ausencia—, que nos llevará a la aplicación de la estrategia propia de la observación indirecta como técnica. Ésta implica la existencia de “*conductas encubiertas*” que requerirán una inferencia, y, por tanto, una carga interpretativa que puede redundar en detrimento y menoscabo de la objetividad requerida en todo estudio científico, y, en consecuencia, en la evaluación. De ahí los recelos que inspira y su carácter un tanto ambiguo a la hora de ser tenida en cuenta. Sin embargo, en los últimos años se va avanzando en este sentido, y el estudio de los procesos cognitivos superiores ha impulsado a empujar los límites que circundan a la observación indirecta.

Ya con carácter *semi-estandarizado*, existen diferentes técnicas: Cuestionario, escala, “*checklist*”, entrevista semi-estandarizada, etc. Constituyen un método de recogida, organización y análisis de datos a partir de una pauta que le confiere su carácter semi-estandarizado, elicitando la respuesta del interno de forma oral (*entrevista*³) o escrita (“*checklist*”, *cuestionario*), o a veces oral y a

2 Tener en cuenta que es distinto del uso de la metodología observacional, aunque a nivel mecánico coincidan las operaciones a llevar a cabo. Como técnica no significa más que una estrategia de recogida de determinado tipo de datos subordinada a las directrices de una metodología selectiva o experimental. Aquí la observación tiene por misión únicamente el suministro de información de forma complementaria a las otras formas de recogida de datos, y, por tanto, incluye el estudio de conductas generadas en situación artificial.

3 Nos hemos referido a la entrevista en el apartado anterior, considerándola como técnica de observación indirecta, y ello se debe a la gama de grados de apertura de una entrevista, que oscila entre una estructura de preguntas completamente abiertas que pueden dar lugar a simples comentarios (y por tanto incluida en la observación indirecta) y una serie de ítems que requieren una estricta respuesta de carácter cerrado (estudiándose, por consiguiente, como “*survey*” o encuesta).

veces escrito (autoinforme). Pensemos, por ejemplo, en escalas de “*locus of control*” (Godoy, Rodríguez-Naranjo, Esteve y Silva, 1989), de eventos de vida (Canalda, Toro, Vallés, Martínez y Mena, 1992), o en listas de adjetivos (Avila y Giménez de la Peña, 1991).

El control que permite este tipo de instrumento es de tipo indirecto, a través de la estandarización de las condiciones del estudio evaluativo, y se sugiere su utilización para el estudio de hechos pretéritos o que suceden en situaciones de difícil accesibilidad. Se considera también adecuada su utilización en aquellos casos en que la aleatorización es impracticable o no ética, o bien, cuando la manipulación de variables en un sistema complejo puede comportar más inconvenientes de los que supone la debilidad del empleo de un diseño no experimental.

En cuanto al uso de *instrumentos estándar* existe un amplio abanico de posibilidades en función de las diferentes áreas de especialización (Bausell, 1992), y cuyo aspecto más destacable lo constituye la exigencia de cumplimiento de las garantías psicométricas (Kirkhart, Morgan y Sincavage, 1991). Su regulación no ofrece duda en cuanto a los requisitos de fiabilidad, validez, sensibilidad, pautas de interpretabilidad y normas para las distintas poblaciones (Kirkhart, Morgan y Sincavage, 1991). Una crítica habitual ha sido su rigidez, la cual parece oponerse a las características propias de las intervenciones en situaciones aplicadas; no obstante, el trabajo de Graham (1994) ofrece unas magníficas pautas para su uso en tratamientos de adicciones.

Se incluyen las pruebas psicológicas clásicas, y, a modo de ilustración, se puede mencionar cómo es útil en la evaluación de programas correccionales (Redondo, 1993) la propuesta de Eysenck sobre rasgos de personalidad facilitadores o inhibidores de delincuencia, de la cual se derivaron escalas (“*Criminality*” (c), “*Eysenck Personality Inventory*” (EPI), y “*Eysenck Personality Questionary*” (EPQ), con una forma para jóvenes (EPQJ)) que han sido ampliamente utilizadas en las prisiones.

Finalmente, son frecuentes las evaluaciones de intervenciones en que se complementa con otros tipos de *instrumentos*. Así, en la evaluación de intervenciones de conducta prosocial (González Portal, 1992).

5. NOTA FINAL

Son muchas las cuestiones pendientes, y no era de esperar que una prolongación innecesaria de este trabajo las lograra mencionar, y mucho menos profundizar. El evaluador de intervenciones en situaciones aplicadas es el que, con su praxis —adquirida a través del estudio y con su esfuerzo diario como profesional— va permitiendo una reflexión acerca las propuestas que se van desgranando, y es su mejor protagonista crítico. Gracias a ellos sí podemos evaluar y valorar positivamente sin rubor el avance de la evaluación de intervenciones en situaciones aplicadas.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBANESE, M. A. y JACOBS, R. M. (1990). Reliability and validity of a procedure to measure diagnostic reasoning and problem-solving skills taught in predoctoral orthodontic education. *Evaluation & the Health Professions*, 13 (4), 412-424.
- ANGLIN, M.D., HSER, Y. y CHOU, C. (1993). Reliability and validity of retrospective behavioral self-report by narcotics addicts. *Evaluation Review*, 17 (1), 91-108.
- ANGUERA, M. T. (1989). Innovaciones en la metodología de la evaluación de programas. *Anales de Psicología*, 5 (1-2), 13-42.
- ANGUERA, M. T. (1990). Programas de intervención. ¿Hasta qué punto es factible su evaluación? *Revista de Investigación Educativa*, 8 (16), 77-93.
- ANGUERA, M.T. (1991). La metodología observacional en evaluación de programas. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta / Mexican Journal of Behavior Analysis* (México), 17 (3), 121-145.
- ANGUERA, M. T. (1992a). Diseños diacrónicos en programas de intervención. *Bordón*, 43 (4), 421-429.
- ANGUERA, M.T. (1992b). Incidence of cost-benefit analysis and cost-effectiveness analysis in Program Administration: A case study. In J. Mayne, M.L. Bemelmans-Videc, J. Hudson y R. Conner (Ed.) *Advancing Policy and Program Evaluation: Learning from International Experiences* (pp. 181-188). Amsterdam: Elsevier.
- ANGUERA, M.T. (1994). Metodología observacional en evaluación psicológica. En R. Fernández Ballesteros (Coord.) *Evaluación conductual: Una alternativa para el cambio en Psicología Clínica y de la Salud* (pp. 197-237). Madrid: Pirámide.
- ANGUERA, M.T. y BLANCO, A. (1988-91) *Evaluación de programas en Servicios Sociales: Alternativas metodológicas*. Investigación subvencionada por la Comisión Interministerial de Ciencia y Tecnología (CICYT).
- ANGUERA, M. T. y REDONDO, S. (1991). La evaluación de la intervención penitenciaria. *Delincuencia*, 3 (3), 245-289.
- AVILA, A. y GIMÉNEZ de la PEÑA, A. (1991). Adjectives in psychological assessment tasks: Instruments and applications in the psychology of emotion and personality. *Evaluación Psicológica / Psychological Assessment*, 7 (3), 307-331.
- BAKEMAN, R. y BROWNLEE, J.R. (1980). The strategic use of parallel play: A sequential analysis. *Child Development*, 51, 873-878.

- BAKEMAN, R. y GOTTMAN, J. M. (1989). *Observación de la interacción: Introducción al análisis secuencial*. Madrid: Morata.
- BALLA, J. I. y BALLA, M. (1992). The evaluation of an internacional fellowship program in the health sciences. *Evaluation & the Health Professions*, 15 (4), 90-106.
- BARTON, T. R. y PILLAI, V. K. (1993). An evaluation of a prototype jobs program using an event history analysis of AFDC cases. *Evaluation Review*, 17 (1), 27-46.
- BASCH, C.E., SLIEPCEVINCH, E. M., GOLD, R. S., DUNCAN, D. F. y KOLBE, L. J. (1985). Avoiding Type III errors in health education program evaluations: A case study. *Health Education Quarterly*, 12, 315-331.
- BAUSELL, R.B. (1992). Sources of evaluation instruments. *Evaluation & the Health Professions*, 15 (4), 475-490.
- BERECOCHEA, J. E. y GIBBS, J. B. (1991). Inmate classification. A correctional program that works? *Evaluation Review*, 15 (3), 333-363.
- BERK, M. L., EDWARDS, W. S. y GAY, N. L. (1993). The use of a prepaid incentive to convert nonresponders on a survey of physicians. *Evaluation & the Health Professions*, 16 (2), 239-245.
- BLANCK, P. D., BELLACK, A. S., ROSNOW, R. L., ROTHERAM-BORUS, M. J. y SCHOOLER, N. R. (1992). Scientific rewards and conflicts of ethical choices in human subjects research. *American Psychologist*, 47 (7), 959-965.
- BOSTICK, R. M., PIRIE, P., LUEPKER, R. V. y KOFRON, P. M. (1992). Using physician caller follow-ups to improve the response rate to a physician telephone survey. Its impact and its implications. *Evaluation and the Health Professions*, 15 (4), 420-433.
- BOYER, J. F. y LANGBEIN, L. I. (1991). Factors influencing the use of health evaluation research in Congress. *Evaluation Review*, 15 (5), 507-532.
- BROWN, R. D. y NEWMAN, D. L. (1992). Ethical principles and evaluation standards. Do they match? *Evaluation Review*, 16 (6), 650-663.
- BUTTERFIELD, P. S. y PEARSON, J. A. (1990). Nurses in resident evaluation. A qualitative study of the participants' perspectives. *Evaluation & the Health Professions*, 13 (4), 453-473.
- CALSYN, R. J., ALLEN, G., MORSE, G. A., SMITH, R. y TEMPELHOFF, B. (1993). Can you trust self-report data provided by homeless mentally ill individuals? *Evaluation Review*, 17 (3), 353-366.
- CANALDA, G., TORO, J., VALLÈS, A., MARTÍNEZ, E. y MENA, A. (1992). A life events scale for spanish children. *European Journal of Psychological Assessment*, 8 (3), 172-188.
- CAPPELLERI, J. C., TROCHIM, W. M. K., STANLEY, T. D. y REICHARDT, C.S. (1991). Random measurement error does not bias the treatment effect estimate in the regression-discontinuity design. I. The case of no interaction. *Evaluation Review*, 15 (4), 395-419.
- CARD, J. J., GREENO, C. y PETERSON, J. L. (1992). Planning an evaluation and estimating its cost. *Evaluation and the Health Professions*, 15 (4), 75-89.
- CAREY, M. A. y SMITH, M. W. (1992). Enhancement of validity through qualitative approaches. Incorporating the patient's perspective. *Evaluation and the Health Professions*, 15 (4), 107-114.
- CEREZO, M. A. (Dir.) (1991). *Interacciones Familiares: Un sistema de evaluación observacional (SOC-III)*. Madrid: MEPSA.

- CEREZO, M. A. (1992). *Programa de asistencia psicológica a familias con problemas de relación y abuso infantil*. Valencia: Institut Valencià de Serveis Socials.
- CIESLA, J. R., SHI, L., STOSKOPF, C. H. y SAMUELS, M. E. (1993). Reliability of Katz's activities of daily living scale when used in telephone interviews. *Evaluation and the Health Professions*, 16 (2), 190-204.
- CLEAVE-HOGG, D. y BYRNE, P. N. (1988) Evaluation of an innovation in a traditional medical school: A metaevaluation. *Evaluation and the Health Professions*, 11 (2), 249-271.
- COHEN, E. H., MOWBRAY, C. T., BYBEE, D., YEICH, S., RIBISL, K, y FREDDOLINO, P. P. (1993). Tracking and follow-up methods for research on homelessness. *Evaluation Review*, 17 (3), 331-352.
- CONNELL, D. B. y TURNER, R. R. (1985) The impact of instructional experience and the effects of cumulative instruction. *Journal of School Health*, 55, 324-331.
- CONNELL, D. B., TURNER, R. R. y MASON, E. F. (1985) Summary of findings of the school health education evaluation: Health promotion effectiveness, implementation, and costs. *Journal of School Health*, 55, 316-321.
- COOK, T. D. (1988). Theories of program evaluation: A short history. *Evaluación Psicológica / Psychological Assessment*, 4 (1), 3-29.
- DENT, C. W., SUSSMAN, S. y FLAY, B. R. (1993). The use of archival data to select and assign schools in a drug prevention trial. *Evaluation Review*, 17 (2), 159-181.
- DEHAR, M.-A., CASSWELL, S. y DUIGNAN, P. (1993). Formative and process evaluation of health promotion and disease prevention programs. *Evaluation Review*, 17 (2), 204-220.
- DEMERS, A. y RENAUD, L. (1992). Formative evaluation of a nutritional marketing project in city-center restaurants. *Evaluation Review*, 16 (6), 634-649.
- DESAL, A. y YOU, M. (1992). Policy implications from an evaluation of seat belt use regulation. *Evaluation Review*, 16 (3), 247-265.
- DESDENTADO, A., GUERRERO, J. L., MANOVEL, M. J., MORAGAS, R., NAVARRO, J. y DEL VALLE, A. (1979). *Descentralización de los Servicios Sociales*. Madrid: Marsiega.
- DESHARNAIS, S., HOGAN, A. J., MCMAHON, L. F. y FLEMING, S. (1991). Changes in rates of unscheduled hospital readmissions and changes in efficiency following the introduction of the medicare prospective payment system. An analysis using risk-adjusted data. *Evaluation and the Health Professions*, 14 (2), 228-252.
- DYNARSKI, M., (1993). The effects of displacement on measures of reemployment bonus impacts. *Evaluation Review*, 17 (1), 47-59.
- ESPINOSA, M., RUBIO, V., y MÁRQUEZ, M.O. (1987). Inventario de recursos ambientales en e entorno de una institución de deficientes mentales. En R. Fernández Ballesteros (Coord.) *El ambiente. Análisis psicológico* (pp. 249-268). Madrid: Pirámide
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1981). Contenidos y modelos en evaluación conductual. En R. Fernández-Ballesteros y J. A. I. Carrobes (Dir.), *Evaluación conductual. Metodología y aplicaciones* (pp. 90-126). Madrid: Pirámide.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1985). Evaluación psicológica y evaluación valorativa. *Evaluación Psicológica*, 1 (1-2), 7-31.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1991). Anatomía de los autoinformes. *Evaluación Psicológica / Psychological Assessment*, 7 (3), 263-290).
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1992). A model for planning evaluation research. En J. Mayne, M.L. Bemelmans-Videc, J. Hudson y R Conner (Eds.), *Advancing public policy evaluation. Learning from international experiences* (pp. 205-213). Amsterdam: North-Holland.

- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1993). Behavioral assessment: Dying, vanishing or still running? *European Journal of Psychological Assessment*, 9 (3), 159-174.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1994). El proceso en evaluación conductual. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud* (pp. 110-158). Madrid: Pirámide.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1994). Modelos en evaluación conductual. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud* (pp. 60-84). Madrid: Pirámide.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R., HERNÁNDEZ, J. M., MONTORIO, I., LLORENTE, G., IZAL, M. y GUERRERO, M. A. (1990). *Un instrumento para la evaluación de la evaluabilidad de programas y servicios sociales: el LCREP*. Valencia: Colegio Oficial de Psicólogos.
- FERREZUELO, P. y ANDRÉS, V. (1983). *Guía de recursos asistenciales en Psicología Clínica en la provincia de Madrid*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos, Delegación de Madrid.
- FINNEGAN, J. R., MURRAY, D. M., KURTH, C. y MCCARTHY, P. (1988) Measuring and tracking education program implementation: The Minnesota Heart Health Program. *Health Education Quarterly*, 16 (1), 77-90.
- FITZGERALD, C. T. y CUTLER, W. (1983). *Resource inventory and directory of services for Jackson County, Illinois*. Carbondale: Southern Illinois University, Applied Research Consultants.
- FREEDMAN, D. A., KLEIN, S. P., SACKS, J., SMYTH, C. A. y EVERETT, C. G. (1991). Ecological regression and voting rights. *Evaluation Review*, 15 (6), 673-711.
- FREEMAN, H. E. (1977) The present status of evaluation research. *Evaluation Studies Review Annual*, 2, 17-51.
- FULLAN, M. y POMFRET, A. (1977) Research on curriculum and instruction implementation. *Review of Educational Research*, 47, 335-397.
- GARCÍA-HERRERO, G. (1988). *Los centros de servicios sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- GARRISON, H. H., HERMAN, S. S. y LIPTON, J. A. (1992). Collaborative relationships in dental materials research. *Evaluation Review*, 16 (2), 184-197.
- GODOY, A., RODRÍGUEZ-NARANJO, C., ESTEVE, R. y SILVA, F. (1989). Escalas de lugar de control en situaciones académicas (ELC-A) y en situaciones interpersonales (ELC-I) para niños y adolescentes. *Evaluación Psicológica / Psychological Assessment*, 5 (3), 273-322.
- GONZÁLEZ PORTAL, M. D. (1992). *Conducta prosocial: Evaluación e intervención*. Madrid: Morata.
- GOTTMAN, J. M. (1979). *Marital interaction: Experimental investigations*. N. York: Academic Press.
- GRAHAM, K. (1994). Guidelines for using standardized outcomes measures following addictions treatment. *Evaluation and the Health Professions*, 17 (1), 43-59.
- GRAY, T., LARSEN, C. R., HAYNES, P. y OLSON, K. W. (1991). Using cost-benefit analysis to evaluate correctional sentences. *Evaluation Review*, 15 (4), 471-481.
- GREENE, J. C., DOUGHTY, J., MARQUART, J. M., RAY, R. L. y ROBERTS, L. (1988). Qualitative evaluation audits in practice. *Evaluation Review*, 12 (4), 352-375.
- GREGORY, M. M., LOHR, M. J. y GILCHRIST, L. D. (1992). Methods for tracking pregnant and parenting adolescents. *Evaluation Review*, 16 (1), 69-81.

- HAGGART, S. A. (1983). Determining the resource requirements and cost of evaluation. In M.C. Alkin y L.C. Solmon (Eds.) *The costs of evaluation* (pp. 59-70). Beverly Hills: Sage.
- HARASYM, P. H., PRICE, P. G., BRANT, R., VIOLATO, C. y LORSCHIEDER, F. L. (1992). Evaluation of negation in stems of multiple-choice items. *Evaluation and the Health Professions*, 15 (2), 198-220.
- HENRY, G. T. (1993). Using graphical displays for evaluation data. *Evaluation Review*, 17 (1), 60-78.
- HENRY, G. T., MCTAGGART, M. J. y MCMILLAN, J. H. (1992). Establishing benchmarks for outcome indicators: A statistical approach to developing performance standards. *Evaluation Reviews*, 16 (2), 131-150.
- HERNÁNDEZ, J. M. y RUBIO, V. J. (1992). El análisis de la evaluabilidad: Paso previo en la evaluación de programas. *Bordón*, 43 (4), 397-405.
- HERNÁNDEZ, J. M. (1990). *Evaluación de programas de acción social: Una propuesta metodológica sobre programas para la Tercera Edad*. Tesis Doctoral no publicada. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- HIDALGO-HARDEMAN, O. M. (1993). Evaluating social service delivery configurations. *Evaluation Review*, 17 (6), 603-620.
- HIRST, E. (1992). The role of evaluation when electric utilities get financial incentives for their DSM programs. *Evaluation Review*, 17 (1), 93-107.
- HYMAN, R. B. (1993). Evaluation of an intervention for staff in a long-term care facility using a retrospective pretest design. *Evaluation and the Health Professions*, 16 (2), 212-224.
- JATULIS, L. L. y NEWMAN, D. L. (1991). The role of contextual variables in evaluation decision making. Perceptions of potential loss, time, and self-efficacy on nurse managers' need for information. *Evaluation Review*, 15 (3), 364-377.
- JOINT COMMITTEE ON STANDARDS FOR EDUCATIONAL EVALUATION (1981). *Standards for evaluation of educational programs, projects and materials*. Nueva York: McGraw-Hill.
- KANE, M. T. (1992). The assessment of professional competence. *Evaluation & the Health Professions*, 15 (2), 163-182.
- KIRKHART, K. E., MORGAN, R. O. y SINCAVAGE, J. (1991). Assessing evaluation performance and use. Test-retest reliability of standardized instruments. *Evaluation Review*, 15 (4), 482-502.
- KITCHENER, K.S. (1984). Intuition, critical thinking, and ethical principles: The foundation of ethical decisions in counseling psychology. *The Counseling Psychologist*, 12, 43-55.
- KREMER, B. K. (1991). Physician recertification and outcomes assessment. *Evaluation & the Health Professions*, 14 (2), 187-200.
- KREMER, B. K. y MANKIN, H. J. (1990). A follow-up-study of "dangerous answers" in four medical specialties. *Evaluation & the Health Professions*, 13 (4), 489-503.
- LANZA, M. L. y CARIFIO, J. (1992). Use of a panel of experts to establish validity for patient assault vignettes. *Evaluation Review*, 17 (1), 82-92.
- LARSON, J. S. (1991). Two scales for measuring international health status. *Evaluations and the Health Professions*, 14 (4), 422-437.
- LEITHWOOD, J. y MONTGOMERY, D. J. (1980) Evaluating program implementation. *Evaluation Review*, 4 (2), 193-214.
- LEVINSON, W., GORDON, G. y SKEFF, K. (1990). Retrospective versus actual pre-course self-assessments. *Evaluation and the Health Professions*, 13 (4), 445-452.

- LEWIS, D. R., JOHNSON, D. R., CHEN, T. y ERICKSON, R. N. (1992). The use and reporting of benefit-cost analyses by state vocational rehabilitation agencies. *Evaluation Review*, 16 (3), 266-287.
- LIPSEY, M. W., CROSSE, S., DUNKLE, J., POLLARD, J. y STOBART, G. (1985) Evaluation: The state of the art and the sorry state of the science. In D.S. Cordray (Ed.) *Utilizing prior research in evaluation planning* (pp. 7-27). San Francisco: Jossey-Bass.
- LUDLOW, L. H., HALEY, S. M. y GANS, B. M. (1992). A hierarchical model of functional performance in rehabilitation medicine. *Evaluation & the Health Professions*, 15 (4), 59-74.
- LUNZ, M. E. y STAHL, J. A. (1990). Judge consistency and severity across grading periods. *Evaluation & the Health Professions*, 13 (4), 425-444.
- LUTSKY, L. A., RISUCCI, D. A. y TORTOLANI, A. J. (1993). Reliability and accuracy of surgical resident peer ratings. *Evaluation Review*, 17 (4), 444-456.
- MACKINNON, D. P. y DWYER, J. H. (1993). Estimating mediated effects in prevention studies. *Evaluation Review*, 17 (2), 144-158.
- MADAUS, G. F., SCRIVEN, M. y STUFFLEBEAM, D. (Eds.) (1983). *Evaluation models: Viewpoints on Educational and Human Services Evaluation*. The Hague: Kluwer-Nijhoff.
- MAGUIRE, T., SKAKUN, E. y HARLEY, C. (1992). Setting standards for multiple-choice items in clinical reasoning. *Evaluation & the Health Professions*, 15 (4), 434-452.
- MALAN, R. M. (1988) Local government evaluation in a legislative environment. In C. G. Wye y H.P. Hatry (Eds.) *Timely, low-cost evaluation in the public sector* (pp. 21-35). San Francisco: Jossey-Bass.
- MARKSON, L. E., NASH, D. B., LOUIS, D. Z. y GONNELLA, J. S. (1991). Clinical outcomes management and disease staging. *Evaluation & the Health Professions*, 14 (2), 201-227.
- MARTIN, E. (1992). Assessment of S-night street enumeration in the 1990 census. *Evaluation Review*, 16 (4), 418-438.
- MATT, G. E. y COOK, T. D. (1993). The wat on fraud and error in the food stamp program. An evaluation of its effects in the Carter and Reagan Administrations. *Evaluation Review*, 17 (1), 4-26.
- MAUSER, G. A. y HOLMES, R. A. (1992). An evaluation of the 1977 canadian firearms legislation. *Evaluation Review*, 16 (6), 603-617.
- MAXFIELD, M. G. y BAUMER, T. L. (1992). Pretrial home detention with electronic monitoring. A nonexperimental salvage evaluation. *Evaluation Review*, 16 (3), 315-332.
- MAYNE, J. (1992). Institutionalization of program evaluation: A comparative perspective. In J. Mayne, M.L. Bemelmans-Videc, J. Hudson y R Conner (Eds.), *Advancing public policy evaluation. Learning from international experiences* (pp. 3-5). Amsterdam: North-Holland.
- MCCAULEY, C. y BREMER, B. A. (1991). Subjective quality of life measures for evaluating medical intervention. *Evaluation and the Health Professions*, 14 (4), 371-387.
- MOBERG, D. P., PIPER, D. L., WU, J. y SERLIN, R. C. (1993). When total randomization is impossible. Nested randomized assignment. *Evaluation Review*, 17 (3), 271-291.
- MOHR, L. B. (1992). *Impact analysis for program evaluation*. Newbury Park: Sage.
- NEWMAN, D. L. y BROWN, R. D. (1992). Violations of evaluation standards. Frequency and seriousness of occurrence. *Evaluation Review*, 16 (3), 219-234.

- NOBLE, J. H., CRYNS, A. G. y LAURY, B. S. (1992). Faculty productivity and costs. A multivariate analysis. *Evaluation Review*, 16 (3), 288-314.
- O'HARE, W. (1991). The use of demographic data in voting rights litigation. *Evaluation Review*, 15 (6), 729-745.
- PANCER, S. M. y WESTHUES, A. (1989). A developmental stage approach to program planning and evaluation. *Evaluation Review*, 13 (1), 56-77.
- PARSONS, J. A., JOHNSON, T. P., WARNECKE, R. B. y KALUZYNY, A. (1993). The effect of interviewer characteristics on gatekeeper resistance in surveys of elite populations. *Evaluation Review*, 17 (2), 131-143.
- PENTZ, M. A., TREBOW, E. A., HANSEN, W. B., MacKINNON, D. P., DWYER, J. H., JOHNSON, C. A., FLAY, B. R., DANIELS, S. y CORMACK, C. (1990) Effects of program implementation on adolescent drug use behavior. The Midwestern Prevention Project (MPP). *Evaluation Review*, 14 (3), 264-289.
- PETERS, A. S. y SCHIMPFHAUSER, F. T. (1990). Changes in self evaluations during third-year clinical rotations. *Evaluation and the Health Professions*, 13 (4), 474-488.
- PETERS, M. y MARSHALL, J. (1993). Educational policy analysis and the politics of interpretation. The search for a well-defined problem. *Evaluation Review*, 17 (3), 310-33.
- PETERSEN, V. J., BOSANAC, E. M., BARANOWSKI, T. y FORREN, G. L. (1981). *A resource inventory approach to needs assessment: Examples from a statewide hypertension control program*. Morgantown, W.V.: Department of Community Medicine, Office of Health Service Research.
- POSAVAC, E. J. y CAREY, R. G. (1985). *Program evaluation. Methods and case studies*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- POWERS, K. I. y ANGLIN, M. D. (1993). Cumulative versus stabilizing effects of methadone maintenance. A quasi-experimental study using longitudinal self report data. *Evaluation Review*, 17 (3), 243-270.
- PRESS, S. J. y TANUR, J. M. (1991). The confluence of sociology, statistics, and public policy in the quality control of the Food Stamps, AFDC, and Medicaid Assistance Programs. *Evaluation Review*, 15 (3), 315-332.
- RACE, K. E. H. y PLANEK, T. W. (1992). Modified scree test. Further considerations on its application to Delphi study data. *Evaluation Review*, 16 (2), 171-183.
- RASKIN, I. E. y MAKLAN, C. W. (1991). Medical treatment effectiveness research. A view from inside the agency for health care policy and research. *Evaluation and the Health Professions*, 14 (2), 163-186.
- REDONDO, S. (1993). *Evaluar e intervenir en las prisiones. Análisis de conducta aplicado*. Barcelona: P.P.U.
- REICHARDT, C. S. y COOK, T. D. (1979) Beyond qualitative versus quantitative methods. En T. D. Cook y C.S. Reichardt (Eds.) *Qualitative and quantitative methods in evaluation research* (pp. 7-33). Beverly Hills: Sage (Traducido en Madrid: Morata, 1986).
- ROSSI, P. H. y FREEMAN, H. E. (1986) *Evaluation. A systematic approach*. Beverly Hills: Sage.
- RUTMAN, L. (1980) *Planning useful evaluations. Evaluability assessment*. Beverly Hills: Sage.
- SÁNCHEZ, P. y ANGUERA, M. T. (1993). Aproximación al PERT en evaluación de programas desde las técnicas matemáticas de análisis de grafos. *Anales de Psicología*, 9 (2), 213-226.
- SATURNO, P. J. y MARSET, P. (1980, diciembre). Necesidad y demanda de hospitalización: Influencia de la localización de recursos y el tamaño poblacional en la utilización de los

- servicios hospitalarios. Estudio de la distribución espacial de la frecuentación hospitalaria en 32 municipios de Murcia. *Acta de les Primeres Jornades sobre Economia de la Salut: La utilització de l'anàlisi econòmic en els serveis sanitaris* (pp. 91-107). Barcelona: Colegio de Economistas de Cataluña.
- SCHUH, R. G. y LEVITON, L. C. (1991). Evaluating referral and agency coordination with a computerized client-tracking system. *Evaluation Review*, 15 (5), 533-554.
- SHEA, J. A., NORCINI, J. J., BARANOWSKI, R. A., LANGDON, L. O. y POPP, R. L. (1992). A comparison of video and print formats in the assessment of skill in interpreting cardiovascular motion studies. *Evaluation and the Health Professions*, 15 (3), 325-340.
- RUTMAN, L. (1980). Planning useful evaluations. *Evaluability assessment*. Beverly Hills: Sage.
- SACKETT, G. P. RUPPENTHAL, G. S. y GLUCK, J. (1978). Introduction: An overview of methodological and statistical problems in observational research. En G.P. Sackett (Ed.), *Observing behavior: Data collection and analysis methods* (pp. 1-14). Baltimore: University of Park Press.
- SIDDHARTHAN, K. (1991). Evaluation of behavioral demand models of consumer choice in health care. *Evaluation Review*, 15 (4), 455-470.
- SILVA, F. (1988). La evaluación psicológica como proceso. *Evaluación Psicológica / Psychological Assessment*, 4 (1), 31-50.
- SILVERMAN, M., RICCI, E. M. y GUNTER, M. J. (1990) Strategies for increasing the rigor of qualitative methods in evaluation of health care programs. *Evaluation Review*, 14 (1), 57-74.
- SINACORE, J. M., CHANG, R. W. y FALCONER, J. (1992). Seeing the forest despite the trees. The benefit of exploratory data analysis to program evaluation research. *Evaluation & the Health Professions*, 15 (2), 131-146.
- SKEFF, K. M., STRATOS, G. A. y BERGEN, M. R. (1992). Evaluation of a medical faculty development ratings. *Evaluation and the Health Professions*, 15 (3), 350-366.
- SLATER, C. H. (1991). Introduction. *Evaluation and the Health Professions*, 14 (2), 131-137.
- SMITH, H. L., McNAMEE, A. H. y PILAND, N. F. (1993). Assessing hospital administrators' responses to prospective payment. *Evaluation and the Health Professions*, 16 (2), 144-176.
- SMITH, M. F. (1989). *Evaluability Assessmentn. A practical approach*. Boston: Kluwer.
- SPOTH, R. y MOLGAARD, V. (1993). Consumer-focused data collection in prevention program evaluation. *Evaluation and the Health Professions*, 16 (3), 278-294.
- STAATS, A. W. y FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1987). The self-report in personality measurement: A paradigmatic behaviorism approach to psychodiagnostics. *Evaluación Psicológica / Psychological Assessment*, 3 (2), 151-190.
- STOSKOPF, C. H., GLIK, D. C., BAKER, S. L., CIESLA, J. R. y COVER, C. M. (1992). The reliability and construct validity of a behaviorally anchored rating scale used to measure nursing assistant performance. *Evaluation Review*, 16 (3), 333-345.
- STUFFLEBEAM, D. L. y SHIRKFIELD, A. J. (1987). *Evaluación sistemática: Guía teórica y práctica*. Barcelona: Paidós.
- TABAK, E. R., MULLEN, P. D., SIMONS-MORTON, D. G., GREEN, L. W., MAINS, D. A., EILAT-GREENBERG, S., FRANKOWSKI, R. F. y GLENDAY, M. C. (1991). Definition and yield of inclusion criteria for a meta-analysis of patient education studies in clinical preventive services. *Evaluation and the Health Professions*, 14 (4), 388-411.

- TEBES, J. K., SNOW, D. L. y ARTHUR, M. W. (1992). Panel attrition and external validity in the short-term follow-up study of adolescent substance use. *Evaluation Review*, 16 (2), 151-170.
- TRICKER, R. y DAVIS, L. G. (1988) Implementing drug education in schools: An analysis of the costs and teacher perceptions. *Journal of School Health*, 58, 181-185.
- TROCHIM, W. M., CAPPELLIERI, J. C. y REICHARDT, C. S. (1991). Random measurement error does not bias the treatment effect estimate in the regression-discontinuity design. II. When an interaction effect is present. *Evaluation Review*, 15 (5), 571-604.
- TUCKER, S. A. y DEMPSEY, J. V. (1991). Photo-interviewing. A tool for evaluating technological innovations. *Evaluation Review*, 15 (5), 639-654.
- TUDIVER, F., HILDITCH, J., PERMAUL, J. A. y McKENDREE, D.J. (1992). Does mutual help facilitate newly bereaved widowers? Report of a randomized controlled trial. *Evaluation and the Health Professions*, 15 (2), 147-162.
- TUDIVER, F., MYERS, T., KURTZ, R. G., ORR, K., ROWE, C., JACKSON, E. y BULLOCK, S. L. (1992). The talking sex project. Results of a randomized controlled trial of small-group AIDS education for 612 gay and bisexual men. *Evaluation and the Health Professions*, 15 (4), 26-42.
- UNRAU, Y. A. (1993). Expanding the role of program evaluation in social welfare policy analysis. *Evaluation Review*, 17 (6), 653-662.
- VALENTINE, J. A. (1992). Evaluating policy change in physician manpower planning. *Evaluation and the Health Professions*, 15 (2), 183-197.
- VEDUNG, E. (1993). Modelos de evaluación. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 2, 39-68.
- VEDUNG, E. (1993). Utilización de la evaluación. *Revista de Servicios Sociales y Política Social*, 2, 69-80.
- VOOIJIS, M. W. y VAN der KAMP, L. J. T. (1991). Linear versus non-linear analysis in the measurement of effects in a quasi-experimental design. *Evaluation Review*, 15 (5), 625-638.
- VENEY, J. E. y KALUZNY, A. D. (1984). *Evaluation and decision making for health services program*. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- WENNBURG, J. E. (1984). *Dealing with medical practice variations: A proposal for action*. *Health Affairs*, 3 (6), 6-32.
- WENTLING, T. L. y ROEGGE, C. A. (1991). Computer-assisted, outcomes-based evaluation for school programs. *Evaluation Review*, 15 (3), 378-392.
- WESTMEYER, H. (1992). Behavioral assessment. A critical appraisal. *European Journal of Psychological Assessment*, 8 (3), 200-206.
- WHOLEY, J. S. (1989) Evaluability assessment: Developing program theory. In L. Bickman (Ed.) *Using program theory in evaluation* (pp. 77-92). San Francisco: Jossey-Bass.
- WIENER, R. L., PRITCHARD, C., FRAUENHOFFER, S. M. y EDMONS, M. (1983). Evaluation of a drug-free schools and community program. *Evaluation Review*, 17 (5), 488-503.
- WILLIAMSON, J. W., MOORE, D. E. y SANAZARO, P.J. (1991). Moving from "small qa" to "LARGE QA". An outcomes framework for improving quality management. *Evaluation and the Health Professions*, 14 (2), 138-160.
- WRIGHT, D. J. G. (1989) A framework for dialogue on development policies and programs. *Evaluation Review*, 13 (4), 420-429.

- WRIGHT, J. D. y DEVINE, J. A. (1992). Counting the homeless. The census bureau's "S-night" in five U.S. Cities. *Evaluation Review*, 16 (4), 355-364.
- XU, G., BRIGHAM, T. P., VELOSKI, J. J. y RODGERS, J. F. (1993). Perceptions of practice problems encountered by family physicians, pediatricians, and orthopedic surgeons. *Evaluation & the Health Professions*, 16 (1), 119-129.
- YEATON, W. H. y WORTMAN, P. M. (1993). On the reliability of meta-analytic reviews. The role of intercoder agreement. *Evaluation Review*, 17 (3), 292-309.
- ZIPPAY, A. (1991). Job-training and relocation experiences among displaced industrial workers. *Evaluation Review*, 15 (5), 555-570.







Evaluación de la depresión y procesos cognitivos en la vejez

M^a DEL CARMEN SEXTO; CLOTILDE SINEIRO; y DOMINGO E. GÓMEZ
Universidad de Santiago de Compostela. España

1. INTRODUCCION

Desde 1979, y a través de diferentes etapas correspondientes a 1985, 1990, 1992 la *Organización Mundial de la Salud* (OMS), ha puesto en marcha programas de Salud Mental específicos para los sujetos en edad avanzada. En España, la aprobación del *Plan Gerontológico* (31/1991 de diciembre), ha contribuido a destacar la relevancia social atribuida al referido colectivo.. En esta investigación se asume por envejecimiento, la definición proporcionada por el Comité de Expertos de la OMS, de acuerdo con el informe Técnico número 548, según el cual se considera *“un proceso fisiológico, que comienza con la concepción; ocasionando cambios característicos para las especies, durante todo el ciclo vital. En los últimos años de vida estos cambios, producen limitación de adaptabilidad del organismo en relación al medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un sujeto, o en distintos sujetos no son iguales”* (OMS; número 548; . 52.). De acuerdo con estos planteamientos, no sólo hay que tener en cuenta la edad, como factor importante en el envejecimiento; sino otras variables biológicas, psicológicas, socioambientales y sociolaborables. Las Naciones Unidas, han contribuido con su impulso, a fundamentar el Plan de *“Acción Internacional sobre el Envejecimiento”* (ONU, 1982), así como a la *“Declaración de Principios a favor de las Personas de Edad”* (ONU, 1982). En este documento, se reconoce la enorme diversidad de las situaciones de las personas de edad, no sólo entre los distintos países, sino también dentro de cada país, y entre las personas mismas, requiriendo respuestas políticas de diversa índole. La insistencia de las Naciones Unidas, se fundamenta también en que en todos los países, es cada vez mayor

el número de personas que alcanzan la edad avanzada, y en mejor estado de salud, de lo que venía sucediendo hasta los últimos años.

En consonancia con estos planteamientos, habría de señalarse que España, es el país de Europa más regresivo demográficamente, y dentro de España, algunas áreas de Galicia se encuentran a la cabeza, en cuanto a regresión demográfica, por ello podría considerarse como una de las Comunidades Autónomas, precedida de Aragón, con la población más envejecida de España. Dentro de Galicia, es la provincia de Orense en la que se registra mayor número de personas mayores; con porcentajes próximos al 20% de envejecimiento de la población. La evolución en el incremento de la esperanza de vida, fundamentalmente, a lo largo de las últimas cinco décadas, plantea la necesidad de incrementar las investigaciones sobre la compleja problemática que afecta a los sujetos de las referidas edades; teniendo en cuenta, de acuerdo con los "*Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad*", que la ciencia ha puesto de manifiesto la falsedad de determinados estereotipos, sobre la inevitable, e irreversible decadencia asociada a la edad avanzada (Del Campo, 1991).

De la evolución de la tasa de dependencia de la población activa desde 1985, hasta la proyección de la misma, para el año 2010, se pone de relieve que frente a un 50% de población activa; y un 35% de jóvenes (*en edad prelaboral*); se estima en un 15% de población envejecida. Mientras que la expectativa ante el año 2010, es que la distribución disponible presente porcentajes equiparables entre jóvenes y ancianos, se tiende a incrementar el porcentaje de esta población en el futuro inmediato. Es precisamente en este contexto, donde se plantea, no solamente la situación de jubilación a la edad de 65 años, sino incluso la jubilación anticipada, constituyendo ya un hecho relativamente difundido; y por lo que parece generalizarse cada vez más, el así denominado "*Síndrome de la Jubilación*". La jubilación anticipada, se plantea en los países de la Unión Europea, como alternativa al problema del paro, y como consecuencia de la presión ejercida por la población juvenil, en demanda de su primer empleo. No obstante, la aparente solución a un problema, va a generar otro nuevo de gran incidencia social: el de las personas que, en plena forma física, se ven abocadas a abandonar su puesto de trabajo. Las estadísticas disponibles, permiten señalar que aproximadamente el 45% de estas personas, a los pocos meses de jubilarse, requieren tratamiento aquejados de dolencias extrañas, y de difícil localización. Otro grave problema de esta población son los desequilibrios psíquicos, motivados por la inactividad, y muy particularmente la depresión (Richard y col. 1983; Bromley, 1990). Se ha llegado a estimar que el 80% de ancianos que viven en instituciones manifiestan síntomas depresivos

(Hyer y Blazer, 1982). Moon y cols. (1987) consideran que la depresión es el problema psicológico más importante entre las personas mayores. La prevalencia de la depresión, en la población mayor de 65 años se estima según Krief (1982) en un 7,3%. De todas formas, resulta difícil evaluar la depresión en sujetos de edad involutiva, puesto que puede manifestarse por trastornos físicos, lo que se conocía por depresión enmascarada (Nachon, 1981). En la actualidad, debido al incremento de conocimientos, se otorga a los síntomas somáticos un carácter tan depresivo como a los psíquicos, y se prefiere hablar de depresión somatomorfa o somatotropa, pudiendo ser mono o polivalente, según se refleje a través de uno, o varios síntomas corporales (Alonso-Fernández, 1994).

2. PLANTEAMIENTO EMPIRICO

2.1. Objetivos

Con el fin de desarrollar en toda su extensión, el contenido de la referida investigación, se han diseñado dos estudios secuenciales, a fin de conseguir más fácilmente los objetivos específicos formulados. En el primer estudio, se ha abordado el *“análisis de la depresión: exploración de su naturaleza y determinantes”*. Para la consecución del referido objetivo de carácter general, se han formulado los siguientes objetivos específicos: 1) *Fundamentar el criterio de distribución de los grupos depresivos y no depresivos*; 2) *Precisar en qué medida determinadas variables sociodemográficas, contribuyen a modular los niveles de depresión*.

Una vez esclarecida la naturaleza de la Depresión, se ha planteado un segundo estudio, con el objetivo general de analizar *“las posibles incidencias de los mecanismos depresivos en los procesos cognitivos”*. A fin de lograr la consecución del referido objetivo general, se han formulado, a su vez, los siguientes objetivos específicos: 1) Determinar la contribución de los mecanismos depresivos en la modulación de los niveles cognitivos; 2) Determinar la contribución de los mecanismos depresivos en la modulación de los procesos automáticos; 3) Determinar la contribución de los mecanismos depresivos en la modulación de los niveles de realización de tareas duales; y, 4) Precisar en qué medida las variables seleccionadas resultan útiles para diferenciar o discriminar entre distintos grupos de sujetos.

2.2. Método

2.2.1. Muestra

Conforman la muestra un total de 420 sujetos, de acuerdo con las características que se especifican en la tabla 1.

Tabla 1. Procedencia y configuración de la muestra

	Hombres		Mujeres		Totales
	+de 65 años	-de 65 años	+de 65 años	-de 65 años	
Resid. de Ancianos	60		70		130
Hogares de 3ª edad	5		15		20
C. de Salud Mental	5		2		7
Otros Centros	2	120	2	139	263
Totales	72	120	89	139	420

Se han realizado tres grupos de sujetos (*no depresivos*, *depresivos leves*, y *depresivos severos*), de acuerdo con las puntuaciones obtenidas en la *Escala de Depresión IPAT*; y la *Escala "D"* del MMPI. En el grupo de *depresivos severos*, se han incluido aquellos sujetos cuyas puntuaciones se situaban sobre el percentil .75; en el grupo de *depresivos leves* se han incluido los sujetos cuyas puntuaciones se situaban entre el centil .50 y .74; y finalmente, en el grupo de *no depresivos* se han incluido aquellos sujetos cuyas puntuaciones se situaban por debajo del centil .25.

2.2.2. Variables

Teniendo en cuenta los objetivos previamente establecidos, así como la formulación de las correspondientes hipótesis, en la presente investigación se han seleccionado las siguientes variables: 1) Sociodemográficas (*sexo*, *edad*, *estado civil* y *nivel cultural*); 2) *Cognitivas*: psicolingüísticas: a) Conocimientos generales, asimilación de experiencias; memoria remota; b) Juicio práctico, comprensión y adaptación a situaciones sociales, comportamiento social aceptable y eficaz; c) Concentración, razonamiento y cálculo numéricos, manejo automático de símbolos; d) Comprensión, relaciones conceptuales, pensamiento abstracto y asociativo; e) Atención concentrada, memoria auditiva inmediata; y, f) Riqueza y tipo de lenguaje, comprensión y fluidez verbales; 3) *Procesos cognitivos automáticos* (automatismo); 4) *Realización de una tarea dual*: interferencia no específica (enmascaramiento).

2.2.3. Hipótesis

De acuerdo con los objetos previamente formulados, y las variables objeto de análisis, se han formulados las siguientes hipótesis.

H₁: Se atribuye a las variables, *sexo, edad, estado civil y nivel cultural*, la función moduladora de los niveles de depresión.

H₂: Se postula una gradación de exigencia (*puntuaciones obtenidas*) en los procesos cognitivos verbales, de acuerdo con la gradación depresiva de los sujetos afectados (*no depresivos, depresivos leves, y depresivos severos*).

H₃: Se postula una gradación de exigencia (*puntuaciones obtenidas*) en los procesos automáticos, de acuerdo con la gradación depresiva de los sujetos afectados (*no depresivos, depresivos leves, y depresivos severos*).

H₄: Se postula una gradación de exigencia (*puntuaciones obtenidas*) en los resultados obtenidos en la realización de *tareas duales*: interferencia no específica (*atención-enmascaramiento*), de acuerdo con la gradación depresiva de los sujetos afectados (*no depresivos, depresivos leves, y depresivos severos*).

H₅: Se postula que las variables de carácter cognitivo (*verbal, procesos automáticos, realización en tareas duales: enmascaramiento*), sean útiles para diferenciar y/o, para discriminar entre grupos de sujetos (*no depresivos, depresivos leves, y depresivos severos*).

2.2.4. Instrumentos de evaluación

La medida directa de la depresión en la edad involutiva plantea una serie de problemas, dada la escasez de instrumentos específicamente diseñados o adaptados en castellano para la referida edad (Sexto, 1994). Como ya se ha indicado, una operacionalización con garantías de validez, exige disponer de instrumentos estandarizados. No obstante, ante las dificultades de las medidas directas, los investigadores han optado por procedimientos de medidas indirectas (*inventarios y escalas de autoevaluación*). En la presente investigación, para la evaluación de la “depresión en la edad involutiva”, se ha recurrido a la versión bilingüe (*gallego-castellana*) de la “Escala de Depresión IPAT”; a la versión bilingüe (*gallego-castellana*) de la “Escala “D” del MMPI”, Escala de Inteligencia para adultos (WAIS), y una adaptación especial de Dornic del “Test Stroop de Colores” (TSCD).

-Versión bilingüe (*gallego-castellana*) de la Escala de Depresión IPAT.

Diseñada por Krug y cols (1976), a partir de los planteamientos teóricos de Cattell (1970), y teniendo como finalidad suplir las deficiencias del

Cuestionario de Personalidad 16 F, en la discriminación de patologías como la depresión. Consta de 40 elementos tricotómicos. La versión bilingüe (*gallego-castellana*) ha sido reaizada por Sexto; Sineiro; y Gómez (1996)

- *Versión bilingüe (gallego-castellana) de la Escala "D" del Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI).*

La escala "D", una de las escalas clínicas del MMPI (Hathaway y cols., 1975), se caracteriza generalmente como la escala del "*estado de ánimo*", puesto que es posible por su mediación, evaluar estados emocionales momentáneos y transitorios; así como el "*grado de depresión*"; cuadro psicológico que expresa, baja moral, sentimiento de desesperanza y tristeza. La escala, integrada por 60 elementos, varía de acuerdo con la forma en que fluctúan esos estados de ánimo. La versión bilingüe (*gallego-castellana*) ha sido realizada por Sexto; Sineiro; y Gómez (1996).

- *Escala de Inteligencia para Adultos (WAIS).*

La escala de inteligencia para adultos WAIS fué diseñada por Wechsler (1955). En 1966 apareció una versión abreviada diseñada por Britton y Savage (1966); en la que se incluían los subtests de Vocabulario y Comprensión dentro de la escala verbal; y cubos y rompecabezas, dentro de la escala manipulativa. En 1981 apareció el WAIS-R cuya versión española, no se disponía en el momento de iniciar la presente investigación. La utilización de este instrumento con sujetos mayores de 65 años planteó la dificultad de no disponer de baremos españoles para esta población.

- *Adaptación especial de Dornic del Test Stroop de Colores (STCD-Dornic).*

Para la evaluación del enmascaramiento, de los procesos automáticos y adaptación a la depresión, se ha recurrido a la versión de Dornic (1987) a partir del Test de Colores Stroop (1935), en cuya versión original se partió de seis colores (*amarillo, rojo, verde, azul claro y azul oscuro*). Se recurrió a 100 estímulos cromáticos de configuración exagonal (*10 filas x 10 columnas*). Entre las instrucciones, se advirtió a los sujetos que podían emitir respuesta verbal a los colores presentados en el idioma de su preferencia (*castellano vs. gallego*). A diferencia de otros tests, el STCD en su adaptación efectuada por Dornic, se encuentra escasamente afectado por las posibles influencias culturales del sujeto. El rendimiento real depende fundamentalmente de factores como: la oportunidad, cociente intelectual, capacidades en general del sujeto. Es un test de adaptación, atención y memoria, que afecta a la forma en que se percibe la información que llega a través de los sentidos. Siendo la visión la que domina

la información que proviene de los demás sentidos. Una primera parte de esta prueba, consiste en la discriminación de cinco diferentes colores que se van repitiendo hasta cien veces, el sujeto debe nombrarlos durante el tiempo prefijado de dos minutos; se cuentan los errores, y el número de colores que es capaz de discriminar en la referida unidad de tiempo.

En la segunda parte de la prueba, se presenta también una cartulina con cinco colores diferentes, que se alternan secuencialmente hasta setenta veces. Además de discriminar los colores tienen que recordar dos dígitos, que irán repitiendo, a medida que aparezcan separaciones entre los colores. También se da un tiempo de dos minutos, se cuentan los errores en los dígitos y en los colores, y el total de colores acertados en esa unidad de tiempo (Papalia y Wendkos, 1988). Por otra parte, conviene destacar que se trata de una de las primeras técnicas desarrolladas para verificar las posibles interferencias entre habilidades semánticas y características perceptivas (Dyer, 1971, 1972, 1973).

El aislamiento y control de las variables extrañas, constituye un problema básico, representando un reto que todo planteamiento científico ha de dar solución. Las diferentes variables que van a tener su influencia en la depresión, provienen tanto del contexto social, familiar; como de todas las circunstancias que rodean al sujeto en edad involutiva.

3. ESTUDIO I. LA DEPRESIÓN: EXPLORACIÓN DE SU NATURALEZA Y DETERMINANTES

Mediante este primer estudio de carácter preliminar, se ha pretendido fundamentalmente la consecución de dos objetivos: 1) Fundamentar el criterio de distribución de los grupos *no depresivos*, *depresivos leves* y *depresivos severos*; 2) Determinar, en qué medida las variables sociodemográficas: *sexo*, *edad*, *estado civil*, y *nivel cultural*, contribuyen a modular los niveles de depresión.

3.1. Estadísticos de Distribución y Analisis de Varianza en función de los niveles depresivos

Mediante el presente análisis se ha pretendido como punto de partida, fundamentar el criterio (*externo*) de distribución de los grupos presuntamente depresivos, y presuntamente no depresivos. Esta clasificación responde a la información obtenida a través de los registros existentes en los centros de procedencia de los sujetos.

Tabla 2. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza, en función de la depresión evaluada mediante la Escala de Depresión IPAT, teniendo en cuenta el estado de ánimo

Variables		Presuntamente No depresivos			Presuntamente Depresivos		F	P
		Media	SD		Media	SD		
Depresión IPAT	N=369	33.95	10.33	N=51	42.52	9.84	31.14	.0000

Tabla 3. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza en función de la depresión evaluada mediante la Escala "D" del MMPI, teniendo en cuenta el estado de ánimo

Variables		Presuntamente No depresivos			Presuntamente Depresivos		F	P
		Media	SD		Media	SD		
Escala "D" MMPI	N=204	29.67	6.10	N=51	38.19	5.53	82.47	.0000

Las diferencias estadísticamente significativas entre los respectivos grupos, permiten fundamentar empíricamente su diferenciación, pudiendo ser considerados como "no depresivos" en un caso, y como "depresivos", en el otro caso.

3.2. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza en función del sexo

Mediante los análisis efectuados, se ha pretendido determinar si el sexo como variable sujeto, contribuye a modular los niveles de depresión. A continuación se ilustran las tablas que presentan las puntuaciones medias y desviaciones típicas, "F" y "p", referidas a las distintas variables objeto de análisis, en los diferentes grupos. Se contrastan las puntuaciones obtenidas en la variable sexo; advirtiéndose diferencias significativas ($p < .006$) en depresión, evaluada mediante la Escala de Depresión IPAT, y diferencias significativas ($p < .016$), en depresión evaluada mediante la Escala "D" del MMPI.

Tabla 4. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza en función de la depresión evaluada mediante la Escala de Depresión IPAT, en los respectivos sexos

Variable		Hombres			Mujeres		F	P
		Media	SD		Media	SD		
Depresión IPAT	N=192	33.47	9.84	N=228	36.28	11.13	7.38	.006
	N= 96	32.82	9.60	N=145	36.92	10.71	9.18	.002
	N=37	36.08	10.60	N= 49	40.04	11.07	2.79	.098

Dichas diferencias ponen de relieve una más acentuada vulnerabilidad del sexo femenino, en relación con el sexo opuesto, por cuanto a su predisposición relativamente permanente a emitir respuestas ante situaciones y acontecimientos vitales desagradables. Las referidas diferencias, afectan, tanto a la depresión evaluada mediante la Escala de Depresión IPAT, como evaluada mediante la Escala “D” del MMPI.

Tabla 5. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza en función de la depresión evaluada mediante la Escala “D” del MMPI, en los respectivos sexos

		Hombres		Mujeres				
Variable		Media	SD		Media	SD	F	P
Escala “D” (MMPI)	N=105	30.14	6.62	N=150	32.24	6.96	5.83	.016
	N= 96	30.28	6.69	N=145	32.32	6.98	5.07	.251
	N=37	34.24	6.99	N= 49	36.22	6.68	1.77	.085

Los referidos hallazgos parecen contribuir a avanzar la idea de que la depresión es una variable que cualifica de un modo diferencial, la personalidad de las mujeres, frente a la de los hombres. Esta constatación pone de relieve la necesidad de tener en cuenta el sexo, al analizar este tipo de variables; así como para el diseño de programas de intervención. Los resultados pues, contribuyen a resaltar que el sexo, es una variable que presenta una diversidad de manifestaciones e interacciones, en virtud de las cuales varían las puntuaciones obtenidas en depresión.

3.3. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza en función de la edad

Se ha pretendido determinar en qué medida la variable “edad”, (*adoptando como referencia los 65 años*) contribuye a modular los niveles de depresión. En la tabla 6 se constatan los resultados obtenidos en sujetos mayores, y menores de sesenta y cinco años.

Tabla 6. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza en función de la depresión evaluada mediante la Escala de Depresión IPAT, teniendo en cuenta la edad

		> de 65 años		< de 65 años			
Variables		Media	SD	Media	SD	F	P
Depresión IPAT	N=156	37.64	11.31	N=264	33.43	9.92	15.90
							.000

Tabla 7. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza en función de la depresión evaluada mediante la Escala “D” del MMPI, teniendo en cuenta la edad

Variables	> de 65 años		< de 65 años		F	P
	Media	SD	Media	SD		
Escala “D” MMPI N=110	34.98	6.97	N=145	28.64	5.42	66.64 .000

Los resultados obtenidos, permiten destacar que las variables incluidas en el análisis, tienden a establecer diferencias significativas entre los dos grupos de edad. Desde una perspectiva más precisa, habría de destacarse que los resultados obtenidos, permiten resaltar como tendencia, que a medida que avanza la *edad*, se incrementan las puntuaciones en depresión. En cualquier caso, nuestros resultados confirman el interés de tener en cuenta la edad en relación a la depresión, y lo que es más importante la necesidad de tener en cuenta la dimensión evolutiva, al investigar con variables sociodemográficas.

3.4. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza en función del estado civil

El objetivo es precisar en qué medida la variable *estado civil*, podría contribuir a modular los niveles de depresión. En la tabla 8, se muestran los resultados obtenidos mediante Análisis de Varianza en depresión, a partir de las respuestas emitidas a la Escala de Depresión IPAT en función del *estado civil*. A través de los resultados obtenidos, se pone de relieve que los sujetos separados y los viudos, (*aunque más moderadamente*), son los que tienden a superar en niveles de depresión al resto de los sujetos (*casados y solteros*).

Tabla 8. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza en función de la depresión evaluada mediante la Escala de Depresión IPAT, teniendo en cuenta el estado civil

Variable	Casados (101)		Solteros (243)		Viudos (61)		Separados (15)		F	P
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS		
Depr. IPAT	32.97	10.55	35.11	10.13	37.27	11.76	46.40	12.40	4.29	.005

Dichos resultados tienden a repetirse a partir de las respuestas emitidas a la Escala “D” del MMPI; por lo que se confirma la preponderancia del *estado civil* en la determinación de los niveles diferenciales de depresión.

Tabla 9. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza en función de la depresión evaluada mediante la Escala "D" del MMPI, teniendo en cuenta el estado civil

Variable	Casados (101)		Solteros (243)		Viudos (61)		Separados (15)		F	P
	Media	DS	Media	DS	Media	DS	Media	DS		
"D" MMPI	31.62	7.32	30.32	6.38	33.91	6.92	36.66	9.41	4.65	.003

3.5. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza en función del nivel cultural

En las tablas 10 y 11 se presentan los resultados obtenidos en función de los distintos niveles culturales. A través de un detallado contraste de las puntuaciones obtenidas se pone de relieve, que la depresión guarda una relación inversamente proporcional con el nivel cultural de los sujetos, de forma que los caracterizados por menor nivel cultural (*estudios primarios*), se muestran más deprimidos que los sujetos de superiores niveles culturales (*estudios medios y estudios superiores*). Si bien las diferencias estadísticamente significativas se sitúan entre los niveles inferiores (*acreedores de estudios primarios*), y niveles superiores (*acreedores de estudios superiores*); en lo referente a la *Escala de Depresión IPAT*. Dichas diferencias, también se advierten en la *Escala "D" del MMPI* si bien, se aprecia mayor finura en la discriminación, advirtiéndose diferencias estadísticamente significativas entre los niveles inferiores (*acreedores de estudios primarios*), y niveles medios y superiores (*acreedores de estudios medios y superiores*).

Tabla 10. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza en función de la depresión evaluada mediante la Escala de Depresión IPAT, teniendo en cuenta el nivel cultural

Variables	Primarios (126)		Medios (30)		Superiores (85)		F	P
	Media	SD	Media	SD	Media	SD		
Depr. IPAT	37.75	10.76	34.56	10.08	31.89	9.17	8.55	.000

Tabla 11. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza en función de la depresión evaluada mediante la Escala "D" del MMPI, teniendo en cuenta el nivel cultural

Variables	Primarios (126)		Medios (30)		Superiores (85)		F	P
	Media	SD	Media	SD	Media	SD		
"D" MMPI	34.08	6.94	29.80	5.96	28.28	5.60	22.21	.000

3.6. Integración de hallazgos

Los resultados obtenidos en los análisis previos, contribuyen a fundamentar empíricamente la diferenciación establecida entre los grupos de sujetos “no depresivos”, “*depresivos leves*” y “*depresivos severos*”. Se pone de relieve el papel de los códigos biológicos y sociales, en la regulación del funcionamiento cognitivo y socioemocional; puesto que variables como *sexo*, *edad*, *estado civil*, *nivel cultural*, establecen dicotomías (*presencia-ausencia de trastornos*). Si bien cada una de las referidas variables contribuye a modular los niveles de depresión, plantean sus propias peculiaridades.

Al contrastar las puntuaciones obtenidas en los respectivos grupos, atendiendo a la variable *sexo*, se advierte que las mujeres presentan las más elevadas puntuaciones en la depresión, evaluada mediante el doble procedimiento llevado a cabo con la *Escala de Depresión IPAT*, y la *Escala “D” del MMPI*. Los referidos hallazgos obtenidos permiten contribuir a avanzar la idea de que la depresión es una variable que cualifica de un modo diferencial, la personalidad en consonancia con la dualidad de los sexos.

Se destaca la preponderancia de la edad, en cuanto variable moduladora de los niveles de depresión. Los resultados obtenidos en los análisis previos, permiten destacar una notoria predisposición a la depresión en la edad involutiva, que supera significativamente los niveles que caracteriza a otras etapas del ciclo vital. Otro apunte de interés, en consonancia con los hallazgos obtenidos, se centra en el destacado influjo ejercido sobre la depresión, en concomitancia con el contexto cultural (*nivel educativo*). Al contrastar las respuestas emitidas por los diferentes grupos, cuyos niveles educativos adquiridos fueron estudios primarios, medios y superiores, se advierte una relación inversamente proporcional con los niveles de depresión que afecta a los referidos sujetos, de forma que los caracterizados por menor nivel cultural, se presentan como los más deprimidos, mientras que los de mayor nivel cultural se presentan como los menos deprimidos. Se confirma la preponderancia del estado civil en la determinación de los niveles de depresión; advirtiéndose que son los sujetos separados y viudos, en los que tienden a predominar las destacadas puntuaciones en depresión. Si bien sería de interés en futuras investigaciones, averiguar si las diferencias manifiestas en estado civil en función del sexo, en otras etapas del ciclo vital, se mantienen en la fase que nos ocupa.

4. ESTUDIO II. DEPRESIÓN Y PROCESOS COGNITIVOS EN LA VEJEZ

Como previamente se ha señalado, los investigadores en Psicología Cognitiva, interesados en la psicopatología, han propuesto una diversidad de posibles mecanismos de la depresión, mediante los que se pretende cubrir una cierta diversidad de análisis. Mediante el presente estudio, se pretende analizar hasta qué punto los sujetos no depresivos, depresivos leves y depresivos severos difieren en los procesos cognitivos (concentración; memoria auditiva inmediata; fluidez verbal; memoria remota; comprensión; pensamiento abstracto; procesos automáticos; realización de tarea dual: enmascaramiento).

4.1. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza en función de diferentes niveles depresivos

Se ha partido de 160.860 respuestas emitidas por 420 sujetos a la Escala de Depresión IPAT, a la Escala "D" del MMPI, Escala de Inteligencia WAIS, y Adaptación de Dornic del Stroop de Colores STCD; cuyos índices de correlación pueden apreciarse en la tabla 12.

Tabla 12. Matriz de intercorrelaciones entre depresión y resultados obtenidos en procesos cognitivos no verbales (WAIS), procesos automáticos, y realización de tareas duales (atención -enmascaramiento)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1 Esc. Depres.IPAT	1.00														
2.Escala" D"MMPI	.66	1.00													
3 Memoria remota	-.17	-.20	1.00												
4 Comprensión	-.11	-.0	.61	1.00											
5 Pensa. Abstracto	.04	-.00	.52	.63	1.00										
6 Concentración	-.16	-.20	.56	.83	.38	1.00									
7 Mem-audit inm..	-.32	-.21	.47	.44	.23	.45	1.00								
8 Fluidez verbal	-.26	-.30	.70	.58	.58	.53	.46	1.00							
9 Proces. automa A.	-.16	-.21	.32	.25	.30	.17	.36	.49	1.00						
10 Proces. autom. E	.08	.22	-.22	-.20	-.21	.04	-.19	-.34	-.56	1.00					
11Rtd. Ate.enm .A	-.29	-.35	.31	.15	.29	.12	.37	.52	.84	-.58	1.00				
12 Rtd Ate.enm .E	.00	-.04	.35	.79	-.08	.78	-.23	.27	-.09	.46	-.22	1.00			
13 Pt(3 a 8) WAIS	-.26	-.24	.85	.83	.74	.76	.60	.88	.40	-.27	.41	.50	1.00		
14 Pt.Proc. Aut A-E	-.16	-.21	.35	.43	.46	.24	.33	.49	.99	-.64	.81	-.29	.48	1.00	
15 Rtd.Pt.At E.A-E.	-.22	-.36	.13	-.15	.26	-.14	.32	.32	.76	-.61	.95	-.49	.15	.80	1.00

• =P<.05; •• P=<.01; ••• P=<.001

Los resultados obtenidos, permiten resaltar en primer lugar, la destacada correlación con signo positivo, entre las Escalas de Depresión IPAT y la Escala “D” del MMPI (.66). En segundo lugar, se advierte como constante, la tendencia de las correlaciones con signo negativo, aunque moderadamente bajas entre la depresión evaluada mediante la Escala de Depresión IPAT, y la Escala “D” del MMPI, y determinados procesos cognitivos que conforman la Escala Verbal del WAIS; resultando particularmente significativas las correlaciones negativas obtenidas en memoria auditiva inmediata, realización de tareas duales (*atención-enmascaramiento*), fluidez léxica, PT de las dimensiones de la 3 a la 8, que corresponde a la Escala verbal WAIS y procesos automáticos .

4.1.1. Incidencia de los “mecanismos depresivos” en los procesos cognitivo

Con el fin de determinar en qué medida la *depresión*, podría contribuir aisladamente, a modular las puntuaciones en procesos cognitivos (*dimensiones configuradas por la Escala verbal WAIS*), se han determinado los Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza.

4.1.1.1. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza en función de la variable depresión relacionada con procesos cognitivos (*dimensiones configuradas de la Escala verbal WAIS*)

Mediante el Análisis de Varianza, se ha pretendido determinar en qué medida los mecanismos depresivos, contribuyen aisladamente a establecer diferencias significativas en procesos cognitivos (verbales WAIS), para los que se requieren *conocimientos generales, comprensión y adaptación a situaciones sociales, razonamiento y cálculo numérico, atención concentrada y fluidez verbal*. Se ha tenido en cuenta que el criterio para discernir los grupos de sujetos en función de los niveles depresivos, habría de fundamentarse en criterios de rigor, ya que de lo contrario, podría incurrirse en conclusiones infundadas. En consonancia con esto, y a fin de obtener la máxima garantía en los resultados, en la presente investigación se ha optado por considerar sujetos *depresivos severos* aquellos cuyas puntuaciones se situaban sobre el centil .75; se han considerado *depresivos leves*, aquellos cuyas puntuaciones se situaban entre .50 y .75; mientras que se han considerado sujetos *no depresivos*, a aquellos cuyas puntuaciones se sitúan por debajo del centil .25; cuyo perfil psicolingüístico se contrasta en la tabla 13.

Tabla 13. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza en función de la depresión y resultados obtenidos en procesos cognitivos (verbales)

Variable WAIS	No Depresivos			Depres. Leves			Depres. Severos			F	P
	Media	DS		Media	DS		Media	D			
Memoria Remota	N=28	6.00	3.79	N=28	7.82	5.22	N=27	5.22	4.02	2.54	.084
Comp. Adap. Situ.Sociales	N=28	7.39	2.93	N=28	9.60	10.92	N=24	6.66	4.48	1.22	.298
Pens.Abstrac. y Asociativo	N=23	4.26	1.93	N=23	5.21	3.65	N=22	4.90	2.90	.642	.529
Concentración	N=26	5.00	1.85	N=25	6.40	5.31	N=28	4.03	1.83	3.29	.042
Memoria Auditi.Inmediata	N=28	7.85	1.58	N=27	7.66	1.81	N=29	6.65	1.26	4.87	.010
Fluidez Verbal	N=28	10.64	5.43	N=28	12.00	7.58	N=29	8.00	6.46	2.75	.069
P.T. Escala Verbal	N=28	40.03	15.08	N=28	46.82	26.89	N=30	31.56	18.17	3.99	.022

Los resultados obtenidos, parecen contribuir a destacar que los mecanismos depresivos, contribuyen y muestran un poder diferenciador importante entre los procesos cognitivos (*verbales*). Concretamente, cuando se compara a los sujetos pertenecientes a los diferentes grupos (*no depresivos, depresivos leves y depresivos severos*), son los sujetos depresivos severos los que obtienen inferiores productos cognitivos, en el conjunto de dimensiones (*variables*) configuradoras de la Escala verbal del WAIS; resultando relativamente escasa, la perturbación ocasionada por la depresión leve.

De los referidos hallazgos se desprende que los altos niveles en depresión, (*depresión severa*) perturba el resultado final (*puntuaciones obtenidas*) de las operaciones que el sistema cognitivo realiza sobre “información general”, afectando a la *comprensión y adaptación a situaciones sociales, razonamiento y cálculo numérico, atención concentrada, fluidez verbal*. Por otra parte, se pone de relieve la particular afectación de los mecanismos depresivos, en relación con la memoria auditiva inmediata. Hallazgo, que aunque esperado, contribuye a profundizar en uno de los aspectos más controvertidos en la literatura especializada: la *relación existente entre depresión y procesos mnésicos*.

4.1.2. Incidencia de los “mecanismos depresivos” en los procesos automáticos

Se trata de analizar los posibles efectos de la depresión (*en sus diferentes gradaciones: ausencia depresiva, depresión leve, y depresión severa*), sobre una diversidad de procesos de codificación; teniendo en cuenta, que en un extremo de la gradación habrían de situarse los procesos automáticos; y en el otro los procesos que exigen esfuerzo.

4.1.2.1. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza en función de la gradación depresiva y procesos automáticos

Se ha partido de 160.860 respuestas emitidas por 420 sujetos a la Escala de Depresión IPAT, Escala “D” del MMPI, y procesos automáticos que requieren esfuerzo del STCD.

Tabla 14. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza en función de la gradación depresión a los procesos automáticos

Variable STCD	No Depresivos			Depres. Leves			Depres. Severos			F	P
	Media	DS		Media	DS		Media	D			
Procesos automáticos A	N=26	76.57	26.41	N=28	70.75	21.81	N=27	69.96	25.14	.576	.564
Procesos automáticos E	N=26	4.53	3.77	N=28	6.00	3.46	N=27	5.11	2.20	.795	.457
P. T Process automátic.A-E	N=26	59.84	31.95	N=28	52.81	22.30	N=27	55.76	23.96	.264	.769

A= aciertos; E=errores; A-E= aciertos-errores

Los resultados que se ilustran en la tabla 14, ponen de relieve una relación inversa entre el incremento en gradación depresiva, y el descenso en los productos positivos (*aciertos*) referidos a los procesos automáticos. Efecto que se invierte, al tratarse de productos negativos (*errores*), referidos también a los procesos automáticos. En definitiva, si bien hay diferencias no son en ninguno de los casos, de carácter estadísticamente significativas; queda patente que los mecanismos depresivos (*en su gradación de mayor a menor*), tienden a disminuir el éxito en los procesos automáticos.

4.1.3. Incidencia “de los mecanismos depresivos” en la “realización de una tarea dual: interferencia no específica” (RTD-INE)

Se parte del planteamiento de que dos informaciones de entrada, que comparten el mismo sistema de capacidad limitada, pueden llegar a interferir entre sí. Con el fin de determinar los posibles efectos de los “*mecanismos depresivos*” en la RTD-INE, se ha partido de 44.330 respuestas emitidas por 341 sujetos a la Escala “D” del MMPI, y a la parte B del STCD.

4.1.3.1. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza en función de la gradación depresiva y a realización de tareas duales (atención-enmascaramiento)

En la tabla 15 se presentan los Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza, de las puntuaciones obtenidas en la realización de tareas duales, por los diferentes grupos.

Tabla 15. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza en función de la gradación depresiva y realización de tareas duales (atención-enmascaramiento)

Variable STCD	No Depresivos			Depres. Leves			Depres. Severos			F	P
	Media	DS		Media	DS		Media	D			
R. T. Dual (Enmascara. A)	N=26	54.19	19.52	N=28	44.50	19.15	N=27	43.03	19.31	2.60	.080
R. T. Dual (Enmascara. E)	N=26	4.37	2.60	N=28	7.17	9.84	N=27	4.90	2.23	1.11	.336
P.T. R. TDual (Enm. A-E)	N=26	44.62	23.60	N=28	33.13	22.79	N=27	36.23	18.37	1.37	.260

Pese a no apreciarse diferencias estadísticamente significativas, entre los grupos contrastados (*no depresivos, depresivos leves y depresivos severos*), se advierte en primer lugar, que el éxito y fracaso obtenidos en la realización de la tarea dual, se encuentra determinado por los mecanismos propios de la gradación depresiva. Se establece por una parte, la relación inversa de menos depresión, y más éxito en la realización de la tarea dual; mientras que por otra parte, se observa que tienden a incrementarse los fracasos al unísono con la gradación depresiva.

4.1.4. Integración de hallazgos. (Análisis de Varianzas)

A través de un minucioso análisis de hallazgos, cabría resaltar la destacada correlación con signo positivo, entre las Escalas de Depresión IPAT y la escala "D" del MMPI; poniéndose de relieve la relación existente entre los contenidos de los elementos de las respectivas escalas, ya que ambas contribuyen a evaluar depresión. Dicha complementariedad interescalas se confirma, si se tiene en cuenta la tendencia de las correlaciones obtenidas (*con signo negativo, aunque moderadamente bajas*), entre la depresión evaluada mediante la Escala de Depresión IPAT, y la Escala "D" del MMPI, y procesos cognitivos (verbales). Es de advertir, que resultan particularmente significativas las correlaciones negativas obtenidas en "*memoria remota, memoria auditiva inmediata y fluidez verbal*"; no apreciándose correlaciones destacables en procesos automáticos.

En el contraste de las puntuaciones obtenidas por los diferentes grupos de sujetos (*no depresivos, depresivos leves y depresivos severos*), se advierte el destacado papel ejercido por los mecanismos depresivos, por cuanto que son los sujetos menos depresivos los que obtienen las más elevadas puntuaciones en el conjunto de las variables analizadas. En definitiva, se advierte que la alta gradación depresiva perturba los procesos cognitivos (*conocimientos generales: memoria remota, comprensión y adaptación a situaciones sociales, razonamiento y cálculo numérico, atención concentrada: memoria auditiva inmediata*

y *fluidex verbal*). Similares efectos de la depresión se advierten, al coordinar los resultados obtenidos entre la depresión y procesos automáticos, apreciándose similares diferencias, al tratarse de los procesos que requieren un particular esfuerzo: realización de tareas duales (*atención-enmascaramiento*); procesos atencionales. Se aprecian moderadas diferencias entre el grupo de sujetos no depresivos, frente a los depresivos leves; incrementadas con los depresivos severos, sin que las referidas diferencias resulten estadísticamente significativas. Hallazgo, que aunque esperado, contribuye a profundizar en uno de los aspectos que son centro de interés en la última década: la relación entre depresión y procesos cognitivos (Beck, 1987; MacLeod, 1987)..

4.2. Análisis Discriminante

Mediante el Análisis Discriminante, se ha pretendido clarificar en qué medida las variables *memoria remota*, *comprensión*, *pensamiento abstracto*, *concentración*, *memoria auditiva inmediata*, *fluidex verbal*, *procesos automáticos* (A), *procesos automáticos* (E), *realización de tarea dual* (atención-enmascaramiento A), *realización de tarea dual* (atención-enmascaramiento E), PT. escala verbal (WAIS), PT. procesos automáticos (A-E) y *realización de tarea dual* PT(Atención A-E); consideradas en su conjunto, resultan útiles para diferenciar y/o discriminar entre grupos de sujetos depresivos y no depresivos..

La modalidad discriminante, por la que se ha optado en esta investigación, ha sido por la “*stepwise*”; mediante la que se seleccionan a través de “pasos sucesivos”, las variables que mejor diferencian entre los diversos grupos, en función de la “depresión”. En el Análisis Discriminante se han seleccionado las variables que entran en cada paso, determinándose los valores “ λ ” de Wilks observados, valor propio, correlación canónica, y resultados de clasificación asociados a la función discriminante.

4.2.1. Análisis Discriminante para los grupos (1) no depresivos, (2) depresivos leves, y (3) depresivos severos. Escala de Depresión IPAT

Los resultados del Análisis Discriminante realizados entre los grupos (*depresivos y no depresivos*), se presentan en la tabla 16. Las variables que contribuyen a configurar la función discriminante se encuentran jerarquizadas del siguientes modo: 1) *realización de tarea dual* (atención-enmascaramiento; 2) *memoria remota*; 3) *procesos automáticos*; 4) *pensamiento abstracto*; 5) PT. *escala verbal* (WAIS); 6) *fluidex verbal*.

Es importante destacar la preponderancia de la variable correspondiente a la realización de tarea dual (*atención-enmascaramiento*), presentando el mayor poder discriminativo entre los tres grupos. Si bien dicha variable considerada "*aisladamente*" en los Análisis de Varianza, no establecía diferencias entre los sujetos en función de su pertenencia a uno u otro grupo; al considerarla dentro del conjunto, con el resto de las variables, se revela no solamente importante, sino fundamental (*primer paso*), para discriminar entre los tres grupos. En consonancia con el referido resultado, en el segundo y tercer paso aparecen memoria remota, y P.T. Procesos automáticos, respectivamente memoria remota. El poder discriminativo de *memoria remota* tampoco se encuentra precedido por los resultados obtenidos en el Análisis de Varianza, ya que al ser considerada aisladamente, no se pusieron de relieve diferencias estadísticamente significativas, entre los tres grupos contrastados. En cuanto a las restantes variables, solamente PT. E. verbal (WAIS), presenta diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de sujetos no depresivos y depresivos leves.

En cuanto a los distintos parámetros estadísticos, el análisis muestra los siguientes valores: " λ " de Wilks = .401; valor propio (*eigenvalue*)=.64; y correlación canónica=.62. El porcentaje promedio de sujetos clasificados correctamente, a partir de la consideración conjunta de las puntuaciones obtenidas en las cinco variables seleccionadas por este análisis, fue de 68,57%.

Tabla 16. Análisis Discriminante para los grupos (1), no depresivos(2), depresivos leves (3) depresivos severos. Variables que entran en cada paso y valor " λ "

Peso de cada variable independiente para definir la pertenencia a cada grupo.

Pasos	Variables	Valor " λ "	N. S
1	PT.RT Dual (Ate.Enm A-E)	.898	.1997
2	Memoria Remota	.738	.0624
3	P.T.Procesos Automáticos	.647	.0494
4	Pensa. Abstracto y Asociati.	.553	.0318
5	P. T. E. Verbal. WAIS	.436	.0103
6	Fluidez Verbal	.401	.0150

Variables que entran en cada caso y valor Lambda observados.

Valor Propio (Eigenvalue)	Correlación Canónica
.6403	.6248

*Número y porcentaje de sujetos clasificados en cada grupo.
(Los porcentajes de sujetos correctamente clasificados aparecen subrayados)*

Grupos	Grupo 1			Grupo 2		Grupo 3	
	N. T.	N. P.	%	N. P.	%	N. P.	%
No Depresivos	9	7	<u>77.8</u>	0	.0	2	<u>22.2</u>
Depresivos Leves	14	3	<u>21.4</u>	9	<u>64.3</u>	2	<u>14.3</u>
Depresiv. Severos	12	1	8.3	3	25.0	8	<u>66.7</u>

Porcentaje total de casos clasificados correctamente	68. 57%

4.2.2. Análisis Discriminante para los grupos (1) no depresivos y (2) depresivos leves

En la tabla 17, se muestran los resultados del Análisis Discriminante realizado entre el grupo (1) no depresivos y (2) depresivos leves. Se advierte que el número de variables que conforman la función discriminante queda reducido a cinco realización de tarea dual (PT. atención- enmascaramiento), (PT) procesos automáticos) memoria remota, PT verbal WAIS, y procesos automáticos (E).

*Tabla 17. Análisis Discriminante para los grupos (1) no depresivos (2) depresivos leves
Variables que entran en cada paso y valor "λ"*

<i>Peso de cada variable independiente para definir la pertenencia al grupo</i>			
Pasos	Variables	Valor "λ"	N. S
1	PT.RT.Dual (Ate.EnmA-E)	.863	.0912
2	P.T(Proces AutomáticoA-E)	.715	.0413
3	Memoria Remota	.595	.0226
4	P.T. Escala Verbal. WAIS	.502	.0150
5	Procesos Automáticos (E)	.464	.0206

Variables que entran en cada caso y valor Lambda observados.

Valor Propio (Eigenvalue)	Correlación Canónica
1.154	.7319

*Número y porcentaje de sujetos clasificados en cada grupo.
(Los porcentajes de sujetos correctamente clasificados aparecen subrayados).*

Grupos	Grupo 1			Grupo 2	
	N. T.	N. P.	%	N. P.	%
No depresivos	12	9	75.0	3	25.0
Depresivos leves	16	2	12.5	14	87.5

Porcentaje total de casos clasificados correctamente	87. 14%

Desde una perspectiva más específica, cabría destacar que es la *realización de tareas duales* (atención-enmascaramiento), la variable con el más destacado poder discriminante entre los respectivos grupos (*no depresivos y depresivos leves*), diferencias que ya se pusieron de relieve, aunque relativamente moderadas, a través de los Análisis de Varianza (*a favor de los no depresivos*). En cuanto a las restantes variables, aunque no presentaban diferencias, al ser consideradas aisladamente a través de los Análisis de Varianza, si lo hacen al ser considerados sus efectos, con los efectos ejercidos por las restantes variables.

En un afán de comparar estos resultados con los de los análisis previos, es necesario acentuar el hecho de que la función discriminante es la más parsimoniosa en cuanto a la selección de variables (tres variables), resultando ser la menos efectiva: " λ " de Wilks =.464; valor propio (*eigenvalue*)=1.15, y correlación canónica =.731. El porcentaje de sujetos correctamente clasificados alcanza el 82,14% para cada uno de los grupos.

4.2.3. Análisis Discriminante para los grupos (1) no depresivos y (3) depresivos severos

Tabla 18. Análisis Discriminante para los grupos (1) no depresivos y (3) depresivos severos.
Variables que entran en cada paso y valor " λ "

Peso de cada variable independiente para definir la pertenencia al grupo					
Pasos	Variables	Valor "λ"	N. S		
1	Fluidez verbal	.853	.0960		
2	Pensam. Abstracto y Asoc.	.419	.0006		
3	R. T. Dual (Atenc. Enmas.E)	.381	.0012		
4	Compren. y Adap. Situa. Soc	.306	.0009		
Valor Propio (Eigenvalue)		Correlación Canónica			
2.261		.8326			
Número y porcentaje de sujetos clasificados en cada grupo. (Los porcentajes de sujetos correctamente clasificados aparecen subrayados).					
Grupos	Grupo 1			Grupo 3	
	N. T.	N. P.	%	N. P.	%
No depresivos	13	12	<u>92.3</u>	1	7.7
Depresiv. Severos	14	1	7.1	13	<u>92.9</u>
Porcentaje total de casos clasificados correctamente				92. 59%	

Los resultados obtenidos a partir del Análisis Discriminante por pasos, considerando los grupos (1) no depresivo y (3) depresivos severos, se muestran en la tabla 18. De acuerdo con los resultados ilustrados en dicha tabla, se observa que son cuatro variables las que muestran el suficiente poder discriminante, para ser seleccionadas mediante el referido análisis: *fluidez verbal*, *concentración*, *errores en la realización de una tarea dual* (atención-enmascaramiento), *adaptación a situaciones sociales*.

Este nuevo análisis, parece consolidar la importancia, de la *fluidez verbal*, en los procesos cognitivos de los sujetos depresivos. En los resultados se advierte de nuevo, el destacado poder discriminante de la variable *fluidez verbal*, que aparece seleccionada (en el *primer paso*), marcando las diferencias entre los respectivos grupos de sujetos, si bien, dichas diferencias no se apreciaban al considerarse aisladamente en el Análisis de Varianza; contribuyendo a establecer diferencias destacables (a favor de los no depresivos), no obstante, dichas diferencias no son estadísticamente significativas, al establecerse la relación entre *no depresivos* y *depresivos severos*. Por otra parte, es de destacar la preponderancia de las variables correspondientes a la *concentración*, *errores en la realización de una tarea dual* (atención-enmascaramiento), *adaptación a situaciones sociales*, que aparecen seleccionadas en segundo, tercero y cuarto lugar respectivamente en el Análisis Discriminante; si bien no presentan diferencias estadísticamente significativas, al ser consideradas aisladamente en el Análisis de Varianza.

En cuanto a los distintos parámetros estadísticos, el análisis muestra los siguientes valores: " λ " de Wilks = .306; valor propio (*eigenvalue*) = 2,26 y correlación canónica = .83. Al comparar estos valores con los obtenidos en los análisis anteriores, la función discriminante aparece como más efectiva. Por último, indicar que, en consonancia con estos datos, el porcentaje promedio de sujetos clasificados correctamente, a partir de la consideración conjunta de las puntuaciones obtenidas en las cinco variables seleccionadas por este análisis, resulta notoriamente elevado (92.59%); correspondiendo el 92,3% para los sujetos del grupo *no depresivos*, y el 92,9.% para los del grupo *depresivos severos*.

4.2.4. Análisis Discriminante para los grupos (2) depresivos leves, y (3) depresivos severos

Tabla 19. Análisis Discriminante para los grupos (2) depresivos leves y (3) depresivos severos. Variables que entran en cada paso y valor " λ "

Peso de cada variable independiente para definir la pertenencia al grupo.					
Pasos	Variables	Valor "λ"	N. S		
1	Memoria Remota	.908	.1510		
2	PT. RT Dual (Atenció A-E)	.812	.1122		
3	Procesos Automáticos	.751	.1186		
4	Concentración	.662	.0843		
5	Fluidez Verbal	.623	.1022		
6	Memoria Auditiva inmediata	.633	.0588		
Valor Propio (Eigenvalue)		Correlación Canónica			
.5780		.6052			
Número y porcentaje de sujetos clasificados en cada grupo.					
(Los porcentajes de sujetos correctamente clasificados aparecen subrayados).					
Grupos	N. T.	Grupo 1		Grupo 3	
		N. P.	%	N. P.	%
Depresiv. Leves	19	12	63.2	7	36.8
Depresiv. Severos	15	5	33.3	10	66.7
Porcentaje total de casos clasificados correctamente					64. 71%

En la tabla 19, se presentan las variables seleccionadas en el Análisis Discriminante entre los grupos (1) depresivos leves, y (3) depresivos severos. Atendiendo a los resultados obtenidos, habría que destacar que se advierte un incremento del número de variables seleccionadas, en comparación con el análisis anterior (*no depresivos y depresivos severos*). Como puede advertirse se ha reducido de siete a cinco las variables, de acuerdo con la siguiente jerarquía: memoria remota; realización de una tarea dual (*PT. atención- enmascaramiento*); procesos automáticos; concentración, y fluidez verbal. Al correlacionar los distintos resultados, se advierte una destacada sintonía con los obtenidos en análisis previos, al contrastar los grupos depresivos leves y los depresivos severos; consolidándose de nuevo la importancia de la *memoria remota*. Se confirma el destacado poder discriminante de la variable *memoria remota*, que vuelve a aparecer en el presente análisis con el mayor poder discriminante, al ser seleccionada (en el *primer paso*), marcando las diferencias entre los sujetos

depresivos leves y depresivos severos. Dicha variable a su vez, al ser considerada aisladamente en el Análisis de Varianza, contribuye a establecer diferencias entre los respectivos grupos de *depresivos leves* y *depresivos severos* (a favor de los primeros).

En cuanto a los distintos parámetros estadísticos, el análisis muestra los siguientes valores: “ λ ” de Wilks = .633, valor propio (*eigenvalue*) = .58 y correlación canónica = .60. Conviene indicar que, en consonancia con estos resultados el porcentaje promedio de sujetos clasificados correctamente, a partir de la consideración conjunta de las puntuaciones obtenidas en las cinco variables seleccionadas por este análisis, es también más elevado (64,71%); correspondiendo el 63,2% para los depresivos leves, y el 66.7% para los depresivos severos.

4.2.5. Análisis Discriminante para los grupos (1) no depresivos (2) *depresivos leves*, y (3) *depresivos severos*. Escala “D” del MMPI

En una primera fase, se han realizado los correspondientes Análisis Discriminantes, con la finalidad de clarificar en qué medida variables referidas a “*procesos cognitivos*”, resultaban útiles para diferenciar y/o discriminar entre grupos de sujetos *no depresivos*, *depresivos leves* y *depresivos severos*, según los resultados obtenidos mediante la escala “D” del MMPI. Dando continuidad a análisis previos, la modalidad discriminante elegida ha sido “*stepwise*”, mediante la que se ha seleccionado a través de “*pasos sucesivos*”, las variables que mejor diferencian entre los diversos grupos, en función del “*nivel depresivo*” en sus diversas combinaciones; determinándose los valores “ λ ” de Wilks observados, valor propio (*eigenvalue*), correlación canónica, y resultados de clasificación asociados a la función discriminante.

En la tabla 20, se muestran los resultados del Análisis Discriminante realizado entre los grupos no depresivos, depresivos leves y depresivos severos. Es importante destacar que la variable *enmascaramiento*, presenta el mayor poder discriminante entre grupos de sujetos contrastados; contribuye a confirmarse su destacado poder, puesto que considerada aisladamente en el Análisis de Varianza, ya establecía diferencias estadísticamente significativas entre los grupos *no depresivos* frente a los *depresivos leves* y a los *depresivos severos*. En segundo y cuarto lugar, aparecen las variables concentración y pensamiento abstracto respectivamente, que pese a no establecer diferencias al ser consideradas aisladamente en análisis previos, si lo hacen cuando se consideran sus efectos con los de las restantes variables. Se confirma el poder discriminativo de

fluidez verbal, que a su vez ya establecía diferencias significativas entre el grupo de sujetos *no depresivos* y *depresivos severos*.

En cuanto a los distintos parámetros estadísticos, el análisis muestra los siguientes valores: " λ " de Wilks = .386, valor propio (*eigenvalue*) = .133, y correlación canónica = .755. El porcentaje de sujetos correctamente clasificados alcanza el 50.00 % para cada uno de los grupos.

Tabla 20. Análisis Discriminante para los grupos (1) no depresivos (2) depresivos leves, y (3) depresivos severos. Variables que entran en cada paso y valor " λ "

Peso de cada variable independiente para definir la pertenencia al grupo.

Pasos	Variables	Valor " λ "	N. S
1	R.T. Dual (Aten. Enmas.A)	.646	.0014
2	Pens. Abstracto y Asociati.	.549	.0014
3	Fluidez Verbal	.437	.0005
4	Concentración	.386	.0007
Valor Propio (Eigenvalue)		Correlación Canónica	
1.331		.7556	

Número y porcentaje de sujetos clasificados en cada grupo

(Los porcentajes de sujetos correctamente clasificados aparecen subrayados)

Grupos	Grupo 1			Grupo 2		Grupo 3	
	N. T.	N. P.	%	N. P.	%	N. P.	%
No Depresivos	14	12	<u>85.7</u>	2	14.3	0	.0
Depresivos Leves	24	10	41.7	9	<u>37.5</u>	5	20.8
Depresiv. Severos	24	7	29.2	7	29.2	10	<u>41.7</u>

Porcentaje total de casos clasificados correctamente	50.00%

4.2.6. Análisis Discriminante para los grupos (1) no depresivos y (2) depresivos leves

En la tabla 21, se muestran los resultados del Análisis Discriminante realizado, entre el grupo (1) no depresivos y (2) depresivos leves. Se advierte que las variables que conforman la función discriminante son: *fluidez verbal*, *realización de tarea dual* (atención-enmascaramiento), *concentración*, *errores en realización de tarea dual* (atención-enmascaramiento), *memoria auditiva inmediata* y *pensamiento abstracto*.

Desde una perspectiva más específica, cabría destacar que es la *fluidez verbal*, la variable con el más destacado poder discriminante entre los respectivos grupos (*no depresivos* y *depresivos leves*); diferencias que ya se pusieron de relieve, aunque relativamente moderadas, a través de los Análisis de Varianza (*a favor de los no depresivos*). En cuanto a la variable referida a la *realización de tarea dual* (atención-enmascaramiento), que aparece en segundo lugar, se confirma su poder discriminante, habiendo establecido diferencias significativas en el Análisis de Varianza entre el grupo de sujetos *no depresivos* y *depresivos leves*. El resto de las variables no presentan diferencias, al ser considerados aisladamente a través de los Análisis de Varianza, pero si lo hacen al ser considerados sus efectos con los ejercidos por las restantes variables.

En un afán de comparar estos resultados con los de los análisis previos, es necesario acentuar el hecho de que la función discriminante es la más parsimoniosa, en cuanto a la selección de variables (*tres variables*), resultando ser la menos efectiva: " λ " de Wilks =.294; valor propio (*eigenvalue*) =2,39, y correlación canónica =.839. El porcentaje de sujetos correctamente clasificados alcanza el 81,48% para cada uno de los grupos, encontrándose distribuido entre el 90,0% y 76,5%.

Tabla 21. Análisis Discriminante para grupos (1) *no depresivos* (2) *depresivos leves*
Variables que entran en cada paso y valor " λ "

Peso de cada variable independiente para definir la pertenencia al grupo.

Pasos	Variables	Valor " λ "	N. S
1	Fluidez Verbal	.563	.0029
2	R.T. Dual (Aten. Enmas .A)	.487	.0045
3	Pens. Abstracto y Asociati.	.393	.0037
4	R. T. Dual (Aten. Enmas.E)	.359	.0066
5	Memoria Auditi. Inmediata	.330	.0115
6	Concentración	.295	.0166

Valor Propio (Eigenvalue)

Correlación Canónica

2.392

.8397

Número y porcentaje de sujetos clasificados en cada grupo.

(Los porcentajes de sujetos correctamente clasificados aparecen subrayados)

Grupos	Grupo 1			Grupo 3	
	N. T.	N. P.	%	N. P.	%
No Depresivos	10	9	90.00	1	10.0
Depresiv. Leves	17	4	23.5	13	76.5

Porcentaje total de casos clasificados correctamente

81. 48%

4.2.7. Análisis Discriminante para los grupos (1) no depresivos y (3) depresivos severos

Los resultados obtenidos a partir del Análisis Discriminante por pasos, considerando los grupos no depresivos y depresivos severos se muestran en la tabla 22. De acuerdo con los resultados ilustrados en dicha tabla, se observa que son cinco variables las que muestran el suficiente poder discriminante, para ser seleccionadas mediante el referido análisis: *realización de tarea dual* (atención-enmascaramiento), *pensamiento abstracto*, *concentración*, *fluidez verbal* y *errores en procesos automáticos*.

Este nuevo análisis, parece consolidar la importancia, de la *atención*, en los *procesos cognitivos* de los sujetos depresivos. En los resultados se advierte de nuevo, el destacado poder discriminante de la variable *enmascaramiento*, que aparece seleccionada (*en el primer paso*), marcando las diferencias entre los respectivos grupos de sujetos *no depresivos* y *depresivos severos*. Dicha variable a su vez, cuando se considera aisladamente en el Análisis de Varianza, contribuye a establecer diferencias estadísticamente significativas (*a favor de los no depresivos*). Por otra parte, es de destacar la preponderancia de las variables *pensamiento abstracto* y *concentración*, que aparecen seleccionadas en segundo y tercer lugar respectivamente, en el Análisis Discriminante; si bien no presentan diferencias estadísticamente significativas, al ser consideradas aisladamente en el Análisis de Varianza. Mientras que se conforma el poder diferenciador de *fluidez verbal* y *errores en procesos automáticos*, que ya establecían diferencias estadísticamente significativas, a través del Análisis de Varianza.

Tabla 22. Análisis Discriminante para los grupos (1) no depresivos y (3) depresivos severos.
Variables que entran en cada paso y valor " λ "

Peso de cada variable independiente para definir la pertenencia al grupo

Pasos	Variables	Valor " λ "	N. S
1	R.T.Dual (Aten. Enmas.A)	.465	.0002
2	Concentración	.392	.0002
3	Pens. Abstracto y Asociati.	.304	.0001
4	Fluidez Verbal	.281	.0003
5	Procesos Automáticos. E	.261	.0006

Valor Propio (Eigenvalue)	Correlación Canónica
2.824	.859

Número y porcentaje de sujetos clasificados en cada grupo.

(Los porcentajes de sujetos correctamente clasificados aparecen subrayados)

Grupos	Grupo 1			Grupo 3	
	N. T.	N. P.	%	N. P.	%
No Depresivos	6	6	<u>100.0</u>	0	.0
Depresiv. Severos	15	1	6.7	14	<u>93.3</u>
Porcentaje total de casos clasificados correctamente					95. 24%

En cuanto a los distintos parámetros estadísticos, el análisis muestra los siguientes valores: “ λ ” de Wilks =.261 valor propio (*eigenvalue*) =2.82 y correlación canónica =.86. Al comparar estos valores con los obtenidos en los análisis anteriores, la función discriminante aparece como más efectiva. En definitiva, cabría destacar que en consonancia con estos resultados, el porcentaje promedio de sujetos clasificados correctamente, a partir de la consideración conjunta de las puntuaciones obtenidas en las cinco variables seleccionadas por este análisis, es también más elevado (95,24%); correspondiendo al 100.0% para los sujetos del grupo no depresivo, y al 93,3.% para los del grupo depresivo severo.

4.2.8. *Análisis Discriminante para los grupos (2) depresivos leves, y (3) depresivos severos*

En la tabla 23, se presentan las variables seleccionadas en el Análisis Discriminante entre los grupos depresivos leves y depresivos severos. Atendiendo a los resultados obtenidos, habría que destacar que se advierte que el número de variables seleccionadas son: *pensamiento abstracto*; *errores en realización de tarea dual* (atención-enmascaramiento); *concentración, adaptación a situaciones sociales*, y *atención concentrada*. Se confirma el destacado poder discriminante de la variable *pensamiento abstracto*, que aparece en el presente análisis con el mayor poder discriminante, al ser seleccionada (en el primer paso), marcando las diferencias entre los sujetos *depresivos leves* y *depresivos severos*. Dicha variable, al ser considerada aisladamente en el Análisis de Varianza, no establecía diferencias entre los respectivos grupos *depresivos leves* y *depresivos severos*.

Tabla 23. Análisis Discriminante para los grupos (2) depresivos leves y (3) depresivos severos. Variables que entran en cada paso y valor "λ"

Peso de cada variable independiente para definir la pertenencia al grupo

Pasos	Variables	Valor "λ"	N. S
1	Concentración	.926	.1698
2	R.T.Dual (Aten. Enmas E)	.851	.1452
3	Pens. Abstracto y Asociati.	.793	.1428
4	Comp. y Adapt. Situa.Social	.714	.1026
5	Memoria Audit. Inmediata	.618	.0565

Valor Propio (Eigenvalue)	Correlación Canónica
.6161	.6174

Número y porcentaje de sujetos clasificados en cada grupo.

(Los porcentajes de sujetos correctamente clasificados aparecen subrayados).

Grupos	Grupo 1			Grupo 3	
	N. T.	N. P.	%	N. P.	%
Depresiv. Leves	17	13	<u>76.5</u>	4	23.5
Depresiv. Severos	16	4	25.0	12	<u>75.0</u>
Porcentaje total de casos clasificados correctamente					75.76%

En cuanto a los distintos parámetros estadísticos, el análisis muestra los siguientes valores: "λ" de Wilks = .618, valor propio (*eigenvalue*) = .616, y correlación canónica = .61. Conviene indicar que, en consonancia con estos resultados, el porcentaje promedio de sujetos clasificados correctamente, a partir de la consideración conjunta de las puntuaciones obtenidas en las cinco variables seleccionadas por este análisis, es también más elevado (75,0%); correspondiendo el 76,5% para los sujetos *depresivos leves*, y el 75,0% para los sujetos *depresivos severos*.

4.2.9. Integración de hallazgos

De acuerdo con la tabla resumen que se adjunta, es de destacar en primer lugar, el papel preponderante de la variable correspondiente al proceso referido a realización de tarea dual (*atención-enmascaramiento*), en su acepción global, por cuanto que ha sido seleccionada en lugar preferente, para discriminar entre los diferentes grupos: (*no depresivos*, *depresivos leves* y *depresivos seve-*

ros). Dicha selección preferente, persiste en la diferenciación entre los grupos *no depresivos* y *depresivos leves*. La variable, correspondiente al proceso “*memoria remota*”, contribuye también muy notoriamente en la diferenciación entre los diferentes grupos (no depresivos, depresivos leves, y depresivos severos), así como entre no depresivos, y depresivos leves. Destaca en tercer lugar, la preponderancia de la variable referida a los procesos automáticos, por cuanto que también contribuye a la diferenciación entre los tres grupos contrastados.

El influjo de las variables seleccionadas (*que representan a los correspondientes procesos*), en la discriminación entre los grupos de sujetos *depresivos leves* y *depresivos severos*, resulta muy similar al previamente descrito para los tres grupos, por cuanto que son las variables, correspondientes a los procesos de *memoria remota*, *realización de tarea dual (atención-enmascaramiento)*, y *procesos automáticos*, las que ocupan los lugares preferentes. En definitiva, la coordinación de los resultados obtenidos, ponen de relieve el marcado influjo de los procesos cognitivos no verbales, en la discriminación de los diferentes grupos contrastados, tal y como se advierte en la tabla 24

Tabla 24. Tabla resumen de hallazgos en los Análisis Discriminante

Variable	GRUPOS				Total
	1-2-3	1-2	1-3	2-3	
Memoria remota	2	3		1	3
Compr. Adap. Situaciones Sociales			4		1
Pensamiento Abstracto y Asociativo	4		2		2
Concentración				4	1
Memoria Auditiva Inmediata				6	1
Fluidez Verbal	6		1	5	3
Procesos Automáticos A		5		3	2
Procesos Automáticos E		5			1
Realiz. de Tarea Dual (Atención Enmascaramiento A)					
Realiz. de Tarea Dual (Atención Enmascaramiento E)			3		1
Puntuación T. Escala verbal (WAIS)	5	4			2
P. T. Procesos Automáticos. A-E)	3	2			2
P. T. R. T. Dual (Atención Enmascaramiento A-E)	1	1		2	3

A través del Análisis Discriminante, se revelan como características psicopatológicas más relevantes del trastorno depresivo, las *dificultades atencionales*, tal y como se pone de relieve en la realización de tareas duales; y por otra parte, la *dificultad para comprender y adaptarse a situaciones sociales*.

5. DISCUSIÓN

En los informes de investigación, se plantea la necesidad de interpretar los resultados, lo que implica poner en relación las hipótesis formuladas y los resultados obtenidos. Como previamente se ha indicado, en cada uno de los respectivos estudios, se ha pretendido conseguir una secuencia de objetivos, a partir de la formulación de las correspondientes hipótesis. Así, mediante el primero de los objetivos se ha determinado la contribución de la variable "sexo" a modular los niveles de depresión.

1. Función moduladora de la variable sexo

Los resultados obtenidos, permiten avanzar la confirmación de la primera hipótesis, que postula "la atribución a la variable sexo" la función moduladora de los niveles de depresión. Se ha puesto de relieve que el grupo de mujeres, es el que presenta las puntuaciones más elevadas en las respectivas escalas de evaluación de la depresión. En cuanto a la vulnerabilidad diferencial a la depresión, en función del sexo, si bien es verdad que existen estudios, en los que no se destacan diferencias intersexos, en la mayoría de los estudios epidemiológicos, se tiende a confirmar la preponderancia de la depresión en el sexo femenino (Parker, 1979; Blazer y cols. 1986). Predominan los trabajos en los que se pone de relieve que las depresiones son más frecuentes en mujeres (Gove y Tudor, 1973; Mttthey 1979). Incluso en investigaciones tan representativas como las de Lemkau (1974), se destacaba una razón de 2/1 de depresiones en las mujeres con respecto a los hombres. En el mismo sentido se insiste en las investigaciones de Silverman (1969), a partir de encuestas tomadas al azar, que dan como resultado una predominancia femenina, en proporción que varía 1,6 a 38/1, en los diversos países, y en todos los períodos considerados.

El predominio de la depresión en el sexo femenino ha sido investigado desde distintos postulados. En este sentido Rosenhal (1968), en su búsqueda de causas explicativas, señala una predisposición genética, vinculada al sexo; no vamos a detenernos aquí en la hipótesis de Winokour, acerca de que psicosis maniaco depresiva se transmite ligada al cromosoma x. Para otros autores, la

base de ese aumento de frecuencia en las mujeres habría de atribuirse a un problema hormonal. Se ha descrito la posible influencia de los anticonceptivos, la gran frecuencia de la controvertida *depresiones postpartum*, asociada con diferentes tipos de estresores psicosociales, y obstétricos a las que habrían de añadirse otras depresiones psicóticas graves, en los dos/tres meses siguientes al parto (Campbell y John, 1991).

No obstante, no parecen suficientes las razones explicativas previamente señaladas, o al menos como indica Elsenberg (1979), los síntomas depresivos en la mujer muestran una relación insuficientemente aclarada con los cambios hormonales. En los últimos años se destaca la importancia del rol atribuido a la mujer en las sociedades occidentales, estableciendo una relación con la depresión que les afecta. Weissman y Klerman (1976), postularon diversas hipótesis explicativas, entre otras, subrayan que las tensiones sociales surgidas de las desventajas objetivas de la mujer en la sociedad actual, con su impotencia jurídica y económica, su destacada dependencia del varón. La otra se centra más bien, en la importancia del papel de las expectativas sociales, en el desarrollo de las disposiciones internas, contrarias a la autoafirmación, y a la autonomía.

Resultan complejas las razones explicativas de las diferencias significativas existentes a nivel de sexo, por cuanto a los niveles de depresión se refiere. Es de resaltar que los hallazgos obtenidos permiten contribuir a confirmar el primero de los postulados de la H₁, puesto que los resultados obtenidos permiten destacar la incidencia de la variable sexo en los niveles de depresión, afectando significativamente a las mujeres.

2. Función moduladora de la variable edad

La preponderancia de la “edad”, como variable moduladora de la vulnerabilidad de la depresión, constituye el segundo de los postulados incluidos en la primera de las hipótesis. Con el fin de determinar las posibles influencias de la “edad” en los niveles de la depresión, se han contrastado las puntuaciones emitidas por sujetos mayores y menores de 65 años a la *Escala de Depresión IPAT*, y a la *Escala “D” del MMPI*. Los resultados obtenidos permiten destacar la existencia de diferencias estadísticamente significativas, entre los referidos grupos comparados; siendo el grupo de sujetos mayores de 65 años, el que se muestra significativamente más depresivo. En los referidos resultados, se advierte que la depresión es una de las afecciones psíquicas más frecuente en la edad avanzada. No obstante, la evaluación exacta de la frecuencia de las depresiones tardías en la población general, tropieza con las conocidas dificultades de la epidemiología y de la nosografía; ya que por una parte, no existe unifor-

midad en la clasificación de los trastornos mentales, debido sobre todo a la disparidad en la concepción de la enfermedad mental, que varía según el punto de vista elegido (sociológico, médico, psicológico...), y según las diversas hipótesis etiológicas. Por otra parte, discrepan también la organización de los datos demográficos y los métodos de elaboración utilizados.

En la búsqueda de fundamentos psicológicos de carácter explicativo, en relación con los resultados obtenidos, habría que considerar que solamente se dispone de escasas informaciones. Desde diversas corrientes de investigación se tiende a señalar que a partir de los sesenta y cinco años, teniendo en cuenta la polipatología de la referida edad, la tasa de incidencia (*por mil*) sería de 13,6+-6,4 para las psicosis maniaco-depresivas; 89,3 +- 16,1 para los trastornos neuróticos; y, 45,6+-11, para las demencias vasculares y degenerativas. Uno de cada doce estados depresivos tardíos obligaría a la hospitalización, por tanto, es muy relativo el valor de las cifras basadas en el estadístico de hospitales. Por otra parte, es de señalar que aproximadamente entre el 30-50% de los sujetos mayores de 65 años hospitalizados en ambientes psiquiátricos, presentan un componente depresivo (Richard y Droz, 1983). En todo caso, se ha comprobado que la hospitalización ocasionada por estados depresivos resulta más frecuente, a medida que progresa la edad. Las primeras hospitalizaciones por estado depresivo, llegan al máximo entre los sesenta y los sesenta y cinco años en mujeres, y entre los setenta y los setenta y cinco para hombres; resultando relativamente largo el período de hospitalización en los referidos grupos (*un promedio de 45 días en mujeres, frente a un promedio de 130 en hombres*). El hecho de que la mayor incidencia afecte a las personas mayores, es debido a su afectación por las depresiones unipolares; mientras que las formas cíclicas, y sobre todo, las esquizo-afectivas, presentan mayor frecuencia en los inicios de la vejez. En definitiva, el período correspondiente a la edad involutiva, se suele considerar en la literatura especializada por un cierto declive, cuyo ritmo tiene carácter estrictamente individual, persistiendo a todo lo largo del ciclo vital; si bien se atribuye fundamentalmente al período correspondiente a la vejez, registrándose una diversidad de cambios orgánicos, sensoriales o estructurales. En el perfil de los sujetos de edad involutiva suelen aparecer altas puntuaciones en irritabilidad, abatimiento, "*dolor de vivir*", falta de energías vitales, vertiginoso descenso en la capacidad de comunicación con los demás, así como la alteración de los ritmos vitales; afectando particularmente a la vigilia/sueño. Estas son por otra parte, las dimensiones fundamentales que constituyen la depresión; por cuyo motivo, resulta explicable que ante situaciones de estas características los sujetos mayores de 65 años obtengan elevadas puntuaciones. Remitiéndonos de nuevo a los resultados obtenidos, habría de señalarse que los

mismos contribuyen a confirmar otro de los postulados de la primera hipótesis (H_1), al atribuir *“a la variable edad, una de las funciones moduladoras de los niveles de la depresión, destacándose una relación directamente proporcional entre altas puntuaciones en depresión y edad avanzada”*. A su vez, nos remite a la necesidad de tener en cuenta la dimensión evolutiva, cuando se trabaja con variables personales.

3. *Función moduladora de la variable estado civil*

La preponderancia del “estado civil”, como variable moduladora de la vulnerabilidad de la depresión, constituye otro de los postulados incluidos en la primera de las hipótesis. Su influencia se pone de relieve en los resultados obtenidos, destacándose la preponderancia de la depresión del grupo de sujetos separados y de los viudos, frente a los bajos niveles de depresión que caracteriza a los sujetos solteros y a los casados. No se advierte unanimidad en los resultados obtenidos en las investigaciones sobre la incidencia del estado civil en la depresión; no obstante, predominan los trabajos en los que se pone de relieve que la interacción marital desempeña un destacado papel en la enfermedad depresiva. Contrariamente a lo que ocurre con otros enfermos mentales, y particularmente en el caso de los esquizofrénicos, la mayoría de los pacientes deprimidos están o han estado casados. Los porcentajes de separación y divorcio tienden a ser más elevados en los deprimidos que en otros estatus. Todo ello induce a prolongar nuestro razonamiento, en el sentido de destacar la significación de la depresión en las crisis matrimoniales. En consonancia con estos planteamientos Hein (1978), señaló que en la población general femenina, el matrimonio estable alcanza el 63%, habiendo estado casadas hasta el 80%; mientras que entre las mujeres deprimidas el porcentaje de casadas es del 53%, habiendo estado casadas por lo menos en un tiempo, el 85%; lo que resulta superior al de mujeres no afectadas por la depresión. Por otro lado, la incidencia de la depresión resulta muy elevada entre las mujeres separadas y divorciadas. Según las estimaciones de Hein (1978), la incidencia de la depresión por cada 100.000 habitantes responde a la siguiente distribución: casadas=66; solteras=96; viudas=138; divorciadas=205; separadas=377.

Según las investigaciones de Barcia (1983), las posibles relaciones entre depresión e interacción matrimonial habrían de establecerse en los siguientes términos: 1) la depresión es el resultado de interacciones matrimoniales adversas; 2) la depresión es reactiva a la pérdida del partner; y, 3) contrariamente, la separación, ella misma, es el resultado de la depresión. En consonancia con las observaciones previas, y teniendo en cuenta los hallazgos obtenidos y la re-

visión de la literatura especializada, habría de destacarse que nuestros resultados contribuyen a confirmar el correspondiente postulado de la primera hipótesis (H_1), dado que se ha puesto de relieve la incidencia del estado civil en la depresión, incidencia que se acentúa en la dirección que se apunta en la literatura especializada; es decir los sujetos separados y viudos se presentan como más depresivos que los solteros y casados establemente. Sería de interés precisar en futuros trabajos, los posibles efectos diferenciales de la depresión, según su propia naturaleza (*depresión como pérdida, depresión como conducta refrenada y coercitiva*).

4. Función moduladora de la variable nivel cultural

A partir de los resultados obtenidos, se pone de relieve que la depresión, establece diferencias significativas entre los sujetos pertenecientes a los distintos niveles culturales (*estudios primarios, medios y superiores*); apreciándose diferencias estadísticamente significativas entre los grupos comparados. Se destaca así mismo, una tendencia inversamente proporcional entre las puntuaciones obtenidas y los niveles educativos. Resultan ser los más depresivos, los sujetos con menor nivel educativo, frente a los menos depresivos que corresponden a los sujetos con mayor nivel educativo, manteniendo un nivel intermedio los sujetos con nivel educativo intermedio. Los resultados obtenidos, contribuyen a plantear la naturaleza de la denominada por Grier y Cobb (1968), "*la depresión cultural*", cuya incidencia parece que tiende a correlacionar con los niveles educativos del sujeto. A su vez, los referidos resultados contribuyen a poner de relieve la necesidad de vincular incremento educativo y mejor predisposición para la salud; resaltándose también la conveniencia de potenciar los programas de educación para la salud. En definitiva, los resultados referidos con respecto a la variable "*nivel cultural*", contribuyen a confirmar el tercero de los postulados de la primera hipótesis (H_1), en el que se plantea que la variable "*nivel cultural*" ha de considerarse moduladora de la depresión. Se pone de relieve la necesidad de tener en cuenta la perspectiva cultural, dada la relevancia del contexto sociocultural.

5. Incidencia de los mecanismos depresivos en los procesos cognitivos verbales

La incidencia de la depresión en los procesos cognitivos, se ha analizado en primer lugar en relación a la conducta verbal (*comprensión y fluidez*); y en segundo lugar, en relación a los procesos automáticos; y finalmente en relación

a la realización de tareas duales (*enmascaramiento*). Los resultados obtenidos contribuyen a resaltar que los mecanismos depresivos, muestran un destacado poder diferenciador entre los procesos cognitivos (*verbales*). Concretamente, cuando se compara a los diferentes grupos (*no depresivos*, *depresivos leves* y *depresivos severos*), son los sujetos depresivos severos, los que obtienen inferiores puntuaciones en el conjunto de las dimensiones (*variables*) configuradoras de la escala WAIS.

Un análisis de los resultados parece ratificar el patrón de hallazgos obtenidos, poniéndose de relieve que los altos niveles en depresión, perturban el rendimiento en los procesos cognitivos verbales (*conocimientos generales*, *comprensión* y *adaptación a situaciones sociales*, *razonamiento* y *cálculo numérico* *atención concentrada*, *fluidez verbal*). Se trata de un hallazgo que contribuye a acentuar la necesidad de considerar esta variable como potencialmente moduladora, de la conducta verbal del sujeto; y particularmente de sujetos en edad involutiva. Hallazgo, que aunque esperado, contribuye a profundizar en uno de los aspectos más controvertidos en la literatura especializada, y que hace referencia al vertiginoso descenso en la capacidad de comunicación que afecta a los depresivos severos. Por otra parte, los adversos resultados obtenidos por los sujetos depresivos severos en las habilidades de comunicación, suelen provocar vivencias de un cierto fracaso, generándose un círculo vicioso, por cuanto que a su vez el referido fracaso, disminuye los niveles de autoestima, influyendo de forma negativa en los niveles de satisfacción de la vida, tendentes a provocar trastornos de la personalidad (Hyer y Blazer, 1982).

En relación a los contrastes de las puntuaciones obtenidas en memoria remota, y memoria auditiva inmediata de acuerdo con los planteamientos de Slazman y cols. (1986), se aprecian diferencias significativas entre los grupos comparados (*no depresivos*, *depresivos leves* y *depresivos severos*); si bien las diferencias más significativas, aparecen en *memoria auditiva inmediata*, siendo los *depresivos severos* los que obtienen puntuaciones significativas inferiores; estableciéndose las diferencias no solamente con los *no depresivos*, sino también con los *depresivos leves*. Nuestro hallazgo, contribuye a esclarecer resultados relativamente ambiguos obtenidos por Camp y Niedesehe (1978) en un grupo integrado por 58 sujetos (*de edades comprendidas entre los 68 y 88 años*), clasificados en "*depresivos leves*", y otro "*depresivos severos*", a los que se le presentaron dos listas de 24 elementos cada una, integradas por palabras de "*alta y baja imaginación*", que habrían de ser reconocidas dentro de un amplio listado. Se asumió que el grupo con "*depresión grave*" rendiría menos al presentarles el listado de palabras de "*baja imaginación*", puesto que estos términos requerían más actividad de codificación espontánea. Si los sujetos

depresivos tuviesen un bajo nivel de activación cognoscitiva, cabría esperar que rindiesen menos en esos elementos, ya que la codificación exigía más esfuerzo mental, mientras que, el grupo con “*depresión grave*” se mostraría menos dispuesto a aventurar una respuesta. Los resultados obtenidos contribuyeron a demostrar que los sujetos más depresivos no se encontraban afectados en forma diferencial por las palabras de baja imaginación; sino que se mostraban más “*precavidos*”, y cometían más errores por omisión que los sujetos menos depresivos.

En general, las investigaciones no encontraron diferencias significativas respecto a la intensidad de la memoria entre los grupos con “*depresión grave*” y “*depresión leve*”. Así pues, concluyeron que los problemas de memoria de los ancianos depresivos, estarían más relacionados con factores subjetivos, que con una disminución real de la capacidad para procesar información. La coordinación de nuestros hallazgos nos permiten confirmar la hipótesis (H_2), que postula una gradación de exigencia (*puntuaciones obtenidas*), en los procesos cognitivos verbales, de acuerdo con la gradación depresiva de los sujetos afectados (*no depresivos, depresivos leves y depresivos severos*).

6. *Función moduladora de los procesos automáticos, en las puntuaciones emitidas a los reactivos de depresión*

La investigación empírica sobre la depresión y procesos automáticos tiende a abrir una vía psicológica, definida como el “*establecimiento de códigos internos y de sus conexiones, que se activan automáticamente por la presentación de un estímulo*”. Se supone además, que la activación automática se produce como resultado de un aprendizaje anterior. En contraposición con la invariancia relativa de los procesos automáticos, la atención consciente puede aplicarse de una manera extraordinariamente flexible en diferentes etapas de procesamiento de la información. Los resultados obtenidos, contribuyen a poner de relieve una relación inversa entre el incremento en gradación depresiva, el descenso en los productos positivos (*aciertos*), referidos a los procesos automáticos. Efecto que se invierte, al tratarse de productos negativos (errores), referidos también a los procesos automáticos. Las diferencias observadas entre los diferentes grupos (*no depresivos, depresivos leves y depresivos severos*), no son en ninguno de los casos estadísticamente significativas, si bien queda patente que los mecanismos depresivos (*en gradación de mayor a menor*), tienden a disminuir el éxito de los procesos automáticos. La coordinación de los diferentes hallazgos, permiten avanzar la confirmación parcial de la hipótesis (H_3), que postula “*una gradación de exigencia (puntuaciones obtenidas), en los pro-*

cesos automáticos, de acuerdo con la gradación depresiva de los sujetos afectados (no depresivos, depresivos leves y depresivos severos)”.

*7. Incidencia de la depresión en la realización de tareas duales.
(Enmascaramiento)*

Pese a no apreciarse diferencias estadísticamente significativas entre los grupos contrastados (*no depresivos, depresivos leves y depresivos severos*), se advierte en primer lugar, que el éxito y fracaso obtenidos en la realización de la tarea dual, se encuentra determinado por los mecanismos propios de gradación depresiva. Se establece por una parte, la relación inversa de ausencia depresiva e incremento de éxito en la realización de la tarea dual; mientras que por otra parte, se observa que tienden a incrementarse los fracasos, al unísono con la gradación depresiva. Teniendo en cuenta que la interferencia cognitiva (*enmascaramiento*) se atribuye a las interacciones inhibitorias entre las neuronas corticales y los niveles más altos de los reconocedores jerárquico de paradigmas, podría afirmarse que nuestros resultados permiten destacar la existencia de una mayor interacción inhibitoria atribuible a los mecanismos depresivos. Estos resultados se encuentran en consonancia con diferentes estudios, que han puesto de relieve posibles déficits atencionales y perceptivos asociados a la depresión. Ya en las clásicas investigaciones de Miller (1975) se planteó que los depresivos, comparados con un grupo de neuróticos, requieren un estímulo de calor más intenso y mayor trabajo muscular para que refieran dolor o eviten físicamente el estímulo. Por otra parte, previamente Dixon y Lear (1962) habían resaltado que los pacientes depresivos muestran umbrales de variaciones, cambios visuales incrementados, en respuesta a palabras con contenido emocional. Nuestros hallazgos, contribuyen a avanzar la confirmación parcial de la hipótesis (H₄), que postula “*una gradación de exigencia (puntuaciones obtenidas), en los resultados obtenidos en la realización de tareas duales, de acuerdo con la gradación depresiva de los sujetos afectados (no depresivos, depresivos leves y depresivos severos)”*.”

8. Utilidad de las variables de carácter cognitivo (verbal, procesos automáticos, realización de tareas duales) sean útiles para diferenciar y/o discriminar los procesos cognitivos

Mediante los resultados obtenidos en los distintos Análisis Discriminante, se contribuye a resaltar en primer lugar, la incidencia de las variables psicolingüísticas, para diferenciar y/o discriminar a los diferentes grupos de suje-

tos, en razón de las variables de carácter cognitivo (*verbal, procesos automáticos, realización de tareas duales enmascaramiento*). Se pone de relieve en los sujetos depresivos la interferencia cognitiva, atribuida a las interacciones inhibitorias entre las neuronas corticales, y los niveles más altos de los reconocedores jerárquicos. Se considera que uno de los determinantes principales del enmascaramiento cognitivo, lo constituye el grado de semejanza de los procesos que intervienen en la codificación de las diferentes informaciones de entrada, de forma que cuanto mayor es la semejanza, con tanta mayor frecuencia tendrá lugar el enmascaramiento cognitivo. Por otra parte, desempeñan un papel relevante las variables referidas a la comprensión, y adaptación a situaciones sociales. Los hallazgos obtenidos, contribuyen a validar la adecuación de las variables seleccionadas, como potencialmente útiles, para diferenciar entre grupos de sujetos en función de su afectación depresiva. Aunque también parece que en cualquier planteamiento de carácter integrador, y que pretenda constituirse en un marco explicativo, deberían considerarse otros factores contextuales y/o históricos, que previsiblemente contribuyan a cualificar las referidas diferencias.

6. CONCLUSIONES

Los hallazgos obtenidos han contribuido a confirmar el carácter multifactorial de la depresión involutiva, y la necesidad de considerar las interacciones "*inter e intraindividuales*" cuando se trata del esclarecimiento y conformación que la depresión presenta en estas edades. En esta fase de la vida, son probablemente las interacciones con el sistema de regulación biológica las más prominentes. Quizás el mayor número de síntomas vegetativos que se encuentra en la depresión involutiva, y que a nivel expresivo parece caracterizarla, constituya la expresión de este predominio, aunque debido a la complejidad de los procesos biológicos, la relación nunca sea lineal. Sin embargo ello no excluye las interacciones con el sistema social, que transforma la experiencia del sujeto, en concordancia con los cambios en su estado físico y comportamental. En consecuencia los cambios en la organización de la conducta en los sujetos de edad involutiva, han de ser considerados en el marco del contexto en el que cada componente participa en interacciones que influyen y regulan la conducta.

Entre las conclusiones más representativas a destacar, cabría resaltar que las variables de carácter sociodemográfico, analizadas, se muestran notoriamente relevantes al abordar la vulnerabilidad a la depresión en la edad involutiva. Una cuestión fundamental en la psicopatología del anciano es la de defi-

nir la cualidad de las relaciones en las que está inmerso, ya que la oportunidad de vivir normalmente, depende de su habilidad para funcionar adaptadamente frente a la variación ambiental.

Una vez esclarecida la naturaleza de la depresión, así como algunos de sus determinantes, objeto de análisis; se planteó el segundo estudio, con el fin de analizar "*las posibles incidencias de los mecanismos depresivos, en los procesos cognitivos*". Los hallazgos obtenidos, han permitido destacar que la relación entre procesos cognitivos, y el comienzo, curso y/o alivio de la depresión, se ve apoyada por numerosas investigaciones, aunque las perspectivas y conclusiones varíen a veces sustancialmente. Son numerosos los autores que han propuesto como características esenciales del trastorno depresivo, los aspectos cognitivos. Nuestros resultados parecen confirmar, de acuerdo con la propuesta de Ingram y Wisnicki (1991), que la expresión de un trastorno como la depresión involutiva, puede resultar de la confluencia de características psicopatológicas críticas, características psicopatológicas comunes, y de otras fuentes convergentes, e identificables, si la consideramos en el marco del contexto en el que se sitúa, y donde el sujeto realiza sus transacciones, en consonancia con lo previamente indicado.

Los resultados de nuestra investigación, y en relación con las variables cognitivas seleccionadas, parecen señalar como características diferenciadoras de los depresivos, a la desorganización en el procesamiento de la información, cuando tienen que asimilar material en una modalidad sensorial, al tiempo que sucede algún fenómeno, durante la recepción de ese material. Se revela también como característica diferenciadora, su dificultad para comprender y adaptarse a situaciones sociales. Otras características cognitivas relevantes en la diferenciación entre grupos de depresivos, teniendo en cuenta su intensidad, se refiere a "*dificultades mnésicas*", y de la "*fluidez verbal*". Todo ello contribuye al aislamiento social y emocional, característico en la depresión, dificultando su capacidad para comunicarse, que resulta vital, tanto para su existencia biológica como social.

Los resultados obtenidos, contribuyen a destacar que la depresión en ancianos refleja la desorganización, o falta de coherencia biopsicosocial. El afecto, como núcleo esencial de la experiencia psicológica humana, requiere de la habilidad para experimentar diferentes emociones, y reconocer diferentes emociones en los otros; y es esto lo que proporciona un sentido de coherencia y conexión, vinculando el pasado con sus experiencias actuales, y al anciano con los otros de su contexto.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ALONSO-FERNÁNDEZ, F. (1994). *Vencer la Depresión*. Madrid: Temas de hoy.
- BARCIA, D. (1983). Depresiones y Crisis de la pareja. En *Repercusiones de la depresión*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. 87-95.
- BECK, A.T.; WARD, C.H.; MENDELSON, M.; MOCK, J., y ERBAUGH, H. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*. 4, 561-571.
- BECK, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York. International Universities Press.
- BECK, A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive. Psychology*. 1, 5-37.
- BECK, A.T.; RISKIND, J.H.; BROWN, G., y STEER, R.A. (1988). Levels of Hopelessness in DSM-III Disorders. A partial test of content specificity in depression. *Cognitive Therapy and Research*. 12, 459-469.
- BLAZER, D.G., y WILLIAMS, C. (1980). Epidemiology of Dysphoria and Depression in an Elderly Population. *American Journal of Psychiatry*. 137, 439-444.
- BRINK, T.L.; YESAVAGE, J.A.; LUM, O.; HEERSEMA, P.; ADEY, M., y ROSE, T.L. (1982). Screening test for geriatric depression. *Clinical Gerontologist*. 1, 37-44.
- BRITTON, P.G., y SAVAGE, R.D. (1966). A short form of the WAIS for use with the aged, *British Journal of Psychiatry*. 112, 417-418.
- BROMLEY, D.B. (1990). *Behavioural Gerontology*. Nueva York: Wiley.
- CAMP, C.J. y NIEDESEHE, G. (1978). Signal detection analysis of recognition in depressed elderly. *Paper presented at the Thirty-first Annual Scientific Meeting of the Gerontological Society*, Dallas.
- CAMPBELL, J. B., y COHN, J.F. (1991). Prevalence and correlates of post-partum depression in first-time mothers. *Journal of Abnormal Psychology*, 100. pp. 594-599.
- DEL CAMPO, S. (1981). *Introducción a la Gerontología Social*. Madrid: Instituto Nacional de Servicios sociales.
- DORNIC, S., y DORNIC, V. (1987). A high-load information processing task for stress research. *Perceptual and Motor Skills*. 65, 712-714.
- ENDLER, S.M.; RUTHERFORD, A., y DEMISOFF, E. (1996). Neuroticism: How does one slice the Pi (E) ?. *Dept. of Psychology Reports*. N° 229 Oct.
- ENDLER, S.M.; DEMISOFF, E., y RUTHERFORD, A (1996). Anxiety and Depression: Evidence for Differentiation of Commonly Co-occurring Constructs. *Dept. of Psychology Reports*, N°- 234.
- ERBER, J. (1979). The institutionalized geriatric patient considered in a framework of
- GÓMEZ, D.E. (1994). (Eds.) Enfermedades de la civilización y enfermedades del hombre, alternativas desde la Evaluación Psicológica. En D.D. Gómez y X.L. Saburido. *Salud y Prevención. Alternativas desde la Evaluación Psicológica*. Santiago de Compostela. Consellería de Cultura. Xunta de Galicia. pp.45-64
- HATHAWAY, S.R., y MCKINLEY, J.C. (1975). Cuestionario de Personalidad, MMPI. Adaptación española. T.E.A. Madrid.
- HYER, L., y BLAZER, D. G. (1982). Depressive Symptoms. Impact and Problems in long Term Care Facilities. *International Journal of Behavioral Geriatrics*. 7, 137-146.
- INGRAM, R.E., y WISNICKI, K. (1991). Cognition in Depression, en P. Magaro, (Eds.) *Cognitive Bases of Mental Disorders*. Newbury, CA. Sage Publications.
- KRIEF, B. (1982). *La depresión en España*. Estudio sociológico. Madrid. Lederle.

- KROENKE, K.; WOOD, D.R.; MANGELSDORFF, A.D.; MEIER, N.J., y POWELL, J.B (1988). Chronic Fatigue in primary care: prevalence, patients characteristics and outcome. *Journal of the American Medical Association*, 260, 929-934.
- KRUG, S.E., y LAUGHLIN, J.E. (1976). *Handbook for the IPAT Depression Scale*. Champaign, Illinois: Institute for Personality and Ability Testing.
- Mac LEOD, C. (1990). Mood disorders and Cognition. En M.W. Eysenck *Cognitive Psychology*. Chichester. John Wiley. 9-16.
- MINISTERIO DE SANIDAD y CONSUMO, (1983). *Repercusiones de la Depresión*. M.S.C. Madrid. Servicio de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- MINISTERIO DE SANIDAD y CONSUMO (1993). *Indicadores de Salud.Segunda evaluación en España del programa regional europeo de Salud para todos*. M. S. C. Madrid.
- MINISTERIO DE ASUNTOS SOCIALES. (1995). *Publicación de la proyección de la población española de 60 y más años para el período 1986-2010*.
- MONTORIO, I. (1990). *Evaluación psicológica en la vejez: Instrumentación desde un enfoque multidimensional*. Tesis doctoral. Trabajo no publicado. Universidad Autónoma de Madrid.
- MOON, J.R., y BAUM, D.V. (1987). Depression in the elderly. En *Department of Aging and Mental Health, Aging and Mental Health Issues: A Training Program*. Tampa: Florida Mental Health Institute. University of South Florida.
- NACIONES UNIDAS. (1982). *Declaración de la Federación Internacional de la Vejez, sobre los Derechos y Responsabilidades de las personas de edad*. Viena.
- NEMEROFF, C.B.; KNIGHT, D.L.; FRANKS, B.S., y col. (1994). Further studies on platelet serotonin transporter binding in depression. *American Journal of Psychiatry*. 151, 1623-1625.
- NIEDEREHE, G. (1986). Depression and memory impairment in the aged. En L.W. Poon (Ed.) *Handbook for Clinical Memory Assessment of Older Adults*. Washington, D.C. American Psychological Association. 226-237.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (1992). *Clasificación internacional de las enfermedades* (10.^a ed.) (CIE-10). Madrid: OMS.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). (1957). *Definición de la Salud*. Informe técnico, núm. 137.
- PAYKEL, E.S. (1979). Recent life events in the development of depressive disorders. En R.A. Depue (Ed.), *The Psychobiology of the depressive disorders: Implications for the effect of stress* (pp. 245-262). Nueva York : Academic Press.
- PRINCIPIOS DE LAS NACIONES UNIDAS (1982). *En favor de las personas de edad. Informe de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*, Viena. Resolución 2200.
- PRINCIPIOS Y PRÁCTICA DE LA MEDICINA GERIÁTRICA. (1989). *Departamento de Medicina Geriátrica*. University of Wales College of Medicine. Madrid. Barcelona: Cea.
- RICHARD, J., y DROZ, P (1983). El anciano depresivo en *Repercusiones de la depresión*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- SALZMAN, C., y GUTFREUND, M.J. (1986). Clinical techniques and research strategies for studying depression and memory. En L.W. Poon (Ed.) *Handbook for Clinical Memory Assessment of Older Adults*. Washington, D. C: American Psychological Association.
- SEXTO, M.C. (1994). Evaluación de la depresión. En D.E. Gómez y Saburido, X.L. (Eds.) *Salud y prevención: Alternativas desde la Evaluación Psicológica*. Santiago. Consellería de Cultura. Xunta de Galicia. 259-279.
- SEXTO, M.C. (1996) *Análisis y Evaluación de la depresión en ead involutiva*. Tesis Doctoral (no publicada). Universidad de Santiago de Compostela..

- SEXTO, M.C, SINEIRO,C, y GOMEZ,D.E (1996) Versión bilingüe (gallego-castellano) de la Escala de Depresión IPAT. En M.C. Sexto. Análisis y Evaluación de la depresión en ead involutiva. Tesis Doctoral (*no publicada*). Universidad de Santiago de Compostela. (Anexo 1)
- SEXTO, M.C, SINEIRO,C, y GOMEZ,D.E (1996) Versión bilingüe (gallego-castellano) de la Escala «D» del MMPI. En M.C. Sexto. Análisis y Evaluación de la depresión en edad involutiva. Tesis Doctoral (*no publicada*). Universidad de Santiago de Compostela.(Anexo 2)
- STROOP, J.P (1935). Studies of interference in serial verbal rreactions. *Journal of Experimental Psychology*, 118, 643-661.
- VEREKER, M. (1992). Chronic Fatigue Syndrome: a joint paediatric-psychiatric approach. *Archives of Disease in Childhood*, 67, 550-555.
- WECHSLER, D. (1955). *Wechsler Adult Intelligence Scale*. Nueva York. The Psychological Corporation.
- WECHSLER, D. (1981). *WAIS-R Wechsler Adult Intelligence-Revisent*. Orlando, FLA. The Psychological Corporation.
- WECHSLER, D. (1987). *Wechsler Memory Scale-Revised Manual*, Nueva York: Psychological Corporation.
- WOOD, C.; MAGNELLO, M.E., y SHARPE, M.C. (1992). Fluctuations in perceived energy and mood among patients with Chronic Fatigue Syndrome. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 85, 195-198.
- YESAVAGE, J.A.; BRINK, T.L.; ROSE, T.L.; LUM, O.; HUANG, V.S.; ADEY, M. y LEIRER, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-39.



Depresión y memoria: Estudio experimental de las alteraciones cognitivas asociadas a los estados de ánimo depresivos

DOMINGO ALVAREZ y ANA I. LAREU

Universidad de Santiago de Compostela. España

1. INTRODUCCIÓN

El estudio de la interacción existente entre emoción y cognición, y más concretamente entre estado de ánimo depresivo y memoria, se ha convertido en las dos últimas décadas en un foco de gran interés para la investigación en Psicología (Sexto, 1996). Un importante grupo de estructuras teóricas han puesto de relieve la necesidad de abordar el estudio de las cogniciones y las emociones desde una perspectiva bidireccional: cierto tipo de cogniciones daría lugar a cierto tipo de estados emocionales; pero también, el afecto podría influir en determinados *procesos y estados cognitivos*, especialmente en lo relativo a percepción y memoria.

En este contexto, hay que destacar la conceptualización de Bower (1981), considerado entre los pioneros en el estudio sobre la relación existente entre afecto y cognición, sugiriendo entonces que el afecto podría ser estudiado en términos de estructuras afectivas denominadas “nodos emocionales primitivos”.

Según la “*teoría de red asociativa*” propuesta por Bower, cada uno de los nodos emocionales estaría asociado con una red particular de cogniciones y memoria, relacionadas con la emoción. Mientras que las conexiones de los nodos emocionales pueden ser innatas, las conexiones cognitivas son aprendidas y, generalmente, establecidas a través de la contigüidad durante los acontecimientos de la vida. Cuando un nodo emocional es activado, esta activación se expande a través de las estructuras de la memoria, que a su vez se encuentran conectadas a la emoción, produciéndose entonces subumbrales de excitación en los nodos de este acontecimiento.

De los postulados básicos de la teoría sobre la emoción y la memoria de Bower se derivan varios posibles efectos del estado de ánimo sobre la cognición. De estos efectos dos son, sin duda alguna, los que han centrado mayor atención en la investigaciones sobre el tema. El primero de ellos (*recuerdo dependiente del estado*) hace referencia al incremento en el recuerdo cuando el estado de ánimo del sujeto es similar en la situación de aprendizaje y recuerdo. La emoción actuaría como una señal contextual adicional en el aprendizaje y el recuerdo. El segundo postulado se refiere al efecto de recuerdo congruente (*congruencia del estado de ánimo*), por el cual la información que es congruente afectivamente con el estado de ánimo del sujeto, tiende a ser aprendida mejor que la información incongruente. Este tipo de congruencia se puede producir tanto a nivel de los procesos de codificación como de recuperación de la información (Sexto, 1996).

En la codificación congruente, la información es incluida dentro de una rica red de conceptos y temas, activada por el estado de ánimo del individuo, lo que, a su vez, implica una mayor elaboración de dicha información. Por otra parte, el recuerdo congruente supone que la información almacenada en la memoria que es congruente con el estado de ánimo del sujeto es recuperada mejor que la información incongruente, debido a la mayor activación de la información congruente como consecuencia de la expansión del nodo emocional. A pesar de existir datos contradictorios y negativos, en general, la evidencia experimental, tanto a nivel de los estados de ánimo depresivos inducidos experimentalmente como a nivel de la depresión clínica, indica la existencia de un efecto de congruencia.

Hasher y cols. (1985), Hubbard (1987), Pietromonaco y Markus (1985), ha investigado sobre la congruencia de la memoria con estados de ánimo que se producen naturalmente, sin ser inducidos, por lo general utilizando el Cuestionario de Depresión BDI (Beck y cols., 1961). De nuevo, los resultados de estos estudios han mantenido, en su mayor parte, el efecto de tendencia congruente, pero persisten también descubrimientos en sentido contrario. A este respecto, cabe señalar la posibilidad de que este efecto de congruencia hallado en dichos experimentos sea un “artefacto”, debido a que los sujetos pueden adivinar las hipótesis que subyacen en las investigaciones, bien porque lo deducen cuando se les induce el estado de ánimo, bien porque se les induce al pasarles el BDI previamente a la tarea experimental.

Mediante el presente estudio se ha investigado si el efecto de recuerdo congruente aparece en sujetos que cumplimentan el BDI previamente a la tarea experimental, o bien si dicho efecto es independiente de la aplicación de dicho

Cuestionario. Este objetivo ha sido examinado a través de una simple manipulación en el orden de las dos pruebas (BDI y prueba experimental) a estudiantes universitarios depresivos y no depresivos.

Las hipótesis del experimento son, pues, las siguientes:

A) Hipótesis “artefacto”: el efecto de recuerdo congruente aparecería sólo en aquellos sujetos a los que se les pasa el BDI antes de la tarea experimental.

B) Hipótesis de “congruencia”: el efecto de congruencia se produciría tanto si a los sujetos se les pasa el BDI al principio de la tarea como si se les pasa después de realizar la tarea.

En definitiva, se trata de comprobar si el aplicar primeramente el Cuestionario de Depresión BDI induce a los sujetos a una focalización o sesgo sobre su estado de ánimo, apareciendo así en la posterior tarea de recuerdo resultados cognitivos congruentes con dicho estado de ánimo, o si dicho efecto congruente se produce independientemente del orden de aplicación del BDI.

2. MÉTODO

2.1. Sujetos

Dos grupos de 59 y 65 estudiantes cada uno del primer curso de la Escuela Universitaria de Formación del Profesorado de E.G.B. de La Coruña participaron como sujetos voluntarios en este experimento. El rango de edad de los sujetos oscilaba de 19 a 23 años, con una media de 19,78 años.

Los sujetos fueron asignados a los grupos en función de su puntuación en el BDI. Dentro del primer grupo de estudiantes, al que llamaremos A, catorce sujetos con una puntuación superior a 11 puntos fueron asignados al grupo depresivo y otros catorce sujetos con una puntuación de 0 a 5 fueron asignados al grupo no depresivo. El mismo proceso se siguió en el otro grupo (grupo B), resultando también dos grupos (depresivo/no depresivo) de catorce sujetos cada uno.

Las puntuaciones medias en el BDI así como las desviaciones típicas para cada uno de estos cuatro grupos fueron las siguientes:

	A		B	
	P. Media	D.T.	P. Media	D.T.
GRUPO DEPRESIVO	17,71	5,67	16,9	4,84
GRUPO NO DEPRESIVO	1,85	1,59	2,14	1,40

2.2. Diseño

En este experimento se utilizó un Diseño Factorial 2x2x2. El primer factor (Estado de ánimo) era manipulado entre grupos y constaba de dos niveles: *Depresivos* vs. *No depresivos*. El segundo factor, Orden de presentación de las pruebas, era manipulado intersujetos y constaba de dos niveles: aplicación del BDI *antes* de la prueba de memoria y *después* de la prueba de memoria. El tercer factor, Tipo de palabra, era manipulado intrasujetos, y constaba de dos niveles: *positivas* vs. *negativas*.

2.3. Materiales

En este experimento se utilizaron las siguientes pruebas:

- “Inventario de Depresión de Beck” (B.D.I.) (Beck-Ward-Mendelson-Mock-Erbaugh, 1961).

- Una tarea de tipo distractor o “*tarea distractora*”, consistente en tachar de forma clara todas las “d” que tuvieran un total de dos apóstrofes colocados encima o debajo de dicha letra, dentro de una serie de letras similares que se le presentaban al sujeto en un Cuadernillo de trabajo.

- Para la prueba de recuerdo, los estímulos usados en este experimento consistían en 24 adjetivos, 12 positivos y 12 negativos, seleccionados de un conjunto de 72 adjetivos utilizados por Bradley-Mathews (1983). En cuanto a los criterios de selección de los adjetivos, en primer lugar, la frecuencia de uso, según el recuento de Juilland-Chang Rodríguez (1964), oscilaba de 7 a 24 ocurrencias por medio millón. En segundo lugar, la longitud de los adjetivos oscilaba de 5 a 11 letras. La frecuencia y la longitud media de los adjetivos positivos era similar a la de los adjetivos negativos (ver Apéndice 1). Con estos 24 adjetivos (12 positivos y 12 negativos) se elaboraron cuatro órdenes diferentes de listas, incluyendo todas ellas los mismos. El orden de los adjetivos dentro de las listas fue al azar.

2.4. Procedimiento

En primer lugar, hay que señalar que en ningún momento se les avisó a los sujetos de que la investigación se centraba en el estudio de los estados de ánimo, sino que se trataba de un trabajo sobre la naturaleza de los procesos de la memoria.

En el grupo A, se aplicaron las pruebas en el orden que se detalla a continuación. Primeramente se les aplicó el BDI, cuidando a lo largo de todo el experimento que los sujetos estuviesen debidamente separados unos de otros, para lo cual todo ello se realizó en una sala suficientemente espaciosa. Mientras los sujetos completaban este primer formulario no se les mostró la siguiente tarea ni se les informó de ella hasta que todos hubieron acabado y entregado el BDI. A continuación se les entregó una hoja con la lista de 24 adjetivos (diferentes en cuanto al orden de palabras dentro de ellas). La asignación de las listas a los sujetos se hizo aleatoriamente. Se les dio la siguiente consigna: "Tu tarea consiste en estudiar o aprender la lista de palabras que se te ha entregado". Pasados 4 minutos de tiempo, se les retiraba el folio con la lista de palabras y se les entregaba la tarea de tipo distractor ya mencionada. Una vez leída en voz alta la página de Instrucciones y realizado un ensayo de prueba, los sujetos trabajaban en esta tarea durante 5 minutos. Finalizado este tiempo, se detuvo la prueba y se recogió. Por último, se le entregó a cada sujeto una hoja DIN A-4 en blanco y se les pidió que escribieran en ella todas las palabras que recordaran de la lista que habían aprendido anteriormente, sin importar el orden en que allí figuraban. Una vez escritas, fue recogida dicha hoja. Como ya quedó apuntado, en cada momento los sujetos sólo tenían delante la hoja o la prueba sobre la que estaban trabajando en esos instantes y ninguna otra al lado. Asimismo, no se les informaba de una prueba hasta que no hubieran finalizado la anterior.

En el grupo B, las pruebas fueron aplicadas el mismo día y a continuación del grupo A. Las pruebas fueron exactamente las mismas en ambos grupos, con idénticas consignas e instrucciones, excepto en el orden temporal de presentación de las mismas, que en el Grupo B fue como se detalla seguidamente: 1º) Instrucciones generales; 2º) Lista de adjetivos para memorizar; 3º) Tarea distractora; 4º) Prueba de recuerdo y 5º) Aplicación del BDI.

De acuerdo con los objetivos de esta investigación se seleccionaron para el objetivo de estudio de este trabajo cuatro grupos, de 14 sujetos cada uno:

- Grupo Depresivo al que se le aplicó primeramente el BDI.
- Grupo Depresivo al que se le aplicó el BDI después de la prueba de memoria.
- Grupo No-depresivo al que se le aplicó primeramente el BDI.
- Grupo No-depresivo al que se le aplicó el BDI después de la prueba de memoria.

La duración aproximada de cada sesión experimental fue de 40 minutos.

2.5. Variable Dependiente

En este experimento se utilizó como Variable Dependiente el número de palabras, tanto positivas como negativas, recordadas correctamente por los sujetos.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la tabla 1 se recogen las medias y desviaciones típicas del número de palabras positivas y negativas recordadas correctamente en las distintas condiciones y grupos del experimento. Como puede observarse, la media de palabras positivas recordadas por los sujetos depresivos es ligeramente superior en la condición de BDI anterior a la tarea de memoria. Sin embargo, en el recuerdo de palabras positivas por los sujetos no depresivos en las condiciones antes/después no aparecen diferencias significativas.

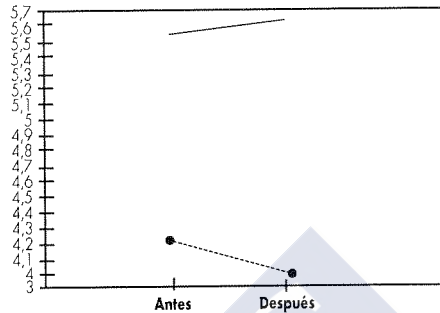
Tabla 1. Media y desviación típica del número de palabras recordadas en las distintas condiciones del experimento

Palabras positivas	Media	D.T.	N
BDI ANTES			
DEPRESIVOS	4.214	.893	14
NO DEPRESIVOS	5.000	1.359	14
BDI DESPUÉS			
DEPRESIVOS	3.929	1.730	14
NO DEPRESIVOS	5.500	1.951	14
Palabras Negativas	Media	D.T.	N
BDI ANTES			
DEPRESIVOS	5.571	1.785	14
NO DEPRESIVOS	4.214	1.888	14
BDI DESPUÉS			
DEPRESIVOS	5.643	1.447	14
NO DEPRESIVOS	4.429	1.604	14

Si comparamos el recuerdo de palabras negativas de los sujetos depresivos en las condiciones BDI antes/después, la puntuación es muy similar. Esto mismo sucede si comparamos a los sujetos no depresivos en el recuerdo de palabras negativas (Gráfico 1). Por último, si comparamos a los depresivos examinados “antes” con los depresivos examinados “después” y los no depresivos (en conjunto), no aparecen diferencias, por lo que podemos inferir en un pri-

mer paso que el uso del test antes o después de la tarea de memoria no influye para que se produzcan diferencias de resultados.

Gráfico 1. Palabras positivas (representadas por círculos) y negativas recordadas por los depresivos en las dos condiciones experimentadas



En la tabla 2 se recoge el Análisis de Varianza (ANOVA) para las palabras recordadas en el experimento en función del momento de aplicación (Factor APLI, antes/después de la tarea de memoria), estado de los sujetos (Factor ESTADO, depresivos/no depresivos) y tipo de palabras (Factor TIPO, positivas/negativas).

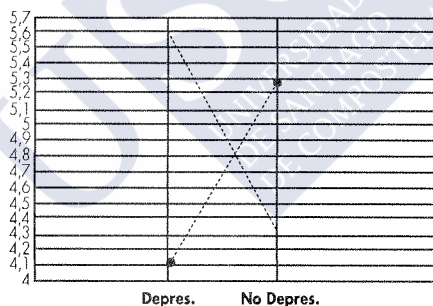
Tabla 2. Análisis de Varianza Mixto 2 x 2 x 2 para las palabras recordadas en función del momento de aplicación (Factor APLI), estado de ánimo de los sujetos (Factor ESTADO) y tipo de palabras (Factor TIPO)

	Fuente de Variación				
	SC	GL	MC	F	p
Inter-Sujetos					
ERROR	171.54	52	3.30		
APLI	.44	1	.44	.13	.717
ESTADO	.08	1	.08	.02	.877
APLI X ESTADO	1.51	1	1.51	.46	.502
Intra-Sujetos					
ERROR	99.68	52	1.92		
TIPO	2.58	1	2.58	1.35	.251
APLI X TIPO	.01	1	.01	.00	.946
ESTADO X TIPO	42.51	1	42.51	22.18	.000
APLI X ESTADO X TIPO	.72	1	.72	.38	.542

Estos datos manifiestan que lo único destacable es la interacción ESTADO X TIPO, interacción que también se deducía de la Tabla 1 y que aparece

representada en el gráfico 2. Por otra parte, también es importante observar que los distintos grupos (hecha abstracción sobre si pertenecen a la condición “antes” o “después”) recuerdan de distinta manera las palabras positivas y las negativas, y esta diferencia es significativa. Como se puede apreciar en el gráfico 2, los depresivos recuerdan más palabras negativas y los no depresivos más positivas. Si tomamos el total de palabras no hay ninguna diferencia, y las demás fuentes de variación no son significativas. Quiere esto decir que la Hipótesis A del experimento (a la que denominábamos “hipótesis artefacto”) no se confirma, puesto que el efecto de recuerdo congruente no se cumple sólo en aquellos sujetos a los que se les pasó el BDI antes de la tarea experimental. Sin embargo, los datos obtenidos confirman plenamente la Hipótesis B o “hipótesis de congruencia”, dado que el efecto de recuerdo congruente con el estado de ánimo aparece en los sujetos, tanto si se les pasa el BDI al principio de la tarea como si se les pasa después de realizarla.

Gráfico 2. Interacción ESTADOxTIPO de palabra
(los círculos corresponden a las positivas)



Para corroborar estas afirmaciones se realizó un contraste de medias para las condiciones objeto de interés según las hipótesis planteadas en el experimento, datos que se recogen en la Tabla 3.

Tabla 3. Contraste de medias para las condiciones objeto de interés principal

Palabras negativas

Contraste	Coefic.	Error Típico	t	p
DEPRESIVOS ANTES/DESPUÉS	-0.071	0.64	-0.11	0.911
DEPRESIVOS ANTES/RESTO	2.429	1.56	1.55	0.127

Los resultados obtenidos en este experimento permiten confirmar la Hipótesis de congruencia propuesta por Bower (1981), pero no así la hipótesis

“artefacto” que nosotros planteamos paralelamente, en el sentido de que la aplicación del BDI antes o después de la tarea de recuerdo no parece tener influencia en los resultados.

4. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en esta investigación tienden a dar consistencia al postulado de la “teoría de red asociativa” propuesta por Bower en lo que respecta al efecto de recuerdo congruente con el estado de ánimo. Sin embargo, y a pesar de que el aprendizaje congruente con el estado de ánimo ha sido encontrado con éxito a través de diferentes estudios y con distintos procedimientos de inducción (e.g., Bower-Gilligan-Monteiro, 1981; Bower-Mayer, 1985; Teasdale-Taylor, 1981; Nasby-Yando, 1982; Teasdale-Rusell, 1983), nuestros hallazgos apuntan a que dicho efecto de congruencia es independiente de la inducción natural (utilizando el BDI) del estado de ánimo. Parece que, si se trabaja con inducción previa, dicho efecto sólo aparece cuando hay una fuerte manipulación de los estados de ánimo o cuando la depresión es suficientemente importante como para requerir la hospitalización (Cole, 1980; Bower-Mayer, 1985). En este sentido se manifiesta Ellis (1985) cuando señala que “la manipulación del estado de ánimo vía sujetos clasificados en base a inventarios de depresión es bastante débil para producir efectos medibles”.

Por último, en cuanto a las implicaciones que se pueden derivar de esta investigación, cabe sugerir que está sujeta a la necesidad de realizar un mayor número de estudios con un espectro más amplio de grupos experimentales, incluyendo sujetos clínicamente depresivos, y en donde también sería interesante variar el tipo de tarea, o cuando menos el tipo de palabras ofrecidas, para analizar posibles repercusiones de todos estos elementos en los resultados.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BECK, A.T.; WARD, C.H.; MELDELSON, M.M.; MOCK, J. y ERBAUGH, J. (1961): “An inventory for measuring depression”. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- BOWER, G.H. (1981): “Mood and Memory”. *American Psychologist*, 36, 129-148.
- BOWER, G.H.; GILLIGAN, S.G.; MONTEIRO, K.P. (1981): “Selectivity of learning caused by affective states”. *Journal of Experimental Psychology: General*, 110, 451-473.
- BOWER, G.H.; MAYER, J.D. (1985): “Failure to replicate mood-dependent retrieval”. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 23, 39-42.
- BRADLEY, B. y MATHEWS, A. (1983): “Negative self-schemata in clinical depression”. *British Journal of Clinical Psychology*, 22, 173-181.

- COLE, C.S. (1980): "Cognitive correlates of episodic depression. A test of the depressive schematic theory". *Dissertation Abstracts International*, 41, 1496.
- ELLIS, H.C. (1985): "On the importance of mood intensity and encoding demands in memory. Comentary on Hasher, Rose, Zacks, Sanft and Dore". *Journal of Experimental Psychology: General*, 114, 392-395.
- HASHER, L.; ROSE, K.C.; ZACKS, R.T.; SANFT, H.; DOREM, B. (1985): "Mood, recall and selectivity effects in normal college students". *Journal of Experimental Psychology: General*, 114, 104-118.
- HUBBARD, B. (1987): "Attention and memory in depression". Unpublished master's thesis, State University of New York, Binghamton.
- JUILLAND, A. y CHANG RODRÍGUEZ, E. (1964): *Frecuency Dictionary of Spanish Words*, Mouton.
- NASBY, W.; YANDO, R. (1982): "Selective encoding and retrieval of affectively valent information. Two cognitive consequences of children's mood states". *Journal of Personality and Social Psychology*, 43, 1244-1253.
- PIETROMONACO, P.R.; MARKUS, H. (1985): "The nature of negative thoughts in depression". *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 799-807.
- SEXTO, M.C. (1996). *Análisis y evaluación de la depresión en edad involutiva*. Tesis Doctoral (no publicada). Universidad de Santiago de Compostela.
- TEASDALE, J.D.; TAYLOR, R. (1981): "Induced mood and accesibility of memories. An effect of mood states or of induction procedure?". *British Journal of Clinical Psychology*, 20, 39-48.
- TEASDALE, J.D.; RUSSELL, M.L. (1983): "Diferential effects of induced mood on the recall of positive, negative and neutral words". *Bristish Journal of Clinical Psychology*, 22, 163-171.

APÉNDICE 1

Adjetivos usados en esta investigación, ordenados según su frecuencia

NEGATIVOS	Frecuencia	Nº de letras
Fracasado	7	9
Miserable	8	9
Infeliz	9	7
Abandonado	10	10
Sombrío	10	7
Indeciso	12	8
Indefenso	12	9
Inquieto	13	8
Desgraciado	15	11
Acabado	18	7
Débil	24	5
Aislado	24	7

 $X = 13.50$
 $X = 8.08$
 $Ds = 5.76$
 $Ds = 1.62$

POSITIVOS	Frecuencia	Nº de letras
Divertido	8	9
Afortunado	8	10
Esbelto	10	7
Robusto	10	7
Enérgico	10	8
Encantador	12	10
Apasionado	12	10
Atento	13	6
Distinguido	15	11
Animado	17	7
Sincero	23	7
Honrado	23	7

 $X = 13.42$
 $X = 8.25$
 $Ds = 5.20$
 $Ds = 1.66$



Conductas depresivas en adolescentes hijos de padres separados

JULIA BEHAR; JORDI COLOM; y SILVIA ESCALONA
Universidad de Barcelona. España

1. INTRODUCCIÓN

Se puede definir la adolescencia como un período de grandes desórdenes que alcanzan los ámbitos biológico, psicológico y psicosocial. De ahí que cualquier situación vital que implique un cambio y que aporte elementos estresantes, puede repercutir en el estado emocional del adolescente. Estos “*desórdenes*” llegarán a plantear problemas de adaptación únicamente si persisten y/o se hacen más intensos (Brooks-Gunn y Petersen, 1991).

Uno de estos desórdenes en el ámbito psicológico lo constituye la serie de “*estados depresivos*”, por los que pasa el adolescente a lo largo de su desarrollo. Si bien no todos los adolescentes pueden considerarse clínicamente deprimidos, uno de los principales problemas estriba en determinar el punto de corte entre la patología clínica y el desarrollo normal (Bariaud y Oliveri, 1989; Brooks-Gunn y Petersen, 1991).

Así mismo, hay que tener en cuenta las posibles diferencias en función del sexo que pueden darse respecto a la vivencia del afecto depresivo y en cuanto al tipo de conductas depresivas relatadas (Bariaud y Oliveri, 1989; Petersen, Sariagini, Kennedy, 1991; Brooks-Gunn y Petersen, 1991). En estos estudios se encuentran niveles de depresión más altos en las chicas que en los chicos, que vienen explicados por las diferencias en el proceso de socialización, al existir diferentes expectativas sociales respecto al desempeño de cada uno de los roles o identidades sexuales (Rodríguez-Tomé, Behar, Martínez, Bariaud, 1982). Algunas investigaciones indican que el divorcio y el conflicto interparental previo al mismo, es en sí mismo un evento de vida negativo para padres e hijos (Long, 1986; Peterson y Zill, 1983), y que como tal, puede dar lugar a un esta-

do depresivo. Por el contrario, otros estudios no consideran el divorcio como un evento de vida negativo (Enos y Handel, 1986 ; Barber y Eccles, 1992). Para Barber y Eccles los efectos negativos del divorcio no únicamente son eludibles, sino que producen algunos efectos positivos a largo término, como el desarrollo de la competencia y la independencia, especialmente para los adolescentes que viven el divorcio de los padres antes de la entrada en la adolescencia.

Esta investigación tiene como objetivo conocer hasta qué punto, el divorcio de los padres puede dar lugar a conductas de tipo depresivo en los hijos adolescentes, dado que estudios anteriores refieren que durante la edad escolar algunos chicos y chicas con ansiedad y depresión habían estado expuestos previamente a alguna experiencia de vida adversa (Goodyer, 1994). Se ha elegido esta situación estresante, dado que la misma provoca múltiples cambios en el entorno del adolescente, como el paso a una familia monoparental, con lo que ello comporta de distanciamiento físico y en ocasiones emocional de uno de los padres, o la incertidumbre respecto al futuro inmediato que esta situación implica. Además, y como explica Goodyer (1993), porque se trata de una situación que queda fuera del control de los adolescentes y, por lo tanto, se sienten más indefensos ante la misma. En estas circunstancias cobra especial importancia el *soporte social y familiar* con el que cuenta el adolescente, ya que se considera al entorno como un factor *amortiguador* de las consecuencias estresantes. (Emery, 1982; Wolchik, Ruchlman, Braver, Sandler, 1989; Amato y Keith, 1991; McLoughlin y Whitfield 1984).

Se aporta información sobre las diferencias en el nivel de depresión entre los adolescentes hijos de padres separados y los de familias intactas, teniendo en cuenta el sexo, y también desde una perspectiva más cualitativamente conductual se analizan las conductas depresivas más frecuentes en los adolescentes hijos de padres separados, en ambos grupos.

2. MÉTODO

2.1. Muestra

La muestra está compuesta por 56 adolescentes, hijos de padres separados (28 chicos y 28 chicas) y 281 adolescentes pertenecientes a familias intactas (127 chicos y 154 chicas). Todos ellos, estudiantes de segundo de B.U.P. en escuelas públicas y privadas de la ciudad de Barcelona. Los adolescentes de la muestra tienen entre 15 y 16 años.

En la muestra de adolescentes hijos de padres separados, el 80% vive con la madre, el 10% con el padre, y el 10% restante alternativamente con ambos.

2.2. Instrumentos y procedimiento

Se ha utilizado el test *Multiescore Depression Inventory: M.D.I.*; (Berndt, 1983), escala de Likert de cero a seis puntos, que consta de 118 ítems agrupados en diez subescalas: *irritabilidad, culpa, pesimismo, baja autoestima, dificultad cognitiva, fatiga, mal humor, introversión social, indefensión instrumental e indefensión aprendida*, con 12 ítems para cada subescala.

La administración de pruebas tuvo lugar en los propios Centros Educativos, en horario lectivo. Los miembros del equipo de investigación fueron los encargados de administrar los tests; encontrándose ausentes los profesores. Se explicó a los alumnos que se trataba de una investigación sobre las relaciones padres-hijos en la adolescencia, dado que al mismo tiempo se aplicaba un cuestionario con este fin.

3. RESULTADOS

En primer lugar se han comparado los resultados obtenidos en las distintas subescalas y en la escala total por *los adolescentes hijos de padres separados e hijos de familias intactas*; teniendo en cuenta la variable sexo, mediante una prueba Z de comparación de medias. Se aporta información únicamente de los valores de Z de las escalas con diferencias significativas y para el total de la escala.

Tabla 1. Comparación de medias entre chicas, hijas de padres separados y hijas de familias intactas

	Padres Separados	Familia Intacta		
CHICAS	Media	Media	Z	Prob.
Pesimismo	5.1667	3.4610	-2.63	.012*
Malhumor	4.1333	3.0195	-2.10	.042*
Indefensión Aprendida	3.1667	2.1753	-2.33	.028*
Escala Total	41.1667	32.9026	-2.33	.025*

* $p < 0.05$

Cabe destacar que entre *los chicos* procedentes de ambos tipos de familia, no aparecen diferencias significativas por lo que se refiere a conductas depresivas en ninguna de las subescalas. Por lo que respecta a *las chicas* (Tabla 1),

se han encontrado diferencias significativas en las subescalas *pesimismo*, *malhumor*, *indefensión aprendida* y en la escala total.

Estos resultados indican que el divorcio, como situación estresante, parece influir en el afecto depresivo de las chicas, pero no en el de los chicos. Estos resultados se sitúan en la línea de los obtenidos en otros estudios, que indican la presencia de afecto depresivo en las adolescentes que han tenido que enfrentarse a eventos negativos familiares, en forma más intensa que los chicos. En cuanto a los chicos, la no aparición de diferencias significativas entre los dos grupos, respecto a humor depresivo, se debe posiblemente a la utilización de estrategias de enfrentamiento diferentes que las chicas. Los chicos recurren a conductas que los apartan del humor depresivo en tanto que las chicas tienden a ampliar dicho humor, al reflexionar sobre sus estados depresivos, y las posibles causas de los mismos (Nolen-Hoeksema, 1987). También concordarían con los diferentes efectos conductuales que se dan según el sexo ante el divorcio, sobre todo cuando existe conflicto interparental (Ross, 1980; Emery, 1982); y así las adolescentes tienden a presentar ante el divorcio conductas de exceso de control, lo que daría lugar a manifestaciones ansiosas y depresivas. En cambio, los chicos tienden a manifestar más conductas de pérdida de control, como conductas agresivas y impulsivas.

El afecto depresivo de las chicas hijas de padres separados en esta investigación, se caracterizaría por un estado de indefensión aprendida ante la separación de los padres, pesimismo y malhumor. La indefensión aprendida es un estado que se produce en situaciones en las que el sujeto no es capaz de desarrollar conductas adaptativas, y en las que, por lo tanto, recurre a la pasividad. El divorcio corresponde a una situación de este tipo dado que la separación de los padres viene impuesta a los adolescentes, que no pueden modificar la decisión de los padres. En cuanto al pesimismo y malhumor, guardan relación con el futuro incierto, en muchas ocasiones incluso en lo económico y con el temor ante la pérdida de relación con el padre.

Por último, y desde una perspectiva cualitativa y conductual, se detallan aquellas conductas depresivas que se dan con mayor frecuencia en los adolescentes hijos de padres separados, que en los hijos de familias intactas teniendo en cuenta la variable sexo. Se entiende por mayor frecuencia cuando un ítem del M.D.I. ha sido contestado por más de un 60% de los sujetos de la muestra, adolescentes hijos de padres separados.

El análisis de las Tablas 2 y 3 permite constatar que se dan más conductas depresivas, y éstas lo hacen con mayor intensidad en las adolescentes hijas de padres separados que en los adolescentes hijos de padres separados, lo cual

concuera con los resultados anteriormente expuestos, que muestran una mayor tendencia al humor depresivo por parte de las chicas que están en este período adolescente y que se encuentran en una situación de divorcio entre los padres.

Tabla 2. Conductas depresivas más frecuentes que se dan en adolescentes hijos de padres separados

Ítem	Enunciado del Ítem y Escala a la que pertenece	Respuesta		%
		No Depresiva	Si Depresiva	
84	Frecuentemente me siento somnoliento, y tengo necesidad de dormir un poco. (<i>Nivel Energía</i>)	8	18	69.2
97	Permanentemente tengo un lado triste. (<i>Mal Humor</i>)	8	18	69.2
14	A menudo me siento gandul y sin fuerzas. (<i>Nivel Energía</i>)	9	17	65.4
3	Mis sentimientos a menudo son confusos. (<i>Dificultad Cognitiva</i>)	10	16	61.5
5	A menudo no discuto con los otros. (<i>Irritabilidad</i>)	10	16	61.5
73	Habitualmente no tengo el pensamiento confuso. (<i>Dificultad Cognitiva</i>)	10	16	61.5
92	Soy optimista: veo la vida de color de rosa. (<i>Pesimismo</i>)	10	16	61.5
103	A menudo me falta tiempo, hasta para decidir qué ropa me pongo. (<i>Dificultad Cognitiva</i>)	10	16	61.5

Por lo que respecta a los chicos, la conducta más característica es: *Frecuentemente me siento somnoliento y Tengo necesidad de dormir un poco* (69.2%) de la escala Nivel de Energía (Tabla 2), de la que se da otro ítem: *A menudo me siento gandul y sin fuerzas* (65.4%). La subescala más frecuente es la de Dificultad Cognitiva con tres ítems. El posible perfil a partir de estas dos subescalas sería indicativo de dificultades escolares, debido a la confusión mental, la escasa capacidad de concentración y al bajo nivel de energía.

Por lo que se refiere a las conductas depresivas que se dan en las chicas la más frecuente es: *A menudo, cuando me enfado o me siento decepcionada, estallo* (93.1%) que pertenece a la *escala Irritabilidad* (Tabla 3). Es relevante el hecho de que la mayor parte de las conductas depresivas hacen referencia a ítems de *Dificultad Cognitiva* (60% de los ítems) que, junto a los ítems de *Mal humor e Irritabilidad*, proporcionan un perfil de las chicas diferenciado del de los chicos, con más elementos de carácter afectivo en las chicas.

Tabla 3. Conductas depresivas que se dan más frecuentemente en adolescentes hijas de padres separados

Ítem	Enunciado del Ítem y Escala a la que pertenece	Respuesta		%
		No Depresiva	Si Depresiva	
114	A menudo, cuando me enfado o me siento decepcionada, estallo. (<i>Irritabilidad</i>)	2	27	93.1
53	Siempre tengo problemas para tomar decisiones importantes. (<i>Dificultad Cognitiva</i>)	5	24	82.8
23	No dejo de dar vueltas a los mismos pensamientos. (<i>Dificultad Cognitiva</i>)	6	23	79.3
103	A menudo me falta tiempo, hasta para decidir qué ropa me pongo. (<i>Dificultad Cognitiva</i>)	7	22	75.9
83	Los mismos pensamientos vienen a mi cabeza una y otra vez. (<i>Dificultad Cognitiva</i>)	8	21	72.4
37	Frecuentemente me siento melancólica. (<i>Mal Humor</i>)	9	21	69.0
3	Mis sentimientos a menudo son confusos. (<i>Dificultad Cognitiva</i>)	10	19	65.5
63	A menudo tengo problemas para ordenar las cosas en mi cabeza. (<i>Dificultad Cognitiva</i>)	11	18	62.1
92	Soy optimista; veo la vida de color de rosa. (<i>Pesimismo</i>)	11	18	62.1
97	Permanentemente tengo un lado triste. (<i>Mal Humor</i>)	11	18	62.1

4. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos indican que no se encuentran diferencias en cuanto a conductas depresivas en los chicos para los dos tipos de familias; en cambio, se advierten más conductas depresivas en las chicas hijas de padres separados que en los hijos de familias intactas. Estos resultados indicarían que el divorcio y sus consecuencias afectan a los adolescentes de forma diferente, encontrándose efectos conductuales distintos en función del sexo.

En las adolescentes, ante la separación de los padres, se observarían conductas depresivas relacionadas básicamente con dificultades emocionales, que serían más intensas que en las adolescentes de su misma edad, pero con familias intactas. Estos resultados irían en la línea de aquellos estudios que encuentran la existencia de conductas depresivas en las adolescentes femeninas ante eventos de vida negativos que se producen en los primeros años de la adolescencia.

En los adolescentes varones no se daría la presencia de afecto depresivo ante una situación de separación familiar, debido a la utilización de mecanismos de enfrentamiento que reducirían el impacto de la separación. Esto puede indicar que realizarían otro tipo de adaptaciones conductuales bajo la forma de conductas agresivas e impulsivas, que se manifestarían en diferentes contextos, como sería el fracaso escolar y la dificultad de adaptación a la nueva familia. Las chicas aparentemente mejor adaptadas porque no crean conflictos conductuales aparentes incrementarían, en cambio, el afecto depresivo.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMATO, P.R. y KEITH, B. (1991). Parental divorce and the well-being of children: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 110, 1, 26-46.
- BARBER, B.L. y ECCLES, J.S. (1992). Long-term influence of divorce and single parenting on adolescent family and work-related values, behaviors and aspirations. *Psychological Bulletin*, 111, 1, 108-126.
- BARIAUD, F. y OLIVERI, L. (1989). Les états dépressifs dans le développement normal de l'adolescent. *L'orientation scolaire et professionnelle*, 18, 4, 315-335.
- BERNDT, J. (1983). *Manual for Multiscore Depression Inventory*. Michael Reese Center and University of Chicago.
- BROOKS-GUNN, J. y PETERSEN, A.C. (1991). Studying the Emergence of Depression and Depressive Symptoms During Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence* 20, 2, 115-119.
- EMERY, R.E. (1982). Interparental conflict and the children of discord and divorce. *Psychological Bulletin* 92, 2, 310-330.
- ENOS, D. y HANDEL, P. (1986). The relation of parental marital status and perceived family conflict to adjustment in white adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 6, 820-824.
- GOODYER, I.M. (1993). Recent stressful life events: their long term effects. *European Child and Adolescence Psychiatry*, 2, 1, 1-9.
- GOODYER, I.M. (1994). Developmental psychopathology: the impact of recent life events in anxious and depressed school-age children. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 87, 327-329.
- LONG, B. (1986). Parenteral discord vs. family structure: Effects of divorce on the self-esteem of daughters. *Journal of Youth and Adolescence* 15, 19-27.
- MCCLOUGHLIN, D. y WHITFIELD, R. (1984). Adolescents and their experience of parenteral divorce. *Journal of Adolescence* 7, 155-170.
- NOLEN-HOEKSEMA, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: Evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101, 259-282.
- PETERSEN, A.C., SARIGIANI, P.A. y KENNEDY, R.E. (1991). Adolescent depression: Why more girls?. *Journal of Youth and Adolescence* 20, 2, 247-271.

PETERSON, J.L. Y ZILL N. (1986). Marital disruption, parent-child relationships, and behavior problems in children. *Journal of Marriage and the Family*, 49, 295-307.

RODRÍGUEZ-TOMÉ, H., BEHAR, J., MARTINEZ, C. y BARIAUD, F. (1982). Dimensiones de la identidad personal en la adolescencia. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 37, 3, 507-527.

ROSS, A.O. *Psychological disorders of children*. Nueva York: McGraw-Hill, 1980.

WOLCHIK, A.S., RUEHLMAN, L. S., BRAVER, L. S., y SANDLER, I. (1989). Social Support of Children of Divorce: Divorce and Stress Buffering Effects. *American Journal of Community Psychology* 17, 4, 485-501.



Síndrome de fatiga crónica y depresión

REMEDIOS GONZÁLEZ; Y M^a TERESA AHUIR
Universidad de Valencia. España

1. INTRODUCCIÓN

El *Síndrome de Fatiga Crónica* es una enfermedad poco conocida, aunque desde la década de los 80 está siendo estudiada por investigaciones de distintos ámbitos como la inmunología, virología, psiquiatría, psicología, entre otros. Su síntoma principal es una fatiga debilitante, persistente o reincidente o fácil fatigabilidad en una persona que no ha tenido nunca una historia de síntomas similares, que no remite con el descanso en la cama, y que es lo suficientemente severa como para reducir el promedio de actividad diaria hasta menos de un 50% del nivel de actividad anterior durante un período de al menos 6 meses. Otros síntomas somáticos son: dolor de cabeza, mialgia, nódulos linfáticos inflamados, dolor de garganta, trastornos de sueño (insomnio o hipersomnia), quejas neuropsicológicas (fotofobia, olvido, confusión, incapacidad de concentración, dificultad de pensamiento). De todos modos, su etiología, diagnóstico y tratamiento aún no están claros.

No existe acuerdo si el *Síndrome de Fatiga Crónica* y la depresión son un mismo trastorno; lo que sí es cierto es que tienen muchos síntomas en común. Diversos autores defienden la tesis de que ambas son una misma entidad. Sin embargo, otros autores defienden que aunque tienen rasgos comunes, no son el mismo síndrome, afirmando que el sufrir de *Síndrome de Fatiga Crónica* puede conllevar el desarrollo de un trastorno depresivo posterior (Lloyd y cols., 1990; Hickie y cols., 1990,1991; Wood, 1992). Abbey y Garfinkel (1990) suponen que si un paciente con *Síndrome de Fatiga Crónica* tiene sentimientos de tristeza reactiva, podría cumplir los criterios para la depresión mayor, basándose en esta tristeza reactiva y los síntomas del síndrome. Puede que los altos niveles de depresión hallados en los pacientes con *Síndrome de Fatiga Crónica* sean debi-

dos a que los síntomas somáticos que caracterizan el *Síndrome de Fatiga Crónica* son también criterios para el diagnóstico de depresión. Coincide con ellos Ray (1991), quien afirma que los procedimientos de valoración que son válidos cuando no existen enfermedades médicas puede que no sean válidos en el caso del *Síndrome de Fatiga Crónica*, y que éste es un problema metodológico que ha de tomarse en cuenta en futuros estudios. Confirman esta idea Wessely y Powell (1989), quienes en su estudio eliminaron el síntoma de fatiga en la valoración de la depresión en los pacientes con *Síndrome de Fatiga Crónica* y vieron que, si se volvía a incluir la fatiga en la puntuación total, el número de casos de depresión mayor aumentaba.

Otra propuesta es la de Wessely y Powell (1989) y Vereker (1992), quienes afirman que la depresión primaria típica y el *Síndrome de Fatiga Crónica* se diferencian en que la depresión se caracteriza por anhedonia, pérdida de peso, ideación suicida, retardo o agitación psicomotor y ansiedad, lo que no suele suceder en el *Síndrome de Fatiga Crónica*. Powell y cols. (1990) añaden otras características distintivas como, por ejemplo, que los pacientes con *Síndrome de Fatiga Crónica* indican un grado mucho menor de culpa y baja autoestima que los pacientes con depresión. También añaden otras distinciones Behan y Bakheit (1991), quienes afirman que una diferencia entre ambas condiciones es que los pacientes con depresión tienen más a menudo una historia familiar y genética de depresión, lo que no sucede con los pacientes con *Síndrome de Fatiga Crónica*. Añaden, además, que los pacientes con *Síndrome de Fatiga Crónica* tienen mucha más fobia e hipersensibilidad al ruido que los pacientes con depresión.

Según Chow y Stollerman (1993) hay varias características diferenciadoras entre el *Síndrome de Fatiga Crónica* y la depresión:

Cuadro 1. Contraste entre Depresión y Síndrome de Fatiga Crónica

Síntomas	Depresión	Síndrome de Fatiga Crónica
1. Ideas de suicidio	<i>en todos o en la mayoría de los pacientes</i>	sólo en algunos
2. Pérdida de interés social	<i>en muchos pacientes</i>	sólo en algunos
3. Sentimiento de fracaso	<i>en todos o en la mayoría</i>	sólo en algunos
4. Alternancia de días buenos y malos	<i>sólo en algunos</i>	en muchos pacientes
5. Enlentecimiento o agitación psicomotora	<i>sólo en algunos</i>	en ningún paciente
6. Delirios	<i>en algunos</i>	en ninguno
7. Fatiga post-ejercicio	<i>sólo en algunos</i>	en todos o la mayoría
8. Autorreproche	<i>en todos o en la mayoría</i>	sólo en algunos
9. Sentimientos de culpa	<i>en todos o en la mayoría</i>	sólo en algunos

Dentro de este contexto, el presente trabajo tiene como *objetivo* el estudio de la relación entre los síntomas del *Síndrome de Fatiga Crónica* y la Depresión.

2. MÉTODO

El presente trabajo se trata de un estudio longitudinal de caso único. La sujeto es una mujer casada de 46 años con dos hijas, de profesión ama de casa (cuando puede ejercerla), con estudios primarios. Sufre de *Síndrome de Fatiga Crónica* desde hace 21 años, aunque le ha sido diagnosticado en el año 1992. Ha seguido multitud de tratamientos: analgésicos, miorreajantes, antidepressivos, ansiolíticos, acupuntura, homeopatía, psicoterapia... sin mejoría alguna.

Para este estudio se ha diseñado un registro en el que se han medido diariamente durante 12 meses (desde marzo-93 a febrero-94):

- La temperatura ambiental.

- Las diferentes variables orgánicas del *Síndrome de Fatiga Crónica* (la fatiga física, el dolor de cabeza, el dolor muscular y el dolor de garganta), que han sido evaluadas en una escala de Likert de 1 a 7 puntos.

- Las variables emocionales: ansiedad y depresión, medidas mediante el PFRS (*Profile of Fatigue-Related Symptoms*; Ray y cols. 1992). El PFRS es un instrumento de 54 ítems formulados en una escala *tipo Likert* de 1 a 7, y formado por cuatro escalas: *Distress emocional*, formada por ítems relativos a depresión y ansiedad. Esta escala no tiene en cuenta los síntomas somáticos de la depresión y la ansiedad, sino que sólo valora los síntomas afectivos y cognitivos. *Dificultad cognitiva*: consta de ítems que reflejan conductas y experiencias asociadas con un deterioro en las funciones cognitivas generales. *Fatiga física* (lo que se conoce como fatiga mental está incluido en la anterior escala de dificultad cognitiva). *Síntomas somáticos*: escala que refleja el distress que surge de las percepciones de la disfunción corporal. De todas estas mediciones diarias se ha sacado la puntuación media de cada dos meses, obteniéndose entonces seis puntuaciones diferentes de cada una de las variables.

Para valorar la depresión, además de la escala denominada *distress afectivo* del PFRS, también se le ha administrado cada dos meses el *Beck Depression Inventory*: BDI. Se han comparado las dos medidas de la depresión con todas las variables físicas y la temperatura para observar las relaciones entre ellas.

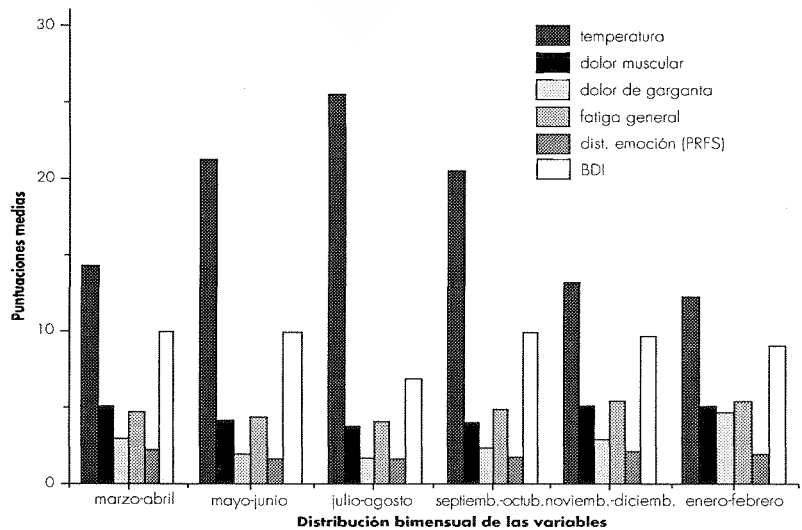
3. RESULTADOS

Como se puede apreciar en la Tabla 1 y en la Fig. 1 respectivamente, teniendo en cuenta que tanto el dolor muscular, el dolor de garganta, la fatiga general y la depresión medida mediante el PFRS, han sido evaluadas en una escala tipo Likert de 1 a 7 puntos, se observa que la *fatiga general* es siempre superior a la puntuación media (que sería de 3,5). Asimismo, la depresión medida en el PFRS no llega nunca a la puntuación media (siendo la puntuación más alta de 2,3). Cabe recordar que los elementos el PFRS no aluden a los síntomas somáticos de la depresión (que se sabe son similares a los del *Síndrome de Fatiga Crónica*).

Tabla 1: Puntuaciones medias de la temperatura, las variables físicas y emocionales

	temperatura	dolor muscular	dolor garganta	fatiga general	BDI	escala de Dep del PFRS
marzo-abril	14,29	5,15	3,01	4,86	11	2,3
mayo-junio	21,28	4,2	1,96	4,4	10	1,72
julio-agosto	25,6	3,88	1,63	4,03	7	1,71
septiem-octub	20,64	4,11	4,42	4,95	10	1,8
novie-diciem	13,33	5,2	3,01	5,61	11	2,22
enero-febrero	12,55	5,19	4,64	5,62	11	2,08

Figura 1: Medias bimensuales de las diferentes variables



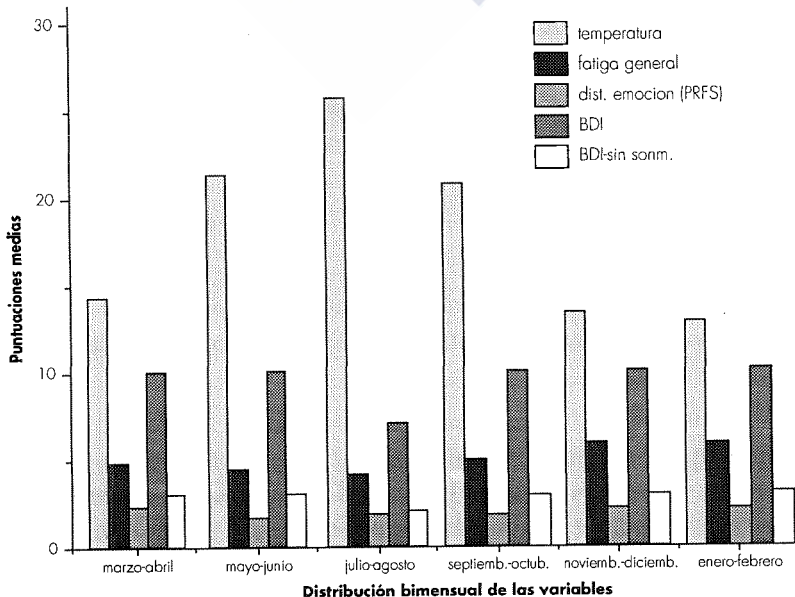
En la tabla 2 se puede observar que, respecto al dolor muscular, las puntuaciones son superiores a la media, lo que no ocurre con el dolor de garganta, que tan sólo son superiores a la media en los meses de enero y febrero. Se observa que ambos síntomas (dolor muscular y dolor de garganta) disminuyen si aumenta la temperatura (correlaciones de -0.98 y -0.86 respectivamente) y que aumentan cuando la fatiga general y la depresión medida en el PFRS aumentan.

Las correlaciones entre *fatiga general* y depresión (medida en el BDI y en el PFRS) son significativas.

Tabla 2: Análisis correlacional entre la temperatura, variables físicas y emocionales.

	temperatura	dol. muscular	dol. garganta	fatig general	Depre (PFRS)	BDI
temperatura	1					
dol. muscular	-0.98	1				
dol. garganta	-0.86	0.81	1			
Fatig. general	-0.9	0.82	0.85	1		
Depre (PFRS)	-0.9	0.94	0.65	0.7	1	
BDI	-0.71	0.59	0.53	0.68	0.49	1

Figura 2. Relación entre temperatura, fatiga y depresión.



Todas las puntuaciones en el BDI, excepto las correspondientes a los meses de julio-agosto, son indicativas de un nivel medio de depresión (aunque rozando el límite con el nivel normal). Cabe destacar, como ya se ha señalado anteriormente, que en dichas puntuaciones no se han eliminado las correspondientes a los elementos somáticos (nº 15 “no puedo trabajar en absoluto”, nº 16 “no duermo tan bien como siempre”, nº 17 “estoy demasiado cansada para hacer cualquier cosa”). Si se eliminan estos ítems, las puntuaciones se reducen considerablemente, siendo entonces el nivel de depresión normal.

Tabla 3: Puntuaciones en el BDI (en ítems somáticos y sin ítems somáticos)

	con ítems 15, 16, 17	sin ítems 15, 16, 17
marzo-abril	11	3
mayo-junio	10	3
julio-agosto	7	2
sept-octubre	10	3
novie-diciemb	11	3
enero-febrero	11	3

4. CONCLUSIONES

1. Dado que el *Síndrome de Fatiga Crónica* y la depresión comparten síntomas en común, esto puede llevar a errores en el diagnóstico de los pacientes con *Síndrome de Fatiga Crónica*.

2. Bajo nuestro punto de vista, una persona con dicho síndrome sí puede llegar a deprimirse, pero esta depresión sería reactiva a la condición clínica.

3. En nuestro sujeto se ve que en todos los meses del año existen niveles de fatiga y de dolor muscular superiores a la media, aunque varían según la temperatura.

4. Se observa que las puntuaciones en depresión en el PFRS también tienen relación inversa con la temperatura; la depresión (considerada como reactiva) disminuye también.

5. A la vista de las puntuaciones en la escala de depresión del PFRS se puede afirmar que en la sujeto no hay evidencia de depresión, ya que las puntuaciones están siempre por debajo de la media. También, si tenemos en cuenta que los síntomas somáticos de ambas condiciones se solapan, al eliminarlos en el BDI vemos que la paciente no sufre alteraciones afectivas y cognitivas de la depresión, sino sólo alteraciones somáticas.

6. Siguiendo los criterios diferenciadores entre la depresión y el *Síndrome de Fatiga Crónica* (Chow y Stollerman, 1993), nuestra paciente los cumple todos: no tiene ideas de suicidio, no ha perdido interés social, no tiene sentimiento de fracaso, delirios, enlentecimiento o agitación psicomotora, autorreproches ni sentimientos de culpa, y sí tiene alternancia de días buenos y malos y fatiga post-ejercicio.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABBEY, S.E. y GARFINKEL, P.E. (1990): Chronic Fatigue Syndrome and The Psychiatrist. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, 625-633.
- BEHAN, P.O. y BAKHEIT, A.M.O. (1991): Clinical spectrum of Post-viral Fatigue Syndrome. *British Medical Bulletin*, 47, 793-808.
- CHOW, K y STOLLERMAN, C.H. (1993). *Hospital Practice*, 8:1.
- HICKIE, I.; LLOYD A.; WAKEFIELD, D. y PARKER, G. (1990): The psychiatric status of patients with the Chronic Fatigue Syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 156, 534-540.
- HICKIE, I.; LLOYD A.; WAKEFIELD, D. (1991) Chronic Fatigue Syndrome and depression (letter). *The Lancet*, 337.
- HIGGINS, E.S. (1992): Chronic Fatigue Syndrome: a depressive. *The Journal of the south Carolina Medical Association*, 88, 51-57.
- HOLMES, G.P.; KAPLAN, J.E.; GANTZ, N.M.; KOMAROFF, A.L., y cols. (1988): Chronic Fatigue Syndrome: A Working Case Definition. *Annals of Internal Medicine*, 108, 387-389.
- KROENKE, K.; WOOD, D.R.; MANGELSDORFF, A.D.; MEIER, N.J.; POWELL, J.B. (1988): Chronic Fatigue in primary care: prevalence, patient characteristics and outcome. *Journal of the American Medical Association*, 260, 929-934.
- MANU, P.; MATTHEWS, D.A.; LANE, T.H.; TENNEN, H.; HESSELBROCK, V.; MENDOLA, R. y AFFLECK, G. (1989): Depression among patients with a chief complaint of fatigue. *Journal of Affective Disorders*, 17, 165-172.
- MILLON, C; SALGATO, F.; BLANEY, N.; MORGAN, R.; MANTERO-ATIENZA, E.; KLIMAS, N. y FLETCHER, M.A. (1989): A psychological assessment of Chronic Fatigue Syndrome/Chronic Epstein-Barr Virus patients. *Psychology and Health*, 3, 131-141.
- RAY, C.(1991): Interpreting the role of depression in Chronic Fatigue Syndrome. *Post-viral Fatigue Syndrome*, 93-113.
- RAY, C.; WEIR, W.R.C.; PHILLIPS, S. y CULLEN, S. (1992): Development of a measure of symptoms in chronic fatigue syndrome: The Profile of Fatigue-Related Symptoms: PFRS. *Psychology and Health*, 7, 27-43.
- VEREKER, M. (1992): Chronic Fatigue Syndrome: a joint paediatric-psychiatric approach. *Archives of Disease In Childhood*, 67, 550-555.
- WESSELY, S. y POWELL, R. (1989): Fatigue Syndromes: a comparison of Chronic Postviral Fatigue Syndrome with neuromuscular and affective disorders. *Journal of Neurology, Neurosurgery and psychiatry*, 52, 940-948.
- WOOD, C.; MAGNELLO, M.E. y SHARPE, M.C. (1992): Fluctuations in perceived energy and mood among patients with Chronic Fatigue Syndrome. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 85, 195-198.



Ansiedad y memoria: Estudio experimental de las alteraciones cognitivas asociadas a las reacciones de ansiedad

DOMINGO ALVAREZ y ANA I. LAREU

Universidad de Santiago de Compostela. España

1. INTRODUCCIÓN

Las predicciones desde un modelo de esquema cognitivo de la ansiedad se probaron al comparar pacientes generalmente ansiosos, y controles normales en su recuerdo incidental de palabras positivas y negativas, amenazantes y no amenazantes, referidas a sí mismos y a otros (Mogg, Mathews y Weinman, 1987). No hubo evidencia de sesgos de denominación de autoreferencia, favoreciendo palabras negativas o amenazantes en la ansiedad. Contrariamente a lo esperado, se obtuvieron bajas puntuaciones en memoria, a partir del material amenazante en pacientes ansiosos. Si se considera que los sujetos ansiosos difieren de los no ansiosos, resultaría que una aproximación multidimensional, conlleva el requerimiento tanto de datos conductuales como fisiológicos y verbales. Desde una perspectiva fisiológica se han alcanzado algunos progresos (e.g., Eysenck y Eysenck, 1985; Gray, 1981), pero es necesaria mayor investigación en lo relativo a la posible importancia de la evidencia conductual y verbal, relacionada con el funcionamiento cognitivo en pacientes ansiosos. ¿Cómo pueden estar implicados los factores cognitivos en la ansiedad? Una contestación influyente envuelve los efectos de la ansiedad sobre la capacidad de procesamiento disponible para la ejecución de la tarea. Según el modelo cognitivo de ansiedad, los sujetos ansiosos procesan selectivamente la información relevante de peligro personal como un resultado de la activación de esquemas de asociación (Pulido, 1996). Siguiendo este modelo de *"esquema de peligro"*, los sujetos ansiosos deberían mostrar un sesgo de recuerdo para material con información de tipo amenazante, más que no amenazante. Sin embargo, los resultados son ambiguos e incluso contradictorios en este sentido. Los procesos atencionales antes que los procesos de memoria parecen estar implicados en la ansiedad. Existe

una corriente de investigación que indica que hay sesgos atencionales (Pulido, 1996) hacia la información amenazante en la ansiedad (MacLeod y cols., 1986). No obstante, los resultados hacen pensar que este sesgo atencional no está asociado con memoria superior para la información amenazante en la ansiedad. En contraste, parece que el material amenazante plantea particulares dificultades para los sujetos ansiosos.

Desde esta perspectiva, la ansiedad suele caracterizarse por un control vigilante del entorno para los sucesos potencialmente amenazantes, combinado con esfuerzos activos para evitar o reducir el impacto de dichos sucesos. Se considera que la ansiedad puede deteriorar el rendimiento porque, al ocupar parte de la capacidad de procesamiento, queda menos capacidad disponible para atender con suficiencia a todas las demandas de la tarea (Pulido, 1994; Egido, Born y Sineiro, 1994).

Más específicamente, Eysenck (1979, 1982) argumenta que la interacción entre ansiedad y dificultad en la tarea podría explicarse dentro del marco de referencia de los modelos de memoria originalmente formulados por Baddeley y Hitch (1974). La ansiedad puede afectar negativamente el funcionamiento del sistema central ejecutivo o atencional del trabajo de la memoria, un sistema que es utilizado en un amplio rango de tareas. El empeoramiento de la eficiencia del sistema ejecutivo central en los sujetos ansiosos podría atribuirse al incremento de la preocupación y otras formas de procesamiento de tareas irrelevantes, que caracterizan a los referidos sujetos (Eysenck, 1979).

En este marco de referencia, se plantea la presente investigación con carácter eminentemente exploratorio. Se parte del hecho de que existen datos que apuntan la posibilidad de que los sujetos depresivos a los que se les aplica el Cuestionario de Depresión BDI (Beck y cols., 1961) pueden focalizar su atención en su estado de ánimo, es decir, pueden llevar al sujeto depresivo a centrarse en su estado anímico, activándose de este modo una tendencia cognitiva congruente con dicho estado. La exploración que se realiza en el presente trabajo intentará seguir esta línea pero referida al tema de ansiedad, aspecto en el que no existen todavía datos concluyentes.

Se parte, pues, de la hipótesis de que los sujetos ansiosos, al rellenar en primer lugar el STAI (State-Trait Anxiety Inventory, de Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), se centrarían en su estado emocional y, por lo tanto, mostrarían tal disposición en las cogniciones que luego aportasen. Por otra parte, sujetos igualmente ansiosos, al recibir primero la tarea experimental, se supone que aportarán recuerdos afectivamente similares a los presentados por sujetos no-ansiosos, no registrándose sesgos en la memoria. En definitiva, se trata de com-

probar si el aplicar primeramente el Cuestionario de Ansiedad STAI, actuaría como un medio de inducción natural que llevase a los sujetos a focalizarse o centrarse sobre su estado de ánimo, apareciendo así en la posterior tarea de recuerdo resultados cognitivos relacionados con dicho estado.

2. MÉTODO

2.1. Sujetos

La muestra estuvo formada por dos grupos de 46 y 52 estudiantes cada uno, pertenecientes a la Escuela Universitaria de Formación de Profesorado de E.G.B. de La Coruña. El referido colectivo participó voluntariamente en la investigación. El rango de edad de los sujetos fue de 20 a 24 años, con una media de 20,68 años.

Los sujetos fueron asignados a los grupos en función de su puntuación global en el STAI. Dentro del grupo A, se escogió a los 14 sujetos con mayor, y a los 14 con menor puntuación en la suma de las dos escalas de ansiedad. El mismo proceso se siguió con el otro grupo B, resultando también dos grupos (ansioso/no ansioso) de 14 sujetos cada uno.

Las puntuaciones medias en las dos formas de STAI (Estado y Rasgo) para cada uno de los cuatro grupos fueron las especificadas en la Tabla 1.

Tabla 1. Distribución de Puntuaciones en los grupos A y B

	Grupo ansioso	Grupo no ansioso
GRUPO A		
Forma SX-1		
Ansiedad-Estado	52,6	36,25
Forma SX-2		
Ansiedad-Rasgo	53,8	37,3
GRUPO B		
Forma SX-1		
Ansiedad-Estado	49,5	35,6
Forma SX-2		
Ansiedad-Rasgo	54,3	38,2

2.2. Diseño

En este experimento se utilizó un *diseño factorial 2x2x2*. El primer factor, “*Estado de ánimo*”, fue manipulado entre grupos, constando de dos niveles: *ansiosos vs. no ansiosos*. El segundo factor, “*Orden de presentación de las pruebas*”, fue manipulado intersujetos y constaba de dos niveles: aplicación del STAI *antes* de la prueba de memoria y *después* de la prueba de memoria. El tercer factor, “*Tipo de palabra*”, fue manipulado intrasujetos, y constaba de dos niveles: *Amenazantes vs. No amenazantes*.

2.3. Materiales

En este experimento se utilizaron las siguientes pruebas:

- *State-Trait Anxiety Inventory* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970), STAI. De este Inventario se utilizaron las dos escalas (SX-1 o Ansiedad-Estado y SX-2 o Ansiedad-Rasgo), siguiendo la versión que del mismo fue realizada por Bermúdez (1978). El ítem 34 aparece reformulado, dándole sentido negativo (“Procuro evitar el afrontar una crisis o dificultad”).

- Una tarea de tipo distractor o “*tarea distractora*”, consistente en tachar de forma clara todas las “d” que tuvieran un total de dos apóstrofes colocados encima o debajo de dicha letra, dentro de una serie de letras similares que se le presentaban al sujeto en un Cuadernillo de trabajo.

- Para la prueba de recuerdo, los estímulos usados en este experimento consistían en 24 sustantivos (12 *amenazantes* y 12 *no amenazantes*), cuya longitud oscilaba de 6 a 11 letras (*ver Apéndice 1*). Con estos 24 sustantivos se elaboraron cuatro órdenes diferentes de listas, incluyendo todas ellas los mismos. El orden de los sustantivos dentro de las listas fue al azar.

2.4. Procedimiento

En primer lugar, hay que señalar que en ningún momento se les avisó a los sujetos de que la investigación se centraba en el estudio de los estados de ánimo, sino que se trataba de un trabajo sobre la naturaleza de los procesos de la memoria.

Los sujetos realizaron las pruebas en un aula lo suficientemente espaciosa, con sillas individuales y separadas entre sí. Tras una introducción, en la que se presentó la investigación en los términos descritos, y se creó el ambiente

apropiado para la realización de la experiencia, los sujetos trabajaron con los materiales y en el orden temporal que se cita a continuación.

En el grupo A, se aplicó primeramente el STAI, en sus dos escalas. Mientras los sujetos completaban este primer formulario no se les mostró la siguiente tarea ni se les informó de ella hasta que todos acabaron y se recogió el STAI. Seguidamente, le fue entregada a cada sujeto una hoja con la lista de 24 sustantivos, 12 de contenido amenazante y 12 no amenazantes. La asignación de las listas (con las palabras en cuatro órdenes diferentes) a los sujetos se hizo aleatoriamente. La instrucción o consigna que se les dió fue la siguiente: "Tu tarea consiste en estudiar o aprender la lista de palabras que se te ha entregado". El tiempo concedido para memorizarlas fue de 4 minutos.

Transcurrido este tiempo, se les retiró la hoja con la lista de palabras y se les entregó la tarea de tipo distractor ya mencionada. Una vez leídas en voz alta las Instrucciones y realizado un ensayo de prueba, los sujetos trabajaron en ello durante 5 minutos, recogién dose a continuación los protocolos cumplimentados.

Para finalizar, se le entregó a cada sujeto una hoja DIN A-4 en blanco y, una vez repartidas, se les pidió que escribieran en ella todas las palabras que recordaran de la lista que habían aprendido anteriormente, sin importar el orden secuencial en que lo hicieran.

Como ya quedó apuntado, en cada momento los sujetos sólo tenían delante la hoja o la prueba sobre la que estaban trabajando en esos instantes y ninguna otra al lado. Asimismo, no se les informaba de una prueba hasta que no hubieran finalizado la anterior.

En el grupo B, las pruebas fueron aplicadas el mismo día, y a continuación del grupo A. Las pruebas realizadas por estos sujetos fueron exactamente las mismas, y con idénticas consignas que las aplicadas en el grupo A, excepto en lo referente a su presentación temporal, que en este Grupo B fue como se detalla seguidamente: 1º) *Instrucciones generales*; 2º) *Lista de sustantivos para memorizar*; 3º) *Tarea distractora*; 4º) *Prueba de recuerdo*; y 5º) *Aplicación del STAI*.

De la posterior corrección de las pruebas, se seleccionaron para el objetivo de este trabajo cuatro grupos de 14 sujetos cada uno:

- Grupo Ansioso al que se le aplicó primeramente el STAI.
- Grupo Ansioso al que se le aplicó el STAI después de la prueba de memoria.

- Grupo No-ansioso al que se le aplicó primeramente el STAI.
- Grupo No-ansioso al que se le aplicó el STAI después de la prueba de memoria.

La duración aproximada de cada sesión experimental fue de 45 minutos.

2.5. Variable Dependiente

En este experimento se utilizó como Variable Dependiente el número de palabras, tanto amenazantes como no amenazantes, recordadas correctamente por los sujetos.

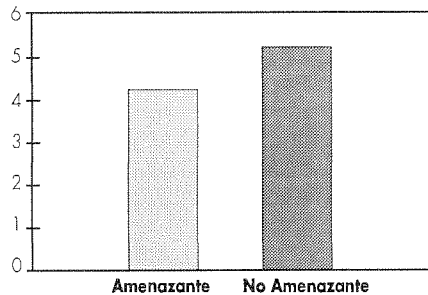
3. RESULTADOS

La Tabla 1 recoge las medias y desviaciones típicas del número de palabras amenazantes y no amenazantes recordadas correctamente en las distintas condiciones y grupos del experimento.

Tabla 2. Media y desviación típica del número de palabras recordadas en las distintas condiciones del experimento

	Media	D.T.	N
Palabras amenazantes			
STAI ANTES			
ANSIOSOS	3.071	1.207	14
NO ANSIOSOS	5.643	1.737	14
STAI DESPUÉS			
ANSIOSOS	3.500	1.557	14
NO ANSIOSOS	5.143	1.956	14
Palabras no amenazantes			
STAI ANTES			
ANSIOSOS	5.786	1.672	14
NO ANSIOSOS	5.143	1.610	14
STAI DESPUÉS			
ANSIOSOS	5.071	1.141	14
NO ANSIOSOS	4.929	1.618	14

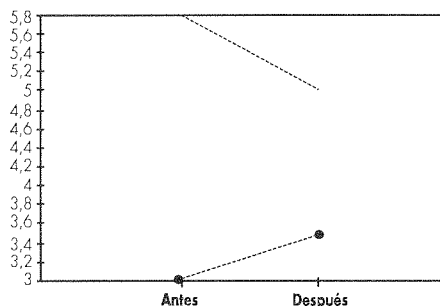
Gráfico 1. Media de palabras recordadas en ambos grupos en el experimento sobre ansiedad



Como puede observarse, la media de palabras amenazantes recordadas por los sujetos en las dos condiciones experimentales “antes/después” es similar para cada uno de los grupos (ansiosos y no ansiosos), y lo mismo sucede en lo que respecta a las palabras no amenazantes (Gráfico 1). Estos resultados permiten destacar que la hipótesis no se va a ver confirmada, puesto que no se dan diferencias en el recuerdo de los sujetos ansiosos a los que se les aplicó primero el STAI con relación a los sujetos a los que se les aplicó después de la tarea. Por otra parte, los sujetos ansiosos que recibieron primero la tarea experimental se suponía que aportarían recuerdos afectivamente similares a los sujetos no ansiosos, al no haberles realizado ningún tipo de inducción del estado emocional. Sin embargo, esto no ocurrió así y aquí radica el resultado más curioso de la investigación: los sujetos ansiosos (tanto en la condición “antes” como “después”), no aportan recuerdos afectivamente similares a los no ansiosos, pues la media de palabras amenazantes que recuerdan los ansiosos es inferior a la que presentan los no ansiosos. No obstante, para las palabras no amenazantes las puntuaciones medias de recuerdo en ambos grupos son similares.

Por otra parte, cabe destacar que la media de palabras amenazantes recordadas por los sujetos ansiosos a los que se les aplicó el STAI en primer lugar, es ligeramente inferior a la media alcanzada por los ansiosos a los que se les aplicó el STAI después de la prueba de memoria (Gráfico 2). Por otra parte, los ansiosos examinados “antes” recuerdan menos palabras amenazantes que, tomados en conjunto, los ansiosos y los no ansiosos “antes” y “después”. En consonancia con estos planteamientos cabría destacar la posibilidad de que el efecto de pasar el STAI antes de la prueba de memoria-recuerdo pueda ser el de inhibir el aprendizaje y posterior recuerdo de las palabras amenazantes. El procesamiento de la información estaría mediatizado, pues, por un “esquema de peligro” que, en este caso, les llevaría a los sujetos a evitar la información de tipo amenazante.

Gráfico 2. Media de palabras amenazantes (representadas por círculos) y no amenazantes recordadas por el grupo de ansiosos en las dos condiciones experimentales.



La Tabla 2 recoge el Análisis de Varianza (ANOVA) para las palabras recordadas en el experimento en función del momento de aplicación (Factor APLI, antes/después de la tarea de memoria), estado de los sujetos (Factor ESTADO, ansiosos/no ansiosos) y tipo de palabras (Factor TIPO, amenazantes/no amenazantes).

Tabla 3. Análisis de Varianza Mixto $2 \times 2 \times 2$ para las palabras recordadas en función del momento de aplicación (Factor APLI), estado de ánimo de los sujetos (Factor ESTADO) y tipo de palabras (Factor TIPO).

Fuente de Variación	SC	GL	MC	F	p
Inter-Sujetos					
ERROR	144.21	52	2.77		
APLI	1.75	1	1.75	.63	.431
ESTADO	20.57	1	20.57	7.42	.009
APLI X ESTADO	.32	1	.32	.12	.735
Intra-Sujetos					
ERROR	133.07	52	2.56		
TIPO	22.32	1	22.32	8.72	.005
APLI X TIPO	1.29	1	1.29	.50	.482
ESTADO X TIPO	43.75	1	43.75	17.10	.000
APLI X ESTADO X TIPO	3.57	1	3.57	1.40	.243

Estos datos corroboran las anteriores afirmaciones. Los ansiosos recuerdan, en general, menos palabras que los no ansiosos, y esta diferencia viene motivada por el nivel inferior de palabras amenazantes que recuerdan los ansiosos respecto a los no ansiosos, tanto en la condición “antes” como “después”. La hipótesis de que encontraríamos resultados diferentes en los sujetos ansio-

sos, dependiendo del orden de presentación del STAI, no se confirma, pero aparece, sin embargo, el efecto de una inhibición en el recuerdo de palabras amenazantes en dichos sujetos. Esto también se constata en la Tabla anterior, donde se aprecia que la interacción Estado x Tipo es significativa.

Se realizó también un Contraste de medias para las condiciones objeto de interés principal en este trabajo, cuyos datos figuran en la Tabla 3.

Tabla 4. Contraste de medias para las condiciones objeto de interés principal

Palabras amenazantes

Contraste	Coefic.	Error Típico	t	p
ANSIOSOS ANTES/DESPUÉS	-0.429	0.62	-0.69	0.492
ANSIOSOS ANTES/RESTO	-5.071	1.51	-3.34	0.002

Como se puede ver, hay diferencias entre los ansiosos “antes” y los demás tomados en conjunto pero, como se comprobó anteriormente, estas diferencias también se dan en los ansiosos “después” con relación a los no ansiosos. El grupo de sujetos ansiosos recordó menos palabras amenazantes que los no ansiosos, independientemente de que se les pasara el STAI antes o después de la prueba de memoria.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La presente investigación ha sido realizada con el objetivo de explorar una posibilidad con resultados hoy en día escasos e inconsistentes, concerniente al efecto que puede tener en una tarea de recuerdo el hecho de aplicar previamente el Cuestionario STAI de Ansiedad. Los resultados de esta investigación apuntan en la línea de la inexistencia de dicho efecto. Sin embargo, de los datos obtenidos en este trabajo respecto a las diferencias en recuerdo entre sujetos ansiosos y no ansiosos se desprende la siguiente pregunta: ¿Existe en la ansiedad una tendencia estable a traer a la memoria el estado de ánimo congruente relativo a uno mismo? Un estudio realizado por Mogg y Mathews en 1989 pone de relieve que los sujetos ansiosos tendían a recordar relativamente más palabras relacionadas con su estado de ánimo, pero ello podría explicarse por tendencias de respuesta. Una aproximación alternativa surge de una suposición razonable de que los individuos ansiosos difieren en términos de sus reacciones

inmediatas a la información amenazante pero no a la información no amenazante o neutral.

Un programa de investigación basado en esta aproximación general fue relatado por Byrne (1964). Su asunción inicial fue la siguiente: *“Los individuos pueden ser localizados a lo largo de un continuo con respecto a su respuesta característica aprendida ante un estímulo amenazante: Los mecanismos de evitación definen un punto final de este continuo y los mecanismos de aproximación el otro”* (p. 212).

Byrne sostenía, pues, que hay dos posibles reacciones a estímulos de amenazas: pueden ser respondidos (esto es, cuidadosamente procesados) o no respondidos (esto es, mínimamente procesados). Afirmó entonces que algunos individuos (a quienes se refería como *“sensibles”*) exhibían una tendencia consistente en responder a estímulos de amenaza, mientras otros individuos (*“represores”*) no respondían a tales estímulos. La Escala de Represión-Sensibilización (Byrne, 1961) se diseñó específicamente para probar estas diferencias individuales. Byrne no realizó el punto, pero parece casi obvio, que sus hipótesis son relevantes sólo en situaciones en que las amenazas son débiles (como es el caso del presente trabajo); es improbable que alguien adoptara una estrategia evitadora si se enfrentara con una amenaza mayor contra la salud o la vida. Estas circunstancias le llevan a Eysenck (1979) a criticar la teoría de Byrne, basándose en que dicha hipótesis sólo es aplicable a ciertas situaciones y que éstas no incluyen el paradigma de defensa perceptual.

En este sentido, Eysenck habla de *“prejuicios selectivos”*, apuntando la posibilidad de que en la persona se produce un largo proceso de aprendizaje en el cual las estrategias (conscientes en un principio) de coping ante la amenaza llegan a ser gradualmente automatizadas y, como consecuencia, los sujetos adultos con los que se trabaja en estos estudios, han desarrollado prejuicios selectivos de una manera relativamente automática y casi inconsciente, con lo cual las amenazas débiles son rechazadas para centrarse en los estímulos de mayor amenaza.

Todas estas consideraciones arrojan cierta luz de explicación a los resultados obtenidos en este experimento, resultados que son fruto, como ya quedó apuntado, de un trabajo de exploración sobre el tema y que, por tanto, están sujetos a la necesidad de realizar un mayor número de estudios, en donde también sería interesante variar el tipo de tarea, o cuando menos el tipo de estímulos ofrecidos, para analizar posibles efectos o repercusiones.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BADDELEY, A.D. y HITCH, G. (1974): "Working memory". En G.H. Bower (Ed.), *The psychology of learning and motivation*, Vol. 8. London, Academic Press.
- BECK, A.T.; WARD, C.H.; MELDELSO, M.M.; MOCK, J. y ERBAUGH, J. (1961): "An inventory for measuring depression". *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- BERMÚDEZ, J. (1978): "Análisis funcional de la ansiedad". *Revista de Psicología General y Aplicada*, 33, 153, 617-634.
- BYRNE, D. (1961): "Repression-sensitization Scale: Rationale, reliability and validity". *Journal of Personality*, 29, 334-349.
- BYRNE, D. (1964): "Repression-sensitization as a dimension of personality". En B.A. Maher (Ed.), *Progress in experimental personality research*. New York, Academic Press.
- EYSENCK, M.W. (1979): "Anxiety, learning and memory: A reconceptualization", *Journal of Research in Personality*, 13, 363-385.
- EYSENCK, M.W. (1982): *Attention and arousal: Cognition and performance*. Berlín, Springer.
- EYSENCK, H.J. y EYSENCK M.W. (1985): *Personality and individual differences*. Nueva York, Plenum Press.
- GRAY, J.A. (1981): "A critique of Eysenck's theory of personality". En H.J. Eysenck (Ed.), *A model for personality*. Berlín, Springer.
- MacLEOD, C.; MATHEWS, A. y TATA, P. (1986): "Attentional bias in emotional disorders", *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 15-20.
- MOGG, K.; MATHEWS, A. y WEINMAN, J. (1987): "Memory bias in clinical anxiety". *Journal of Abnormal Psychology*, 2, 94-98.
- MOGG, K.; MATHEWS, A. y WEINMAN, J. (1989): "Selective processing of threat cues in anxiety states: A replication". *Behaviour Research and Therapy*, 27, 317-323.
- PULIDO, M.T. (1994). Evaluación de la ansiedad. En D.E. Gómez y X.L. Saburido (Eds.) *Salud y prevención: alternativas desde la evaluación psicológica*. Santiago de Compostela. Consellería de Cultura. Xunta de Galicia. pp. 285-356.
- PULIDO, M.T. (1996). *Ansiedad y procesos cognitivos en contextos bilingües*. Tesis doctoral. Santiago de Compostela. Servicio de Publicaciones da la Universidad de Santiago.
- SPIELBERGER, C.D.; GORSUCH, R.L. y LUSHENE, R.E. (1970): "STAI manual for the State-Trait Anxiety Inventory". Palo Alto, CA. *Consulting Psychologists Press*.

APÉNDICE 1

Palabras amenazantes y no amenazantes utilizadas en esta investigación

AMENAZANTES	Nº de letras
Accidente	.9
Amenaza	.7
Ataque	.6
Catástrofe	.10
Crisis	.6
Desastre	.8
Destrucción	.11
Herida	.6
Riesgo	.6
Sufrimiento	.11
Tragedia	.8
Violencia	.9

X = 8.08

Ds = 1.84

NO AMENAZANTES	Nº de letras
Apetito	.7
Cualidad	.8
Desayuno	.8
Fraternidad	.11
Municipio	.9
Noción	.6
Pastor	.6
Profesional	.11
Residencia	.10
Tejido	.6
Temporada	.9
Vecino	.6

X = 8.08

Ds = 1.84

TERCERA PARTE

*Evaluación de características
de Personalidad*



Tercera Parte

EVALUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD

La crisis que ha afectado a lo largo de la historia a las investigaciones empíricas de la personalidad, ha provocado continuas reformulaciones de sus teorías. Desde la perspectiva de Cattell (1977, 1990), la crisis ha sido provocada por una serie de teorías carentes de sintaxis científica. Su lógica ha resultado inestable, de acuerdo con el modelo matemático que discrimina la consistencia de dichas teorías. Se requiere pues, de acuerdo con la nueva filosofía de la ciencia, recurrir a diversos principios metodológicos para salvaguardar el rigor científico en la investigación sobre la personalidad. No obstante, Phares y Lamiell (1977), y posteriormente Craik (1986), han destacado que ningún método puede abarcar la complejidad de la personalidad, ya que cada fenómeno, cada proceso exige su peculiar enfoque, y en consecuencia, una metodología ajustada a su propia naturaleza, y a las exigencias de los procedimientos evaluativos. De hecho, todos los métodos tienen sus limitaciones internas, y sus problemas específicos de validez (Block 1977; Carlson 1971; Funder 1983; Moskowitz 1986).

Como una contribución en el marco de la «Evaluación de las características de la personalidad», en la tercera parte del presente libro, Caprara plantea el «Valor heurístico y pragmático del paradigma de los Cinco Grandes». Destaca que pese a las notorias disidencias, entre las que habrían de citarse a Brand y Egan (1987), y Livnesh (1989), predomina una cierta unanimidad entre los investigadores en aislar mediante Análisis Factorial Cinco Grandes Factores, de características de la personalidad. Las ventajas de la referida reducción factorial resulta notoria, a la hora de hacer la evaluación de un sujeto. Se destaca así mismo, que el referido paradigma haya contribuido a revitalizar el concepto de «rasgo».

La complejidad de la personalidad, justifica la diversidad de las líneas de investigación predominantes en esta materia; algunas de las más representativas se han seleccionado para completar la tercera parte del presente libro, entre ellas se encuentran las siguientes: 1) Análisis y evaluación del repertorio de conductas AHI (agresividad, hostilidad e ira); 2) Evaluación del trastorno antisocial de la personalidad; 3) Modelo circumplex de la personalidad; 4) Perspectivas cognitivas sociales de la personalidad; y 5) Dependencia-Independencia de campo, y flexibilidad-impulsividad.





Valor heurístico y pragmático del paradigma de los Cinco Factores

GIAN V. CAPRARA

Universidad de Roma "La Sapienza". Italia

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, se advierte un creciente interés por la teoría de los rasgos, y por fundamentar desde esta perspectiva la evaluación de la personalidad. Posiblemente se ha superado una cierta crisis que ha generado incertidumbre sobre el papel que los componentes de la personalidad pueden desempeñar en la explicación de la conducta. La apreciación más importante de la complejidad del funcionamiento mental ha llevado a reemplazar la personalidad en su posición crucial de unificación e integración, respecto a los diferentes aspectos del funcionamiento mental, y respecto a las diversas disciplinas de la psicología.

Por una parte, la psicología de la personalidad tiende a recomponer todas las diferentes partes del puzle mental: *sentimientos, pensamientos y acciones*. Por otra parte, la psicología de la personalidad pretende integrar las diferentes disciplinas de la psicología, tendiendo múltiples puentes entre la investigación básica y varios campos de aplicaciones. Se insiste que la teoría de los rasgos va a desempeñar un papel destacado en los niveles, tanto heurístico como pragmático. Se espera que la *teoría de rasgos* en la investigación experimental, abrirá nuevos caminos hacia una mejor comprensión de la organización dinámica de la que depende la conducta. Desde la perspectiva de los rasgos, en los diversos ámbitos (*educación, salud y organizaciones*) se espera ampliar el horizonte hacia unos mejores diagnósticos e intervenciones eficaces.

De acuerdo con los planteamientos de Costa y cols. (1985) los avances más importantes en psicología de la personalidad se deben al incremento del consenso de la comunidad científica internacional sobre el paradigma de los

cinco factores de la personalidad. Esta temática ha proliferado en las revistas especializadas, suscitando gran interés en los Congresos, y no solamente dentro de la comunidad científica. Resultan significativas las palabras de Digman, al señalar que en la pasada década se ha registrado una rápida convergencia de puntos de vista, en lo referente a la estructura, y a los conceptos de la personalidad... *una estructura teórica, de sorprendente generalidad, con vínculos estimulantes con la psicolingüística, la teoría cognitiva y otros campos de la psicología*, (Digman, 1990). Por otra parte, Wiggins y Pincus (1992) señalaban que el paradigma de los cinco factores de la personalidad, constituye una de las cuestiones más representativas en la literatura científica de la psicología. Así mismo, Ozer y Reise (1994) destacan, que del mismo modo que la latitud y la longitud permiten la localización precisa de cualquier punto en el mundo, el paradigma de los cinco factores prometen alcanzar una similar localización de las disposiciones de la personalidad... Los psicólogos de la personalidad que siguen empleando sus medidas preferidas sin ubicarlas dentro del paradigma de los cinco factores, se parecen a los geógrafos cuando describen nuevas tierras, pero no las asignan el lugar que les corresponde en el mapa, por lo que a cualquier interesado le sería muy difícil localizarlas.

No obstante, un amplio grupo de psicólogos representativos como Eysenck (1990), Cattell (1943), Comrey (1980), y Block no están de acuerdo con el modelo de los cinco factores, incluso Pervin, en diversas ocasiones ha expresado sus vacilaciones. ¿Se trata pues, de fomentar una nueva polémica a las no pocas existentes? ¿Realmente se ha planteado y resuelto adecuadamente el paradigma de los cinco factores?. En realidad el paradigma de los cinco factores indica el punto, donde la aproximación léxica y la aproximación factorial, convergen en la identificación de las cinco principales dimensiones básicas de la personalidad.

Sin ánimo de hacer una larga historia, he de resaltar que un gran número de artículos y, en particular, el de John, Angleitner y Ostendorf (1988), en el tercer número de *European Journal of Personality*, han contribuido a fundamentar el surgimiento y consolidación del modelo de los cinco factores, en cuanto una de las perspectivas de análisis de la personalidad. De acuerdo con este planteamiento, el lenguaje natural (*o sea, las palabras que cada uno utiliza para describirse a uno mismo y a los otros*), constituye una destacada fuente para identificar los atributos principales de la personalidad, sobre las bases de quien asume que “...estas diferencias individuales, que son más relevantes y socialmente importantes en la vida de la gente, empezarán finalmente a codificarse en su lenguaje... (John, Angleitner, Ostendorff, 1988, p. 174). Esta aceptación ha sido denominada “hipótesis de sedimentación”.

Partiendo de estas premisas, y siguiendo la tradición que incluye tan distinguidos progenitores como Galton (1884), Klages (1926, 1932), Allport (1937) y Cattell (1943), diversos grupos de investigación, en diferentes etapas, y desde distintas perspectivas, han alcanzado un cierto consenso, al admitir la existencia de cinco elementos explicativos de la personalidad. Cabría destacar que se han logrado aislar estructuras configuradas por similares dimensiones, extendiéndose la referida similitud en las denominaciones asignadas a cada uno de los «*Cinco Grandes Factores*», en las diferentes lenguas. Entre los autores más representativos de la referida léxica, habrían de destacarse Peabody y Goldberg (1989) en los Estados Unidos; Angleitner (Angleitner, Ostendorf y John, 1990) en Alemania; De Raad y Hofstee (De Raad y Hoskens, 1990; De Raad, Mulder, Kloosterman y Hofstee, 1988) en Holanda.

2. DESCRIPCIÓN DEL MODELO DE LOS CINCO FACTORES

A continuación se describen las dimensiones representativas del Modelo de los Cinco Factores.

2.1. Surgencia

La surgencia determina el grado en el que un sujeto es sociable, atrevido, franco, hablado, y con capacidad de liderazgo en oposición a retraído, cauto, reservado, discreto. Algunos de los rasgos más comunes de la personalidad asociados con esta dimensión incluyen dominio, actividad, afirmación y afecto positivo.

2.2. Simpatía

La simpatía determina el grado en el que los sujetos son bondadosos, colaboradores, y flexibles, en oposición a irritables, envidiosos, celosos y tercos. Los rasgos de personalidad asociados con esta dimensión incluyen deseabilidad, complicidad amistosa, necesidad de sentirse querido.

2.3. Conciencia

El rasgo de conciencia contribuye a diferenciar por una parte a los sujetos que son trabajadores, perseverantes, organizados y responsables de los que son perezosos, impulsivos, informales, irresponsables. Los rasgos de personalidad clasificados a partir de esta dimensión, incluyen prudencia y necesidad de realización, formalidad, orden y puntualidad.

2.4. Estabilidad emocional

La estabilidad emocional de la personalidad hace referencia a la tranquilidad, constancia... autoestima, en contraposición a ansiedad, inseguridad, preocupación... Algunos de los rasgos de la personalidad asociados a la estabilidad emocional incluyen neuroticismo, estabilidad emocional y afectos negativos.

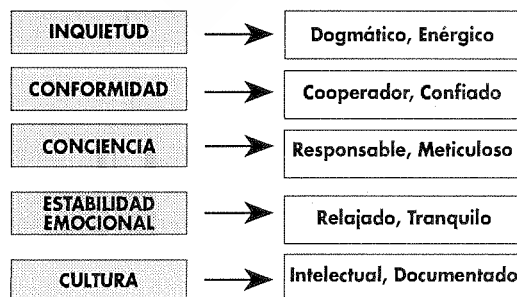
2.5. Intelectualidad

Esta dimensión de la personalidad hace referencia a los niveles de imaginación, tolerancia, curiosidad... Los rasgos de personalidad asociados a esta dimensión incluyen cultura y apertura a la experiencia.

2.6. Bipolaridad dimensional

Se suele diferenciar una bipolaridad dimensional en los factores identificados: I. extraversión/introversión, o surgencia; II. conformidad/hostilidad, III conciencia o deber, IV estabilidad emocional-neuroticismo; V. cultura, o apertura a la experiencia o a las versiones alternativas de los mismos, que surgen del análisis de los rasgos (*adjetivos o nombres*), tomados del diccionario, a través de variaciones en los procedimientos de la evaluación (informe propio frente a valoraciones de terceros), técnicas de factor de extracción y rotación, ejemplos característicos (sexo, edad), países y lenguas (USA, Alemania, Holanda, Italia, Taiwan).

Figura 1. El paradigma de los cinco factores



Durante la última década, se han ido registrando un destacado número de contribuciones, como consecuencia de los resultados obtenidos en los Análisis Factoriales de diferentes cuestionarios de la personalidad, habiéndose llegado en los referidos análisis a conclusiones similares. Es de resaltar que cuestionarios tan representativos como el 16 PF (Catell), EPQ (Eysenck) y el

CPS (Comrey), hayan sido objeto de análisis, desde la perspectiva del modelo de los cinco factores. A continuación se ofrece la estructura factorial obtenida a partir de cuatro cuestionarios representativos.

Figura 2. Relación de factores obtenidos a partir de los cinco grandes cuestionarios

	I	II	II	IV	V
P. Costa y McCrae NEO-PI (1985; 1991)	Extraversión	Conformidad	Conciencia	Neuroticismo	Apertura hacia la experiencia
R. Hogan HPI (1986)	Sociabilidad/ Nivel de aspiraciones	Amabilidad	Prudencia	Adaptación	Intelectualidad
G.V. Caprara et. al. BFQ (1993)	Energía	Amistad	Conciencia	Estabilidad Emocional	Apertura
M. Zuckermann ZPQ (1994)	Sociabilidad	Agresión/ Hostilidad	Actividad	Ansiedad	Impulsividad Antisocial/ Búsqueda de sensaciones

Las características del cuestionario BF, resultan similares a las del NEO-Personality Inventory (NEO-PI) de Costa y McCrae. El interés científico del NEO-PI (Costa y McCrae, 1985) reside en su validez de constructo, verificada a lo largo de diferentes clases de observadores (uno mismo frente a otros), diferentes medidas del FFM (como listas de adjetivos), y medidas de un sistema de personalidad, virtual cada vez más importantes alternativas. Sin embargo, se suscita una cuestión polémica, porque a veces la atribución de las facetas de un factor o de otro no es consistente con la literatura (*por ejemplo, “caluroso” está relacionado con extraversión, en vez de con simpatía, y “hostilidad” o “irritabilidad” con neuroticismo en vez de con antipatía*).

El inventario de personalidad de Hogan (HPI, Hogan, 1992) en cuanto versión modificada de los FFM, diferencia el primer factor en *sociabilidad* y nivel de aspiraciones, se considera una medida válida para el FFM en su contexto de organización. Por otra parte, al HPI se le ha atribuido el mérito de “pronosticar los criterios de actuación relacionados con el trabajo” (Briggs, 1992, p 277), pero su estructura factorial no resulta suficientemente coherente con las dimensiones medidas por las escalas HPI, y algunas de las facetas de las escalas muestran bajos rendimientos. El cuestionario de los cinco factores BFQ, (Caprara, Barbanarelli y Borgogni, 1993) será objeto de revisión a continuación. El cuestionario de personalidad de Zuckermann (ZPQ) podría considerarse como medida del FFM, siendo una alternativa al modelos de los cinco factores.

3. EL CUESTIONARIO DE LOS CINCO GRANDES

El BFQ es un nuevo cuestionario, diseñado para la evaluación del FFM (Caprara, Barbaranelli y Borgogni, 1993; Caprara, Barbaranelli, Borgogni y Perugini, 1993, 1994; Caprara, Barbaranelli y Levi, 1994). El cuestionario fue diseñado desde una perspectiva racional, habiendo identificado los cinco grandes factores la personalidad, en cuanto dimensiones asumidas, y aceptadas por la literatura especializada, elaborándose los correspondientes elementos, con el fin de evaluar las correspondientes estructuras de la personalidad (Burisch, 1984). En cuanto cuestionario que recurre a proposiciones para medir el FFM, el BFQ presenta algunas características únicas. En primer lugar, representa la medida más parsimoniosa y económica del FFM, en el número de facetas referidas a cada una de las dimensiones, y en cuanto al conjunto de proposiciones. En segundo lugar, incluye una escala de deseabilidad social, con el fin de controlar la orientación de las respuestas emitidas. Una de las principales características, distintiva en cuanto a la ortodoxia del FFM, es la definición del factor I. Aunque la denominación del primer factor del BFQ ha sido “*extraversión*”, mis coautores y yo preferimos recurrir al término “*energía*”. No se trata de una cuestión nominal, ya que a nuestro entender la “*energía*” es un concepto más apropiado, si se considera la ambigüedad que conlleva el término “*extraversión*”. A menudo esta denominación implica una concepción del factor I que sobreestima la dimensión interpersonal, y corre el riesgo de solaparse con el factor II (simpatía), mientras se infravalora el importante componente de actividad o energía, que otros sistemas tienen justamente infravalorado (Guilford, 1975; Buss y Plomin, 1984; Comrey, 1980; Hogan, 1986; Murray, 1938; Strelau, 1983; Zuckermann, Kuhlmann, Thornquist y Kiers, 1991).

En nuestra opinión, la *extraversión* puede ser perfectamente defendible en dos o tres sistemas de factores, como el de Eysenck (1990), que introduce en el FFM una especie de redundancia a la dimensión interpersonal, mientras borra aspectos importantes que no aparecen en ninguna otra parte. También creemos que, en el dominio del propio informe, las dimensiones de personalidad, tienden a confundirse con las dimensiones de temperamento. Como consecuencia de un FFM que incluye las dos principales dimensiones, que se repiten en prácticamente todos los sistemas de temperamento (es decir, actividad y emocionalidad), sin duda alguna, gana en comprensión. Se puede cuestionar la oportunidad de un término como “*energía*”, que está sobrecargado de cierta ambigüedad en la literatura biológica y psicológica. Sin embargo pensamos que es una cuestión lingüística o de conveniencia cultural recurrir a “*energía*” o “*actividad*”, para designar el primero de los “*Cinco Grandes*”. Hay que tener

en cuenta, que mientras en italiano, el concepto «*energia*» es el adecuado; en inglés resulta más adecuado el de «*actividad*».

- **La energía (E)** se estructura en las dos facetas siguientes: “*dinamismo*”, que hace referencia a aspectos intrapersonales, tales como actividad y entusiasmo, y “*dominio*”, en referencia a aspectos interpersonales, como son afirmación y autoestima.

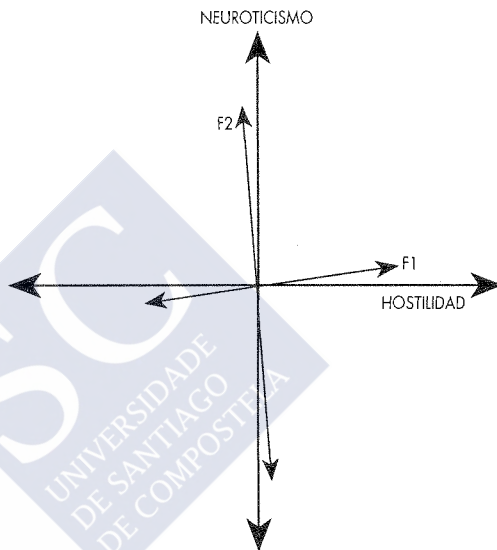
- **La amistad (F)** hace referencia al factor normalmente denominado *simpatía* o *complicidad amistosa* frente a *hostilidad*. Esta dimensión se reparte en las dos facetas siguientes: *colaboración-empatía*, que hace referencia al interés, y la sensibilidad hacia los otros, y sus necesidades, y “*cortesía*”, que trata la amabilidad, educación, docilidad y confianza.

- **La conciencia (C)** trata de la autorregulación en sus dos aspectos, proactivo e inhibitorio. Esta dimensión se divide en las dos facetas siguientes: “*escrupulosidad*”, que trata de la seriedad, el orden y precisión, y “*perseverancia*”, que se refiere a la capacidad de cumplir sus propias tareas y compromisos.

- **La estabilidad emocional (S)** en referencia a las características de la personalidad, a menudo asumidas bajo las etiquetas de neuroticismo y afecto negativo. Esta dimensión se estructura bajo las dos facetas siguientes: “*control emocional*”, que trata de la capacidad de afrontar adecuadamente la propia ansiedad y emociones personales, y “*control de impulsos*”, que trata de la capacidad de control de la irritabilidad, del descontento y la ira.

- **La apertura (O)** en referencia al factor denominado cultura o intelectualidad o apertura a la experiencia. Esta dimensión se estructura en las dos facetas siguientes: “*apertura a la cultura*”, que trata de la amplitud o la estrechez de sus propios intereses culturales, y “*apertura a la experiencia*”, que se refiere a la apertura a la novedad, la tolerancia ante diferentes valores, el interés hacia gente diferente, hábitos y estilos de vida.

Las propiedades psicométricas del BFQ se determinaron en un grupo de más de dos mil sujetos italianos. En las versiones española e inglesa, se han



obtenido recientemente excelentes resultados. Las versiones alemana, francesa y holandesa, se encuentran en la actualidad. Si bien es verdad que se han suscitado numerosas críticas, no parece que las mismas hayan afectado a la consistencia del cuestionario. Entre las críticas más representativas, se han apuntado las siguientes

- La base sobre la que se fundamenta el modelo parece demasiado empírica y ateorica.

- Es discutible la configuración de sólo cinco factores para poder esclarecer las claves psicológicas de la complejidad de la personalidad.

- No se explica en qué medida la edad afecta a la configuración factorial

- No se entienden suficientemente las intercorrelaciones existentes entre aspectos psicofisiológicos, y conductuales en el modelo de los «Cinco Factores»

- No existe acuerdo sobre las definiciones y sobre las principales características de algunos factores.

- Resulta muy variable el número y las características de las “*subdimensiones*”, o “*facetas*”, que configuran cada factor.

- Parece que la ortogonalidad de los «Cinco Factores», resulta forzada (Briggs, 1992; McAdams, 1992; Block, en prensa; Parker, Bagby y Summerfield, 1993; Church y Burke, 1994).

Todas estas críticas merecen nuestra atención y habrían de tenerse en cuenta en el futuro próximo. Ahora bien, se deberían subrayar también entre otras ventajas del FFM las siguientes

- Los «Cinco Factores» permiten determinar una estructura especialmente útil para la práctica profesional; proporcionan un lenguaje común frente a otras valoraciones (véase McCrae y Costa, 1987), y pueden ayudar a reducir la distancia entre los diferentes informadores, aumentando la convergencia de las interevaluaciones.

- Los «Cinco Factores» pueden contribuir a la elaboración de un conjunto de resultados de investigaciones realizadas a lo largo de los años, sobre las características personales de varios sistemas de personalidad (véase Barrick y Mount, 1991; Tett, Jackson y Rothstein, 1991). Resultan particularmente prometedores los descubrimientos referidos al ámbito laboral

- El FFM representa un punto de convergencia, entre el planteamiento psicosocial de las “*teorías implícitas de la personalidad*”, y de las «teorías factoriales de la personalidad», haciendo hincapié en la similitud (o *isomorfismo*),

entre lo consolidado en el lenguaje cotidiano, y lo que se ha sistematizado por varias taxonomías de la personalidad (véase Hampson, 1982). Los psicólogos de la personalidad y psicólogos sociales pueden beneficiarse de estas nuevas oportunidades de cooperación y las diferentes aportaciones.

- Los cinco factores pueden considerarse un marco taxonómico dentro de la literatura de centenares de trabajos sobre la personalidad, que se han desarrollado en los campos de la personalidad, de la psicología social y clínica, y que ahora se pueden localizar. Desde esta perspectiva el FFM puede ser así considerado como un compás, que puede orientar en la clasificación de los diferentes trabajos.

En consonancia con estos planteamientos, el trabajo de McCrae y Costa puede considerarse como paradigmático. Los autores desarrollan un programa de investigación, en el que las escalas de los inventarios más importantes de la personalidad han sido sistemáticamente relacionadas con los parámetros de los «Cinco Grandes», derivados del *NEO Personality Inventory* (Costa McCrae, 1985). En nuestro programa de investigación, nos acercamos al FFM con una mezcla de curiosidad y escepticismo. Dicha aproximación ha puesto de relieve su utilidad, para entender la correlación de personalidad con propensión a la agresión (Caprara, Barbaranelli y Levi, 1994), a las diferencias individuales (Caprara, Barbaranelli, Conrado y Maslach, 1994), y a la teoría de la acción, y a la orientación del estado (Kuhl, 1991).

Al examinar la fenomenología agresiva, la mayoría de los investigadores han llegado a aceptar dos formas de agresión: *afectiva* frente a *instrumental*, *reactiva* frente a *proactiva*. Ahora bien, todavía queda por aclarar, cómo pasar de la investigación genérica a la investigación del fenómeno, captando los diferentes procesos bajo una diversidad de manifestaciones en diferentes individuos. A este respecto, parece que la oportunidad de localizar las diferencias individuales asociadas a la agresión, desde a perspectiva de los «Cinco Grandes» abre una diversidad de nuevos caminos, para avanzar en un nivel de investigación específico sobre las diferentes formas de agresión. Cuando las diferencias individuales, asociadas a varias formas de agresión han sido sistemáticamente investigadas, y se han analizado factores adicionales, resulta que la mayoría (*irritabilidad, agresión física y verbal, rumiación, falta de compromiso moral y tolerancia frente a la violencia*), se encuentran incluidos en el cuadro definido, como alto neuroticismo (*o inestabilidad emocional*) y el lado negativo de *simpatía/hostilidad*.

Figura 4. Ejemplo de los elementos del BFQ



Mientras una gran parte de la «*agresión impulsiva*», satura en inestabilidad emocional, una gran parte de la «*agresión cognitiva*» lo hace sobre la hostilidad. Mientras que en el primer caso, es posible asociarlo con el proceso de excitabilidad del humor, en el segundo se puede asociar con el esquema propio, y con las percepciones y consideraciones por parte de los otros. Sobre las posibles implicaciones de los referidos hallazgos, hemos respondido varias veces en diferentes ámbitos (Caprara, Barbaranelli, Pastorelli y Perugini, 1994).

En un estudio relativamente reciente se consideró al FFM, como un compás para localizar la posición de la individuación (*C. Maslach la propone como buena voluntad individual en las conductas individuales, separándolas entre sí, y prestándoles atención*), en el ámbito de los rasgos de personalidad. De acuerdo con estos planteamientos, se seleccionaron dos muestras procedentes de diferentes culturas e idiomas (norteamericanos, e italianos), obteniéndose en las respectivas muestras altos valores en las correlaciones con el factor I (*energía/extroversión*) y el factor V (*apertura*). Este hallazgo resulta de interés, por cuanto que pone de relieve la ausencia de grandes especificidades culturales, en los correlatos del modelo de personalidad de la individuación. La posibilidad de enmarcar todos estos correlatos de la personalidad en un modelo general del estilo del BFQ, permite vincular la investigación de conductas individuales con el enorme campo de investigación que se ha llevado a cabo con este modelo.

Un estudio posterior ha proporcionado una escala de acción y de estado de orientación (Kuhl, 1991) en el FFM, que contribuye a fundamentar la hipó-

tesis que considera la acción y el estado de orientación, como un aspecto de la alta autorregulación positivamente asociado (*en el caso del FFM*), al encontrarse negativamente asociado con la inestabilidad emocional. Como en los casos anteriores que presentan rasgos específicos en el ámbito del FFM, por una parte habría de tenerse en cuenta el gran volumen de investigación acumulada, pudiendo contribuir a clarificar ambos procesos, y mecanismos de las disposiciones de personalidad más específicas y más amplias.

4. RESUMEN-CONCLUSIONES

Mientras consideramos los rasgos no como entidades, sino como constructos, como ya se señaló previamente, el estudio de las diferencias individuales se convierte en una vía para captar los procesos y mecanismos, y eventualmente, en un compás para modificarlos. Pese a lo previamente indicado, he de señalar que no me considero un defensor a ultranza del FFM, más bien intento ser un evaluador atento, y un usuario potencial, adoptando en ocasiones planteamientos críticos cuando así se requiere, y siendo defensor de aquellos planteamientos que considero consistentes. No comparto el audaz entusiasmo, y las fuertes convicciones de Paul Costa, pero lo respeto, y lo considero entre mis amigos; escucho las críticas de Block, Comrey y Pervin, que son también amigos; no puedo descartar, a pesar de la falta de sofisticación teórica, la fascinación que el FFM ha ejercido sobre muchos de nuestros prestigiosos colegas, ni la relevancia de la investigación que ha suscitado, ni la diversidad de aplicaciones que el FFM puede brindar a la psicología y a las áreas afines. A este respecto, considero que la validez pragmática del FFM no es menor que su validez heurística. De acuerdo con el principio *«coste-beneficio»*, podría decirse que resulta económica, razonablemente comprensiva y accesible. Para los psicólogos clínicos, el reciente trabajo de Costa y otros, resulta de gran interés y muy particularmente cuando se consideran los *“trastornos de personalidad”*, como expresión extrema de los «Cinco Grandes», o como una peculiar combinación de los mismos. Los psicólogos de las organizaciones no pueden desconocer el cúmulo de resultados que subrayan la relevancia de la responsabilidad en la finalización de un trabajo. Tampoco los psicólogos del deporte habrán de ser insensibles al papel que puede desempeñar el FFM para mejorar la imagen, en cuanto característica de la personalidad, frecuentemente asociada con los altos rendimientos deportivos. Por último, pero no menos importante, los psicólogos de la educación y los educadores pueden beneficiarse de un sistema, en el que se reducen las variantes de puntuación (entre los profesores, padres y psicólogos), que puede crear las condiciones favorecedoras para evaluaciones más pre-

cisas, e intervenciones más apropiadas. Esto puede ayudar realmente a establecer un puente entre los que saben psicología..., los que utilizan la psicología..., y los que necesitan de la psicología.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALLPORT, G.W. (1937). *Personality: A Psychological Interpretation*, Holt, N.York.
- ANGLEITNER, A., OSTENDORF, F., y JOHN, O.P. (1990). Towards a taxonomy of personality descriptors in German: A psychol-lexical study. *European Journal of Personality*, 4, 89-118.
- BARRICK, M.R., y MOUNT, M.K. (1991). The big five personality dimensions and job performance: A meta-analysis. *Personnel Psychology*, 44, 1-26.
- BRIGGS, S.R. (1992). Assessing the five-factor model of personality description. *Journal of Personality*, 60, 253-293.
- BUSS, A.H., y PLOMIN, R. (1984). *Temperament: Early Developing Personality Traits*. Hillsdale, NJ, Erlbaum.
- BLOCK, J. (in press). A Contrarian view of the five-factor approach.
- BURISCH, M. (1984). Approaches to personality inventory construction: a comparison of merits. *American Psychologist*, 35, 863-872.
- CAPRARA, G.V., BARBARANELLI, C., BORGOGNI, L. (1993). *Big Five Questionnaire*. Manuale. OS, Firenze.
- CAPRARA, G.V., BARBARANELLI, C., BORGOGNI, L., y PERUGNI, M. (1993). The Big Five Questionnaire: A new questionnaire for the measurement of the Five Factor Model. *Personality and Individual Differences*, 13, 519-532.
- CAPRARA, G.V., BARBARANELLI, C., y LEVI, S. (1994). Mapping personality dimensions in Big Five Model. *European Review of Applied Psychology*, 44, 9-15.
- CAPRARA, G.V., BARBARANELLI, C., CONRADO, M.R., y MASLACH, C. (en prensa). Individuazione: validazione e correlati personologici. Indagine su un campione italiano. *Ricerche di Psicologia*.
- CAPRARA, G.V., BARBARANELLI, C., PASTORELLI, C., y PERUGINI, M. (1994). Individual differences in the study of human aggression. *Aggressive Behavior*, 281-303.
- CATTELL, R.B. (1943). The description of personality. I Foundations of trait measurements, *Psychological Review*, 50, 559-5
- CHURCH, A.T., y BURKEL, P.J. (1994). Exploratory and confirmatory tests of the big five and Tellegen's three-and four-dimensional models. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 93-114.
- COMREY, A. (1980). *Handbook of Interpretations for the Comrey Personality Scales*, Edits Publishers, San Diego.
- COSTA, P.T., Jr., y McCRAE, R.R. (1985). *The NEO Personality Inventory Manual*. Odessa: FL: Psychological Assessment Resources.
- De RAAD, B. y HOSKENS, M. (1990). Personality-descriptive nouns. *European Journal of Personality*, 4, 131-146;
- De RAAD, B., MULDER, E., KLOOSTERMAN, K., y HOFSTEE, W. (1988). Personality-descriptive verbs. *European Journal of Personality*, 2, 81-96.

- DIGMAN, J.M. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual-Review of Psychology*, 41, 417-440.
- EYSENCK, H. (1990). Biological dimension of personality,. In L.A Pervin (ed.) *Handbook of Personality. Theory and Research*. Guilford Press, N. York.
- GALTON, S.F. (1884). Measurement of character, *Fortnightly Review*, 42.
- GUILFORD, J.P. (1975). Factors and factors in personality. *Psychological Bulletin*, 82, 802-814.
- HAMPSON, S. (1982). *The Construction of Personality*, Routledge, Londres.
- HOGAN, R (1986). *Hogan Personality Inventory Manual*, National Computer Systems, Minneapolis, Minn.
- JOHN, O.P., ANGLEITNER, A. y OSTENDORF, F. (1988). The lexical approach to personality: A historical review of trait taxonomic research. *European Journal of Personality*, 2, 171-203.
- KLAGES, L. (1926). *The Science of Character* (Translated, 1932). Allen y Unwin, London.
- KUHL, J. (1991), A Theory of Action and State Orientation. Ed. J. Kuhl y J. Beckmann (Eds.), *Volition and Personality: Action Versus State Orientation*, Hogrefe, Gottingen-Toronto.
- McADAMS, D.P. (1992). The five-factor model- in personality: A critical appraisal. *Journal of Personality*, 60, 329-361.
- MURRAY, H.A. (1936). Basics concepts for a psychology of personality. *Journal of General Psychology*, 15, 241-268.
- PARKER, J.D.A., BAGBY, R.M., y SUMMERFELDT, L.J. (1993). Confirmatory factor analysis of the revised NEO personality inventory. *Personality and Individual Differences*, 15, 463-466.
- PEABODY, D. y GOLDBERG, L.R. (1989). Some determinants of factor structures from personality traits descriptors. *Journal of Personality, and Social Psychology*, 52, 552-567.
- STRELAU, J. (1983). *Temperament, Personality, Activity*. Academic Press, New York.
- TETT, R.P., JACKSON, D.N., y ROTHSTEIN, M. (1991). Personality measures as predictors of job performance: a meta-analytic review. *Personnel Psychology*, 44, 703-742.
- WIGGINS, J.S., y PINCUS, A.L. (1992). *Personality: structure and measurement*. *Annual Review of Psychology*, 43, 473-504.
- ZUCKERRMAN, M., KUHLMAN, D.M., THORNQUIST, M., y KIERS, H. (1991). Five (or three) robust Questionnaire Scale factors of personality without culture. *Personality and Individual Differences*, 12, 2 41.



Análisis diferencial de la agresividad en el contexto escolar

ANGEL EGIDO¹ y DOMINGO E. GÓMEZ²

¹Universidad "Catholique de l'Ouest". Angers. Francia

²Universidad de Santiago de Compostela. España

1. INTRODUCCIÓN

Los primeros intentos destinados a esclarecer las bases psicológicas del comportamiento agresivo se encuentran en los trabajos de Freud (1905), de Adler (1908). A partir de la década de los años 30 surgen los primeros estudios empírico-sistemáticos sobre agresividad, basados en correlaciones psicofisiológicas. A través del creciente número de referencias recogidos en "*Psychological Abstracts*", se refleja el interés creciente de los psicólogos por la investigación referida a la temática *agresividad-hostilidad-ira* (Eron, 1989). Desde el enfoque de Dollar y cols. (1939), ya se hizo énfasis en la *agresión por ira* (en sus diversos grados), al considerar que en la misma, subyace un graduado componente de enfado. La contrapartida psicofisiológica de la reacción iracunda es interpretada por los referidos autores como una "*predisposición al conflicto*". Será a partir de la década de los cuarenta, cuando coincidiendo con la primera etapa de la consolidación científica de la Medicina Psicosomática, surgen los primeros estudios encaminados a determinar las posibles interacciones de los factores psicobiológicos en el ámbito de la salud y la enfermedad (Gómez y Saburido, 1994).

Desde la perspectiva neurobiológica, las investigaciones se dirigen a describir y analizar los componentes del repertorio comportamental del animal, y del sustrato nervioso que controla cada comportamiento. El problema de la comparación entre el organismo y sus sistemas, y el comportamiento se realiza a través de los estudios de experimentación con animales, para conocer determinados aspectos del repertorio comportamental, y las bases biológicas en una especie animal, o para buscar leyes generalizables a los humanos. En el primer

caso, el modelo animal es utilizado como modelo de conducta, neurofisiológico y neuroquímico de la especie humana, buscando establecer analogía y homologías entre el modelo y el “*pattern*” de referencia (Karlí, 1987). A este nivel, son obvias las dificultades para llevar a cabo similares experimentos en humanos.

No obstante, los numerosos estudios efectuados con animales han puesto en evidencia que no existe uniformidad por cuanto al concepto de agresión, al implicarse en diversos comportamientos específicos que tienen como base la naturaleza del estímulo que la provoca (Moyer 1968). Tales investigaciones constituyen una aportación significativa sobre el conocimiento de la agresividad (Valenstein, 1973). Desde otra perspectiva, Caprara (1981) ha subrayado la necesidad de distinguir entre los prerrequisitos, y las causas del comportamiento, las condiciones por las que un fenómeno puede acaecer, y los motivos que efectivamente lo determinan. En el caso de la agresividad, es probable que los prerrequisitos sean tanto internos como externos al organismo, y las causas sean cuasi exclusivamente externas (Egido, 1993). La agresividad definida desde las diversas corrientes psicológicas, adopta peculiaridades en las distintas etapas de la vida. Esta diversidad se incrementa incluso más, debido al amplio campo semántico utilizado para describir este tipo de comportamientos. Así, los conceptos de *agresividad-hostilidad-ira*, son términos susceptibles de confusión.

2. LA AGRESIÓN EN EL CONTEXTO ESCOLAR

En la actualidad son frecuentes los debates sobre el rol que desempeña la agresividad en los diferentes ámbitos de la vida social en general, y del contexto escolar, en particular. No existe, sin embargo, uniformidad de criterios sobre cómo se controla interna o externamente, cuáles son esas variables externas o internas, cómo se puede evaluar dicha tendencia y cómo se puede influir sobre ella. De hecho, son escasos los instrumentos de evaluación de la agresividad disponibles para la edad escolar, y los existentes plantean no pocos problemas psicométricos.

Teniendo en cuenta que las situaciones en el ámbito escolar, están definidas por una serie de componentes que interactúan entre sí, de cara a la transmisión de una serie de contenidos, destrezas, normas, valores, etc., es posible entender que el estudio de la agresividad o de la estrategia del comportamiento agresivo, ha de contemplar necesariamente otros ámbitos, además de los elementos del proceso educativo. Es posible deducir que el conocimiento de

las variables explicativas del comportamiento agresivo, cobra especial relevancia cuando se trata de intervenir para conseguir su modificación. Por tanto, evaluar la agresividad escolar y detectar los factores que inciden en tal proceso, permitirá establecer los supuestos básicos que explican cómo dentro de un grupo de alumnos con una capacidad cognitiva similar, y con idénticas tareas de aprendizaje, se producen variaciones significativas en su rendimiento escolar.

Desde determinadas corrientes de investigación se viene insistiendo, que tanto de la hostilidad como de la ira pueden inferirse ciertas clases de agresión (Saburido y Gómez, 1991; Egido, 1993). Sin embargo en la mayor parte de las agresiones instrumentales no aparecen componentes hostiles ni iracundos, de forma que la hostilidad y la ira pueden tener lugar en ausencia de agresión, y ésta puede presentarse sin hostilidad e ira. Cuando se pretende incidir e intervenir dentro del proceso educativo con una labor preventiva, en el sentido de evaluar y analizar los supuestos fundamentales en que se sustenta la agresividad escolar se suscitan no pocos problemas. La evaluación de la agresividad adquiere unas características peculiares, ya que su objetivo principal será el proporcionar soluciones dentro del contexto escolar.

La respuesta perdurable con aspectos sentimentales y de clasificación, por deducción la hostilidad se considera como una respuesta de propensión, pudiendo conducir a la agresión. Retomando los planteamientos de Spielberger y Rickman (1990) y de Gómez (1994), habría que distinguir la ira como un término más relacionado con la emoción, mientras que la hostilidad habría que definirla como un rasgo de personalidad, relacionado fundamentalmente con la expresión de la agresividad, por lo que habría que distinguir entre rasgo y estado de ira. En consonancia con esto el sentimiento de ira resulta connatural, aunque no ha de considerarse como una condición justificada para el desplazamiento de actitudes hostiles y manifestaciones del comportamiento agresivo.

En esta investigación se asume por agresión: *“hacer daño intencionalmente a otro organismo o a un organismo sustituto”*, es decir, que la agresión ha de considerarse como un acto intencional, en el que el objeto, cuando es animado está motivado para evitar. El daño causado a la víctima puede ser físico o mental, y la acción puede ser física o verbal, indirecta y pasiva, o directa y activa. El daño puede hacerse sobre un organismo sustituto (Dollard y cols., 1939), considerándose la destrucción intencional de objetos inanimados, como un acto agresivo.

Cuando se intenta abordar el estudio de la agresividad, es preciso destacar una vez más, que se trata de una variable no observable, y en este sentido

de un constructo hipotético, un informe que se realiza a partir de las manifestaciones de la conducta. De aquí surgen ciertos problemas metodológicos, ya que dada su naturaleza, las dificultades que subyacen al constructo son las de interpretar una misma conducta subjetivamente y de formas distintas. En cualquier caso, y a pesar de estas posibles interpretaciones subjetivas de la actividad conductual, la agresividad continúa siendo un elemento esencial en el contexto de la acción e intervención educativa. (Olweus 1984; Stattin y Magnusson 1991; Pulkkinen 1983a).

3. PLANTEAMIENTO EMPÍRICO

3.1. Objetivos

Mediante la presente investigación se han pretendido conseguir los siguientes objetivos: 1) Evaluar la *agresividad-emitada, recibida e inhibida* en los escolares gallegos de los niveles medio y superior 8-12 años; 2) Realizar un perfil de la agresividad en función de la edad, *sexo, satisfacción escolar, rendimiento académico, comunicación familiar*; 3) Determinar las relaciones existentes entre *estado rasgo de ansiedad* y la *agresividad emitida, recibida e inhibida*.

3.2. Método

3.2.1. Sujetos

Conforman la muestra un total de 759 escolares de E.G.B, en edades comprendidas entre los 8 y los 12 años (Tabla 1). Para tener acceso a los centros escolares en los que se realizó el muestreo, fijándose como criterios las siguientes condiciones: 1) Centro Educativo (Público o Privado); 2) Tener implantado todo el ciclo de E.G.B; 3) Llevar en funcionamiento, un mínimo de 4 años. Se seleccionaron al azar 10 centros que cumplieran los requisitos anteriores.

Tabla 1. Distribución de la muestra por edad y sexo

Edad	Niños	Niñas	Total
8	38	45	83
9	65	97	162
10	84	87	171
11	86	94	180
12	80	83	163
Total	353	406	759

3.2.2. Variables

Entre las múltiples variables con incidencia en la agresividad para el Análisis de Varianza se ha diferenciado entre: 1) *variables independientes*: sexo, edad, rendimiento, nivel de satisfacción escolar, ansiedad estado-rasgo, inadaptación escolar, 2) *variables dependientes*: agresividad emitida, recibida e inhibida.

En el Análisis de Regresión Logística, se ha diferenciado entre 1) *variables criterio*: sexo, edad, rendimiento, nivel de satisfacción escolar, ansiedad estado-rasgo, inadaptación escolar; y, 2) *variables predictoras*: agresividad emitida, recibida e inhibida.

3.2.3. Hipótesis

De acuerdo con los objetivos planteados, y las variables objeto de análisis se han formulado las siguientes hipótesis:

H₁: Se plantea la existencia de diferencias significativas en el nivel de agresividad *emitida, recibida e inhibida* en función del sexo.

H₂: Se espera que la variable edad sea una fuente de variabilidad en los niveles de agresividad *emitida, recibida e inhibida*.

H₃: Se postula la existencia de una relación negativa entre las puntuaciones en agresividad *emitida, recibida e inhibida*, y el *rendimiento escolar*.

H₄: Se espera que exista una relación negativa entre el nivel de satisfacción escolar y la agresividad *emitida, recibida e inhibida*.

H₅: Se espera que exista una relación negativa entre el nivel de comunicación familiar y las puntuaciones en agresividad emitida, recibida e inhibida.

H₆: Se postula que existan relaciones entre la agresividad *emitida, recibida e inhibida* y *rasgo-estado de ansiedad*.

3.2.4. Instrumentos de Evaluación

- *Cuestionario de Agresividad Emitida, Recibida e Inhibida*: CAEI (Muisu y Mengual, 1984), cuyo objetivo es la evaluación de la agresividad en el medio familiar y escolar. Consta de 3 escalas de agresividad, *emitida, recibida e inhibida*, integradas por 13, 21 y 16 elementos respectivamente.

- *Inventario de Ansiedad Rasgo y Estado para Niños* IDAREN, versión en española del "State-Trait Anxiety Inventory for Children" STAIC (Bauer-

meister; Villamil y Spielberger, 1976; Gómez Fernández y Spielberger, 1990). Evalúa la ansiedad en niños entre las edades comprendidas entre los ocho y doce años. Consta de dos escalas: 1) *A-Rasgo*, integrada por veinte reactivos, en los que se pide a los niños describir cómo se siente generalmente; intentando medir las diferencias individuales relativamente estables que indican predisposición a sentimientos de ansiedad; y, 2) *A-Estado*, también consta de veinte reactivos, pero las instrucciones requieren que los niños indiquen, cómo se siente en un determinado momento; es decir, intenta medir estados transitorios de ansiedad, sentimientos subjetivos conscientemente percibidos de tensión, preocupación o aprensión, que varían en intensidad, y fluctúan en el tiempo.

- *Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil TAMAI*; (Hernández y Hernández 1983), mediante el que se evalúa la inadaptación personal, social, escolar y familiar; así como las actitudes educadoras de los padres, en una amplio rango de edad (8 a 18 años). Consta de 175 elementos que permitirán correlacionar las puntuaciones obtenidas en las diferentes escalas, con las medidas de agresividad y ansiedad evaluadas con las obtenidas a través de las pruebas aquí descritas; así como la incidencia de las actitudes educadoras en el comportamiento agresivo infantil.

- *Inventario de Indicadores Sociales*: IIS elaborado por Gómez y cols. (1985). Consta de 8 elementos. Se puede calcular la puntuación total y el *Índice de habitabilidad*. Mediante el referido instrumento se obtiene información acerca del nivel socioeconómico general de la familia del niño.

La aplicación de los diferentes instrumentos de medida se realizó en un intervalo de 15 días, en los 10 centros de E.G.B. de Galicia. La experiencia se llevó a cabo en dos sesiones de una hora, con el mismo contenido y aproximado horario en los respectivos grupos. Las respuestas emitidas por los sujetos fueron debidamente codificadas realizándose, a continuación el correspondiente análisis estadístico.

3.2.5. *Análisis de datos*

Entre los diversos análisis efectuados se ha recurrido al Análisis descriptivo de todos los datos, obteniéndose los correspondientes estadísticos de distribución.

Se ha recurrido al *Análisis de Varianza*, para determinar, si las variables objeto de estudio, establecen diferencias significativas entre los distintos grupos de sujetos. En el análisis de cada predictor dentro del contexto del grupo o tipo de variables utilizadas, se recurrió al Análisis de Varianza. Se recogen a continuación únicamente los resultados considerados relevantes para demostrar

ciertos supuestos, será necesario realizar investigaciones complementarias para ampliar el análisis de las relaciones implicadas.

Se ha recurrido al *Análisis de Regresión Logística*, para determinar la relación existente entre el conjunto de variables independientes (*predictores*), y cada una de las variables dependientes (*criterio*).

4. RESULTADOS

A continuación se destacan los resultados obtenidos, a través de los diferentes análisis efectuados, contratándose en la discusión, las relaciones existentes entre los referidos resultados obtenidos y las hipótesis formuladas.

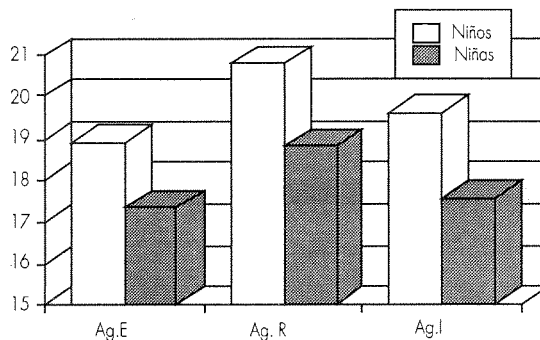
4. 1. Existen diferencias significativas en agresividad en función del sexo

Las medias, desviaciones típicas y valores F y P para la agresividad emitida, recibida e inhibida, en la muestra de 353 niños y 406 niñas, se muestran en la tabla 2; apreciándose diferencias estadísticamente significativas a favor de los niños.

Tabla 2. Estadísticos de distribución y análisis de varianza en función del sexo

VARIABLES	INDICES	NIÑOS= 353	NIÑAS= 406
Ag. Emitida			
Anal. Var.	$\bar{X}$	18,89	17,38
F: 15,4; p<.000	$s_{\bar{x}}$	5,67	4,91
Ag. Recibida			
Anal Var.	$\bar{X}$	20,83	18,82
F: 27,6; p<.000	$s_{\bar{x}}$	5,56	4,95
Ag. Inhibida			
Anal. Var.	$\bar{X}$	19,58	17,60
F: 28,5; p<.000	$s_{\bar{x}}$	5,73	4,46

Figure 1. Representación de puntuaciones medias en agresividad según el sexo



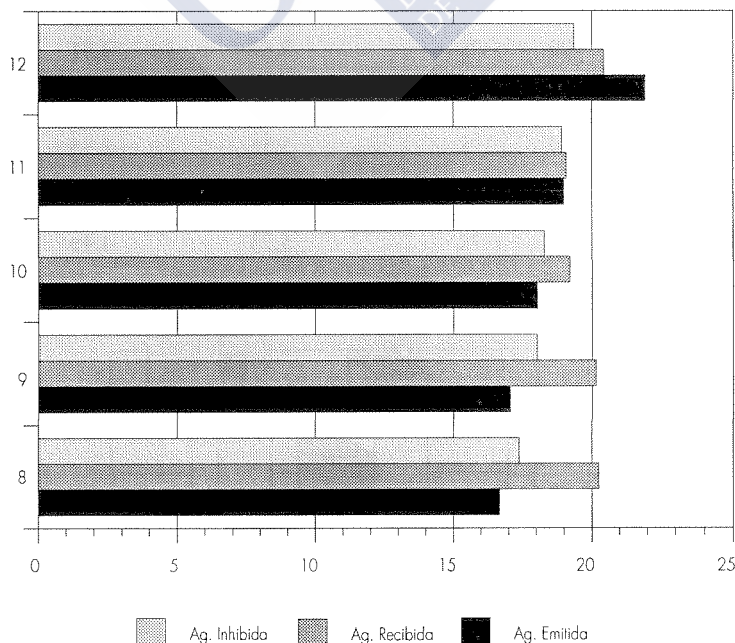
4.2. La edad es una fuente de variabilidad en los tres niveles de agresividad

Los resultados obtenidos, recogidos en la tabla 3, e ilustrados en la fig. 2, permiten diferenciar dos grupos de edad en agresividad emitida (8-10 años y 11-12). Existen diferencias estadísticamente significativas entre los referidos grupos, no resultando generalizables dichas diferencias a otros ámbitos agresivos.

Tabla 3. Estadísticos de distribución y análisis de varianza en función de la edad

		Edad=8	Edad= 9	Edad=10	Edad=11	Edad=12
Variables	Indices	N= 83	N= 162	N= 171	N= 180	N= 163
Agresividad Emitida						
Anal. Var.	$\bar{X}$	16.68	17.06	18.03	19.00	21.92
F: 11,22; p<000	$s_{\bar{x}}$	4.60	5.23	5.52	5.62	5.57
Agresividad Recibida						
Anal. Var.	$\bar{X}$	20.26	20.15	19.21	19.09	20.43
F: 2.22; p <064	$s_{\bar{x}}$	5.40	5.42	4.95	5.22	5.63
Agresividad Inhibida						
Anal. Var.	$\bar{X}$	17.39	18.04	18.29	18.93	19.37
F: 2.78; p <025	$s_{\bar{x}}$	3.82	4.96	4.76	5.60	5.78

Figura 2. Representación gráfica de las puntuaciones en agresividad



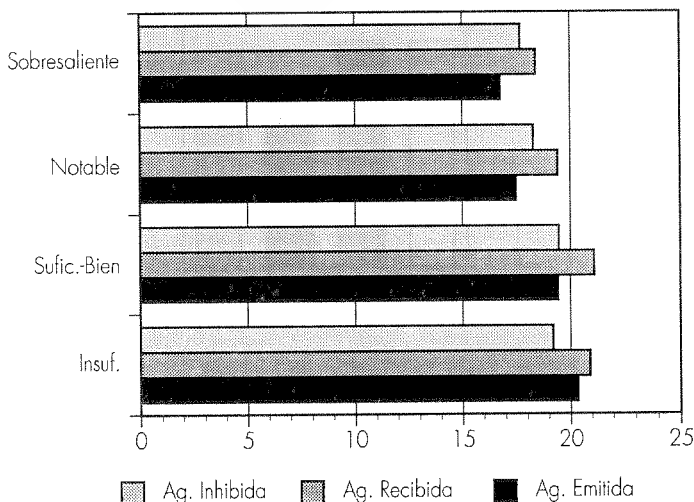
4.3. Existe una relación negativa entre las puntuaciones en agresividad y en rendimiento escolar

Las comparaciones entre medias, muestran que hay diferencias estadísticamente significativas en *agresividad emitida* ($p < .000$) entre los niveles: 1-3, 1-4; 2-3; 2-4; y, 3-4. En *agresividad recibida* existen diferencias entre los niveles: 1-3, 1-4, 2-3 y 2-4 ($p < .001$). En *agresividad inhibida* las diferencias fueron significativas ($p < .005$) entre los niveles: 1-4 y 2-4.

Tabla 4. Estadísticos de distribución y análisis de varianza en función del rendimiento escolar

Variables	Indices	Agresividad Emitida	Agresividad Recibida	Agresividad Inhibida
Edad= 8-12 años				
Nivel: 1-Rendimiento = Insuf. N = 111	$\bar{X}$ $s_{\bar{X}}$	20.34 6.52	20.91 6.17	19.19 5.44
Nivel: 2 Rendim.= Suf.-Bien N = 196	$\bar{X}$ $s_{\bar{X}}$	19.43 6.39	21.12 5.84	19.48 5.43
Nivel: 3 Rendim.= Notable N = 267	$\bar{X}$ $s_{\bar{X}}$	17.50 4.61	19.44 5.04	18.30 4.77
Nivel: 4 Rendim.= Sobresal. N = 185	$\bar{X}$ $s_{\bar{X}}$	16.78 4.55	18.42 4.81	17.70 4.37
TOTAL = 759		F: 14,4 $p < .000$	F: 6,93 $p < .001$	F: 3,68 $p < .011$

Figura 3. Puntuaciones medias en agresividad en grupos de diferente rendimiento escolar

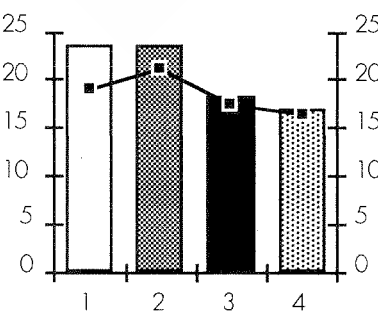


4.4. El grado de satisfacción escolar es una fuente de variabilidad en los niveles de agresividad emitida, recibida e inhibida

Tabla 5. Estadísticos de distribución y análisis de varianza en función de la satisfacción escolar

Variables	Indices	Ag. Emitida		Ag. Recibida		Ag. Inhibida	
		Niños	Niñas	Niños	Niñas	Niños	Niñas
Muy descontento							
M= 26	$\bar{X}$	23.6	19.14	25.0	20.42	23.80	20.42
F= 27	$s_{\bar{x}}$	6.55	4.14	5.31	3.73	6.20	5.56
Descontento							
M= 51	$\bar{X}$	23.63	21.18	21.63	21.31	24.18	20.95
F= 62	$s_{\bar{x}}$	5.66	3.46	5.46	5.57	5.75	5.59
Contento							
M= 153	$\bar{X}$	18.14	17.45	20.50	18.79	19.50	17.48
F= 156	$s_{\bar{x}}$	5.01	4.86	5.00	4.78	5.48	4.30
Muy Contento							
M= 123	$\bar{X}$	17.06	16.77	19.06	18.49	18.19	17.22
F= 161	$s_{\bar{x}}$	5.77	4.73	5.18	5.01	5.66	4.26
A.VARIANZA		F: 9,39 p:<.000		F: 2,13 p:<.094		F: .761 p:<.000	

Figura 4. Representación de las puntuaciones medias en agresividad emitida en la muestra de niños en función de la variable satisfacción escolar



A través de los resultados obtenidos se advierte que hay diferencias estadísticamente significativas en *agresividad emitida e inhibida* entre niños y niñas ($p<.001$).

Figura 5. Representación de las puntuaciones medias obtenidas en agresividad recibida en la muestra de niños, en función de la variable satisfacción escolar

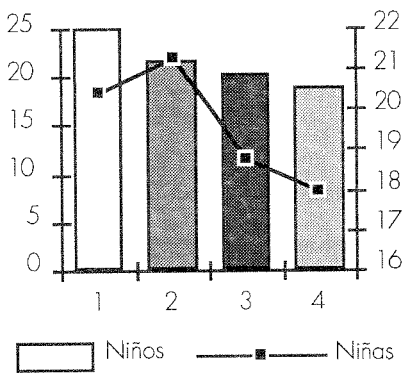
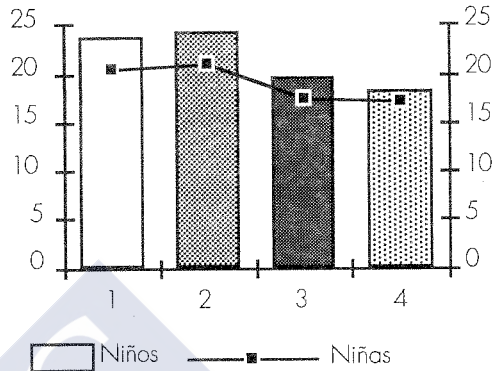
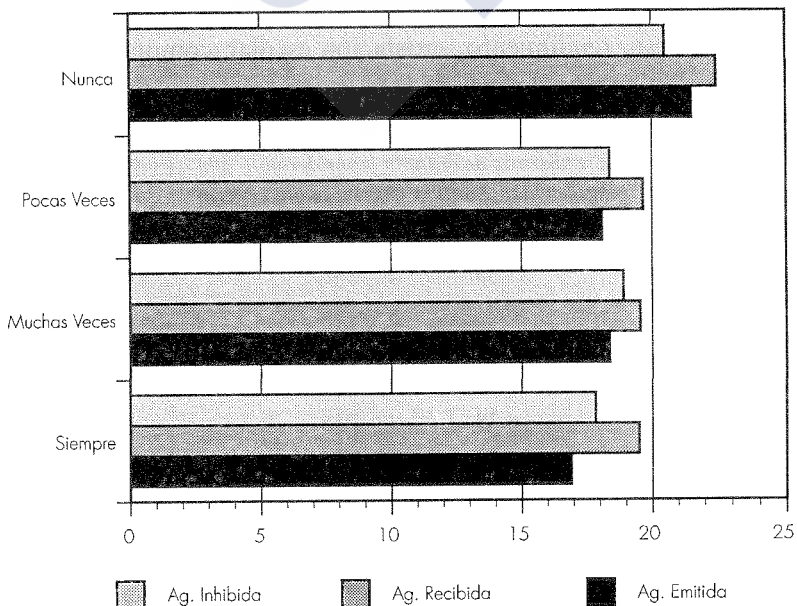


Figura 6. Representación de las puntuaciones medias obtenidas en agresividad inhibida en la muestra de niños, en función de la variable satisfacción escolar



4.5. Hay una relación negativa entre el nivel de comunicación familiar y las puntuaciones en agresividad emitida, recibida e inhibida

Figura 7. Puntuaciones medias en agresividad, en función de la variable de comunicación familiar



Las comparaciones entre las medias de los grupos, muestran que hay diferencias significativas en *agresividad emitida* entre los diversos niveles, excepto entre el 2 y 3, en *agresividad recibida* entre el 1-2, y 1-4 y en *agresividad inhibida* entre el 1 y 4.

4.6. Hay una correlación moderada entre agresividad emitida y recibida y la ansiedad estado-rasgo

Tabla 6. Correlación entre las escalas de Agresividad y Ansiedad

IDAREN/Esc. Agresivid	Agresividad Emitida	Agresividad Recibid.	Agresividad. Inhibida
Ansiedad-Estado	.43	.24	.22
Ansiedad-Rasgo	.48	.43	.28

A través de la tabla 6 se advierte que existe una moderada correlación entre agresividad emitida y recibida y ansiedad estado-rasgo.

4.7. Análisis de regresión logística

Las tablas 8 y 9 registran los resultados del Análisis de Regresión Logística entre la *agresividad emitida* —*variable criterio*— con las variables predictoras: edad, sexo, rendimiento, satisfacción escolar, comunicación familiar, estado de ansiedad y rasgo de ansiedad.

Tabla 8. Estadísticos de entrada, considerando a la variable Agresividad Emitida (Agree) como criterio

Variabes Independ.	F de Entrada	G.L.	G.L.	F Remov.	G.L.	G.L.	p
1. Sexo	23.38	1	756				.000
2. Edad	30.21	1	756				.000
3. Rendimiento	14.03	1	756				.002
4. Nivel satisfacción	7.5	1	756				.063
5. Comunic. Familiar	6.39	1	756				.117
6. Agresividad Emitida	20.58	1	756				.000
7. Agresividad Recibida	37.53.	1	756	1	756		.000
Constante			2.78				
Constante							.957

Tabla 9. Resumen de los resultados del "Stepwise", siendo la variable criterio Agresividad Emitida (Agree)

Variable Indep.	G.L.	Logoverisimilitud	Mejora χ^2	p	Bondad de ajuste	p
0		-524.009			209.329	.000
1. Ans.-Rasgo	1	-505.964	36.089	.000	172.229	.000
2. Sexo	1	-491.407	29.114	.000	144.114	.000
3. Edad	1	-481.745	19.324	.000	124.791	.005
4. Rendimiento	1	-477.406	8.677	.003	116.114	.017
5. Agr.Emitida	1	-475.465	3.882	.049	112.232	.026

El rasgo de ansiedad rasgo, es la variable que mejor predice la agresividad emitida, seguida por la variable sexo, edad, rendimiento escolar y estado de ansiedad. Las variables satisfacción escolar y comunicación familiar no son predictores significativos.

Las tablas 10 y 11 registran los resultados del Análisis de Regresión Logística entre la agresividad recibida —*variable criterio*— y las variables predictoras consideradas a continuación.

Tabla 10. Estadísticos de entrada considerando a la variable Agresividad Recibida (Agree)

Variables Independ.	F de Entrada	G.L.	G.L.	F Remov.	G.L.	G.L.	p
1. Sexo	26.36	1	756				.000
2. Edad .36		1	756				.546
3. Rendimiento	14.12	1	756				.000
4. Nivel. Satisf.	5.60	1	756				.018
5. Comun. Familiar	10.08	1	756				.001
6. Agr. Emitida	4.10	1	756				.043
7. Agr. Recibida	4.72.	1	756				.030
Constante				.05	1	756	.827
Constante							

Tabla 11. Resumen de los resultados del "Stepwise", siendo la variable criterio Agresividad Recibida (Agree)

Variable Indep.	G.L.	Logoverisimilitud	Mejora χ^2	p	Bondad de ajuste	p
0		-525.382			143.155	.000
1. Sexo	1	-513.491	23.782	.001	119.372	.018
2. Rendimiento	1	-506.547	13.889	.001	105.484	.099
3. Comun.Familiar	1	-503.313	6.467	.011	99.015	.178
4. Agr.Recibida	1	-500.818	4.990	.025	94.029	.260
5. Edad	1	-499.027	3.583	.058	90.446	.323
6. Nivel Satisf.	1	-497.597	2.861	.091	87.585	.373

Los resultados obtenidos permiten destacar que la variable sexo es el mejor predictor de la *agresividad recibida*, seguido del rendimiento escolar, comunicación familiar, y rasgo de ansiedad. La edad, la satisfacción escolar y el estado de ansiedad, son variables predictoras no significativas, y por ello no forman parte de la ecuación de regresión de la *agresividad recibida*.

Las tablas 12 y 13 registran los resultados del Análisis de Regresión Logística entre la variable agresividad inhibida —variable criterio— y las variables predictoras consideradas a continuación.

Tabla. 12. Estadísticos de entrada, considerando como variable criterio *Agresividad Inhibida (Agree)*

Variabes Independ.	F de Entrada	G.L.	G.L.	F Remov.	G.L.	G.L.	p
1. Sexo	23.65	1	756				.000
2. Edad	1.33	1	756				.248
3. Rendimiento	3.40	1	756				.065
4. Nivel Satisf	10.66	1	756				.001
5. Comun. Familiar	.00	1	756				.987
6. Agr.Emitida	.15	1	756				.697
7. Agr.Recibida	6.22	1	756				.012
Constante				6.08	1	756	.013
Constante							

Tabla. 13. Resultados de "Stepwise", considerando como variable criterio *Agresividad (Agree) Inhibida*

Variable Indep.	G.L.	Logoverisimilitud	Mejora χ^2	p	Bondad de ajuste	p
0		-522.009			126.835	.006
1. Sexo	1	-510.810	23.081	.001	103.753	.136
2. Nivel Satisf.	1	-504.389	12.841	.001	90.912	.395
3. Agr. Recibida	1	-501.188	6.404	.011	84.508	.556

Las tablas 14 y 15 registran los resultados del Análisis de Regresión Logística entre el estado de ansiedad —*variable criterio*— y las variables predictoras: edad, sexo, rendimiento escolar, satisfacción escolar, comunicación familiar y *agresividad emitida, recibida e inhibida*.

Tabla. 14 Estadísticos de entrada, considerando a la variable criterio
Agresividad Emitida (Agree)

Variables Independ.	F de Entrada	G.L.	G.L.	F Remov.	G.L.	G.L.	p
1. Sexo	.97	1	757				.325
2. Edad	29.43	1	757				.000
3. Rendimiento	10.05	1	757				.001
4. Nivel.Satisf.	6.74	1	757				.009
5.Comun. familiar	.95	1	757				.329
6. Agr. Emitida	20.58	1	757				.001
7. Agr. Recibida	4.10	1	757				.043
8. Agr. Inhibida	.15	1	757				.043
Constante				12.08	1	757	.001
Constante							

La variable edad resulta el mejor predictor del estado de ansiedad, seguido de las variables agresividad emitida e inhibida, y la variable satisfacción escolar. Las otras variables son predictores no significativos. Resultados similares fueron obtenidos por Gómez y Pulido (1992) en un estudio efectuado con grupos de edad comprendidos entre los 6 y 8 años. Asimismo es de esperar que un nivel de satisfacción bajo en la escuela incremente la ansiedad estado, subyaciendo en el mismo, un cierto nivel de frustración.

Tabla. 15. Resultados de "Stepwise", considerando como variable criterio
Agresividad Emitida (Agree)

Variables Indep.	G.L.	Logoverisimilitud	Mejora χ^2	p	Bondad de ajuste	p
0		519.009			126.835	.000
1. Edad	1	505.059	28.504	.000	201.012	.002
2. Agr. Emitida	1	-498.705	12.707	.000	188.308	.009
3. Agr. Inhibida	1	-496.689	4.0324	.045	184.275	.013
4. Nivel. Satisf.	1	-494.618	4.142	.042	180.135	.019

Las tablas 16 y 17 registran los resultados del Análisis de Regresión Logística entre el rasgo de ansiedad —*variable criterio*— y las mismas variables predictoras del análisis precedente.

Tabla. 16. Estadísticos de entrada, considerando como variable criterio la Agresividad Recibida (Agree)

Variables Independ.	F de Entrada	G.L.	G.L.	F Remov.	G.L.	G.L.	p
1. Sexo	4.33	1	757				.037
2. Edad	21.00	1	757				.000
3. Rendimiento	.52	1	757				.471
4. Nivel.Satisf.	10.66	1	757				.001
5. Comun. Familiar	10.11	1	757				.001
6. Agr. Emitida	37.53	1	757				.001
7. Agr. Recibida	4.72	1	757				.030
8. Agr. Inhibida	6.22	1	757				.012
Constante				6.08	1	757	.013
Constante							

Tabla. 17. Resultados de "Stepwise", considerando como variable criterio Agresividad Recibida (Agree)

Variables Indep.	G.L.	Logoverisimilitud	Mejora χ^2	p	Bondad de ajuste	p
0		-522.349			259.111	.000
1. Agresividad	1	-504.307	36.084	.000	223.021	.000
2. Edad	1	-498.210	12.125	.000	210.830	.000
3. Sexo	1	-492.797	10.826	.001	200.002	.001
4. Comun. Familiar	1	-488.591	8.412	.004	191.190	.000
5. Nivel Satisf.	1	-486.115	4.952	.026	186.640	.007

La variable que aporta más información al rasgo de ansiedad es la *agresividad emitida*. En consonancia con las investigaciones de Gómez y Spielberger (1990), las diferencias individuales del rasgo de ansiedad, determinan los estímulos particulares considerados como amenazantes, y son estos los que provocarían reacciones agresivas. Las variables edad y nivel de satisfacción —*incluidas en la ecuación de regresión del estado de ansiedad*—, indican la estabilidad de la misma a través del tiempo, lo que justifica su inclusión en la ecuación de regresión del estado de ansiedad. La introducción de las variables sexo y comunicación, indican la inclusión de diferentes estilos educativos, no sólo en la familia, sino en la escuela y el rol de soporte que puede ejercer la comunicación familiar, cuando se trata de informar sobre el rasgo de ansiedad.

5. DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

La agresividad definida desde las diversas corrientes psicológicas adopta distintas peculiaridades a lo largo de la vida. Esta diversidad se incrementa incluso más, debido al amplio campo semántico utilizado para describir este tipo de comportamientos. Así los conceptos de agresividad, hostilidad, ira y violencia son términos susceptibles de confusión, puesto que tanto de la hostilidad como de la ira pueden inferirse ciertas clases de agresión. En la mayor parte de las agresiones instrumentales no aparecen componentes hostiles ni iracundos, de forma que la hostilidad y la ira pueden tener lugar en ausencia de agresión, y esta, puede presentarse sin hostilidad e ira. En esta investigación se ha asumido por agresión “*hacer daño intencionalmente a otro organismo o a un sustituto*”, ello implica asumir el postulado de la transferencia de la agresividad, y las respuestas de propensión a la misma, que tienen su fundamento en la hipótesis de *frustración-agresión*, reformulada por Caprara y Renzi (1981) y Caprara y Laeng (1988). A su vez, la agresividad ha sido operativizada en las dimensiones: agresividad *emitida*, *recibida*, e *inhibida*; adoptando expresa incidencia en contextos escolares y familiares. Entre las aportaciones y aspectos más relevantes a destacar en esta investigación se señalan los siguientes:

1. Mediante los elementos del integrantes del *Inventario de Agresividad Emitida, Recibida e Inhibida*: AERI, se presentan situaciones frustrantes (*físicas o verbales*), con un significado concreto, en el que influye la intención del emisor de producir un determinado efecto sobre el resultado de una situación específica, suscitando respuestas de contenido iracundo (Buss, 1961; Drefance, 1992), en las que radican los signos más eficaces para la evaluación de la agresividad.

2. Son diversos los tipos de pruebas en los que se manifiestan las diferencias en agresividad entre sexos, ya sea con pruebas proyectivas (Lesser, 1981); en estudios experimentales (Bandura, Ross y Ross, 1961; Berkowitz, 1989); o en la agresión como respuesta a la frustración (Caprara y Renzi, 1981). En los resultados obtenidos en este trabajo se confirma la primera hipótesis formulada, en consonancia con los planteamientos de Maccoby y Jacklin (1980). Se advierten diferencias significativas en agresividad, en función de la variable sexo que se mantienen en la mayor parte de los casos, aún contemplando o cruzando la variable sexo con otras variables como rendimiento académico, satisfacción escolar o la edad. Se aprecia que existen diferencias significativas ($p < .001$) en las escalas de agresividad emitida, recibida e inhibida del cuestionario AERI entre niños y niñas. En la misma línea los resultados del

Análisis de Regresión Logística confirman que la variable sexo es el mejor predictor de la *agresividad recibida e inhibida*, y el segundo mejor predictor (*después de la ansiedad rasgo*) para la *agresividad emitida*. Sin embargo no se puede afirmar que el sexo determine el nivel de agresividad. La conducta agresiva presenta en los alumnos y alumnas diferentes concomitantes y antecedentes. En las puntuaciones más elevadas de los varones, pueden encontrarse pautas de comportamiento aprendidas, asociadas socialmente al rol del sexo masculino, y también a la posibilidad según apunta Lagerspetz (1988) de que las chicas expresan la agresividad de forma diferente a los chicos; concordando a su vez, con el planteamiento que realiza Reuchlin (1981). Estos autores señalan la existencia de un cierto sesgo en la construcción de los tests de agresividad, en los que predominan situaciones más directamente referidas al sexo masculino que femenino. Esta crítica naturalmente también afecta al Cuestionario AERI (Egido, 1993).

3. La segunda hipótesis planteada que hacía referencia a la variable edad como fuente de variabilidad en los niveles de *agresividad emitida, recibida e inhibida*, se acepta parcialmente. Entre nuestros hallazgos, habría de destacarse que la edad es una fuente de variabilidad en los niveles de *agresividad emitida*, pero no en la *agresividad recibida e inhibida*. Existen diferencias significativas en *agresividad emitida*; encontrándose más atenuadas en *agresividad recibida e inhibida*. Al dicotomizar la edad (8-9-10 años), y (11-12 años), se advierte que los alumnos del ciclo superior —segundo bloque— puntúan significativamente más alto que los del ciclo inferior en *agresividad emitida, recibida e inhibida*. En el Análisis de Regresión Logística se advierte así mismo, la preponderancia de esta variable, ya que mientras ocupa el tercer lugar, entre las variables que aportan más información a la explicación de la *agresividad emitida*, ocupa el quinto entre las que explican la *agresividad recibida*, no entrando a formar parte en la ecuación de regresión de la *agresividad inhibida*.

4. En efecto, con el transcurso del tiempo, se suceden cambios cualitativos y cuantativos en la agresividad, que permiten afirmar que la agresividad evoluciona, cambia de signo o se hace más sofisticada; y ello, puede estar relacionado a un incremento en la frecuencia de situaciones frustrantes experimentada por el niño. Defrance (1992) sugiere que este incremento puede no sólo ser el resultado de la personalidad del niño, sino también del efecto acumulativo del fracaso escolar percibido a través de diferentes cursos. Un factor importante que puede contrarrestar este incremento, en ocasiones producido por experiencias frustrantes, es el apoyo familiar (Caprara y cols. 1988).

5. Se advierte que los alumnos que obtienen las más bajas puntuaciones académicas, tienden a puntuar más alto en *agresividad emitida y recibida*, que

los alumnos con mejores calificaciones; atenuándose la diferencia en *agresividad inhibida*. Los alumnos con más bajo rendimiento escolar (grupo 1), tienen una media significativamente más alta en *agresividad emitida*, que los alumnos de los otros tres grupos. De forma similar, los alumnos con bajo rendimiento escolar (grupos 1 y 2), tienen una media significativamente más alta en agresividad recibida que los alumnos de los otros dos grupos. En *agresividad inhibida*, sólo se apreciaron diferencias significativas entre los grupos 1 y 4, sin embargo esta relación se aprecia de forma más clara, cuando se consideran las edades entre 10 y 12 años. Por ello, la hipótesis que plantea la existencia de una relación negativa entre las puntuaciones en *agresividad emitida, recibida e inhibida* y el rendimiento escolar, se confirma parcialmente a partir de los resultados obtenidos en esta investigación. La manera en que cada alumno reacciona ante el fracaso, es decir, positiva o negativamente, puede caracterizar su comportamiento y su conducta de fracaso como tal. La conducta agresiva mostrada, sería el resultado de la compensación a un estado de impotencia, no sólo ante el fracaso escolar sino también a la presión del medio reflejada en la *agresividad recibida*.

6. La cuarta hipótesis que planteaba la existencia de una relación negativa entre el nivel de satisfacción escolar y la *agresividad emitida, recibida e inhibida*, se confirma en los resultados obtenidos. Sin embargo hay que remarcar, que esta variable sólo entra a formar parte de la ecuación de regresión, en el caso de la *agresividad recibida*, con un bajo coeficiente de regresión. La variable satisfacción escolar, supone una toma de contacto con la actividad en el centro escolar. Hace referencia la capacidad del alumno para juzgar por sí mismo su propia actividad, en función de los baremos socioescolares que empieza a conocer, y su aptitud para utilizar conscientemente las situaciones, personas o instrumentos puestos a su disposición por la escuela. Es posible que este juicio no se exprese más que en términos de conformidad o disconformidad, con normas y baremos conocidos y explorados, pero constituye ya el primer paso hacia la autonomía. En consonancia con esto, los alumnos que obtienen niveles de satisfacción inferiores presentan una tendencia a puntuar más alto en agresividad. Se advierte una relación inversamente proporcional entre el rendimiento, y el nivel de satisfacción escolar. Al estado de insatisfacción se llega progresivamente, al no juzgar su producción más que en términos de ausencia de éxito, que se compensa y manifiesta, a través de comportamientos agresivos. Se trata de una constatación efectuada a través de diferentes observaciones en los centros escolares, en los que se sorprende al alumno enfrentado con una realidad “productiva” diaria, que sobrepasa sus necesidades inmediatas, y sus posibilidades personales. Podría evitarse esta experiencia de insatisfacción, contribu-

yendo a desarrollar el nivel de comunicación y de relaciones humanas, antes que pensar en meros modelos eficientistas.

7. La quinta hipótesis que plantea la existencia de una relación negativa entre el nivel de comunicación familiar, y las puntuaciones en *agresividad emitida, recibida e inhibida*, es claramente sustentada por los resultados. Se confirma que el apoyo social desempeña un rol clave en la neutralización del comportamiento agresivo. Se establecieron 4 grupos, a partir de las puntuaciones obtenidas en la variable comunicación familiar. Los alumnos del grupo 4 (*alta comunicación familiar*), tienen una media en *agresividad emitida* significativamente más baja que los alumnos de los grupos 1 y 2. De forma similar los alumnos del grupo 3, tienen una puntuación significativamente más baja que los alumnos del grupo 1. En el caso de *agresividad recibida*, son similares las diferencias significativas entre los grupos: 1-2; 1-3 y 1-4. Por último, en *agresividad inhibida*, las diferencias se presentan entre los grupos 1 y 4, indicando que los alumnos que son más comunicativos en el ámbito familiar, inhiben menos su agresividad que aquellos que presentan una baja puntuación en esta variable. Sólo en el caso de la *agresividad recibida*, la comunicación familiar entra a formar parte en la ecuación de regresión. Su ausencia en las ecuaciones para predecir la *agresividad emitida e inhibida*, puede ser debida a la colinealidad con otras variables.

8. La comunicación padres-hijos se construye fundamentalmente a través de las actitudes y del diálogo. En los resultados se pone de manifiesto que los alumnos caracterizados por una destacada comunicación con sus padres, tienden a puntuar más bajo en los tres tipos de agresividad (*emitida-recibida-inhibida*). Se plantea aquí el influjo que ejerce el apoyo social en cuanto amortiguador de la conducta agresiva. En consonancia con los resultados obtenidos por Egido y cols. (1994) se advierten moderadas correlaciones entre la agresividad (*emitida-recibida-inhibida*) y ansiedad estado-rasgo. Mientras que la *ansiedad-estado* correlaciona tan sólo con *agresividad emitida* (.43), la *ansiedad rasgo* correlaciona con *agresividad emitida* y *recibida* (.48), (.43) respectivamente; por lo que se establece una particular relación entre *ansiedad rasgo-agresividad emitida-recibida*, y *ansiedad estado-agresividad emitida*. Si se considera pue, la ansiedad como una variable predictora, se podría asumir que la *ansiedad estado-rasgo* contribuye particularmente a la predicción de la *agresividad emitida*; mientras que la predicción de la *ansiedad rasgo*, afectaría así mismo y de forma particular a la *agresividad recibida*. En el Análisis de Regresión Logística realizado considerando a la agresividad —*emitida, recibida e inhibida*— como variables independientes, y la *ansiedad estado* como variable dependiente, indica que, después de la variable edad, la *agresividad*

emitida e inhibida son las dos mejores predictores de la *ansiedad estado*. Sin embargo, al considerar como variable dependiente a la *ansiedad rasgo*, el mejor predictor de la misma es la *agresividad emitida*. Por ello, nuestra última hipótesis relativa a la existencia de una relación positiva entre *agresividad emitida, recibida e inhibida y rasgo-estado de ansiedad*, se confirma parcialmente.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADLER, A. (1908). En Ansbacher, N. L. y Ansbacher, R. R. *The individual Psychology of Alfred Adler*. N. York. Basic Books, 1956.
- AIKEN, L.R. (1971). *Psychological and educational testing*. Boston: Allyn y Bacon.
- BANDURA (1983). "Psychological Mechanisms of Aggression". En R.G. Geen y E.I. Donnerstein (Eds.), *Aggression: Theoretical and Empirical Reviews*. Vol. I. London: Academic Press.
- BANDURA, A. (1962). "Social learning through imitation". En M.R. Jones (Ed.), *Nebraska Symposium on motivation*. Lincoln: University of Nebraska Press. pp. 211-269
- BANDURA, A.; ROSS, D. y ROSS, S.A. (1961). "Transmission of aggression through imitation of aggressive models". *Journal of Abnormal and Social Psychology*. 67, 601-107.
- BANDURA, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- BANDURA, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action. A Social Cognitive Theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall.
- BELL, R.Q. y HARPER, L.V. (1977). *Child Effects on Adults*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- BELL, R.Q. (1968). "A Reinterpretation of the Direction of Effects in Studies of Socialization". *Psychological Review*, Vol. 75, pp. 81-95.
- BELL, R.Q. (1979). Parent, Child, and Reciprocal Influences. *American Psychologist*, Vol. 34, pp. 821-826.
- BERKOWITZ, L. (1962). *Aggression: A Social-psychological analysis*. New York: McGraw-Hill.
- BERKOWITZ, L. (1989). "Laboratory experiments in the study of aggression". En ARCHER, J. y BROWNE, K. (Eds.). *Human Aggression Naturalistic Approaches*. London: Routledge.
- BERTILSON, H.S. (1983). "Methodology in the study of aggression". En R.G. Geen y E.I. Donnerstein (Eds.), *Aggression: Theoretical and Methodological Issues*. Vol. 1. New York: Academic Press.
- BUSS, A. H. (1961). *The psychology of aggression*. N. York. Wiley.
- CAPRARA, G.V. (1981). *Personalità e Aggressività*. Roma: Bulzoni.
- CAPRARA, G.V. y LAENG, M. (1988). *Indicatori e precursori della condotta aggressiva*. Roma: Bulzoni.
- CAPRARA, G.V. y RENZI, P. (1981). "The frustration-aggression hypothesis vs. irritability". *Recherches de Psychologie Sociale*. 3, pp. 75-80.
- CAPRARA, G.V.; BARBARANELLI, C.; PASTORELLI, C.; PERUGINI, M. (1994). Individual differences in the study of human aggression. *Aggressive Behavior*, 281-303.

- CAPRARA, G. V.; CINANNI, V. D.; IMPERIO, G; PASSERINI, S; RENZI, P; y TRAVAGLIA, G. (1985). Indicators of impulsive aggression: present status of research on irritability and emotional susceptibility scales. *Pers. Individ. Diff.* Vol. 6, 665-674.
- DEFRANCE, B. (1992). *La violence a L'école*. Paris: Syros.
- DOLLAR, J. L.; DOOB, W; MILLER, N.E; MOWRER, O. H; y SEARS, R. R. (1939). *Frustration and Aggression*. N. Haven. Yale University Press.
- DOLLARDD, J.; MILLER, N.; DOOB, L.; MOWRER, O.; SEARS, R. (1939). *Frustration and Aggression*. New Haven: Yale University Press.
- EGIDO, A. (1993). *Evaluación y análisis diferencial de la agresividad en alumnos de E.G.B.* Tesis Doctoral (no publicada). Universidad de Santiago de Compostela.
- ERON, L. (1989). "Aggression". Ponencia presentada en el XXII Congreso Interamericano de Psicología. Buenos Aires.
- FREUD, S. (1905). *Three Essays on the Theory of Sexuality. The Standar Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, Londres. 1962, vol. VII.
- FREUD, S. (1920, 1977). "Janseit des Lustprinzip". Trad. it. *Al di là del principio di piacere. Opere completi di S. Freud*. Vol. 9. Torino: Boringhieri.
- GÓMEZ, D.E. y SPIELBERGER C.D. (1990). *Assesment of Anxiety in Spanish Elementary School Children*. En C.D. SPIELBERGER, R. DÍAS GUERRERO, y J. STRELAU. *Cross-Cultural Anxiety*. N. York. Hemisphere Publ. pp. 1993-203.
- GÓMEZ, D.E., EGIDO, A. y SABURIDO, X.L. (1990). *Inventario de Indicadores sociales*. Santiago. Universidad de Santiago de Compostela.
- GÓMEZ, D.E. y PULIDO, M.T. (1992). *Estrés na escola*. Santiago de Compostela: Edicións do Castro.
- GÓMEZ, D.E. (1994). Evaluación de las conductas de agresividad, hostilidad, ira (AHI). En D.E. Gómez y X.L. Saburido (Eds.). *Salud y prevención: Alternativas desde la Evaluación Psicológica*. Santiago de Compostela. Consellería de Cultura. Xunta de Galicia. pp. 397-442.
- KARLI, P. (1975). L'agressivité, enfance humaine et enfance animale. *Rev. de Neuro-Psychiatrie inf.*, 23.
- LAGERSPETZ, K. (1988). "Girls may also be naughty". *Abstracts From the Eighth Biennial World Meeting-International Society for Research on Aggression*. Swansea, Wales.
- LESSER, G. (1957). "Conflict analysis of fantasy aggression". *Journal of Personality*. 29, pp. 29-41.
- MOYER, K.E. (1968). "Kinds of aggression and their physiological basis". *Comm. Behav. Biol.*, 2, pp. 65-87.
- OLWEUS, D. (1984). "Stability in aggressive and withdrawn, inhibited behaviors patterns". En KAPLAN, R.; KONECNI, V. y NOVACO, R. (Eds.), *Aggression in children and youth*. The Hague Martinus Nijhoff Publishers, pp. 104-137.
- REUCHLIN, M. (1973). *L'hérédité des conduites*. Paris. P.U.F.
- SABURIDO, X.L. y GOMEZ, D.E. (1991). *O comportamento agresivo na mocidade*. Santiago de Compostela: Sotelo Blanco Edicións.
- SPIELBERGER, C. D. y RICKMAN, R. L. (1990). Assessment of State and Trait Anxiety in Cardiovascular Disorders. En D.G. BYRNE, y ROSENMAN, R. H. (Eds.) *Anxiety and the Heart*. N.York. Hemisphere Publishing Corporation.
- STATTIN, H. y MAGNUSSON, D. (1991). "Stability and change in criminal behavior up to age 30". *The British Journal of Criminology*, Vol. 31, pp. (327-346).
- VALENSTEIN, E.S. (1973). *Brain stimulation and motivation*. Illinois: Scott, Foresman and Co, Glenview.

Vulnerabilidad de niños y adolescentes a conductas AHI (agresividad-hostilidad-ira)

M^a ROSA CARNEIRO¹; DOMINGO E. GÓMEZ¹; y GERARD JACOBS²

¹Universidad de Santiago de Compostela. España

²Universidad "South Dakota". Vermillion. EE.UU.

1. INTRODUCCION

El patrón de conducta tipo "AHI", puede llegar a constituir un predisponente de conducta antisocial. Los niños y adolescentes con conducta antisocial, se caracterizan por una diversidad de manifestaciones de agresividad (*emitida, recibida e inhibida*), hostilidad, e ira (interiorizada, exteriorizada, controlada), vandalismo..., y en general por un quebrantamiento de las normas en el hogar y en el centro escolar. En ocasiones, las referidas conductas tienen consecuencias inmediatas, tanto para el sujeto que las lleva a cabo (*expulsión del centro escolar, hospitalización*), como para aquellos con quienes interactúan (víctimas). Pueden desencadenar además, consecuencias a medio, o a largo plazo. Cuando los niños se convierten en adolescentes y adultos, sus problemas podrían llegar a tener continuidad en forma de conducta criminal, alcoholismo, afectación psicopatológica (*en sus diversos grados*), o dificultades de adaptación; con las consiguientes repercusiones tanto en el ámbito laboral, familiar, como en el ámbito interpersonal. Por lo tanto, el hecho de que los adolescentes no abandonen a su tiempo sus conductas antisociales, aumenta la significación clínica y social de esta disfunción en la infancia. Aunque el pronóstico a largo plazo no fuera adverso, la demanda clínica de tratamiento para la conducta antisocial de niños y adolescentes, alcanza una destacada repercusión clínica y social.

A la falta de definiciones claras de conducta antisocial, se suma la inconsistencia a lo largo del tiempo, por lo que es difícil resaltar límites precisos para delimitar la materia en cuestión; por este motivo se han llevado a cabo trabajos previos, a fin de analizar el patrón de conducta tipo "AHI", en cuanto expre-

sión conductual, que podría ser considerada como predictor de conducta antisocial. En la investigación con sujetos adultos, y en cierto modo con adolescentes, predominan las investigaciones referidas a diversos aspectos del análisis y evaluación del patrón de conducta tipo "AHI", siendo representativos los trabajos de Spielberg (1983a, 1983b, 1988); Caprara (1981, 1982, 1983, 1984, 1985); Olweus (1978, 1979, 1984); Pulkkinen (1982, 1983a, 1983b)

Esta relativa proliferación de trabajos correspondientes al período adulto, contrasta con la escasez no solamente de investigaciones específicas sobre el patrón de conductas tipo "AHI" en la infancia, sino también con la escasez de instrumentos de evaluación específicos, por cuyo motivo surge la necesidad de incrementar los trabajos de investigación que se ocupen del período correspondiente a la niñez y edad temprana.

La marginación infantil se produce, a menudo, por una situación de necesidad social y económica de sus familias. Así, estos niños se desarrollan psicológicamente en ambientes marginales, y en situaciones de desestructuración familiar y grupal. La delincuencia en los niños que han experimentado una socialización inadecuada, y la incapacidad por parte de éstos para interpretar y actuar apropiadamente, a partir de la información obtenida tanto de fuentes internas como externas. Pueden reflejar una verdadera psicopatología. Teniendo en cuenta los requerimientos asistenciales del menor; a partir de 1983, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha puesto en marcha, en su primera etapa, un "*Estudio sobre Conductas de los Escolares Relacionados con la Salud*" (ECERS), en la que inicialmente participaron cuatro países; y cuyos resultados recogen Wold y Aaro (1990). En una segunda etapa, correspondiente a 1986, participaron en el referido estudio diez países, entre los que por primera vez, se incorporó España, cuyos resultados recogen Mendoza, y cols. (1988); Mendoza, y cols. (1992). La finalidad global de la referida investigación, ha sido recoger periódicamente información comparable sobre aspectos del estilo de vida de los escolares europeos, que se consideraban básicos desde una perspectiva de promoción de la salud, a fin de estimular la adopción de medidas eficientes para una mejora efectiva de la salud de los niños y adolescentes, en consonancia con las directrices del Programa "*Salud para todos en el año 2.000*". Aún siendo de gran interés la iniciativa ECERS, no rebasa el nivel descriptivo, tendente a elaborar un perfil que se circunscribe a emitir información sobre: *vida cotidiana, vivencia en la escuela, alimentación, ejercicio físico, autopercepción del estado de salud, consumo de tabaco, alcohol y drogas, conductas relacionadas con los accidentes y con las enfermedades de transmisión*

sexual. No obstante, la iniciativa ECERS, no incluye un estudio psicológico que sustente, y explique los perfiles diferenciales que año tras año se contrastan, teniendo casi como único y exclusivo referente la estadística.

Con el fin de contribuir a esclarecer uno de los aspectos más representativos de la niñez y la adolescencia: el patrón de conducta tipo “AHI”, ha surgido una línea de investigación, en la que se pretende situar la presente investigación, y que tiene como antecedentes los trabajos de Saburido y Gómez, (1990); Egido, (1993); Gómez y Saburido, (1994); Carneiro (1995); Egido y Gómez (1996). En consonancia con los planteamientos previos, la presente investigación, se pretende contribuir a fundamentar la incidencia del patrón de conducta tipo “AHI” en el contexto escolar, de Galicia, con la finalidad de que los hallazgos puedan servir de guía para la implementación de los *Programas de Garantía Social*.

2. PLANTEAMIENTO EMPIRICO

2.1. Objetivos

Para la consecución de los objetivos generales, se requiere que éstos han de condicionar el proceso metodológico, así como la selección de los instrumentos a utilizar por el investigador (Guinovart, 1991). En la presente investigación se ha pretendido alcanzar los siguientes objetivos específicos:

- Determinar en qué medida las variables sociodemográficas (*sexo, edad, rendimiento académico, características del emplazamiento del centro escolar*), contribuyen a configurar un perfil de vulnerabilidad al patrón de conductas “AHI”.
- Precisar en qué medida las variables psicoemocionales (*neuroticismo, ansiedad, curiosidad, emocionalidad*), son útiles para diferenciar y/o discriminar entre grupos de sujetos, en función de su vulnerabilidad al patrón de conducta tipo “AHI”.
- Identificar los principales determinantes y/o predictores del patrón de conducta tipo “AHI”, dentro de contexto escolar.

2.2. Método

2.2.1. Muestra

Conforman la muestra un total de 652 sujetos (337 varones y 315 mujeres. En la tabla 1 se ilustra la distribución de los sujetos, teniendo en cuenta los criterios curso-edad, y Centro Educativo de procedencia

Tabla 1. Centros de E.G.B. que componen la muestra de escolares que participaron en la investigación

Localidades	Centros de Enseñanza								
	C. Públicos			C. Privado			C. Religioso Concertado		
	6º	7º	8º	6º	7º	8º	6º	7º	8º
Orense									
1 Centro Público	16	7	6						
1 Centro Privado				30	30	26			
2 Centro Religioso Concertado							34	38	45
Lugo									
1. Centro Público	17	22	15						
Vigo									
2. Centros Públicos	77	93	64						
Santiago									
2. Centros Públicos	47	33	52						
Total: 652	157 + 155 + 137 + 30 + 30 + 26 + 34 + 38 + 45								

De acuerdo con los objetivos propuestos, se han realizado tres grupos, cuya distribución se ilustra en la tabla 2. El grupo 1 (*Control*), se encuentra integrado por 559 alumnos procedentes de los cursos de Centros Educativos Públicos, Privados, y Religiosos Concertados. Se le ha denominado grupo de “*control*” puesto, que no presentan una especial vulnerabilidad al patrón de conducta tipo “AHI”.

El grupo 2 (*Riesgo*), a diferencia del grupo anterior, este grupo se encuentra integrado por una muestra de 39 sujetos, procedentes de Centros de Protección de Menores de Galicia. Presentan una especial problemática, con destacada vulnerabilidad al patrón de conductas tipo “AHI”, en cuando que proceden de familias con un alto grado de desestructuración familiar. Las conductas de dichos sujetos, podrían ser consideradas “*de riesgo*”, dado que presentan un destacado grado de carencias psicoafectivas, al encontrarse separa-

dos de su entorno familiar, y afectados por alteraciones comportamentales, y/o conductuales.

El grupo 3 (*Experimental*), integrado por 54 sujetos que, al igual que el grupo 1, proceden de Centros Públicos. No obstante, a estos sujetos si bien se les ha administrado los mismos instrumentos de evaluación que a los del grupo 1 y 2, dicha aplicación ha sido precedida por la ilustración de secuencias audio visuales, caracterizadas por su alto contenido agresivo.

Tabla 2. Distribución de la muestra por grupos

	G. Control 1	G. Riesgo 2	G. Experimental 3	TOTAL
Curso 6°	185	19	17	221
Curso 7°	193	8	22	223
Curso 8°	181	12	15	208
TOTAL	559	39	54	652

2.2.2. Variables

Son abundantes las variables que pueden incidir en las respuestas del patrón de conducta tipo “AHI” de los alumnos de E.G.B., provenientes tanto del contexto escolar como familiar. En esta investigación se han tenido en cuenta las variables sociodemográficas (*sexo, edad, rendimiento académico, características del Centro Educativo*); y psicoafectivas (*ansiedad estado-rasgo, curiosidad estado-rasgo, neuroticismo, susceptibilidad emocional, susceptibilidad hostil, irritabilidad*).

2.2.3. Hipótesis

Mediante las hipótesis formuladas se pretende proporcionar una explicación del fenómeno objeto de estudio, permitiendo ampliar el conocimiento del mismo:

H_1 : Se postula que las variables *sexo, edad, rendimiento académico, características del emplazamiento del Centro Escolar*, han de considerarse predisponentes de vulnerabilidad dal patrón de conducta tipo “AHI”.

Formulada la primera de las hipótesis, se observa que su verificación requiere la formulación de hipótesis parciales, hasta constatar o rechazar la hipótesis general. Las hipótesis parciales a verificar en la presente investigación, son las siguientes:

H_{1a}. Se postula que la vulnerabilidad del patrón de conducta tipo “AHI” se encuentre modulada por el sexo.

H_{1b}. Se espera que la edad constituya una fuente de variabilidad, modulando la vulnerabilidad del patrón de conducta tipo “AHI”.

H_{1c}. Se espera que exista una relación negativa, entre vulnerabilidad del patrón de conducta tipo “AHI” y rendimiento académico.

H_{1d}. Se espera que las características de emplazamiento del Centro Escolar determinen la incidencia de vulnerabilidad del patrón de conducta tipo “AHI”.

H₂. Se espera que las puntuaciones obtenidas en las escalas que evalúan el patrón de conducta tipo “AHI” por el “*grupo de riesgo*”, sean significativamente superiores que las obtenidas por el “*grupo de control*”, y relativamente semejantes a las obtenidas por el “*grupo experimental*”.

H₃. Se postula que las variables psicoemocionales (*ansiedad, curiosidad, neuroticismo, susceptibilidad emocional, irritabilidad, ira: su experiencia y expresión, susceptibilidad hostil*), sean útiles para diferenciar y/o para discriminar entre grupos de sujetos en función de su vulnerabilidad al patrón de conducta tipo AHI.

H₄. Se postula que la irritabilidad; la ira (*su experiencia y expresión*) así como la “susceptibilidad hostil”, serán objeto de predicción por la ansiedad (*estado-rasgo*), curiosidad (*estado-rasgo*), y neuroticismo.

2.2.4. Instrumentos de evaluación y procedimiento

En el proceso evaluativo se ha recurrido a los siguientes instrumentos

- *Cuestionario de Personalidad* (Escala de Neuroticismo) (EPQ-J); diseñado por Eysenck y Eysenck (1975) y adaptado al castellano por TEA (1978). Esta escala de Neuroticismo (N), consta de 20 elementos de carácter dicotómico. Eysenck define al sujeto típico que puntúa alto en Neuroticismo (N) como: preocupado, con cambios de humor, frecuentemente deprimido, aquejado por diferentes trastornos psicosomáticos. Dichos sujetos son considerados altamente emotivos; presentando reacciones muy fuertes, a todo tipo de estímulos.

- *Inventario de Irritabilidad Infantil* (PPS-1 / PPS-2); diseñado por Jacobs (1984), y adaptado en su versión bilingüe (*gallego-castellano*) por Gómez y Carneiro (1995), consta de 2 partes PPS-1 y PPS-2. Mediante los 20 primeros elementos se evalúa el estado de sentimientos iracundos que consisten en un

estado de ánimo o disposición afectiva, especialmente de agrado o desagrado, hacia personas, objetos, actitudes opiniones... Se trata de constatar mediante el referido inventario, cómo se siente el sujeto en el momento presente. Mediante los 20 últimos elementos, se evalúa el rasgo de los referidos sentimientos iracundos (*preocupación, nivel de ira, satisfacción, autopercepción.....*). El formato de preguntas es enunciativo, y en la modalidad de respuesta habría que contrastar el formato intensivo previsto para el estado (*muchísimo, algo, en absoluto*), frente al formato de frecuencia, al tratarse de rasgo (*casi nunca, a veces, frecuentemente*).

- *Inventario de Curiosidad* (estado-rasgo) (ICI-I / ICI-2); diseñado por Spielberger y adaptado en su versión bilingüe (*gallego-castellano*) por Gómez y Pulido (1992), se encuentra integrado por dos partes, redactadas en formato *enunciativa* que incluyen un total de 32 elementos. La primera parte (ICI-1), incluye un repertorio de elementos, mediante cuyas respuestas se pretende recoger influencias sobre el rasgo de curiosidad que tienen los sujetos, reflejando el acentuado interés por conocer, descubrir, preguntar, informarse..... La respuesta según el grado de frecuencia puede ser: *nunca, a veces, siempre*. Mediante la segunda parte, se evalúa el estado de curiosidad en que se encuentran los sujetos en esos momentos, siendo la modalidad de respuesta de distinta intensidad; diferenciándose tres niveles: en *absoluto, algo, muchísimo*.

- *Inventario de Susceptibilidad Emocional* (CD); diseñado por Jacobs (1989) y adaptado en su versión bilingüe (*gallego-castellano*) por Gómez y Carneiro, se encuentra integrado por 26 reactivos, redactados en formato enunciativo, con tres respuestas cada uno de ellos, que describen los diferentes niveles de susceptibilidad. Se les pide a los sujetos que escojan la alternativa que mejor defina sus sentimientos (*tristeza, preocupación, inseguridad, culpabilidad.....*); en un determinado y preciso momento ; sugiriendo tres posibles grados de frecuencia (A, B, C).

- *Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para Niños* (IDAREN) SC; adaptado en su versión castellana por Spielberger, Bauermeister, Villamil, Díaz-Gerrero (1975), a partir del "*State-Trait Anxiety Inventory for Children*" (STAIC), habiendo sido adaptado en su versión bilingüe (*gallego-castellano*) por Gómez y Pulido (1992). Consta de dos escalas: la de R-Ansiedad (Forma SC-I), integrada por veinte elementos, mediante los que se pide a los sujetos que describan cómo se sienten generalmente, intentando medir las diferencias individuales relativamente estables, que indican predisposición a sentimientos de ansiedad. La escala de E-Ansiedad (Forma SC-2), también consta de veinte ele-

mentos, pero los sujetos indican cómo se sienten en un determinado momento; pretendiendo evaluar aspectos transitorios de tensión, preocupación o aprehensión, que varían en intensidad y fluctúan en el tiempo.

- *Inventario Pediátrico de Expresión de Ira* (PAES-3); diseñado por Jacobs (1989), y adaptado en su versión bilingüe (gallego-castellano) por Gómez y Carneiro (1995); se encuentra integrado por 15 elementos. El PAES constituye una adaptación de la “Escala de Expresión de la Ira” (EXI), Spielberger, Johnson, y Jacobs (1985). Se trata del precursor del Inventario de la Expresión del Estado-Rasgo de la Ira o STAX-I (Spielberger, 1988). Sus instrucciones, y el formato de los elementos están adaptados desde el STAI-C y AX. La tarea a realizar por el sujeto es marcar la opción que describa mejor sus sentimientos cuando está enfadado o muy enfadado. Las opciones de respuesta pueden ser: casi nunca, a veces, frecuentemente. El PAES se encuentra integrado por tres subescalas: 1) *Ira exteriorizada*, cuyos elementos de expresión de la ira evalúan frecuencia (*casi nunca, a veces, frecuentemente*), con que un sujeto manifiesta la ira, en relación con otros sujetos u objetos, dentro de su propio contexto. 2) *Ira-interiorizada*, evaluada mediante los elementos de la expresión de la ira, en relación a su frecuencia (*casi nunca, a veces, frecuentemente*), con que los sentimientos de ira, están o no consolidados. 3) *Ira-controlada*, que evalúa la frecuencia (*casi nunca, a veces, frecuentemente*) con que un sujeto intenta el control de la expresión de la ira (Jacobs, Mehlhaff, 1992).

- *Escala de Susceptibilidad Hostil* (ERIN); diseñada por Jacobs (1989), y adaptada en su versión bilingüe (gallego-castellano) por Gómez y Carneiro (1995), se encuentra configurada por 57 situaciones. Probablemente de todas las pruebas, ésta es la que posee más base para describir susceptibilidad hostil de los sujetos. Los elementos están redactados en formato enunciativo, y la modalidad de respuesta es de diferente intensidad en función de los siguientes criterios: *pequeño, mediano, grande*; permitiendo evaluar sentimientos relacionados con el enfado o excitación violenta: ira, furor, agresividad impulsiva.....

Con el fin de cumplir lo más estrictamente posible los requisitos de uniformidad en su aplicación, a los grupos 1 (control), y grupo 2 (riesgo), se siguieron las normas que a continuación se detallan.

- Presentación del proyecto de investigación a la dirección, y profesores de cada centro, con el fin de motivar a todos los que directa o indirectamente, habrían de participar en el mismo.

- Requisitos que habrían de cumplirse para poder participar en las experiencias (*tipo de centro, edad y curso de los alumnos/as*).

- La secuencia en la administración de las pruebas psicológicas se llevó a cabo, a lo largo de tres semanas; en seis sesiones de aproximadamente una hora de duración cada una, con el mismo contenido y aproximado horario para cada curso y centro. En el cuadro 2, se resume el procedimiento.

Cuadro 2. Recopilación de datos

DÍA / SEMANA	1ª SEMANA	2ª SEMANA	3ª SEMANA
LUNES	DATOS (EPQ-J) (PPS-1)	IDAREN(SC-1) PAES 3 ICI-2	(ICI-1) R PPS-2 R
JUEVES	PPS-2 ICI-1 Inventario C.D	IDAREN(SC-2) ESCALA de rifas para NIÑOS	IDAREN(SC-1) R IDAREN(SC-2) R

NOTA: R (*Repetición*)

- Se tuvieron en cuenta las normas específicas de las pruebas que iban a ser aplicadas en la investigación.

- Se observaron las normas de corrección de cada prueba. Las pruebas se corrigieron según las instrucciones previstas. Los resultados de todas las pruebas fueron codificados, para su posterior análisis estadístico.

Además de tener en cuenta el procedimiento de aplicación de instrumentos y recogida de datos descrito, con el Grupo 3 (*Experimental*) se procedió del siguiente modo:

- Cada una de las seis sesiones en las que se administraron las pruebas psicológicas fueron precedidas por un vídeo de diez minutos de duración. En el vídeo se incluían una selección de secuencias de extrema violencia y conductas antisociales.

- Una vez finalizada la sesión de vídeo, a continuación se presentaban las pruebas psicológicas que habían sido administradas a los Grupos 1 (*Control*) y Grupo 2 (*Riesgo*) sin que mediara en estos grupos, vídeo alguno.

2.5. Análisis de datos

Entre los diversos procedimientos estadísticos se ha recurrido al Análisis descriptivo de los datos, obteniéndose los correspondientes estadísticos de distribución.

El Análisis de Varianza, ha permitido determinar en primer lugar en qué medida las variables sociodemográficas (*sexo, edad, rendimiento académico y*

características del Centro Escolar), contribuyen aisladamente a configurar un perfil de vulnerabilidad agresiva. Nos ha permitido también clarificar en qué medida un conjunto de variables psicoemocionales (*neuroticismo, irritabilidad, curiosidad estado-rasgo, ansiedad estado-rasgo, susceptibilidad emocional, susceptibilidad hostil, y expresión de ira*), consideradas aisladamente, contribuyen a configurar el perfil de vulnerabilidad agresiva de los grupos control, riesgo y experimental.

Se ha recurrido en tercer lugar, al Análisis Discriminante “*paso a paso*” seleccionando en primer lugar de entre todas las variables, la capacidad discriminatoria que mantiene un valor mayor; contribuyendo a discriminar más adecuadamente entre grupos. Realizado este paso, se produce un cambio en el valor de todas las variables; para a continuación volver a seleccionar aquella variable de entre el resto, que tenga el valor más destacado, cambia el valor de los demás, selecciona otra, y así sucesivamente, hasta que ninguna de las variables mantenga un valor suficiente, como para ser considerada en el análisis. En definitiva, para establecer el grupo final de variables que van a definir la pertenencia a cada grupo, el Análisis Discriminante opera en cada paso con el conjunto de variables disponibles, de manera que las funciones de discriminación finales permitan establecer la discriminación más adecuada, entre los grupos. Este tipo de análisis nos ha permitido en la presente investigación, clarificar en qué medida las variables psicoemocionales (*neuroticismo, irritabilidad, curiosidad estado-rasgo, ansiedad estado-rasgo, susceptibilidad emocional, susceptibilidad hostil, y expresión de ira*) son útiles para diferenciar y/o discriminar, entre grupos susceptibles de vulnerabilidad al patrón de conducta AHI, y conductas antisociales.

Se ha recurrido al Análisis de Regresión Lineal Múltiple, habiendo seleccionado como variables dependientes (*criterio*): irritabilidad, manifestación de la ira (su experiencia y expresión) y susceptibilidad hostil; y como variables independientes (*predictoras*): ansiedad (estado-rasgo), curiosidad (estado-rasgo), neuroticismo y susceptibilidad emocional. Esta modalidad de análisis, selecciona en etapas sucesivas, aquellas variables con una mayor potencia en la predicción estadística de la variable

3. ESTUDIO I: EL PATRÓN DE CONDUCTA TIPO AHI, EXPLORACIÓN DE SU NATURALEZA Y DETERMINANTES

De acuerdo con los objetivos previamente formulados, en primer lugar se ha pretendido determinar en qué medida las variables sociodemográficas, con-

tribuyen aisladamente, a configurar un perfil de vulnerabilidad agresiva; por cuyo motivo se ha recurrido a los estadísticos de distribución y análisis de varianza, que a continuación se presentan.

3.1. Estadísticos de distribución y Análisis de Varianza en función de las variables de carácter estructural

3.1.1. Estadísticos de distribución y Análisis de Varianza en función del sexo

A continuación se ilustran las tablas, que presentan las puntuaciones medias y desviaciones típicas, F y p, referidas a las distintas variables objeto de análisis en los diferentes grupos.

Tabla 3. Representación de los Estadísticos de distribución y Análisis de Varianza en función del sexo

	Índices	Niños = 337	Niñas = 315
Neuroticismo (E P Q - J)	x	11.20	11.10
F: .17 p: < .680	s	3.39	3.39
Irritabilidad - E. (P P S - 1)	x	27.14	26.23
F: 4.37 p: < .036	s	5.91	5.22
Irritabilidad - R. (P P S - 2)	x	34.10	33.50
F: 2.45 p: < .118	s	5.19	4.48
Curiosidad - R. (I C I - 1)	x	34.52	34.28
F: .76 p: < .383	s	3.67	3.22
S. Emocional (C D)	x	37.13	36.68
F: 1.14 p: < .286	s	6.65	5.10
Ansiedad - E. (S C - 1)	x	35.50	31.24
F: .43 p: < .511	s	5.37	4.83
Exp. Ira (PAES - 3)	x	27.33	26.26
F: 15.43 p: < .000	s	3.80	3.08
Curiosidad - E. (I C I - 2)	x	32.37	31.81
F: 2.13 p: < .145	s	5.05	4.76
Ansiedad - R. (S C - 2)	x	37.93	39.57
F: 12.91 p: < .000	s	6.17	5.43
Susc. Hostil (ERIN)	x	23.98	24.30
F: .08 p: < .774	s	13.49	14.42

En primer lugar, se contrastan las puntuaciones obtenidas a nivel de sexo. Se advierten diferencias significativas en PAES-3, lo que representa una más acentuada vulnerabilidad a la experiencia de la ira, así como a la expresión de dicha experiencia en los varones, en relación con el sexo opuesto; al menos así se deduce a partir de las puntuaciones obtenidas. Dichas diferencias se presen-

tan con el mismo signo, si bien no tan acentuadas en irritabilidad (PPS-1, PPS-2), aunque las referidas diferencias afectan particularmente al estado de irritabilidad (PPS-1). Las diferencias significativas también se advierten en las puntuaciones emitidas a reactivos correspondientes al inventario IDAREN, mostrándose las mujeres más ansiosas (*ansiedad-rasgo*) que el sexo opuesto. En el resto de las puntuaciones, son escasamente significativas las diferencias observadas.

3.1.2. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza en función del curso

El criterio referencial del “curso” resulta escasamente representativo en la presente investigación, pudiéndose atribuir en parte, al destacado número de sujetos repetidores que tienden a convertir el curso en un grupo marcadamente heterogéneo.

Tabla 4. Estadísticos de distribución y Análisis de Varianza en función del curso

	Índices	Curso 6º Nº = 221	Curso 7º Nº = 223	Curso 8º Nº = 208
Neuroticismo (E P Q - J)	x	10.58	11.51	11.38
F: 4.83 p: < .008	s	3.62	3.37	3.08
Irritabilidad - E (P P S - 1)	x	26.44	26.64	27.03
F: .63 p: < .532	s	5.69	5.70	5.26
Irritabilidad - R (P P S - 2)	x	33.51	34.19	33.73
F: 1.15 p: < .318	s	5.04	4.88	4.66
Curiosidad - R (I C I - 1)	x	34.28	34.26	34.70
F: 1.13 p: < .324	s	3.82	3.23	3.29
S. Emocional (C D)	x	36.44	36.89	37.44
F: 1.84 p: < .159	s	5.32	5.38	5.46
Ansiedad - E (S C - 1)	x	30.91	31.46	31.78
F: 1.62 p: < .199	s	4.77	5.43	5.10
Exp. Ira (PAES - 3)	x	26.37	27.03	27.06
F: 2.70 p: < .067	s	3.35	3.63	3.52
Curiosidad - E (I C I - 2)	x	32.22	32.15	31.91
F: .23 p: < .794	s	4.75	5.03	4.99
Ansiedad - R (S C - 2)	x	38.36	39.00	38.83
F: .70 p: < .495	s	5.99	5.98	5.65
Susc. Hostil (ERIN)	x	24.09	23.65	24.70
F: .31 p: < .735	s	13.63	13.47	14.78

No obstante, se advierte que la “*inestabilidad emocional*” que afecta fundamentalmente a los sujetos pertenecientes a los cursos 7º y 8º, tal y como se puede apreciar por las altas puntuaciones emitidas a la escala N del cuestionario EPQ-J. Similar constatación habría que hacer con respecto a la ira (*su experiencia y expresión*), puesto que las puntuaciones emitidas al cuestionario PAES-3 por los alumnos de los cursos 7º y 8º, son significativamente superiores que las obtenidas por los alumnos de 6º curso.

3.1.3. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza en función de la edad

En la tabla 5, se muestran los resultados de las pruebas moduladas por la variable edad (11 a 15 años).

Tabla 5. Estadísticos de distribución
y Análisis de Varianza en función de la edad

		Edad = 11	Edad = 12	Edad = 13	Edad = 14	Edad = 15
Índices		Nº = 119	Nº = 172	Nº = 198	Nº = 126	Nº = 33
Neuroticismo (EPQ - J)	x	10.15	11.06	11.53	11.56	11.21
F: 3.74 p: < .005	s	3.85	3.35	3.23	2.94	3.22
Irritabilidad - E (PPS - 1)	x	25.72	26.68	26.63	27.63	26.64
F: 1.83 p: < .122	s	5.06	5.83	5.73	5.52	4.50
Irritabilidad - R (PPS - 2)	x	33.45	33.49	34.21	33.57	34.88
F: 1.16 p: < .328	s	5.41	4.75	4.53	4.79	5.62
Curiosidad - R (ICI - 1)	x	34.05	34.28	34.77	34.20	34.67
F: 1.07 p: < .370	s	4.07	3.30	3.45	2.90	3.75
S. Emocional (CD)	x	35.93	36.22	37.47	37.50	37.97
F: 2.97 p: < .019	s	5.17	5.22	5.74	4.92	5.49
Ansiedad - E. (SC - 1)	x	30.31	31.41	31.39	32.10	32.00
F: 2.05 p: < .086	s	4.29	5.28	5.26	5.27	5.21
Exp. Ira (PAES - 3)	x	25.88	26.60	27.05	27.37	27.21
F: 3.46 p: < .008	s	3.28	3.50	3.48	3.54	3.55
Curiosidad - E (ICI - 2)	x	32.34	31.88	32.41	31.59	32.36
F: .73 p: < .572	s	5.08	4.59	4.96	4.80	5.83
Ansiedad - R (SC - 2)	x	38.39	38.50	39.41	38.73	36.73
F: 1.80 p: < .126	s	6.57	5.89	5.31	5.59	6.97
Susc. Hostil (ERIN)	x	22.29	23.01	24.29	26.46	24.91
F: 1.74 p: < .139	s	11.78	12.48	14.98	14.43	16.62

Los resultados obtenidos en el Análisis de Varianza, permite diferenciar claramente dos grupos de edad, por cuanto a la tendencia y homogeneización

de puntuaciones: El grupo comprendido entre los 11 y 12 años, tienden a obtener puntuaciones moderadas en la variable correspondiente al patrón de conducta tipo "AHI" (*irritabilidad-estado, ira: su experiencia y expresión, y susceptibilidad hostil*); mientras que los grupos comprendidos entre los 13 a 15 años, sus puntuaciones resultan superiores a las del grupo anterior; por lo que procedería considerar las referidas edades 13 y 15 años, como un período crítico, en el que se pone de relieve una cierta vulnerabilidad al patrón de conducta tipo "AHI".

Es de destacar que la "*inestabilidad emocional*" tiende a incrementarse en relación directa con la edad objeto de estudio; así se deduce por las diferencias significativas que informan las puntuaciones emitidas a la escala N del cuestionario EPQ-J. Similar tendencia persiste en *susceptibilidad emocional* (CD) e *ira* (su experiencia y expresión) y (PAES-3).

3.1.4. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza en función del rendimiento académico

En la tabla 6 en primer lugar, se advierte una relación negativa entre "*rendimiento escolar*", las puntuaciones obtenidas en ira (su experiencia y expresión) (PAES-3), "*estado de irritabilidad*" (PPS-1) y "*susceptibilidad hostil*" (ERIN), cuyos niveles de confianza oscilan entre $p < .000$, y $p < .040$. En segundo lugar, se reitera la correlación negativa entre "*rendimiento escolar*", y las puntuaciones obtenidas en "*susceptibilidad emocional*" (CD), y "*estado de ansiedad*" (SC-1), siendo el nivel de confianza de $p < .000$. Se destaca finalmente, una relación positiva entre rendimiento y "*rasgo de curiosidad*" (ICI-1) al nivel de confianza $p < .006$.

Si se asocia el bajo rendimiento académico a las *experiencias de fracaso escolar*, las respuestas al mismo en determinadas circunstancias podrían expresarse por una diversidad de formas, siendo una de ellas la agresividad como señala Eson (1978), que considera a la agresividad como una de las posibles respuestas a la frustración. Sin embargo, hay que destacar que la agresión puede aparecer, sin que sea necesariamente una respuesta a la frustración, particularmente en situaciones en las que las inhibiciones son fuertes, o en determinados supuestos en los que el sujeto ha aprendido a emitir respuestas no agresivas ante un hecho frustrante (Berkowitz, 1989). Este último puede ser ilustrado, en el caso de un niño que aprende a persistir en una tarea, en lugar de manifestar su ira por no poder hacer algo prohibido.

Tabla 6. Representación de los Estadísticos de distribución y Análisis de Varianza en función del rendimiento académico

	Índices	Rend. Insuf. Nº = 160	Rend. Sufic. Nº = 200	Rend. Notab. Nº = 145	Rend. Sobre. Nº = 147
Neuroticismo (E P Q - J)	x	11.64	11.16	10.94	10.82
F: 1.75 p: < .154	s	3.73	3.23	3.07	3.49
Irritabilidad - E (P P S - 1)	x	28.55	26.89	26.37	24.74
F: 12.93 p: < .000	s	6.51	5.58	4.79	4.32
Irritabilidad - R (P P S - 2)	x	34.30	33.76	33.84	33.33
F: 1.02 p: < .382	s	5.24	4.80	4.54	4.85
Curiosidad - R (I C I - 1)	x	33.71	34.38	35.10	34.50
F: 4.13 p: < .006	s	3.80	3.36	3.44	3.10
S. Emocional (C D)	x	38.91	37.25	36.02	35.16
F: 14.92 p: < .000	s	5.87	5.44	4.86	4.50
Ansiedad - E (S C - 1)	x	32.33	31.92	31.11	29.85
F: 7.32 p: < .000	s	5.13	5.33	5.10	4.44
Exp. Ira (PAES - 3)	x	27.16	26.97	26.96	26.10
F: 2.75 p: < .042	s	3.40	3.76	3.67	3.01
Curiosidad - E (I C I - 2)	x	31.71	32.20	32.12	32.37
F: .52 p: < .667	s	4.99	4.56	4.73	5.47
Ansiedad - R (S C - 2)	x	38.40	38.79	39.28	38.44
F: .72 p: < .539	s	5.75	6.19	5.65	5.81
Susc. Hostil (ERIN)	x	26.96	24.94	24.34	19.76
F: 7.46 p: < .000	s	14.39	14.19	14.27	11.68

3.1.5. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza en función del centro escolar

En primer lugar, se advierten diferencias significativas entre Centros Públicos y Privados (*tanto Concertados como no Concertados*). Los alumnos de los Centros Públicos, tienden a destacar por sus elevadas puntuaciones en “*inestabilidad emocional*”, escala N del (EPQ-J), y “*susceptibilidad emocional*” (CD); oscilando los niveles entre $p < .04$, y $p < .01$, respectivamente.

Tabla 7. Representación de los Estadísticos y Análisis de Varianza
en función del Centro Escolar

	Índices	C. Público Nº = 449	C. Privado Nº = 86	C.R. Concert. Nº = 117
Neuroticismo (E P Q - J)	x	11.36	10.98	10.50
F: 3.14 p: < .043	s	3.48	3.45	2.91
Irritabilidad - E (P P S - 1)	x	26.92	26.01	26.34
F: 1.26 p: < .283	s	5.51	5.66	5.63
Irritabilidad - R (P P S - 2)	x	33.83	32.98	34.38
F: 2.06 p: < .127	s	5.00	4.66	4.44
Curiosidad - R (I C I - 1)	x	34.21	34.05	35.41
F: 6.20 p: < .002	s	3.40	3.74	3.34
S. Emocional (C D)	x	37.33	35.95	36.00
F: 4.45 p: < .012	s	5.45	4.81	5.42
Ansiedad - E (S C - 1)	x	31.25	31.00	32.11
F: 1.57 p: < .208	s	5.13	4.76	5.25
Exp. Ira (PAES - 3)	x	26.97	26.97	26.12
F: 2.82 p: < .060	s	3.68	3.23	2.92
Curiosidad - E (I C I - 2)	x	31.94	33.43	31.73
F: 3.75 p: < .024	s	4.84	5.03	5.00
Ansiedad - R (S C - 2)	x	38.37	37.71	40.86
F: 10.15 p: < .000	s	5.86	5.32	5.86
Susc. Hostil (ERIN)	x	25.83	18.08	22.06
F: 13.22 p: < .000	s	14.47	8.61	13.60

En segundo lugar, es de destacar que los alumnos procedentes de los Centros Religiosos Concertados, superen al resto en el “*rasgo de curiosidad*” (ICI-1); siendo el nivel de confianza de $p < .000$. Se destaca en tercer lugar, que los alumnos procedentes de Centros Privados (no Concertados), superen al resto, por lo que se refiere a “*estado de curiosidad*” (ICI-2), y muy particularmente por las puntuaciones obtenidas en “*susceptibilidad hostil*” (ERIN); oscilando los niveles de confianza entre $p < .020$, y $p < .000$, respectivamente.

3.1.6. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza en función del emplazamiento del centro escolar (rural-urbano)

Los resultados en la tabla 8, tan solo informan de las diferencias significativas en relación con “*susceptibilidad hostil*” (ERIN); manifestándose más vulnerables los alumnos procedentes de las áreas urbanas.

Tabla 8. Representación de Distribución y Análisis de Varianza en función del emplazamiento del Centro Escolar (rural-urbano)

	Índices	Rural Nº = 305	Urbano Nº = 347
Neuroticismo (E P Q - J)	x	11.38	10.95
F: 2.53 p: < .111	s	3.56	3.23
Irritabilidad - E (P P S - 1)	x	26.85	26.56
F: .43 p: < .514	s	5.44	5.66
Irritabilidad - R (P P S - 2)	x	33.83	33.80
F: .00 p: < .947	s	4.94	4.81
Curiosidad - R (I C I - 1)	x	34.17	34.61
F: 2.56 p: < .109	s	3.29	3.60
S. Emocional (C D)	x	31.13	36.72
F: .91 p: < .339	s	5.33	5.45
Ansiedad - E (S C - 1)	x	31.06	31.65
F: 2.23 p: < .135	s	5.10	5.11
Exp. Ira (PAES - 3)	x	27.09	26.58
F: 3.38 p: < .066	s	3.95	3.06
Curiosidad - E (I C I - 2)	x	31.89	32.29
F: 1.06 p: < .304	s	4.78	5.03
Ansiedad - R (S C - 2)	x	38.33	39.07
F: 2.56 p: < .109	s	5.43	6.23
Susc. Hostil (ERIN)	x	25.73	27.73
F: 7.64 p: < .005	s	14.97	12.82

El criterio “*rural-urbano*” en cuanto variable relacionada con el emplazamiento del centro escolar, en estos análisis resulta escasamente significativo, lo que puede ser indicativo que presumiblemente no han sido lo suficientemente adecuados, los criterios de diferenciación en la selección de las respectivas muestras; dadas las dificultades existentes en el contexto de Galicia de establecer la diferenciación entre los referidos patrones. A continuación la tabla 9 ilustra un resumen integrado de los resultados obtenidos de las variables sociodemográficas.

Tabla 9. Resumen de resultados de Análisis de Varianza

	Sexo	Edad	Curso	Rendimiento	Centros		Centros
					Pub.-	Priv.-	Concert. Rural Urbano
Neuroticismo (EPQ - J)		••	••			•	
Irritabilidad - E (PPS - 1)	•			•••			
Irritabilidad - R (PPS - 2)							
Curiosidad - R (ICI - 1)				••		••	
S. Emocional (CD)		•		•••			
Ansiedad - E (SC - 1)				•••			
Exp. Ira (PAES - 3)	•••	••	•	•		•	•
Curiosidad - E (ICI - 2)						•	
Ansiedad - R (SC - 2)	•••					•••	
Susc. Hostil (ERIN)				•••		•••	••

(•) $p < 0.05$, (••) $p < 0.01$, (•••) $p < 0.001$

A partir de la tabla resumen de los resultados obtenidos en los Estadísticos de distribución y Análisis de Varianza, se pone de relieve que las diferencias más significativas ($p < .001$) se encuentran en relación al “rendimiento académico”; resultando sensiblemente menos significativas, aunque bastante destacadas las correspondientes a “emplazamiento del Centro Escolar”. Se destaca muy particularmente las elevadas puntuaciones de los alumnos pertenecientes a los Centros Públicos en “susceptibilidad hostil”, lo que permite resaltar la vulnerabilidad del referido grupo a conductas relacionadas con “sentimientos negativos, asociados a predisposición y evaluación negativas de personas y acontecimientos” (Buss, 1961).

A su vez, resultan particularmente elevadas las puntuaciones obtenidas por el grupo de alumnos pertenecientes a Colegios Religiosos Concertados en “ansiedad rasgo”; existiendo diferencias significativas en relación con los otros dos grupos; lo que permite destacar la vulnerabilidad del referido grupo a con-

ductas caracterizadas por una destacada tensión y aprehensión, con activación asociada al sistema autónomo (Spielberger, 1976).

En el contraste de las puntuaciones obtenidas en la variable sexo; es de resaltar que mientras el grupo correspondiente al sexo femenino, supera significativamente al grupo del sexo opuesto en las puntuaciones referidas a la ansiedad, las puntuaciones correspondientes al sexo masculino a su vez, resultan significativamente superiores a las correspondientes al sexo opuesto, en las variables referidas al patrón de conducta tipo “AHI” (*irritabilidad e ira: su experiencia y su expresión*).

Los resultados obtenidos en los Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza, permiten diferenciar claramente dos grupos de edad, por cuanto a la tendencia en la homogeneización de puntuaciones: el grupo correspondiente a las edades de 11 y 12 años, cuyas puntuaciones tienden a ser moderadas en las variables correspondientes al patrón de conducta tipo “AHI”; y el grupo correspondiente a las edades de 13 a 15 años, cuyas puntuaciones resultan significativamente superiores a las del primer grupo.

4. ESTUDIO II: VULNERABILIDAD AL PATRÓN DE CONDUCTAS AHI EN DIFERENTES GRUPOS DE SUJETOS

4.1. Estadísticos de distribución y Análisis de Varianza en diferentes grupos en función de la vulnerabilidad al patrón de conducta tipo “AHI”

El objetivo que se pretende conseguir, es clarificar las posibles relaciones existentes entre vulnerabilidad al patrón de conducta tipo “AHI”, y vulnerabilidad a conductas antisociales, por cuyo motivo se pretende determinar en qué medida un conjunto de variables seleccionadas en la presente investigación, resultan útiles en su conjunto, para contrastar perfiles de los grupos: *control*, *experimental* y de *riesgo*.

En la tabla 10 se advierte como constante que existen diferencias significativas entre el “grupo de control” (1), con los “grupos riesgo” (2) y “experimental” (3); siendo las puntuaciones del primero, significativamente más atenuadas en todas y cada una de las escalas de conducta oposicionista: “estado de ira” (PPS-1); “rasgo de ira” (PPS-2); “manifestación de ira” (PAES-3), y muy particularmente en “susceptibilidad hostil” (ERIN). En general, y de acuerdo con lo esperado, se constata que las puntuaciones del grupo “de riesgo”, muestran mayor similitud con las del grupo *experimental*, que con las del grupo *control*. Específicamente, las mayores puntuaciones en las diferentes dimensiones

corresponden, o bien al grupo de *riesgo*, o bien al grupo *experimental*. A este respecto, cabe destacar que mientras el grupo de riesgo presenta las mayores puntuaciones en cinco dimensiones (*susceptibilidad emocional*, *expresión de ira*, *curiosidad-estado* y *susceptibilidad hostil*), es el grupo experimental el que muestra superiores valores en las restantes variables.

Tabla 10. Representación de los Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza en función a los grupos (Control, Riesgo, Experimental)

	Índices	Gr. Control 1 Nº = 559	Gr. Riesgo 2 Nº = 39	Gr. Experi. 3 Nº = 54
Neuroticismo (E P Q - J)	x	11.03	11.79	11.93
F: 2.47 p: < .085	s	3.44	2.49	3.38
Irritabilidad - E (P P S - 1)	x	26.57	26.08	28.43
F: 3.01 p: < .049	s	5.54	4.99	5.86
Irritabilidad - R (P P S - 2)	x	33.66	34.69	34.72
F: 1.85 p: < .158	s	4.80	5.61	4.92
Curiosidad - R (I C I - 1)	x	34.48	34.51	37.57
F: 1.70 p: < .183	s	3.44	3.71	3.40
S. Emocional (C D)	x	36.72	38.67	36.63
F: 2.91 p: < .055	s	5.38	5.81	5.03
Ansiedad - E (S C - 1)	x	31.37	30.03	32.37
F: 2.39 p: < .092	s	5.03	5.44	5.59
Exp. Ira (PAES - 3)	x	26.68	27.72	27.56
F: 2.91 p: < .055	s	3.39	4.00	4.23
Curiosidad - E (I C I - 2)	x	32.10	35.56	37.78
F: .29 p: < .748	s	4.94	5.28	4.43
Ansiedad - R (S C - 2)	x	38.74	36.69	40.06
F: 3.75 p: < .024	s	5.78	6.42	6.12
Susc. Hostil (ERIN)	x	23.38	29.15	28.33
F: 5.89 p: < .002	s	13.83	16.37	11.75

Este hallazgo parece especialmente importante y sugerente, ya que permite constatar que el “*tratamiento experimental*”, a que se ha sometido el grupo 3 ha incidido decisivamente en su vulnerabilidad a conductas “AHI”. En un segundo nivel de análisis, y atendiendo a la significación estadística, cabría clasificar a los sujetos del grupo experimental, frente a los otros grupos, como más irritables (*irritabilidad- estado*, $F = 3.01$, $p < .049$), y más ansiosos (*ansiedad-rasgo* $F = 3.75$, $p < .02$). Por su parte, el grupo de riesgo presenta mayor susceptibilidad hostil ($F = 5.89$, $p < .002$), manifiesta más fácilmente su ira ($F = 2.91$, $p < .05$), mayor susceptibilidad emocional. En definitiva, estos hallaz-

gos confirman claramente nuestras hipótesis de partida, en el sentido de evidenciar las importantes comunalidades que presenta el *grupo experimental* y el *de riesgo*; y, en consecuencia, las claras diferencias con el *grupo control*.

4.2. Análisis Discriminante

Mediante el Análisis Discriminante, se pretende clarificar en qué medida variables de carácter psicoemocional (*ansiedad, curiosidad, neuroticismo, irritabilidad, ira: su experiencia y expresión, susceptibilidad hostil*), son útiles para diferenciar y/o discriminar entre grupos susceptibles de vulnerabilidad al patrón de conducta tipo “AHI” y conductas antisociales. La modalidad discriminante, por la que se optó en esta investigación ha sido por la modalidad “*stepwise*”, que selecciona a través de “*pasos sucesivos*”, las variables que mejor diferencian entre los grupos: control, experimental y de riesgo, en sus diversas combinaciones.

Dados los objetivos de la presente investigación, se han realizado distintos Análisis Discriminantes: 1) para los *grupos control, experimental* y *de riesgo*; 2) para los *grupos control* y *experimental*; 3) para los *grupos control* y *de riesgo*; 4) para los *grupos experimental* y *de riesgo*. A continuación, se ofrecen los resultados obtenidos en cada uno de los análisis efectuados.

4.2.1. Análisis Discriminante para los tres grupos: control, riesgo y experimental

Los resultados del Análisis Discriminante realizado entre los tres grupos (*control, riesgo y experimental*) se presentan en la tabla 11. De acuerdo con dicha tabla, se puede apreciar que un amplio consumo de variables incluidas (*excepto, susceptibilidad emocional, ira expresada, curiosidad-estado e irritabilidad-estado*), tienen el poder discriminante suficiente para ser seleccionadas por el análisis. Las variables que configuran la función de discriminación son de mayor a menor importancia, las siguientes: *ansiedad-estado, hostilidad, ansiedad-rasgo, curiosidad-rasgo, irritabilidad-rasgo y neuroticismo*.

Es importante señalar, que es la *ansiedad-estado* la variable con un mayor poder discriminante entre los tres grupos. Es decir, aunque en los análisis previos (*análisis de varianza*) se había observado que considerada aisladamente, no establecía diferencias entre los sujetos en función de su pertenencia a uno u otro grupo; considerada conjuntamente con el resto de las variables, se revela no sólo como importante, sino como fundamental (*primer paso*) para discriminar entre los grupos. En cuanto a las restantes variables, cabe señalar que las

que aparecen seleccionadas en segundo, tercer y quinto lugar (*hostilidad, ansiedad-rasgo e irritabilidad*), ya establecían diferencias cuando se consideraban aisladamente, mientras que la curiosidad-rasgo y el neuroticismo (paso 4 y paso 6, respectivamente), aunque no diferenciaban en los primeros análisis, si lo hacen cuando se considera sus efectos con los de las restantes variables.

Tabla 11. *Análisis Discriminante para los grupos de Control (1), Riesgo (2) y Experimental (3): Variables que entran en cada caso y valor λ observados.*

Peso de cada variable independiente para definir la pertenencia al grupo

Pasos	Variables	Valor " λ "	N. S
1	Ansiedad - Estado	.98075	.0018
2	Susceptibilidad - Hostil	.96391	.0001
3	Ansiedad - Rasgo	.94484	.0000
4	Curiosidad - Rasgo	.93534	.0000
5	Irritabilidad - Rasgo	.92676	.0000
6	Neuroticismo	.92281	.0000
Valor Propio (Eigenvalue)		Correlación Canónica	
.059		.2365	

Número y porcentaje de sujetos clasificados en cada grupo.

(Los porcentajes de sujetos correctamente clasificados aparecen subrayados)

Grupos	Grupo 1			Grupo 2		Grupo 3	
	N. T.	N. P.	%	N. P.	%	N. P	%
Control	559	298	<u>53.3</u>	122	21.8	139	24.9
Riesgo	39	12	30.8	20	<u>51.3</u>	7	17.9
Experimental	54	15	27.8	14	25.9	25	<u>46.3</u>

Porcentaje total de casos clasificados correctamente	52.61 %

En cualquier caso, también parece oportuno reseñar, que si bien es cierto que en la ecuación discriminante final es seleccionado un número importante de variables, la proporción de varianza total de la puntuaciones discriminantes que no es explicada por la diferencia entre los grupos (representada por la " λ de Wilks") es elevada (.922). En función de este estadístico, cabría observar que aunque las variables que hemos incluido son "*útiles*" para discriminar, probablemente existan "*otras*" variables que puedan dar cuenta de la varianza no explicada.

En el mismo sentido parecen apuntar los otros estadísticos que hemos incluido; así, el “valor propio” (*eigenvalue*) que representa la eficacia de la función para discriminar entre los grupos es bajo (.059), y la correlación canónica, que refleja la asociación entre las puntuaciones discriminantes y los grupos presenta una intensidad modesta (.236). Por último, la asignación de sujetos a grupos en base a sus puntuaciones en las variables que configuran las funciones de discriminación, muestra que estos grupos coinciden, aunque moderadamente, con los establecidos “*a priori*” en este trabajo. Como se aprecia, los porcentajes de sujetos clasificados correctamente en cada grupo oscila entre el 53,3 % para los del grupo *control* y el 51,3% para el grupo de *riesgo* (el porcentaje promedio de casos clasificados correctamente para los tres grupos es del 52,61%).

En definitiva, nuestros hallazgos parecen poner de manifiesto que la mayoría de variables que hemos seleccionado contribuyen a discriminar entre los tres grupos, aunque el poder discriminante no sea lo suficientemente consistente que sería deseable. Si bien, en consonancia con nuestro objetivos, se ha constatado que el mayor o menor grado de vulnerabilidad al patrón de conducta tipo “AHI”, es un parámetro que debe ser contemplado como “*elemento diferenciador*”, cuando se consideran las distintas dimensiones personales que hemos incluido.

Una vez seleccionadas las variables que mejor discriminan entre los tres grupos de sujetos, es conveniente determinar cuáles son las que discriminan entre grupos considerados dos a dos.

4.2.2. Análisis Discriminante para los grupos control y experimental

En la tabla 12, se muestran los resultados del Análisis Discriminante realizado entre el grupo control y experimental. Las variables que conforman la función discriminante son: *ansiedad-estado*, *hostilidad*, *curiosidad-rasgo* y *neuroticismo*. A este respecto, es importante destacar que las variables con mayor poder discriminante (*pasos 1 y 2*), son coincidentes con las que también mostraban una mayor capacidad cuando se consideraban conjuntamente los tres grupos. Otro apunte de interés, es que si se comparan los valores de la función discriminante que resultan de la comparación entre los tres grupos (*control*, *riesgo* y *experimental*), frente a los obtenidos del contraste entre los grupos *control* y *experimental*, ésta se mostró más efectiva en aquellos (Autovalor de .059 frente a .036). Además, el valor de la correlación canónica también es más elevado para los tres grupos (.236 vs. .186); y, en consecuencia menores los coefi-

cientes de la λ de Wilks (.922 frente a .965). En cuanto a los porcentajes de sujetos clasificados correctamente alcanzan el 66% para el grupo *control* y el 64.8% para el grupo *experimental* (promedio del 65.95).

Tabla 12. *Análisis Discriminante para los grupos de Control (1) y Experimental (3): Variables que entran en cada caso y valor λ observados*

Peso de cada variable independiente para definir la pertenencia al grupo					
Pasos	Variables	Valor "λ"	N. S		
1	Ansiedad - Estado	.98076	.0048		
2	Susceptibilidad - Hostil	.97673	.0008		
3	Curiosidad - Rasgo	.97048	.0004		
4	Neuroticismo	.96519	.0002		
Valor Propio (Eigenvalue)		Correlación Canónica			
.036		.1865			
Número y porcentaje de sujetos clasificados en cada grupo. (Lós porcentajes de sujetos correctamente clasificados aparecen subrayados)					
Grupos	N. T.	Grupo 1		Grupo 3	
		N. P.	%	N. P.	%
Control	559	369	<u>66.0</u>	190	34.0
Experimental	54	19	<u>35.2</u>	35	<u>64.8</u>
Porcentaje total de casos clasificados correctamente.					65, 91 %

En función de estos resultados, cabe señalar que si consideramos las puntuaciones de los sujetos en las variables de *ansiedad-estado*, *hostilidad*, *curiosidad-rasgo* y *neuroticismo* éstos pueden ser asignados a los grupos establecidos “*a priori*”, en un porcentaje considerablemente alto (65.9%), lo que en último término contribuye a poner de relieve la utilidad de estas variables para discriminar entre los grupos *control* y *experimental*.

4.2.3. *Análisis Discriminante para los grupos control y de riesgo*

Los resultados obtenidos a partir del Análisis Discriminante por pasos considerando los grupos control y de riesgo se muestran en la tabla 13. De acuerdo con dicha tabla, se observa que son cinco variables las que tienen el suficiente poder discriminante para ser seleccionadas por el análisis. En concreto,

es la *ansiedad-rasgo* la variable que entra en primer lugar; en el segundo paso se selecciona la *hostilidad*; en los pasos 3 y 4 el análisis selecciona la *ansiedad-estado* y la *irritabilidad*, respectivamente; por último, entra en 5º lugar el *neuroticismo*.

Tabla 13 . *Análisis discriminante para los grupos de Control (1) y Riesgo (2): Variables que entran en cada paso y valor λ , observados*

Peso de cada variable independiente para definir la pertenencia al grupo.					
Pasos	Variables	Valor “λ”	N. S		
1	Ansiedad - Rasgo	.98901	.0103		
2	Susceptibilidad - Hostil	.97279	.0003		
3	Ansiedad - Estado	.96104	.0000		
4	Irritabilidad - Rasgo	.95139	.0000		
5	Neuroticismo	.94965	.0000		
Valor Propio (Eigenvalue)		Correlación Canónica			
.053		.2243			
Número y porcentaje de sujetos clasificados en cada grupo.					
(Los porcentajes de sujetos correctamente clasificados aparecen subrayados)					
Grupos	N. T.	Grupo 1		Grupo 2	
		N. P.	%	N. P.	%
Control	559	387	69.2	172	30.8
Riesgo	39	14	35.9	25	64.1
Porcentaje total de casos clasificados correctamente					68.90 %

Este nuevo análisis, parece consolidar la importancia de la variable *ansiedad*, como aquella que presenta una mayor capacidad discriminatoria entre los distintos grupos, aunque en unos casos (e.g. *comparación entre los tres grupos* y *comparación entre el grupo 1 y 2*), es la ansiedad en su acepción "*estado*" la que marca las diferencias; en otros (e.g. *comparación entre grupo 1 y 3*), es la ansiedad en su acepción "*rasgo*" la más preponderante. Este hallazgo podría ser interpretado, aunque con cautela, y a nivel puramente hipotético, en el sentido de que probablemente sea el "*rasgo*", el elemento clave en la diferenciación entre aquellos sujetos que no presentan (*grupo 1*) manifestaciones al patrón de conducta tipo "AHI", frente a aquellos en que dichas conductas parecen estar cronificadas (*grupo 3*). Por el contrario, la inclusión del *grupo experimental* en el que se había incidido en el "*estado*" de ansiedad (*presentando escenas agresivas y violentas*) sea el "*responsable*" de que justamente esta variable ("*ansiedad-estado*") la que adquiriera un mayor poder discriminante.

En cuanto a los distintos parámetros estadísticos el análisis muestra los siguientes valores: λ de Wilks = .949, autovalor = .053 y correlación canónica = .224. Parece, entonces, que si comparamos estos valores con los obtenidos en los análisis anteriores, la función discriminante aparece como más efectiva; hallazgo lógico si tenemos en cuenta que estamos comparando grupos extremos (*grupo 1* y *3*). Por último, indicar que, en consonancia con estos datos, el porcentaje promedio de sujetos clasificados correctamente, a partir de la consideración conjunta de las puntuaciones obtenidas por los adolescentes en las cinco variables seleccionadas por este análisis, es también más elevado (68.9%); correspondiendo el 69 para los sujetos del *grupo control* y el 64% para los del *grupo experimental*.

4.2.4. Análisis Discriminante para los grupos riesgo y experimental

En la tabla 14 se presentan las variables que son seleccionadas para discriminar entre el grupo riesgo (*grupo 2*), y el grupo experimental (*grupo 3*). Así, atendiendo a los resultados obtenidos, sólo tres variables son seleccionadas: 1) *ansiedad-rasgo*; 2) *curiosidad-rasgo*; y 3) *ira expresada*.

Tabla 14. Análisis Discriminante para los grupos de Riesgo (2) y Experimental (3):
Variables que entran en cada paso, y valores λ observados

Peso de cada variable independiente para definir la pertenencia al grupo.

Pasos	Variables	Valor " λ "	N. S
1	Ansiedad - Rasgo	.92106	.0064
2	Curiosidad - Rasgo	.86543	.0015
3	Ira (Experien. - Expresión)	.84384	.0017
Valor Propio (Eigenvalue)		Correlación Canónica	
.185		.3951	

Número y porcentaje de sujetos clasificados en cada grupo.
(Los porcentajes de sujetos correctamente clasificados aparecen subrayados)

Grupos	Grupo 2			Grupo 3	
	N. T.	N. P.	%	N. P.	%
Riesgo	39	18	33.3	36	<u>66.7</u>
Experimental	54	26	<u>66.7</u>	13	33.3
Porcentaje total de casos clasificados correctamente					66.67 %

No obstante, y en un afán de comparar estos resultados con los de los análisis previos, es necesario acentuar que a pesar de que la función discriminante es la más parsimoniosa; en cuanto a la selección de variables resulta ser la más efectiva: λ de Wilks = .843, autovalor = .185, y correlación canónica = .395. El porcentaje de sujetos correctamente clasificados alcanza el 66.7% para cada uno de los grupos. En definitiva, los resultados de este análisis parecen validar la existencia de diferencias (*al menos en algunas variables*) entre el grupo *riesgo* y el *experimental*; siendo más acusada en el primero la curiosidad-rasgo y la expresión de ira.

A partir de la tabla resumen de los resultados obtenidos en el Análisis Discriminante, es de destacar en primer lugar el papel preponderante de la ansiedad en su doble acepción (estado-rasgo), puesto que es seleccionada en primer lugar en la discriminación de los diferentes grupos: *control-riesgo-experimental*.

Tabla 15 Resumen de los resultados obtenidos en los Análisis Discriminante

Variables	Grupos			
	1 - 2 - 3	1 - 3	1 - 2	2 - 3
Ansiedad - Rasgo	3		1	1
Ansiedad - Estado	1	1	3	—
Curiosidad - Rasgo	4	3	—	2
Curiosidad - Estado	—	—	—	—
Neuroticismo	6	4	5	—
Irritabilidad - Rasgo	5		4	
Ira (su experiencia y expresión)	—	—	—	3
Susceptibilidad Hostil	2	2	2	—

En segundo lugar es de resaltar que, la variable “*susceptibilidad hostil*”, contribuye a discriminar entre los grupos *control-experimental-riesgo*; *control-experimental*, y *control-riesgo*. No se informa sobre el valor discriminatorio de la referida variable entre los grupos *experimental-riesgo*; por lo que se pone de relieve que en cierto modo la situación experimental ha contribuido a homogeneizar los referidos grupos, por cuanto a la vulnerabilidad hostil. La variable “*irritabilidad*” contribuye en el cuarto paso, a la discriminación de los grupos *control-riesgo*, y en el quinto paso entre *riesgo-experimental* y *riesgo*. No informa sobre la discriminación entre los grupos *riesgo* y *experimental*.

Cabría resaltar que es entre los grupos *control-experimental-riesgo*, donde confluye el mayor número de variables que contribuyen a su discriminación; advirtiéndose la máxima homogeneidad entre los grupos *experimental-*

riesgo, al confluir el mínimo número de variables de discriminación. Estos resultados permiten a su vez, confirmar la idoneidad de los instrumentos de evaluación utilizados; y particularmente del *Inventario de Susceptibilidad Hostil* (ERIN), y del *Inventario Pediátrico de Ira* (su experiencia y expresión). Los referidos resultados contribuyen a la validación (*con criterio externo*) de los referidos instrumentos, puesto que el grupo de sujetos considerados de “riesgo” por cuanto al patrón de conducta tipo “AHI” se refiere, fueron precisamente los que obtuvieron las más destacadas puntuaciones en los referidos inventarios.

En definitiva, los resultados de los distintos Análisis Discriminantes que se han realizado parecen consolidar en líneas generales nuestro planteamiento de partida, en el sentido de confirmar la incidencia de distintas variables psicoafectivas (e.g., *ansiedad-estado*, *ansiedad-rasgo*, *hostilidad*, *curiosidad*, *neuroticismo*...), en la mayor o menor vulnerabilidad de los sujetos a desarrollar el patrón de conducta tipo “AHI”. En definitiva, los resultados validan los grupos que se han establecido “*a priori*” en este trabajo (*control*, *riesgo* y *experimental*), ya que se constata que las variables psicoemocionales analizadas tienen un impacto diferencial en los mismos.

4.3. Análisis de Regresión Lineal Múltiple

Mediante el Análisis de Regresión Lineal Múltiple, se ha pretendido clarificar cuáles son las principales determinantes y/o predictores útiles, para fundamentar la conceptualización, explicación y consolidación de distintos indicadores del patrón de conducta tipo “AHI”.

Se han realizado cuatro análisis de Regresión Lineal Múltiple, utilizando como variables criterio: *irritabilidad-estado*, *irritabilidad-rasgo*, *ira: su experiencia y expresión* y *susceptibilidad hostil*; y como variables predictoras *ansiedad* (estado-rasgo), *curiosidad* (estado-rasgo), *neuroticismo* y *susceptibilidad emocional*. En cada uno de los pasos del análisis de Regresión Lineal Múltiple, van entrando aquellas variables más relacionadas (*las que contribuyen en mayor medida a explicar la varianza de la variable dependiente, o criterio*).

Ha sido precisamente el afán de selección de variables, lo que ha motivado optar por este análisis estadístico (*por pasos*), que considera simultáneamente la influencia de todas las variables, ya que selecciona como primer paso, aquella que “*mejor explica*” la variable dependiente o criterio. A continuación se seleccionará entre las variables restantes, aquella que de nuevo, mejor “*de cuenta*” de la varianza de la variable dependiente, y así sucesivamente. Es nece-

sario no obstante, observar que este análisis puede excluir o eliminar variables que hayan sido seleccionadas con anterioridad, en función del cambio en los “pesos” que se producen cuando entra o sale una variable, hasta que no queden variables que cumplan con el criterio de inclusión. Además, este análisis, cuando selecciona una variable independiente, disminuye la probabilidad de que sea seleccionada otra muy relacionada; evitando los problemas de solapamiento (*correlación alta en variables independientes*).

4.3.1. Irritabilidad-Estado

En la tabla 16, se muestran los resultados del Análisis de Regresión cuando se considera como variable de criterio la *irritabilidad* (estado), y como las variables predictoras: *neuroticismo*, *curiosidad-estado*, *curiosidad-rasgo*, *susceptibilidad emocional*, *ansiedad-estado* y *ansiedad-rasgo*.

Tabla 16. Análisis de Regresión Lineal Múltiple, siendo la variable criterio *Irritabilidad (estado)*

Pasos	Variables	F	N. S	R	R ²	Incr. en R ²	Beta
1	Curiosidad - Estado	49.181	.000	.2652	.0703	.0703	-.2652
2	Ansiedad - Estado	43.873	.000	.3451	.1191	.0488	-.2238
3	Neuroticismo	31.650	.000	.3575	.1278	.0087	-.0963

A través del análisis de los resultados se constata que, de todas las variables incluidas en el análisis, únicamente tres tienen la potencia predictiva suficiente para ser seleccionadas: *curiosidad-estado*, *ansiedad-estado*, y *neuroticismo*. A un nivel más concreto, y atendiendo a los porcentajes de varianza explicada, cabe reseñar que es la *curiosidad-estado* la variable que tiene una mayor capacidad explicativa de la *irritabilidad-estado* (7% de varianza); a continuación se sitúan, (*de mayor a menor importancia predictiva*), la *ansiedad-estado* (4,8%), y por último, el *neuroticismo* (0,8%). En definitiva, parece oportuno reseñar que la contribución explicativa, en términos de varianza, de todas las variables que entran en la ecuación resultante, es del 12,7%; porcentaje que, aunque relativamente modesto, sirve para destacar el nivel de la idoneidad de las variables seleccionadas en la comprensión y/o explicación del estado de irritabilidad.

4.3.2. Irritabilidad-rasgo

Los resultados del Análisis de Regresión realizados, tomando como variable criterio la *irritabilidad-rasgo*, y como variables predictoras, un con-

junto de variables (*neuroticismo*, *curiosidad- estado*, *curiosidad- rasgo*, *susceptibilidad emocional*, *ansiedad-estado* y *ansiedad-rasgo*), se presentan en la tabla 17.

Tabla 17. *Análisis de Regresión Lineal Múltiple, siendo la variable criterio Irritabilidad (rasgo)*

Pasos	Variables	F	N. S	R	R ²	Incr. en R ²	Beta
1	Ansiedad - Rasgo	213. 472	. 000	. 4972	. 2472	. 2472	. 4972
2	Neuroticismo	168. 559	. 000	. 5847	. 3419	. 0946	-. 3218
3	Curiosidad - Rasgo	131. 686	. 000	. 6154	. 3787	. 0369	. 2072

Estos resultados ponen de manifiesto que son las variables *ansiedad-rasgo*, *neuroticismo*, y *curiosidad-rasgo* las que contribuyen a predecir, aunque diferencialmente, el rasgo de irritabilidad. En este sentido, es la *ansiedad-rasgo* la variable con una mayor potencia predictiva (24,7% de varianza explicada); el *neuroticismo* aparece como la segunda variable en importancia (paso 2) , contribuyendo a explicar un 9,4% de la varianza; en el último paso es seleccionada la curiosidad rasgo con una contribución explicativa del 3,6%.

A tenor de estos datos parece que las variables seleccionadas contribuyen, de forma importante, a dar cuenta de la varianza del rasgo de irritabilidad (*porcentaje total de varianza explicada del 37,8%*). Dato que permite avanzar la idea, si comparamos estos resultados con los obtenidos anteriormente — cuando se consideraba la irritabilidad en su acepción de estado—, de que las variables que se introducen en el análisis son predictores “*más validos*” del rasgo que del estado de irritabilidad. A este respecto, parece oportuno reseñar también, que al pretender predecir el estado de irritabilidad habría de recurrirse necesariamente a la *curiosidad* y a la *ansiedad* en su acepción “estado”; mientras que si lo que se pretende es explicar el *rasgo de irritabilidad* serían estas variables, en su acepción “rasgo” las potencialmente explicativas; en cualquier caso, el *neuroticismo* aparece en ambos casos como un importante predictor. Por último, enfatizar de nuevo el importante hallazgo de que es el rasgo de *irritabilidad* (frente al estado) el componente “mejor explicado” del patrón conductual “AHI”. En cualquier caso, estos resultados parecen consolidar la adecuación de la estrategia metodológica utilizada.

4.3.3. *Ira: su experiencia y expresión*

Los datos referidos al Análisis de Regresión, cuando se considera como variable criterio la ira (*su experiencia y expresión*), se recogen en la tabla 18.

Estos resultados confirman en un primer nivel de análisis, que de todas las variables independientes (*neuroticismo*, *curiosidad-estado*, *curiosidad-rasgo*, *susceptibilidad emocional*, *ansiedad-estado* y *ansiedad-rasgo*), únicamente tres, tienen el poder predictivo suficiente para ser seleccionadas: la curiosidad-estado, la ansiedad-rasgo y el neuroticismo. Siendo su contribución conjunta 13,9% de la varianza.

Tabla 18. Análisis de Regresión Lineal Múltiple, siendo la variable criterio Ira (su experiencia y expresión)

Pasos	Variabes	F	N. S	R	R ²	Incr. en R ²	Beta
1	Curiosidad - Estado	64. 392	. 000	. 3002	. 0901	. 0901	. 3002
2	Ansiedad - Rasgo	47. 473	. 000	. 3572	. 1276	. 0375	. 2043
3	Neuroticismo	34. 865	. 000	. 3728	. 1390	. 0114	-. 1130

Cuantitativamente, la variable predictiva más importante para predecir la expresión y/o manifestación de la ira es la *curiosidad estado* (8,8% de varianza explicada). Los restantes predictores (*ansiedad-rasgo* y *neuroticismo*) contribuyen a explicar en un 3,7 y 1,1% la ira expresada. Los resultados de este análisis confirman, a nivel general, los obtenidos en los análisis anteriores, en el sentido de que la mayoría de las variables independientes seleccionadas contribuyen a predecir las distintas manifestaciones del patrón de conducta tipo “AHI”.

4.3.4. Susceptibilidad hostil

En la tabla 19, se muestran los resultados del Análisis de Regresión Múltiple realizado entre las distintas variables predictoras (*neuroticismo*, *curiosidad-estado*, *curiosidad-rasgo*, *susceptibilidad emocional*, *ansiedad-estado* y *ansiedad-rasgo*), y la susceptibilidad hostil, considerada como variable criterio. Los datos permiten avanzar, en un primer momento, la tesis de que la susceptibilidad hostil también aparece explicada por algunas de las variables seleccionadas “*a priori*”. Hallazgo que parece lógico, si se tiene en cuenta que dicha variable es conceptualizada como otra de las dimensiones o elementos que conforman el síndrome conductual “AHI”.

Tabla 19. Análisis de Regresión Lineal Múltiple, siendo la variable criterio *Susceptibilidad hostil*

Pasos	Variables	F	N. S	R	R ²	Incr. en R ²	Beta
1	Neuroticismo	40. 927	. 000	. 2434	. 0592	. 0592	-. 2434
2	Ansiedad - Rasgo	30. 443	. 000	. 2929	. 0858	. 0265	. 1704
3	Curiosidad - Estado	23. 692	. 000	. 3144	. 0988	. 0131	. 1224

No obstante, parece oportuno profundizar en el análisis de los distintos coeficientes, para determinar las variables que muestran una mayor vinculación, en términos predictivos, con la *susceptibilidad hostil*. Así, el principal predictor resulta ser el *neuroticismo* (5% de varianza explicada), a continuación, (de mayor a menor contribución), se sitúan la *ansiedad-rasgo* y la *curiosidad-estado* (porcentajes de varianza explicada de 2,6 y 1,3%, respectivamente). En definitiva, cabría apuntar que la *susceptibilidad hostil* aparece explicada en un 9,4%; porcentaje que, aunque no es elevado, contribuye a fortalecer la hipótesis de que, dado que los predictores son de similar naturaleza, dicha variable podría considerarse un indicador válido del patrón de conducta tipo “AHI”.

Los resultados de los distintos Análisis de Regresión Múltiple parecen confirmar nuestro planteamiento de partida, y en consecuencia dan cumplida respuesta a uno de nuestros objetivos, en el sentido de “*asentar*” la existencia de un conjunto de variables especialmente útiles en la conceptualización, explicación y, en definitiva, consolidación de distintos indicadores del patrón de conducta tipo “AHI”.

Tabla 20. Resumen de la determinación de los pasos en las que son clasificadas las variables predictoras en función de las variables criterio

V. Criterio	Variable Predictor				
	Ansiedad - R	Ansiedad - E	Curiosidad - R	Curiosidad - E	Neuroticismo
Irrit. Estado		2		1	3
Irrit. Rasgo	1		3		2
Ira Exp. Ex.	2			1	3
Susc. Hostil	2			3	1

Así, en un primer momento se ha confirmado que los distintos elementos que conforman la manifestación del patrón de conducta tipo “AHI” (*irritabilidad estado-rasgo*, *ira su experiencia y expresión* y *susceptibilidad hostil*) aparecen explicados por variables de naturaleza similar; siendo, la *irritabilidad-rasgo* la dimensión psicoemocional mejor explicada (37,8); en segundo lugar se

sitúa la *ira expresada* (13,9%), y por último, la *irritabilidad-estado* y la *susceptibilidad hostil* con porcentajes de varianza del 12,7 y 9,8%, respectivamente.

En cuanto a los predictores, nuestros resultados parecen validar su selección, si tenemos en cuenta que todos los que hemos incluido, excepto la *susceptibilidad emocional*, tienen la capacidad predictiva “suficiente” y *necesaria* para ser seleccionados por los distintos análisis como predictores válidos de las manifestaciones “AHI”. No obstante, también es cierto que aunque todos, excepto uno, contribuyen en dicha predicción, no lo hacen en la misma medida. Así, se consolida la primacía de las siguientes variables: 1) *curiosidad-estado* en la predicción del estado de irritabilidad y de la expresión de ira; 2) *ansiedad-rasgo* en la explicación del rasgo de irritabilidad, contribuyendo, como segundo predictor, a dar cuenta de la expresión de ira y de la susceptibilidad hostil; 3) *neuroticismo*, en cuanto predictor la hostilidad, contribuyendo a la explicación de todas las demás manifestaciones del patrón de conducta tipo “AHI”.

Además de estas consideraciones, cabría reseñar a este respecto, el hallazgo de la clara y manifiesta correspondencia entre las variables personales que reflejan un “*rasgo*” (*dimensión de naturaleza estable y consistente*); y, por otra parte, entre aquellas que evalúan el “*estado*” (*naturaleza transitoria y temporal*). En definitiva, mientras que la irritabilidad-estado aparece explicada por la curiosidad y la ansiedad como “*estado*”, el rasgo de irritabilidad se predice a partir de los rasgos de ansiedad y curiosidad. Por último, en función de nuestros resultados, cabría apuntar dos consideraciones de interés: la primera, se refiere a la constatación de que las manifestaciones “AHI”, parecen formar parte de un “*síndrome conductual*” con determinantes de naturaleza similar; la segunda, estrechamente vinculada con la anterior, se abundaría en la necesidad de analizar el peso “*específico*” de cada una de las variables seleccionadas en la explicación de las distintas manifestaciones del patrón de conducta tipo “AHI”. En realidad, no se trata de apostar por una hipótesis de “*especificidad*”, en detrimento de otra de “*generalidad*”, sino de integrar ambos planteamientos, dependiendo del nivel explicativo en el que nos situemos. Nuestro planteamiento metodológico parece confirmar ambos aspectos: 1) así las dimensiones que presumíamos conformaban el patrón de conducta “AHI”, parecen consolidarse, si tenemos en cuenta que están explicadas, en forma similar, por determinantes de naturaleza similar; y 2) los determinantes (o V.I. seleccionadas) aparecen como predictores útiles de las distintas manifestaciones “AHI” del patrón de conducta.

5. DISCUSION-CONCLUSIONES

La presente investigación se ha llevado a cabo en dos fases sucesivas; en la primera las variables sociodemográficas (*sexo, edad, rendimiento académico, emplazamiento del centro escolar*), se han considerado predisponentes de vulnerabilidad de conductas AHI, si bien con la incidencia peculiar de cada una de ellas. En la segunda fase, se ha destacado la comunalidad que presenta el *grupo experimental*, y el grupo de *riesgo*; y, en consecuencia las notorias diferencias que se advierten en ambos grupos, en relación con el grupo *control*. Así mismo, se ha puesto de relieve que el patrón de conducta tipo AHI, parece formar parte de un síndrome conductual, con determinantes de naturaleza similar (*agresividad-hostilidad-ira*). En cada una de las sucesivas fases, se ha pretendido conseguir una secuencia de objetivos, a partir de la formulación de las correspondientes hipótesis.

Una revisión de las hipótesis formuladas, y los resultados obtenidos permiten realizar los siguientes contrastes: en primer lugar, cabría destacar la aceptación de la hipótesis primera, por cuanto que la vulnerabilidad al patrón de conducta tipo-AHI, se encuentra modulada por el sexo. Los resultados obtenidos en la presente investigación permiten destacar una acentuada vulnerabilidad de los varones hacia las conductas iracundas (*su experiencia y expresión*); así como una más acentuada susceptibilidad a la irritabilidad (*estado*), en relación con el sexo opuesto; siendo las referidas diferencias significativas al nivel de confianza de $p < .00$ $p < .03$, respectivamente. Estos resultados se sitúan en la misma línea de los obtenidos en edades inferiores por Egido (1993), en referencia a la *agresividad: emitida, recibida e inhibida*; siendo también confirmatorios de los obtenidos por Gómez y Saburido (1990) con adolescentes; por lo que se refiere al “*estado de ira*”.

Los resultados disponibles ponen de relieve la existencia de diferencias relativamente claras en relación a la conducta antisocial en general, y en relación al patrón de conducta AHI, en particular, en referencia al sexo. Sin embargo, según informan los trabajos de Kazdin (1988), la naturaleza de las referidas diferencias tienden a quedar difuminadas por una constelación de factores, tales como: las diferentes tasas de desarrollo, expectativas y propensiones a identificar, informar, y remitir a consulta a chicos y chicas por su conducta oposicionista. Permanece el hecho de que la mayoría de las demandas de consulta que presentan como conducta problema la conducta antisocial en la infancia y adolescencia, afectan fundamentalmente a los varones; mientras que la vulne-

rabilidad hacia las conductas ansiógenas afecta significativamente más al sexo femenino. Estos resultados, que no se advierten en edades inferiores (Gómez y Pulido, 1992), son concordantes con los obtenidos en adolescentes (Bauermeister, Huergo, García y Otero, 1980).

La preponderancia de la edad, como variable moduladora de la vulnerabilidad al patrón de conducta AHI, y de conductas oposicionistas en general, es resaltada por Kazdin (1988). Así mismo, las investigaciones de Egido (1992), informan expresamente que si se considera a la ansiedad como una variable predictora, se podría asumir que la ansiedad estado-rasgo, contribuye particularmente a la predicción de la agresividad recibida, mientras que la predicción de la ansiedad-estado, afectaría muy particularmente a la predicción de la agresividad emitida.

Los resultados obtenidos en la presente investigación, permiten tan solo confirmar parcialmente la hipótesis 1b; por cuanto que la edad constituye una fuente de variabilidad, modulando la vulnerabilidad al patrón de conducta AHI. Los resultados obtenidos en *ira: su experiencia y expresión; en susceptibilidad emocional; y en cierto modo, en susceptibilidad hostil*, tienden a informar sobre la existencia de un período crítico; que afectaría particularmente a las edades objeto de análisis; situándolo entre los 14 y 15 años.

Se confirma la hipótesis 1c que formula “*la existencia de una relación negativa entre vulnerabilidad a conductas AHI y rendimiento académico*”. Se advierte como constante, que los grupos de inferiores niveles de rendimiento, son los que tienden a obtener las más elevadas puntuaciones en las escalas que evalúan ira (*expresión, estado*); así como *susceptibilidad hostil*. Las diferencias significativas obtenidas, oscilan entre $p < .04$ y $p < .00$. La relación negativa entre *rendimiento escolar* y vulnerabilidad hacia conductas iracundas, y que contribuyen a resaltar los resultados obtenidos en la presente investigación, son concordantes con los obtenidos en las investigaciones de Egido (1993). En las referidas investigaciones se informa que los alumnos que obtienen las más bajas calificaciones escolares, tienden a puntuar más alto en *agresividad emitida y recibida*, que los alumnos con mejores calificaciones, atenuándose las diferencias en *agresividad inhibida*. Parece pues, que el estilo de reaccionar en cada alumno ante el fracaso, puede caracterizar su comportamiento en general, y su experiencia de fracaso en particular. Por otra parte, es de resaltar una cierta tendencia a presentar una relación positiva entre *rendimiento y curiosidad*, (particularmente rasgo de curiosidad); lo que se encuentra en consonancia con el interés que suscita el estudio en los alumnos que obtienen los más destacados rendimientos.

La hipótesis 1d informa sobre: “*Las características de emplazamiento del Centro escolar determina la incidencia de vulnerabilidad a conductas AHI*”. Los resultados obtenidos, tan sólo permiten una aceptación parcial de la referida hipótesis; puesto que han sido muy escasas las diferencias derivadas de los alumnos procedentes de Centros rurales y urbanos, circunscritas tan solo a destacar las diferencias significativas en *susceptibilidad hostil*, en cuyas puntuaciones los alumnos procedentes de Centros Educativos Urbanos superan a los alumnos de Centros Educativos Rurales. Es probable que el referido hallazgo, sea tan solo un mero indicativo, sin que realmente constituya una diferencia fiable entre los referidos grupos de alumnos, dada la destacada convencionalidad en la clasificación misma. Conviene destacar la dificultad objetiva en la adopción de criterios para determinar con precisión las circunscripciones de lo rural y lo urbano, en el contexto de Galicia. No obstante, se advierten ciertos efectos moduladores de la vulnerabilidad a conductas AHI, al adoptar como criterio las puntuaciones obtenidas por alumnos procedentes de Centros Públicos, Privados, y Centros Religiosos Concertados. En los referidos resultados se advierte, que los alumnos procedentes de los Centros Públicos, tienden a superar al resto en *susceptibilidad hostil y dureza emocional, e inestabilidad emocional*. En los alumnos procedentes de Centros Privados tiende a predominar el rasgo de curiosidad, y muy escasa *susceptibilidad hostil*. Mientras que entre los síntomas más prevalentes en los alumnos procedentes de Centros Religiosos Concertados aparece el rasgo de ansiedad (*timidez, hipersensibilidad...*), y estado de curiosidad.

Mediante el segundo de los objetivos propuestos en la presente investigación, se ha pretendido precisar en qué medida las variables de carácter psicoemocional (*neuroticismo, ansiedad, curiosidad, emocionalidad*), son útiles para diferenciar y/o discriminar entre grupos de sujetos, en función de su vulnerabilidad al patrón de conducta AHI. Son de destacar, en primer lugar las diferencias significativas que se advierten en ira (*expresión, estado y rasgo*), y *susceptibilidad hostil*, entre el grupo experimental, cuyas puntuaciones superan significativamente a las puntuaciones medias que presentan los grupos experimental y grupo de riesgo. En segundo lugar, destacar que las puntuaciones del grupo de riesgo tienden a equiparse con las del grupo de control, si bien los primeros superan muy ampliamente a los segundos en *susceptibilidad emocional* y en *susceptibilidad hostil*. Los resultados obtenidos en el Análisis Discriminante, informan que la mayoría de las variables seleccionadas contribuyen a discriminar entre los tres grupos: (*control, experimental, riesgo*); si bien, el poder discriminante no es tan consistente como sería deseable desde las expec-

tativas del investigador. No obstante, se ha constatado que en consonancia con el objetivo previamente formulado, el mayor o menor grado de vulnerabilidad al patrón de conducta AHI es un parámetro que habría de ser considerado como *elemento diferenciador*, al menos cuando se consideran las distintas dimensiones personales incluídas. Así mismo, y en función de estos resultados, es de resaltar que si se consideran las puntuaciones obtenidas por los sujetos en las variables de *ansiedad-estado*, *hostilidad*, *curiosidad-rasgo* y *neuroticismo*, estos pueden ser asignados a los grupos establecidos “*a priori*”, en un porcentaje relativamente destacado (65.9%); lo que en ultimo término contribuye a poner de relieve la utilidad de las referidas variables, para discriminar entre los grupos control y experimental. Por otra parte, los resultados parecen validar la existencia de diferencias (*al menos en algunas variables*), entre el grupo experimental y el de riesgo; siendo más acusada en este último, la *curiosidad-rasgo* y la *expresión de ira*. Los resultados de los distintos Análisis Discriminantes contribuyen a consolidar la segunda de las hipótesis; en el sentido de confirmar la incidencia de distintas variables psicoemocionales (*ansiedad-estado*, *ansiedad-rasgo*, *hostilidad*, *curiosidad*, *neuroticismo*, *ect.*), en la mayor o menor vulnerabilidad de los sujetos a incurrir en patrones de conductas tipo AHI. En definitiva, los resultados validan los grupos que se han establecido “*a priori*” en esta investigación (*control*, *experimental* y *de riesgo*), ya que se constata que las variables psicoemocionales analizadas, tienen un impacto diferencial en los referidos grupos.

Mediante el tercer objetivo se ha pretendido identificar los principales determinantes y/o predictores del patrón de conducta AHI. A través de los resultados obtenidos en los distintos análisis de regresión, se tiende a confirmar los planteamiento de partida de la presente investigación, y en consecuencia dan cumplida respuesta a la tercera hipótesis. Los referidos análisis destacan la existencia de un conjunto de variables que resultan especialmente útiles en la concepción, explicación y consolidación de diferentes indicadores del patrón de conducta AHI. En un primer momento se ha confirmado que los distintos elementos que conforman la manifestación del patrón de conducta AHI (*irritabilidad estado/rasgo*, *ira expresada* y *susceptibilidad hostil*), aparecen explicados por variables de naturaleza similar; siendo la irritabilidad rasgo, la dimensión psicoemocional mejor explicada (37,8). Se sitúa en segundo lugar, la *ira*: su *experiencia* y *expresión* (13,9%); y, por último, la *irritabilidad estado* y la *susceptibilidad hostil*, con porcentajes de varianza que oscilan entre el 12,7 y 9,8%, respectivamente. Por otra parte, y en relación con los predictores, los resultados obtenidos contribuyen a validar su selección, si se tiene en cuenta

que el conjunto que ha sido incluido, excepto la *susceptibilidad emocional*, ha demostrado tener la virtualidad predictiva "*suficiente*", como para ser seleccionados como predictores, en los distintos análisis válidos del patrón de conducta AHI. No obstante, conviene resaltar que todos, excepto uno, los que contribuyen en dicha predicción no lo hacen en la misma medida; por lo que se consolida la primacía de la *curiosidad estado*; por cuanto a la predicción del estado de irritabilidad, y de la expresión de ira en segundo lugar de la *ansiedad rasgo*; por cuanto a la explicación del rasgo de irritabilidad; contribuyendo, como segundo predictor, a dar cuenta de la expresión de la ira; así como de la susceptibilidad hostil. Finalmente el *neuroticismo* en cuanto que contribuye a predecir la hostilidad, contribuyendo además a la explicación de todas las demás manifestaciones del patrón de conducta AHI.

Es de resaltar el hallazgo de la manifiesta correspondencia entre las variables psicoemocionales que reflejan el "*rasgo*", en cuanto dimensión de naturaleza estable y consistente, que hace referencia a una gama de reacciones y respuestas con sentido unívoco, que comparten un eje o constelación factorial común; y, por otra parte, entre aquellas que evalúan el "*estado*", de naturaleza transitoria y temporal; que hace referencia a los cambios emocionales, de humor o de ánimo que suceden a lo largo del tiempo. En consonancia con estas observaciones, es de resaltar que en nuestros resultados se advierte que la *irritabilidad-estado* aparece explicada por la curiosidad y la ansiedad-estado; además el rasgo de irritabilidad se predice a partir de los rasgos de ansiedad y curiosidad. Todo ello, contribuye a destacar que el patrón de conducta AHI, parece formar parte de un "*síndrome conductual*", con determinantes de naturaleza similar. Se plantea además la necesidad de analizar la importancia de cada una de las variables seleccionadas en la explicación de las distintas manifestaciones del patrón de conducta AHI. En definitiva, se considera que los planteamientos a los que se ha recurrido, han contribuido a confirmar diferentes aspectos, de forma que las dimensiones que se presumían conformaban el patrón de conducta AHI, parecen consolidarse si se tiene en cuenta que se encuentran explicadas, en forma similar, por determinantes de naturaleza similar. Así mismo, se confirma que los determinantes o variables independientes seleccionadas, aparecen como predictores útiles de las distintas manifestaciones del patrón de conducta AHI.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BERKOWITZ, L. (1989). Laboratory experiments in the study of aggression. En J. Archer y K. Browne (Eds.) *Human Aggression: Naturalistic Approaches*. London: Routledge.
- BUSS, A.H. (1961). *The psychology of aggression*. New York. Wiley.
- BUSS, A.H. (1969). *The Psychology of aggression*. Argentina. Troquel.
- CAPRARA, G.V. Y CALDAS DE BRITO, C. (1979). Stato del dibattito sull'aggressività nell'ambito della teoria psicoanalitica: problemi e prospettive, *Giornale storico di Psicologia Dinamica*. 5, pp. 40-65.
- CAPRARA, G.V. (1981). *Personalità e Aggressività*, Roma: Bulzoni.
- CAPRARA, G.V. (1982). "The frustration-aggression hypothesis versus emotional susceptibility". *Aggressive behavior*. Vol. 8. N° 2 pp. 234-236.
- CAPRARA, G.V. (1983). "La misura dell'aggressività: contributo di ricerca per la costruzione e la validazione di due scale per la misura dell'irritabilità e della suscettibilità emotiva". *Giornale Italiano di Psicologia*. N° 1, pp. 91-103.
- CAPRARA, G.V.; RENZI, P.; ALCINI, P.; D'IMPERIO, G. Y TRAVAGLIA, G. (1984). Istigatori e mediatori della condotta aggressiva. *Giornale Italiano di Psicologia*. 11, 113-128.
- CAPRARA, G.V.; CINANNI, V.D.; IMPERIO, G.; PASSERINI, S; RENZI, P. Y TRAVAGLIA, G. (1985). Indicators of impulsive aggression: present status of research on irritability and emotional susceptibility scales. *Person individ. Diff.* Vol. 6, pp.665-674.
- CAPRARA, G.V.; BARBARANELLI, C, PASTOROLLI, C, PERUGINI, M (1994). Individual differences in the study of human aggression. *Aggressive Behavior*, 281-303.
- CARNEIRO, M.R. (1994). El Riesgo, la vulnerabilidad y el estrés. En D.E. Gómez y Saburido, X. (Eds.). *Salud y Prevención: Alternativas desde la Evaluación Psicológica*, pp. 77-84.
- CARNEIRO, M.R. (1993). *Vulnerabilidad de niños y adolescentes a conductas AHI*. Tesis doctoral (no publicada). Universidad de Santiago de Compostela.
- EGIDO, A. (1993). *Evaluación y análisis diferencial de la agresividad en alumnos de E.G.B. Tesis doctoral*. Universidad de Santiago.
- EGIDO, A, GOMEZ, D.E, y PEDRAU, A. (1996). Crise et violence urbaine. En M.T. NEUILLY. *Gestion de Crise. Crises technologiques et crises sociales*. Pris Editions L° Harmattan. pp. 261-279.
- ESON, M.E. (1978). *Bases Psicológicas de la Educación*. México. Nueva editorial interamericana.
- ESSER, G.; SCHMIDT, M.H. (1987a). Epidemiologie und Verlauf kinder-psychiatrischer Störungen im Schulalter. *Ergebnisse einer Längsschnittstudie*. Nervenheilkunde, 6, 27-35.
- GÓMEZ, D.E. (1994). Nuevas perspectivas en Evaluación Psicológica. En D.E. Gómez y X. L. Saburido (Eds.). *Salud y prevención alternativas desde la evaluación psicológica*. Santiago de Compostela. Consellería de Cultura. Xunta de Galicia pp. 115-166
- GÓMEZ, D.E.; SPIELBERGER, C.D. (1990). Assessment of Anxiety in panish Elementary School Children. En C.D. Spielberger y R. Díaz-Guerrero, y J. Strelau. (Eds.). *Cross-Cultural Anxiety*. N. York. Hemisphere Publishing Cor. pp. 193-203
- GÓMEZ, D.E., y PULIDO, M.T. (1992). *Estrés na escola*. Santiago de Compostela. Edicions do Castro.
- GÓMEZ, D.E.; SABURIDO, X. (1994). Evaluación de las conductas de agresividad, hostilidad, ira (AHI). En D.E. Gómez y X. L. Saburido (Eds.). *Salud y prevención alternativas desde*

- la evaluación psicológica*. Santiago de Compostela. Consellería de Cultura. Xunta de Galicia. pp. 357-396.
- GÓMEZ, D.E.; PULIDO, M.T. (1994). Técnicas de Evaluación Psicológica En D.E. Gómez y X. L. Saburido (Eds.). *Salud y Prevención: alternativas desde la Evaluación Psicológica*. Santiago de Compostela. Consellería de Cultura. Xunta de Galicia. pp. 397-442.
- JACOBS, G.A.; WORDEN, T.J. (1985). The experience and expression scale. En M.A. Chesney, y R.H. Rosenman (Eds.). *Anger and Hostility in cardiovascular and Behavior Disorders*. N. York. Hemisphere, McGraw-hill.
- JACOBS, G.A.; PHELPS, M. Y ROHRS, F.B. (1989). Assessment of Anger in Children: The Pediatric Anger Expression Scale. *Personality and individual Differences*, 10, 59-65.
- JACOBS, G.A., MEHLHAFF, C.K. (1992). *Children's Stress and the Expression and Experience of Anger*. Running Head: pediatric Anger. University of South Dakota.
- KAZDIN, A.E. (1984). *Behavior modification in applied settings* (3^a ed.). Homewood, IL: Dorsey Press.
- KAZDIN, A.E. (1988). *Tratamiento de la conducta antisocial en la infancia y la adolescencia*. Barcelona. Martínez Roca.
- MENDOZA, R.; BLANCO, J.; MARTÍN DE LA CONCHA, P.; MORALES, E.; RUIZ, J.; SAGRERA, R.; BATISTA, J.M. (1988). *Las escalas y la salud: estudio de los hábitos de los escolares españoles en relación con la salud*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo. pp. 12.
- MENDOZA, R.; SAGRERA, J.; BATISTA, J.M. (1992). *Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud, (1986-1990)*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- OLWEUS, D. (1978). *Aggression in the Schools: Bullies and Whipping Boys*. Washington, D.C.: Hemisphere.
- OLWEUS, D. (1979). Stability of aggressive reaction patterns in males: A review. *psychological Bulletin*, 6, 852-875.
- OLWEUS, D. (1980). Familial and temperamental determinants of aggressive behavior in adolescent boys: A causal analysis. *Developmental Psychology*, 16, 644-666.
- OLWEUS, D. (1981). Child-to-Child violence: Bullying among School-Boys. En N. Cantwell. *Children and violence*. Stockholm Akademilitteratur.
- OLWEUS, D. (1984). Stability in aggressive and withdrawn, inhibited behaviors patterns. En R. Kaplan; V. Konecni y R. Novaco (Eds.), *Aggression in children and youth*. The Hague Martinus Nijhoff Publishers, 104-137.
- PULKKINEN, L. (1982). Self-control and continuity from childhood to late adolescence In Baltes PB, Brim OG, Jr. (eds.). *Life-span Development and Behavior*. Vol 4. New York: Academic Press, pp 149-175.
- PULKKINEN, L. (1983a). Finland: The search for alternatives to aggression. In Goldstein AP, Segall MH (eds.). *Aggression in global Perspective*. N. York: Pergamon Press, pp 104-144.
- PULKKINEN, L. (1983b). Youthful smoking and drinking in a longitudinal perspective. *Journal of Youth and Adolescence* 12, 253-283.
- SABURIDO, X.L. (1990). *Memoria de licenciatura*. Santiago. Universidad de Santiago de Compostela.
- SABURIDO, X.L. y GÓMEZ, (1991). *O comportamento agresivo na mocidade*. Santiago de Compostela. Sotelo Blanco.
- SPIELBERGER, C.D. (1976). The nature and measurement of anxiety. En C.D. Spielberger, y R. Díaz-Guerrero (Eds. *Cross-cultural anxiety*, Washington D.C. Hemisphere/Wiley Vo.II.) 3-11-

- SPIELBERGER, C.D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- SPIELBERGER, C.D., JACOBS, G., RUSSELLS., CRANE, R. (1983). Assessment of anger: The State-Trait Scale. En Butcher, J.N. e Spielberger, Ch. D., *Advances in personality assessment*, Vol. 2, pp. 159-187. Hillsdale, N.J: LEA.
- SPIELBERGER, C.D. (1985). Assessment of state and trait anxiety: Conceptual and methodological issues. *The Southern Psychologist*, 2, pp. 6-16.
- SPIELBERGER, C.D. (1988). *State trait Anger Expresion Inventory*. Center for Research Behavioral Medicine and Health Psychology. University of South Florida. Tampa. Florida.
- SPIELBERGER, C.D.; KRASNER, S. y SOLOMON, E. (1988). "The Experience, Expression, and Control of Anger". En M. P. Janisse (Ed.), *Health psychology: Individual differences and stress*. New York: Springer Verlag Publishers.
- SPIELBERGER, C. D. (1989). *Stat-Trait Anxiety Inventory: A comprehensive bibliography*. Palo Alto, Ca: Consulting Psychologists Press.
- SPIELBERGER, C.D.; RICKMAN, R.L. (1990). Assesment of State and Trait Anxiety in Cardiovascular Disorders. En D.G.Byrne, y R.H.Rosenman (Eds.). *Anxiety and the Heart*. N.York. Hemisphere Publishing Corporation.
- SPIELBERGER, C.D.; REHEISER, E.C, SYDEMAN, S.J. (1995). Measuring the Experience, Expression, and Control of Anger. En H. Kassinove (Ed.), *Anger disoders Definitions diagnosis, and treatmen*. Washington. DC. Tayor and Francis.
- SPIELBERGER, C.D.; RITTERBAND, L.M, SYDEMAN, S.J, REHEISER, E.C, UNGER, K.K. (1995). Assessment of Emotional tates and Personality Tait, Measuring Psychological Vital Signs. En J. N. Butcher (Ed.), *Clinical Personality Assessment Practical Approaches*. N. York. Oxford University Press pp. 42-58.
- THOMPSON, R.A. (1990). Vulnerbility in research: A developmental perspective on research risk, *Child Development*, núm. 61, pp. 1-16.
- TREMBLAY, R.E., MASSE, V., PERRON, D., LEBLANC, M., SCHWARTZMAN, E. y LEDINGHAM, J.E. (1992). Early disruptive behavior, poor school achievement, delinquent behavior and delinquent personality: Longitudinal anlyses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 64-72.
- WERNER, E.E.; y SMITH, R. (1982). *Vulnerable but invencible: A study of resilient children*. Nueva York, McGraw-Hill.
- WOLD, B.; AARO, L.E. (Eds.). *Health behavior in School-age children: a WHO cross national survey: Summary of publicarions from the first survey (1983-84)*. Bergen University.



Análisis y evaluación de la ira desde una doble perspectiva: transcultural e intracultural*

XOSÉ L. SABURIDO¹; ABELARDO PEÑA-RAMOS²; y DOMINGO E. GÓMEZ¹

¹Universidad de Santiago de Compostela. España

²Universidad "South Florida". Tampa. EE.UU.

1. INTRODUCCIÓN

Las primeras aportaciones de carácter científico en torno al esclarecimiento de las connotaciones psicológicas de la ira pueden fijarse, en los inicios del presente siglo (Freud, 1905, Adler, 1908). No obstante, sería a partir de la década de los treinta cuando surgieron los primeros estudios empírico-sistemáticos, basados en correlaciones psicofisiológicas. Cannon (1929), llegó a enumerar una diversidad de cambios registrados a consecuencia de la ira, entre los que incluye: 1) *detención de los procesos en el tracto digestivo*; 2) *cambio de sangre en los órganos abdominales a los músculos del esqueleto*; 3) *contracción más vigorosa del corazón*; 4) *respiración más profunda*; 5) *dilatación de los bronquios*; y, 6) *movilización del azúcar en la circulación*. Esta orientación psicofisiológica se complementa con los trabajos de Dembo, (1931) sobre la dinámica de la ira, así como con las investigaciones de Goodenough, (1931) sobre los efectos de la ira en la edad temprana; contribuyendo a despejar un nuevo horizonte a la investigación psicológica.

En los trabajos de Dollar y col. (1939), se hizo un cierto énfasis en la *agresión por enfando* (en sus diversos grados), al considerar que en la misma subyace un destacado componente de ira. La contrapartida psicofisiológica de la reacción iracunda es interpretada por los referidos autores como una "*pre-disposición al conflicto*". Fué a partir de la década de los cuarenta, cuando coincidiendo con la primera etapa de la consolidación científica de la Medicina Psicosomática, surgieron los primeros trabajos, mediante los que se determina-

* Este capítulo forma part de una investigación subvencionada por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

ron las posibles interacciones de los factores psicobiológicos en el ámbito de la salud y la enfermedad. Si bien han sido muy variados los enfoques de las investigaciones sobre la ira, probablemente habría que diferenciar como particularmente representativas, una doble perspectiva: la *psicofisiológica* y la *psicobiológica* (Stearns, 1972). Desde la *perspectiva psicofisiológica* fueron pioneros los trabajos de Goldenberg y cols. (1948), y los de Von Euler (1955, 1959) que se propusieron asignar a la adrenalina, y a la noradrenalina, un destacado papel con la pretensión de explicar los cambios fisiológicos que se registran en sujetos afectados por temor o ira. Asimismo, Wolf y Wolf (1957), y Tracktir (1954) plantearon las bases para determinar la incidencia de la ira en el sistema gástrico.

Desde la perspectiva *psicobiológica* fueron los trabajos de Alexander (1939), los que alertaron sobre los enormes esfuerzos que suponía para los hipertensos eliminar sus sentimientos de enfado, registrándose en dichos sujetos un incremento en la frecuencia cardíaca, y en la presión sanguínea. Asimismo, se consideran pioneros los trabajos de Dunbar (1938), por haber planteado la posible relación existente entre comportamiento agresivo y enfermedades coronarias. Observaciones en las que se fundamentó para describir el perfil del sujeto con cardiopatía coronaria como: *ambicioso, insensible, agresivo y ansioso por la consecución de logros*. Dicho diagnóstico sería esclarecido años después, a partir de las contribuciones de Friedman y Rosenman (1959, 1974), que describieron el *patrón de conducta tipo A*, como un prototipo de los sujetos afectados por cardiopatía coronaria. Se trata de un *síndrome de acción-emoción*, caracterizado por un afán de competitividad permanente, avidez por la consecución de éxito, conducta oposicionista, hábito de impaciencia, y obsesión de urgencia. Por influencia de estos estudios se originó una corriente de investigación en diversos frentes, impulsada desde los estudios longitudinales de Matthews, Glass, Rosenman y Bortner (1977); los trabajos de Crane (1981); Spielberger y London (1990) y Spielberger y col. (1991), sobre ira e hipertensión; las investigaciones de Krasner (1986) sobre el control de la ira y las enfermedades coronarias; las investigaciones de Curtis, Kinder y Kalichman, (1986) efectuadas con enfermos crónicos; la perspectiva diferencial de McCann y cols., (1987) sobre ira y cardiopatía isquémica. En consonancia con los estudios de Wielgosz y cols. (1988) demostraron que el riesgo de sufrir una enfermedad coronaria depende incluso más de la existencia de un elevado nivel de ira interiorizada, que del conjunto de manifestaciones que definen el patrón tipo A. Finalmente, es de resaltar la destacada repercusión de la ira, en el ámbito de la Psicología de la Salud, de acuerdo con los resultados obtenidos en las investigaciones de Cavanaugh, Kanonchoff y Bartles (1987); Jacobs, Latham y Brown

(1990); Johnson y Broman (1987); Johnson y Saylor (1984); Vitaliano y cols. (1986).

2. FUNDAMENTOS CONCEPTUALES DE LA IRA

En el esclarecimiento conceptual de la ira se plantea la necesidad de diferenciarla de otros conceptos afines; la *hostilidad* y *agresividad*, con los que frecuentemente se solapa. La ira implica un proceso complejo en el que confluyen sentimientos de culpa, y vivencias depresivas (Alexander, 1948), pudiendo *interiorizarse*, *exteriorizarse* o *controlarse* (Averill, 1982; Spielberger, 1983; Spielberger y cols., 1988). Mediante el término ira, generalmente hace referencia a un estado emocional que implica sentimientos que varían en intensidad desde el simple disgusto o enfado, hasta el ataque con furia, que se acompaña de una excitación del sistema nervioso autónomo (SNA), considerándose como un término más elemental que la hostilidad y la agresividad. Si bien la hostilidad implica ira, el término oculta la connotación de un sistema complejo de sentimientos, y actitudes que motivan la agresión como un comportamiento de revancha. Podría precisarse que mientras la ira y la hostilidad implican sentimientos y actitudes, el concepto de agresividad se utiliza más frecuentemente para describir comportamientos destructivos (Saburido y Gómez, 1991; Gómez y Saburido, 1994).

A partir de los trabajos de Buss (1961), se consideró la ira como una reacción emocional que se caracteriza por *“una respuesta con componentes autonómicos faciales y del esqueleto, puede designársela como un estado impulsivo, que participa de una doble naturaleza como comportamiento de aspectos autónomos relevantes, y como concepto relacionado con la agresión, en este sentido la ira es como la ansiedad, una reacción con fuertes componentes autonómicos, y que algunos psicólogos conceptúan como un estado impulsivo”*, Buss (1961, pp 24-25). Por otra parte, Spielberger en su contribución al esclarecimiento conceptual considera la ira como un término más elemental que la hostilidad y agresión, al señalar que la ira es *“un estado emocional consistente de sensaciones de irritación, enfado, furia y rabia, acompañadas de una activación del sistema nervioso autónomo”*. (Spielberger y col, 1988; pp. 105). Debido a los efectos de la socialización, en las manifestaciones de ira se registran modificaciones, persistiendo los efectos fisiológicos, que permiten diferenciarla de la hostilidad y agresividad.

La hostilidad, en cuanto conducta opositora implica una diversidad de aspectos y connotaciones. Buss (1957, 1961), llegó a definir la hostilidad

como una reacción verbal implícita de sentimientos negativos implicando una predisposición y evaluaciones negativas de personas y acontecimientos. La respuesta hostil no es instrumental ni autonómica, más bien abarca la interpretación y evaluación de los estímulos, y las evaluaciones negativas no tienen prácticamente impacto alguno sobre otras personas, si no son expresadas verbalmente. La hostilidad es considerada por Buss, (1961) como una modalidad de respuesta condicionada, exenta de los aspectos autónomos de la ira. De manera que cuando un sujeto recibe un estímulo irascible, se produce una reacción de ira, y consecuentemente una cierta tendencia al contraataque. Este estímulo de ira no sólo es provocador de una respuesta iracunda, sino que es también, la respuesta pasiva de observar y apaciguar el estímulo. Estas respuestas de observación tienen lugar, al margen de que exista o no una reacción emocional o instrumental, y siempre que el organismo se percate de la presencia de estímulos. Se trata de respuestas implícitas de percibir, clasificar y evaluar los estímulos que pueden denominarse respuestas de observación-clasificación. Cuando se encuentran asociadas con reacciones iracundas, se convierten en respuestas hostiles.

La agresividad definida desde las distintas corrientes psicológicas adopta peculiaridades en las distintas etapas de la vida (Gómez y Saburido, 1994; Egido y Gómez, 1996). Esta diversidad se incrementa incluso más, debido a los términos que se han venido utilizando indiscriminadamente como sinónimos. Así la hostilidad y agresión son términos susceptibles de ser confundidos, puesto que la hostilidad puede inferirse en ciertas clases de agresión (Saburido y Gómez, 1990; Egido, 1993). En la mayor parte de las agresiones instrumentales no aparecen componentes hostiles, de forma que la hostilidad puede tener lugar en ausencia de la agresión, y ésta puede ocurrir sin hostilidad (Maiuro y cols. 1986, 1987). Como respuesta perdurable con aspectos sentimentales y de clasificación, por deducción, la hostilidad es considerada como una respuesta de propensión pudiendo conducir a la agresión (Caprara y cols., 1985, 1994). Por consiguiente, puede decirse que la relación entre hostilidad y agresión, depende del tipo de estímulo que las provoque.

En consonancia con los planteamientos de Gómez y Saburido (1994), habría que distinguir la ira como un término más relacionado con la emoción, mientras que la hostilidad habría que definirla como un rasgo de personalidad, relacionado fundamentalmente con la expresión de la agresividad, por lo que habría que distinguir entre rasgo y estado de la ira. En consonancia con esto, el sentimiento de ira resulta connatural, aunque no ha de considerarse como una

condición justificada para el desplazamiento de actitudes hostiles y manifestaciones de comportamiento agresivo.

3. DETERMINANTES PSICOSOCIALES DE LA IRA

Los destacados índices de ira se manifiestan a veces a través de conductas violentas en diferentes grupos sociales. De los 38 millones de habitantes con los que cuenta España, aproximadamente 6.300.000 se encuentran en edades comprendidas entre los 15 y 24 años, lo que representa el 16.5 % de la población. La distribución geográfica de la población joven, asigna las mayores concentraciones a los grupos urbanos, y a las zonas socioeconómicas más desarrolladas. Este tipo de sujetos se encuentran afectados por un proceso de desconcierto e inseguridad, situación alarmante para una sociedad con un futuro que depende de ellos. Aproximadamente dos millones de estos jóvenes no tienen trabajo, de los cuales un millón ni estudia ni busca trabajo, medio millón se encuentra a la espera de conseguir su primer trabajo, y no tiene ningún tipo de prestación social, otros muchos estudian manteniendo expectativas de incorporarse a medio plazo al mercado laboral. En los estudios sociológicos se pronostica que en torno a un 30% de los adolescentes actuales corren serios riesgos de desarrollar conductas antisociales en general, debido a las situaciones de desadaptación social que experimentan, sin perspectivas de encontrar soluciones a corto o medio plazo. Estudios realizados en EE.UU, extrapolables a Europa, ponen de manifiesto que a mayor porcentaje de delitos contra la propiedad y actos de violencia en general se imputan, una mayor porcentaje, a sujetos con edades comprendidas entre 15 y 25 años. El aumento de la conflictividad social bajo las apariencias de agresividad y de violencia, tiene fundamentalmente dos tipos de repercusiones: de carácter social y psicosomáticas. En las primeras habría que reiterar la tendencia a percibir más inseguridad a nuestro alrededor, mientras que las segundas provocarán reacciones perjudiciales para el organismo (trastornos depresivos, ansiosos...).

4. PLANTEAMIENTO EMPÍRICO

4.1. Objetivos

Mediante la presente investigación se pretende contribuir a esclarecer la naturaleza de la ira, así como a analizar sus posibles efectos en diferentes grupos procedentes de diversos países y culturas. Tres son las grandes cuestiones que se pretenden esclarecer:

a) ¿Se consideran predisponentes de ira las variables sexo, y nacionalidad?; b) ¿Se podrá establecer alguna relación entre las diferentes manifestaciones de la ira (estado de ira, rasgo de ira y expresión de la ira) y aspectos socio-culturales?; c) ¿Se podrá establecer alguna relación entre las diferentes manifestaciones de la ira y diferentes acontecimientos estresantes?

4.2. Método

4.2.1. Muestra

Con el fin de ofrecer un estudio transcultural de los comportamientos de la ira, se ha realizado un análisis entre las respuestas emitidas por 1093 sujetos procedentes de diferentes naciones: Suecia, España, Francia, EE.UU, Chile, Venezuela, Argentina y Costa Rica., cuya configuración se ilustra en la tabla 1

Tabla 1. Configuración de la muestra transcultural

Naciones	Edad	Sexo		Número
		Varones	Mujeres	
Suecia	20-23	50	50	100
España	20-23	260	184	444
Francia	20-23	57	63	120
EE.UU.	20-23	54	40	94
Chile	20-23	33	52	85
Venezuela	20-23	24	59	83
Argentina	20-23	38	33	71
Costa Rica	20-23	57	39	96
		573	520	1093

Se ha realizado un segundo estudio (*intracultural*) con una muestra española, cuyo objetivo era estudiar la vulnerabilidad de un grupo de sujetos al patrón de conducta "ISE" (*ira, irritabilidad y susceptibilidad emocional*) y "LOQ4" (*susplicacia, culpabilidad y ansiedad flotante*). Para ello se seleccionó una segunda muestra integrada por tres grupos de sujetos.

- El grupo 1 (*control*), integrado por 48 sujetos (23 varones y 25 mujeres), procedentes de Centros Públicos de F.P. Galicia. Se le ha denominado grupo "control", puesto que no presentan especial vulnerabilidad al patrón de conducta "ISE" y "LOQ4", ya que se le aplicaron las pruebas en una situación natural.

- El grupo 2 (*experimental*): integrado por 37 sujetos (19 varones y 18 mujeres), procedentes de Centros Universitarios, al referido grupo se le ha con-

siderado “experimental” porque se le presentaron las mismas pruebas que al grupo control (STAXI, escalas LOQ₄ del 16 PF y escalas de irritabilidad y susceptibilidad emocional, pero en una situación especial: previa al examen final de una asignatura.

- El grupo 3 (*riesgo*): a diferencia de los anteriores, se encuentra integrado por una muestra de 35 sujetos, procedentes de Centros Penitenciarios de régimen cerrado, que presentan una especial problemática, y presumiblemente importante vulnerabilidad al patrón de conducta “ISE y LOQ₄”.

Tabla 2. Configuración de la muestra intracultural

Grupo	Sexo		Procedencia	Nº Total
	Var.	Muj.		
Grupo Control (1)	23	25	Cent.Públicos F.P.	48
Grupo Experimt. (2)	19	18	Universitarios	37
Grupo Riesgo (3)	35		Reclusos	35

4.2.2. Variables

En esta investigación, se ha considerado de interés integrar en un conjunto dinámico, una diversidad de variables: 1) Sociodemográficas: *sexo* y *nacionalidad*; 2) Variables psicoemocionales: estado de ira; rasgo de ira (*temperamento* y *reacción de ira*), expresión de ira (*ira interiorizada*, *ira exteriorizada*, e *ira controlada*); irritabilidad; susceptibilidad emocional; suspicacia; culpabilidad; ansiedad flotante.

4.2.3. Hipótesis

La consecución de los diversos objetivos propuestos, y el análisis de la influencia de las variables seleccionadas han suscitado el planteamiento de una diversidad de cuestiones, previamente formuladas. Con la pretensión de afrontar las referidas cuestiones, se someterán a verificación las hipótesis que a continuación se relacionan.

H₁. Se atribuye a las variables *sexo* y *nacionalidad* la función moduladora de los niveles de ira.

H₂. Se postula que las variables de carácter psicoemocional (*ira*) y sus distintas manifestaciones (*estado*, *rasgo* y *expresión de ira*), sean útiles para diferenciar y/o discriminar entre los grupos de sujetos de diferentes países.

H₃. Se postula que las variables de carácter psicoemocional: (*ira, irritabilidad, susceptibilidad emocional, suspicacia, culpabilidad, ansiedad flotante*), sean útiles para diferenciar y/o discriminar entre grupos de sujetos en función de su vulnerabilidad al patrón de conducta tipo “ISE y LOQ₄”.

4.2.4. Instrumentos de Evaluación

Para la evaluación de las distintas manifestaciones de la ira (*interiorizada, exteriorizada y controlada*); así como las dimensiones *estado-rasgo*, se ha recurrido al STAXI. Para la evaluación de la irritabilidad y susceptibilidad emocional, se ha recurrido al EISE; mientras que para la evaluación de la suspicacia, culpabilidad, y ansiedad flotante, se ha recurrido a la tríada evaluativa LOQ₄.

Inventario de Autoevaluación de la Ira (STAXI)

El STAXI, fue diseñado por Spielberger en 1988, siendo adaptado, en su versión bilingüe (*gallego-castellana*) por Saburido y Gómez, (1991). El STAXI se encuentra integrado por 44 elementos agrupados en 3 escalas (*estado, rasgo y expresión de ira*) y 6 subescalas (*temperamento iracundo, reacción de ira, ira interiorizada, exteriorizada y controlada*).

Triada LOQ₄ del Cuestionario de Personalidad 16 PF.

De entre las 16 escalas que integran el referido Cuestionario 16 PF de Personalidad diseñado por Cattell (1970), se han seleccionado las escalas L (*Susplicacia*), O (*Tendencia a la Culpabilidad*), y Q₄ (*Ansiedad Flotante*). Cada una de las referidas escalas se encuentra integrada por 12 elementos.

Escala de Irritabilidad y Susceptibilidad Emocional (EISE)

La Escala EISE fue diseñada por Caprara y cols. (1955), y adaptada en su versión bilingüe (*gallego-castellana*) por Saburido y Gómez (1991). Se encuentra integrada por dos subescalas: la de “*Irritabilidad*”, que consta de 30 elementos (20 efectivos y 10 de control), y la de “*Susceptibilidad Emocional*”, integrada por 40 elementos (30 efectivos y 10 de control).

4.2.5. Método de análisis estadísticos

De acuerdo con los objetivos previstos, se han realizado los siguientes análisis: Varianza, Discriminante, Regresión.

Al recurrir al Análisis de Varianza se pretende determinar si las variables objeto de estudio establecen diferencias significativas entre los diferentes grupos. Se trata de dilucidar si los grupos establecidos “*a priori*” en función del sexo, edad, nacionalidad, situación de vulnerabilidad agresiva de los sujetos, puntúan diferencialmente en cada una de las dimensiones analizadas: concretamente en lo referido a: 1) *ira-estado*; 2) *ira-rasgo*; 3) *expresión de ira*; 4) *temperamento iracundo*; 5) *reacción de ira*; 6) *ira-interiorizada*; 7) *ira-exteriorizada*; 8) *control de ira*; 9) *irritabilidad*; 10) *susceptibilidad emocional*; 11) *suspicacia*; 12) *culpabilidad*; y 11) *ansiedad flotante*.

En la presente investigación se ha recurrido al Análisis Discriminante Múltiple, realizado mediante el paquete estadístico del SPSS-X Release. 3.1. (*Discriminant*), con el fin de determinar las variables que discriminan mejor entre los grupos objeto de investigación. Permite también comprobar si la asignación de los sujetos a los grupos en función de sus puntuaciones en las variables seleccionadas, coincide con los grupos formados “*a priori*” en esta investigación: 1) control; 2) experimental; 3) riesgo. Las variables objeto de análisis en el contraste de los referidos grupos han sido: 1) *ira-estado*; 2) *ira-rasgo*; 3) *expresión de ira*; 4) *temperamento iracundo*; 5) *reacción de ira*; 6) *ira-exteriorizada*; 7) *ira-interiorizada*; 8) *ira-controlada*; 9) *irritabilidad*; 10) *susceptibilidad emocional*; 11) *suspicacia*; 12) *culpabilidad*; y 11) *ansiedad flotante*.

Se ha recurrido al Análisis de Regresión para analizar la relación entre un conjunto de variables independientes (*predictores*), y una variable dependiente (*criterio*). En esta investigación se ha recurrido a la Regresión Lineal Múltiple por el procedimiento “*Stepwise*”. A partir del mismo, se pretende determinar las variables que explican mejor el comportamiento de la variable dependiente (*criterio*). Para decidir las variables que van a entrar en cada etapa se calcula el estadístico F, que recoge para cada variable el incremento de poder explicativo global del modelo, caso de que esta variable pasase a formar parte del mismo en esa etapa. A partir de aquí, se selecciona como variable para entrar en el modelo, aquella que tenga un mayor valor F, y simultáneamente cumpla el criterio de aceptación, para entrar en el modelo que se había fijado en el programa. Una vez incorporada la variable en el modelo, se comprobará que todas las variables incluídas son estadísticamente significativas; y en el caso de que alguna de las mismas no lo fuese, se eliminaría del modelo. De esta manera se procede a lo largo de varias etapas, hasta que no haya ninguna variable que sea aceptable de acuerdo a los criterios fijados. Este modelo exige no obstante, explicitar los niveles hasta los que se puede aceptar que una variable entre en la

ecuación definitiva, así como el umbral a partir del cual, se descarta una variable que previamente fue introducida. La fijación de este nivel, depende del grado de significación, y de los grados de libertad asociados a cada ecuación de regresión estimada. Y puesto que, se realizan varias estimaciones, a partir de una única muestra, ese valor no sería estrictamente correcto. En este trabajo, el criterio a partir del cual las variables seleccionadas por el análisis, deberían tener un valor F superior a 4.0. En la presente investigación, se ha recurrido a la Regresión Lineal Múltiple, habiendo seleccionado como variables dependientes (*criterio*): Ira-estado, Ira-rasgo y Expresión de ira; y como variables independientes (*predictoras*): Irritabilidad, Susceptibilidad emocional, Suspiciencia, Culpabilidad y Ansiedad flotante.

5. ESTUDIO I. LA IRA: EXPLORACIÓN DE SU NATURALEZA Y DETERMINANTES TRANSCULTURALES

Mediante este primer estudio de carácter preliminar, se han pretendido conseguir los siguientes objetivos: 1) Determinar en qué medida las variables sociodemográficas: *sexo*, y *nacionalidad* contribuyen a modular los niveles de ira; 2) Precisar las influencias de la ira como variable explicativa del comportamiento diferencial de distintos grupos de sujetos, por cuanto a las posibles repercusiones dentro de cada nación, pudiéndose poner de relieve determinantes transculturales.

Para el análisis de los datos obtenidos, se ha recurrido a los Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza, cuyos resultados a continuación se ofrecen.

5.1. Estadísticos de distribución y Análisis de Varianza de la ira en función del sexo

Mediante los análisis efectuados se ha pretendido determinar si el sexo como variable sujeto, contribuye a modular los niveles de ira en su doble acepción "*rasgo-estado*"; así como en las diversas formas de expresión de la misma (interiorizada, exteriorizada y controlada). En una primera aproximación más general se ha pretendido hacer un macroanálisis del estado, rasgo y expresión de ira, a partir del análisis de las puntuaciones obtenidas por diferentes grupos de sujetos procedentes de diferentes países.

A continuación se ilustran las tablas, que presentan las puntuaciones medias y desviaciones típicas, F y p, referidas a las distintas variables objeto de

análisis en los diferentes grupos. Se contrastan las puntuaciones obtenidas, teniendo en cuenta la variable sexo; advirtiéndose diferencias significativas ($p > .014$) en *Ira-Estado*.

Tabla 3. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza de la ira en función de la variable sexo

VARIABLES	Varones N= 573	Mujeres N= 520	F	P
ESTADO-IRA				
Medias	14.01	13.24	5.94	.01
Desv. Típicas	5.28	4.52		
RASGO-IRA				
Medias	21.07	21.40	1.17	.27
Desv. Típicas	5.13	4.91		
EXPRES-IRA				
Medias	21.56	21.59	0.15	.90
Desv. Típicas	3.54	3.72		

Como puede apreciarse en la tabla 3 se advierten diferencias significativas en la escala *Estado de ira* ($p < .01$). Las puntuaciones de los varones resultan significativamente superiores a las del sexo opuesto, poniéndose de manifiesto los posibles determinantes socioculturales y/o socioeducativos, que potencian más en los varones que en las mujeres, reacciones de intransigencia, e intolerancia... Habría que revisar si aún perdura esa minimización y subordinación del rol que desempeña la mujer en la sociedad actual. En las demás escalas *Rasgo de ira* y *Expresión de ira*, no se han apreciado diferencias significativas entre los respectivos sexos. En una segunda aproximación se ha llevado a cabo un microanálisis, teniendo en cuenta las subescalas de *temperamento iracundo* y *reacción de ira*; ambas conformarían la escala *Rasgo de ira*. Por otra parte, *ira-interiorizada*, *ira exteriorizada* e *ira-controlada* que conformarían la escala de *Expresión de ira*.

Tabla 4. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza de la ira en función de la variable sexo

VARIABLES	Varones N= 573	Mujeres N= 520	F	P
TEMPERAMENTO-IRA				
Medias	7.84	7.98	.91	.34
Desv. Típicas	2.28	2.28		
REACCIÓN-IRA				
Medias	10.94	11.26	2.89	.09
Desv. Típicas	3.15	3.01		
IRA-INTERIORIZADA				
Medias	18.97	18.43	4.45	.03
Desv. Típicas	4.32	4.11		
IRA-EXTERIORIZADA				
Medias	16.56	16.63	.12	.72
Desv. Típicas	3.62	3.56		
IRA-CONTROLADA				
Medias	17.05	16.52	5.93	.01
Desv. Típicas	3.42	3.79		

Los resultados obtenidos, permitieron apreciar moderadas diferencias en la subescala de “*reacción de ira*”; en la que las mujeres obtienen puntuaciones superiores que los varones, poniéndose de manifiesto una mayor vulnerabilidad para reaccionar ante situaciones amenazantes o frustrantes generadoras de ira. Se han detectado diferencias estadísticamente significativas en la subescala de “*control de ira*”, en la que los varones obtienen puntuaciones medias superiores a las mujeres ($p < .01$), poniéndose de relieve la mayor frecuencia con que los varones controlan la expresión de la ira. En las demás subescalas (*temperamento iracundo, ira exteriorizada, ira interiorizada*) no se apreciaron diferencias significativas.

5.2. Estadísticos de distribución y Análisis de Varianza de la ira, en función de la nacionalidad

Mediante el análisis efectuado se ha pretendido determinar si la nacionalidad, contribuye a modular los niveles de ira en su doble acepción *rasgo-estado*, así como en las diversas formas de expresión de la misma (*interiorizada, exteriorizada y controlada*).

Tabla 5. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza
de la ira en función de la nacionalidad

Variables	Naciones									F	P
	Suecia	España	Francia	EE.UU.	Chile	Venez.	Argent.	C. Rica			
Estado de ira											
Medias	12.35	15.36	12.86	11.62	11.35	13.33	13.56	12.23	16.55	.00	
Desv. Típica	3.25	5.65	4.09	2.80	2.14	5.44	5.50	3.97			
Rasgo de ira											
Medias	18.76	21.48	22.1	19.69	21.31	23.56	21.52	8.06	.00		
Desv. Típica	3.82	5.21	4.88	4.26	4.44	4.12	4.76	5.97			
Expresión de ira											
Medias	21.09	21.14	21.17	22.34	23.02	21.77	21.73	22.12	4.26	.00	
Desv. Típicas	3.59	.70	3.61	3.47	3.62	3.37	3.45				

En la tabla 5 se ilustran las puntuaciones medias correspondientes a los diversos grupos, así como los valores F, y los niveles de significación de las diferencias, tanto en “ira-estado” como en “ira-rasgo”, así como en “expresión de ira”. En los resultados se advierte que existen diferencias estadísticamente significativas al nivel ($p < .00$), en la escala de “Ira-estado”, en la que el grupo de sujetos españoles, obtienen puntuaciones superiores al resto de los grupos con los que se comparan (*suecos, franceses, norteamericanos, chilenos, venezolanos, argentinos y costarricenses*); poniéndose de manifiesto la posible incidencia de determinantes socioculturales y socioeducativos, que presumiblemente potencian más en el grupo de españoles reacciones de intransigencia e intolerancia a la frustración.

También se aprecian diferencias estadísticamente significativas en la escala “Ira-rasgo” ($p < .00$), en la que el grupo de suecos junto con el de norteamericanos, obtienen puntuaciones inferiores que el resto de los grupos con los que se compara (*españoles, franceses, chilenos, venezolanos, argentinos, costarricenses*); poniéndose de manifiesto que se trata de dos grupos de sujetos escasamente proclives a percibir situaciones generadoras de ira (*disgusto, irritación, frustración*). Probablemente, a través de las referidas diferencias se están poniendo de relieve determinados efectos transculturales. Habría que destacar, que en los países de procedencia de los respectivos grupos (EE.UU. y Suecia) predominan las política juveniles tendentes a potencial el asociacionismo juve-

nil. Es de destacar el fuerte apoyo que estas asociaciones reciben desde los diferentes ámbitos de la administración, y de la iniciativa privada, fomentando cauces y niveles de participación en la juventud organizada, y poniéndose de relieve el importante papel que juegan en este campo las administraciones locales dentro de estas naciones, especialmente en el caso de Suecia. Destacan también, las altas puntuaciones que obtienen el grupo de argentinos en esta escala con respecto al resto de los grupos. Por último se han detectado diferencias estadísticamente significativas ($p < .00$) en los cauces de “*expresión de Ira*”; advirtiéndose que el grupo de sujetos chilenos obtiene puntuaciones superiores al grupo de españoles y suecos. Los referidos resultados han contribuido a poner de manifiesto, la mayor tendencia con que este grupo expresa la ira, y sus dificultades para controlarla, resultando complejo determinar la posible incidencia socioeducativa y sociocultural que caracteriza a la referida muestra.

Para profundizar más en los resultados obtenidos mediante el Análisis de Varianza en función de la nacionalidad, se tuvieron en cuenta por una parte, las subescalas: *temperamento iracundo* y *reacción de ira*; ambas conforman la escala de “*rasgo de ira*”. Por otra parte, se tuvieron en cuenta las puntuaciones obtenidas en las subescalas “*ira-interiorizada*, *ira-exteriorizada* e *ira-controlada*” que conforman la escala de *expresión de ira*.

Tabla 6. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza de la ira en función de la nacionalidad

Variables	Naciones									
	Suecia	España	Francia	EE.UU.	Chile	Venez.	Argent.	C. Rica	F	P
Temp. de ira										
Medias	6.30	8.14	7.46	7.80	8.23	8.25	8.36	8.37	10.55	.00
Desv. Típica	1.91	2.28	2.24	1.93	2.28	2.05	2.26	2.37		
Reacción de ira										
Medias	10.40	11.55	11.89	10.07	10.75	11.22	12.88	11.15	7.24	.00
Desv. Típica	2.42	3.19	2.93	2.93	2.59	2.66	3.01	3.57		
Ira-Interioriz.										
Medias	19.90	17.97	18.80	18.32	20.67	19.46	18.60	18.75	6.59	.00
Desv. Típicas	4.65	3.29	5.12	2.96	4.28	4.54	4.56	5.21		
Ira-Exterioriz.										
Medias	15.81	17.65	17.30	17.63	15.29	14.83	16.61	15.32	14.97	.00
Desv. Típicas	3.13	3.12	4.25	3.07	3.67	3.49	3.71	4.09		
Ira-Control										
Medias	15.10	16.57	16.20	16.36	17.23	17.03	16.71	17.81	5.05	.00
Desv. Típicas	3.84	3.35	3.70	2.92	3.96	3.99	3.36	3.63		

Como puede apreciarse en la tabla 6, se advierten diferencias estadísticamente significativas en la subescala temperamento iracundo ($p < .00$); en la que el grupo de suecos obtiene puntuaciones inferiores que el resto de los grupos con los que se compara (*españoles, franceses, norteamericanos, chilenos, venezolanos, argentinos, costarricenses*); poniendo de manifiesto que se trata del grupo de sujetos menos. Además se han apreciado diferencias estadísticamente significativas en la subescala “*reacción de ira*” ($p < .00$), en la que el grupo de sujetos argentinos obtiene puntuaciones superiores al resto de los grupos con los que se comparan. Se ha puesto de relieve la mayor tendencia de estos sujetos a manifestar reacciones de ira ante situaciones que implican frustración, impresiones negativas o injusticias; probablemente como consecuencia de un cierto predominio de situaciones conflictivas que se generan en el marco de determinadas sociedades. Por último se han detectado diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones obtenidas en las subescalas “*ira interiorizada*”, ($p < .00$); apreciándose que el grupo de sujetos chilenos obtiene puntuaciones superiores al grupo de sujetos con los que se comparan. Poniéndose de manifiesto la mayor tendencia con que estos sujetos chilenos expresan la ira hacia sí mismos; teniendo una enorme dificultad para expresarla hacia el exterior.

6. ESTUDIO II: ANÁLISIS Y EVALUACIÓN DE LOS PATRONES DE CONDUCTA IRACUNDA DESDE UNA PERSPECTIVA INTRACULTURAL

Una vez abordada la exploración de la ira, su naturaleza y sus determinantes transculturales; se plantea la necesidad de ampliar el análisis de diferentes repertorios comportamentales relacionados con las conductas iracundas, concretamente los referidos a *ira, irritabilidad, susceptibilidad emocional y suspicacia, tendencia a la culpabilidad y ansiedad flotante* desde una perspectiva intracultural.

Con el presente estudio, se han planteado los siguientes objetivos:

- Determinar las posibles influencias de la ira como variable explicativa del comportamiento diferencial de distintos grupos de sujetos (*control, experimental y riesgo*).

- Precisar en qué medida las variables de carácter psicoemocional (*estado de ira, rasgo de ira, expresión de ira; susceptibilidad emocional; culpabilidad; suspicacia y ansiedad*) son útiles para diferenciar y/o discriminar entre grupos de sujetos, en función de su vulnerabilidad a los patrones de conducta ISE y LOQ₄.

- Esclarecer los principales determinantes y/o predictores útiles, para fundamentar la conceptualización, explicación y consolidación de distintos indicadores de los patrones de conducta ISE y LOQ₄.

6.1. Estadísticos de distribución y Análisis de Varianza en diferentes grupos en función de la vulnerabilidad a los patrones de conducta tipo “ISE” y “LOQ₄”

Como puede apreciarse en la tabla 7, se advierte como constante que existen diferencias estadísticamente significativas entre el grupo “*experimental*” (2), con los grupos de “*riesgo*” (3) y “*control*” (1); siendo las puntuaciones del primero (*grupo experimental*), significativamente más atenuadas en cada uno de los repertorios de conducta iracunda: “*estado de ira, rasgo de ira, expresión de ira, suspicacia, culpabilidad, ansiedad, irritabilidad* y las *subescalas de reacción de ira, temperamento iracundo e ira-interiorizada*”, a excepción de la escala de “*susceptibilidad emocional*”, en la que es el “*grupo de riesgo*” compuesto por reclusos el que obtiene las puntuaciones más elevadas. En las demás subescalas “*ira- exteriorizada*” e “*ira-controlada*”, no se encuentran diferencias significativas entre los tres grupos contrastados.

Tabla 7. Representación de los Estadísticos de distribución y Análisis de Varianza en función a los grupos (Control, Experimental y Riesgo)

VARIABLES	Indices	Gr.Control Nº = 48	Gr.Experm. Nº = 37	Gr.Riesgo Nº = 35
Estado de Ira. F: 2.85 P: < .062	Medias D.Típicas	13.62 3.55	16.92 8.52	16.00 7.48
Rasgo de Ira. F: 5.71 P: < .004	Medias D.Típicas	23.52 5.47	27.76 7.22	23.19 7.21
Expresión de Ira. F: 1.68 P: < .190	Medias D.Típicas	52.12 6.16	56.05 9.38	53.25 13.79
Suspiciacia. F: 3.36 P: < .038	Medias D.Típicas	10.50 2.65	11.51 1.89	10.03 2.83
Culpabilidad. F: 6.27 P: < .002	Medias D.Típicas	12.50 4.34	14.22 4.54	10.66 3.84
Ansiedad Flotante. F: 5.37 P: < .006	Medias D.Típicas	11.75 4.48	14.19 4.70	10.86 4.36
Irritabilidad. F: .275 P: < .759	Medias D.Típicas	111.67 14.93	114.22 17.55	111.58 20.84
Suscept. Emocional. F: 2.16 P: < .119	Medias D.Típicas	135.08 27.74	136.38 32.85	147.61 26.52
Reacción.de Ira. F: 5.17 P: < .007	Medias D.Típicas	12.23 3.36	14.32 4.03	11.67 3.98
Temperamento - Ira. F: 4.57 P: < .012	Medias D.Típicas	7.85 2.20	9.19 2.50	7.69 2.42
Ira-Interiorizada. F: 3.05 P: < .050	Medias D.Típicas	13.25 3.51	15.19 3.70	13.44 4.31
Ira-Exteriorizada. F: .071 P: < .931	Medias D.Típicas	15.23 2.53	15.49 3.22	15.44 4.44
Ira-Controlada. F: .670 P: < .514	Medias D.Típicas	17.87 2.81	18.78 3.45	18.03 4.92

Es de resaltar que, las puntuaciones más elevadas en las diferentes dimensiones corresponden en su mayoría al “grupo experimental”. Este hallazgo parece particularmente importante y sugerente, ya que permite constatar que el “tratamiento experimental”, a que se ha sometido el grupo experimental ha incidido decisivamente en su vulnerabilidad a patrones de conducta “ISE” y “LOQ₄”. Por otra parte, también son de destacar las elevadas puntuaciones obtenidas por el “grupo de riesgo” (integrado por sujetos de Centros Penitenciarios) en “susceptibilidad emocional”. Presumiblemente esto podría represen-

tar la atenuada sensibilidad de este colectivo ante sentimientos hostiles (*frustración, expectativas amenazantes...*), así como disposiciones actitudinales pasivo-defensivas.

En un segundo nivel de análisis, y atendiendo a la significación estadística, cabría clasificar a los sujetos del “*grupo experimental*”, frente a los otros dos grupos, particularmente propensos al temperamento iracundo y a las reacciones de ira: ira-rasgo ($p < .004$); reacción de ira ($p < .007$), y temperamento iracundo ($p < .012$); más irritables: irritabilidad ($p < .759$); vulnerables a la culpabilidad y tensión emocional: culpabilidad ($p < .002$); así como más ansiosos y agobiados por acontecimientos que marcan su vida (ansiedad flotante) ($p < .005$). Por su parte el “*grupo de riesgo*” presenta mayor susceptibilidad emocional ($p < .119$), a la que acompaña una atenuada sensibilidad ante sentimientos hostiles y agresivos. En definitiva, estos hallazgos tienden a confirmar las hipótesis formuladas, en el sentido de poner de relieve las importantes comunalidades que presenta el “*grupo experimental*” y el de “*riesgo*” en menor medida, acentuándose las diferencias con el “*grupo control*”.

6.2. Análisis Discriminante para los tres grupos: control, experimental y riesgo

Los resultados obtenidos en el Análisis Discriminante entre los tres grupos (*control, experimental y riesgo*), se presentan en la tabla 8. Se pone de relieve que las variables “*tendencia a la culpabilidad, estado de ira, irritabilidad, temperamento iracundo y suspicacia*”, tienen el poder discriminante suficiente para ser seleccionadas. Es preciso observar que la “*tendencia a la culpabilidad*”, es la variable que presenta un mayor poder discriminante entre los tres grupos. Dicha variable, considerada aisladamente en análisis previos (*análisis de varianza*) ya establecía diferencias estadísticamente significativas, entre los tres grupos de sujetos, en función de su pertenencia a uno u otro grupo; ahora considerada conjuntamente con el resto de las variables, se revela no sólo como importante, sino como fundamental (primer paso) para discriminar entre los grupos. En cuanto a las restantes variables, que aparecen seleccionadas en segundo, tercero, cuarto y quinto lugar (*estado de ira, irritabilidad, temperamento iracundo y suspicacia*), es de observar que ya establecían diferencias significativas cuando se consideraban aisladamente en otros análisis.

Tabla 8. *Análisis Discriminante para los grupos de Control (1), Experimental (2) y Riesgo (3). Variables que entran en cada caso y valores λ observados.*

Pasos	Variables	Valor Lambda	N.S.
1	Culpabilidad	.90321	.0026
2	Estado de Ira	.85439	.0011
3	Irritabilidad	.83044	.0015
4	Temp. iracundo	.80039	.0012
5	Susplicacia	.77900	.0014

Valor Propio (Eigenvalue)	Correlación Canónica
.06594	.2487

*Número y porcentaje de sujetos clasificados en cada grupo.
(Los porcentajes de sujetos correctamente clasificados aparecen subrayados).*

Grupos	N.T.	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
		N.P.	%	N.P.	%	N.P.	%
Control	48	23	<u>47.9</u>	14	29.2	11	22.9
Experimt.	37	8	21.6	20	<u>54.5</u>	9	24.3
Riesgo	35	9	25.7	7	20.0	19	<u>54.3</u>

Porcentaje total de casos clasificados correctamente	51.67%

Por otra parte ha de señalarse, que en la ecuación discriminante final, se han seleccionado un número importante de variables, de forma que la proporción de la varianza total de las puntuaciones discriminantes que no es explicada por la diferencia entre los grupos representada por la “ λ de Wilks” es notoriamente elevada (.779). En función de este estadístico, cabría destacar que aunque las variables incluídas son “*útiles*” para discriminar, probablemente existan otras variables que puedan dar cuenta de la varianza no explicada.

En una orientación similar parecen apuntar los resultados obtenidos a través de los otros estadísticos incluídos; así, el valor propio o “*eigenvalue*” (que representa la eficacia de la función para discriminar entre los grupos) resulta relativamente bajo (.065), y la correlación canónica que refleja la asociación entre las puntuaciones discriminante y los grupos, presenta una intensidad moderada (.248). Por último, la asignación de sujetos a grupos, de acuerdo con las puntuaciones obtenidas en las variables que configuran las *funciones discriminantes*, contribuye a destacar que estos grupos coinciden, si bien modera-

damente, con los establecidos “*a priori*” en esta investigación. En consonancia con lo indicado, los porcentajes de sujetos clasificados correctamente en cada grupo oscilan entre el 47.9 % para el grupo control; el 54.5% para el grupo experimental; y, el 54.3% para el grupo de riesgo, siendo el porcentaje promedio de casos clasificados correctamente para los tres grupos de 51.67%. Dado el moderado porcentaje obtenido, cabría destacar con cierta cautela, que la mayoría de las variables seleccionadas discriminan entre los tres grupos, aunque el poder discriminante no sea todo lo “fuerte” que sería deseable. No obstante, en consonancia con los objetivos formulados, se ha constatado que el mayor o menor grado de vulnerabilidad al patrón de conducta “ISE” y “LOQ₄”, es un parámetro que ha de ser contemplado como “elemento diferenciador”, cuando se consideran las distintas dimensiones personales incluídas. Una vez seleccionadas las variables que mejor discriminan entre los tres grupos de sujetos, es conveniente determinar cuáles son las que discriminan entre grupos considerados dos a dos.

6.3. Análisis Discriminante para los grupos control y experimental

En la tabla 9, se advierte que las variables que conforman la *función discriminante* son: *estado de ira*, *ansiedad flotante*, *reacción de ira*, *ira control de ira*, *ira exteriorizada* e *ira interiorizada*. En este sentido cabría destacar que las variables con mayor poder discriminante (paso1: *estado de ira*), resulta coincidente con la que también mostraba una mayor capacidad cuando se consideraban conjuntamente los tres grupos, aunque las demás variables difieren notablemente.

Otro aspecto relevante a considerar, es que si se comparan los valores de la *función discriminante* que resultan de la comparación entre los tres grupos (*control*, *experimental* y *riesgo*), frente a los obtenidos del contraste entre los *grupos control* y *experimental*, ésta era más efectiva en aquellos (*eigenvalue* de .219 frente a .065). Además, el valor de la correlación canónica también resulta más elevado que para los tres grupos (.424 vs .248), y en consecuencia mayores los coeficientes de λ de Wilks (.820 vs .779). En cuanto a los porcentajes de sujetos clasificados correctamente, alcanzan el 66.7% para el grupo control y el 64.9% para el grupo experimental (promedio del 65.88%).

Tabla 9. *Análisis Discriminante para los grupos de Control (1), y Experimental (2). Variables que entran en cada caso y valores λ observados*

Pasos	Variables	Valor Lambda	N.S.
1	Estado de Ira	.90005	.0133
2	Ansiedad F.	.87881	.0146
3	Reacción de Ira	.88748	.0075
4	Ira Control	.86841	.0093
5	Ira Exteriorizada	.83769	.0063
6	Ira Interiorizada	.82003	.0069

Valor Propio (Eigenvalue)	Correlación Canónica
.21946	.4242

*Número y porcentaje de sujetos clasificados en cada grupo.
(Los porcentajes de sujetos correctamente clasificados aparecen subrayados).*

Grupos	N.T.	Grupo 1		Grupo 2	
		N.P.	%	N.P.	%
Control	48	32	<u>66.7</u>	16	33.3
Experimental	37	13	35.1	24	<u>64.9</u>

Porcentaje total de casos clasificados correctamente	65.88%

De acuerdo con los resultados cabría señalar, que al considerar las puntuaciones obtenidas por los sujetos en las variables: “*estado de ira, ansiedad, reacción de ira, ira control, ira exteriorizada e ira interiorizada*”, éstos pueden ser asignados a los grupos establecidos “*a priori*”, en un porcentaje considerablemente alto (65.9%), contribuyendo en último término a destacar la utilidad de estas variables para discriminar entre los grupos *control* y *experimental*.

6.4. Análisis Discriminante para los grupos control y de riesgo

Los resultados obtenidos a partir del Análisis Discriminante por pasos, considerando los grupos control y de riesgo, se muestran en la tabla 10. Se advierte que solamente dos de las variables son las que tienen el suficiente poder discriminante para ser seleccionadas. La variable “*estado de ira*” es la que entra en primer lugar, y en el segundo paso se selecciona la culpabilidad.

Tabla 10. Análisis discriminante para los grupos de Control (1), y Riesgo (3).
Variables que entran en cada caso y valores λ observados

Pasos	Variables	Valor Lambda	N.S.
1	Estado de Ira	.93369	.0188
2	Culpabilidad	.87447	.0047
Valor Propio (Eigenvalue)		Correlación Canónica	
		.14355	3543

Número y porcentaje de sujetos clasificados en cada grupo.
(Los porcentajes de sujetos correctamente clasificados aparecen subrayados)

Grupos	N.T.	Grupo 1		Grupo 2	
		N.P.	%	N.P.	%
Control	48	31	<u>64.6</u>	17	35.4
Riesgo	35	14	40.0	21	<u>60.0</u>
Porcentaje total de casos clasificados correctamente					62.65%

Este nuevo análisis, parece consolidar la importancia de la variable “*estado de ira*”, en cuanto que presenta una mayor capacidad discriminatoria entre los distintos grupos; aunque en la comparación del grupo (1, 2 y 3) es la culpabilidad la más preponderante, apareciendo el estado de ira en segundo lugar; en las restantes comparaciones (1 y 2), y (1 y 3), se mantiene el estado de ira como la variable más importante a la hora de discriminar entre los distintos grupos. Este hallazgo podría interpretarse hipotéticamente, en el sentido de que probablemente sea el “*estado*”, el elemento clave en la diferenciación entre los sujetos que no presentan (grupo 1) manifestaciones al patrón de conducta “ISE y LOQ₄”, frente a quienes dichas conductas parecen estar cronificadas (grupo 3) por el contrario, la inclusión del grupo experimental, sobre el que se había incidido en el “*estado de ira*” (presentado las distintas pruebas en una situación previa a examen, especialmente tensa para el sujeto), puede ser el “*responsable*” de que justamente esta variable (“*estado de ira*”), sea la que adquiera un mayor poder discriminante.

En cuanto a los distintos parámetros estadísticos, el análisis muestra los siguientes valores: λ de Wilks = .874, *eigenvalue* = .143; y correlación canónica = .354. Al comparar estos valores con los obtenidos en los anteriores análisis

Valor Propio (Eigenvalue)	Correlación Canónica
.50331	.5786

*Número y porcentaje de sujetos clasificados en cada grupo.
(Los porcentajes de sujetos correctamente clasificados aparecen subrayados)*

Grupos	Grupo 1			Grupo 2	
	N.T.	N.P.	%	N.P.	%
Experimental	37	27	<u>73.0</u>	26	27.0
Riesgo	35	9	25.7	10	<u>74.3</u>
Porcentaje total de casos clasificados correctamente					73.61%

En un afán de comparar estos resultados, con los obtenidos en análisis previos, es necesario acentuar el hecho de que la selección de variables para discriminar entre los dos grupos es la más efectiva: λ de Wilks = .665, *eigenvalue* = .503, y correlación canónica = .578. Hay que tener en cuenta que el porcentaje total de casos clasificados correctamente alcanza el 73.61% (un 73% para el grupo experimental y un 74.3% para el grupo de riesgo). En definitiva los resultados de este análisis parecen validar la existencia de diferencias (*al menos en algunas variables*) entre el grupo de riesgo y el experimental, siendo más acusadas en el primero la tendencia a la culpabilidad.

6.6. Integración de hallazgos

A partir de la tabla resumen de los resultados obtenidos en el Análisis Discriminante, es de destacar en primer lugar, el papel preponderante de las variables “*estado de ira*” y “*culpabilidad*”, puesto que son seleccionadas en primer lugar en la discriminación de los diferentes grupos: *control-experimental-riesgo*.

Tabla 12. Resumen de resultados obtenidos en el Análisis Discriminante

Variables	Grupos 1-2-3	Grupos 1-2	Grupos 1-3	Grupos 2-3
Estado de Ira	2	1	1	
Rasgo de Ira				
Expresión de Ira				
Suspiciacia	5			5
Culpabilidad	1		2	1
Ansiedad Flot.		2		
Irritabilidad	3			4
Suscep. Emocional				6
Reacción de Ira		3		
Temper. Iracundo	4			3
Ira Interiorizada		6		
Ira Exteriorizada		5		2
Ira Control		4		7

La variable “*irritabilidad*” contribuye en el tercer paso a la discriminación de los grupos control-experimental-riesgo, y en el cuarto paso a la discriminación de los grupos experimental-riesgo. Las variables “*ira-exteriorizada*” y “*control de ira*” contribuyen en el quinto y cuarto respectivamente a la discriminación de los grupos control-experimental-riesgo, y en el segundo y séptimo paso a la discriminación de los grupos experimental-riesgo. Cabría resaltar que es entre los grupos experimental-riesgo, donde confluye el mayor número de variables que contribuyen a su discriminación; advirtiéndose la máxima homogeneidad entre los grupos control-riesgo, al confluir el mínimo número de variables de discriminación. Estos resultados permiten a su vez, confirmar la idoneidad de los instrumentos de evaluación utilizados, y particularmente del *Inventario de Autoevaluación de la Ira* (STAXI). Dichos resultados contribuyen a la validación externa de los referidos instrumentos, puesto que el grupo de sujetos considerado “experimental” (por cuanto al patrón de conducta “ISE” y “LOQ₄” se refiere) fue precisamente el que obtuvo las más elevadas puntuaciones en las diferentes escalas del STAXI.

En definitiva, los resultados de los diferentes Análisis Discriminantes parecen consolidar nuestro primer planteamiento, en el sentido de confirmar la incidencia de distintas variables psicoemocionales (e.g., *ira-estado*, *ira-rasgo*, *culpabilidad*, *irritabilidad*, *temperamento iracundo*, *ira-interiorizada*, *ira-exteriorizada*...), en la mayor o menor vulnerabilidad de los sujetos a desarrollar el patrón de conducta “ISE” y “LOQ₄”. Es decir, los resultados validan los grupos que se han establecido “*a priori*” en esta investigación (*control*, *experimental* y *riesgo*), ya que se constata que las variables psicoemocionales analizadas tienen un impacto diferencial en los mismos.

6.7. Análisis de Regresión Lineal Múltiple

Mediante el Análisis de Regresión Lineal Múltiple se ha pretendido clarificar cuáles son los principales determinantes y/o predictores útiles para fundamentar la conceptualización, explicación y consolidación de distintos indicadores del patrón de conducta “ISE y LOQ₄”. Se han realizado tres Análisis de Regresión Lineal Múltiple, utilizando como variables criterio: “*estado de ira*, *rasgo de ira*, y *expresión de ira*”; y como variables predictoras: “*irritabilidad*, *susceptibilidad emocional*, *susplicacia*, *culpabilidad* y *ansiedad flotante*”.

En cada uno de los pasos del Análisis de Regresión Lineal Múltiple, van entrando aquellas variables más relacionadas (*las que más contribuyen en mayor medida a explicar la varianza de la variable dependiente, o criterio*). Fue

precisamente el afán de selección de variables, lo que ha motivado optar por este análisis estadístico (Regresión por pasos), que considera simultáneamente la influencia de todas las variables, ya que selecciona como primer paso, aquella que “*mejor explica*” la variable dependiente o criterio. A continuación se seleccionará entre las variables restantes, aquella que de nuevo, mejor “de cuenta” de la varianza de la variable dependiente, y así sucesivamente. Es necesario no obstante, observar que este análisis puede excluir o eliminar variables que hayan sido seleccionadas con anterioridad, en función del cambio de los “pesos” que se producen cuando entra o sale una variable, hasta que no queden variables que cumplan con el criterio de inclusión. Además, este análisis, cuando selecciona una variable independiente disminuye la probabilidad de que sea seleccionada otra muy relacionada; evitando los problemas de solapamiento (*correlación alta en variables independientes*).

6.7.1. Estado de Ira

En la tabla 13, se muestran los resultados del Análisis de Regresión cuando se considera como variable criterio “*estado de ira*”; y como variables predictoras: “*irritabilidad, susceptibilidad emocional, suspicacia, culpabilidad y ansiedad flotante*”.

Tabla 13. Análisis de Regresión Lineal Múltiple, siendo la variable criterio Estado de Ira.

Pasos	Variables	F	N.S.	R	R ²	Incr. en R ²	Beta
1	Sus. Emoc.	10.85	.000	.2901	.0842	.0842	.2901
2	Ansiedad	14.94	.000	.4510	.2034	.1192	.4001

En un análisis de los resultados se constata que, de todas las variables incluidas, únicamente dos tienen la potencia predictiva suficiente para ser seleccionadas: “*susceptibilidad emocional y ansiedad flotante*”. A un nivel más concreto, y atendiendo a los porcentajes de varianza explicada, cabe reseñar que es la ansiedad flotante la que tiene una mayor capacidad explicativa del estado de ira (11.9%); y en menor medida la “*susceptibilidad emocional*” (8.4%). En general, la contribución explicativa, en términos de varianza de todas las variables que entran en la ecuación resultante, es del 20.3%; porcentaje que aunque es relativamente moderado, sirve para confirmar la idoneidad de las variables seleccionadas en la comprensión y/o explicación del estado de ira.

6.7.2. Rasgo de Ira

Los resultados del Análisis de Regresión realizados, considerando como variable criterio el “*rasgo de ira*”, y como variables predictoras: *irritabilidad*, *susceptibilidad emocional*, *susplicacia*, *tendencia a la culpabilidad* y *ansiedad flotante*, se presentan en la tabla 14 .

Tabla 14 .Análisis de Regresión Lineal Múltiple, siendo la variable criterio Rasgo de Ira.

Pasos	Variables	F	N.S.	R	R ²	Incr. en R ²	Beta
1	Ansiedad	46.17	.000	.5303	.2812	.2812	.5303
2	Susplicacia	26.05	.000	.5551	.3081	.0269	.1694

Estos resultados ponen de manifiesto que son únicamente las variables “*ansiedad flotante*” y “*susplicacia*”, las que contribuyen a predecir diferencialmente, el “*rasgo de ira*”. En este sentido es la “*ansiedad flotante*” la variable con mayor potencia predictiva (28.1% de varianza explicada); en segundo lugar la *susplicacia* contribuye a explicar un 2% de la varianza. Teniendo en cuenta estos datos y si los comparamos con el análisis anterior, parece que las variables seleccionadas, contribuyen de forma importante a predecir el “*rasgo de ira*” (30.1% de la varianza explicada). A este respecto, parece oportuno reseñar también que al pretender predecir el rasgo de ira habría de recurrirse necesariamente a la “*ansiedad flotante*” y a la “*susplicacia*”, mientras que si lo que se pretende es explicar el rasgo de ira, serán estas variables como “*rasgo*” las potencialmente explicativas; en cualquier caso, la “*ansiedad flotante*” aparece en ambos casos como un importante predictor. En definitiva, se pone de manifiesto el hallazgo de que es el “*rasgo de ira*” (frente al “*estado de ira*”), el componente “*mejor explicado*” del patrón de conducta “ISE y LOQ₄”. En cualquier caso, estos resultados parecen consolidar la adecuación de la estrategia metodológica utilizada.

6.7.3. Expresión de ira

Los datos que hacen referencia al Análisis de Regresión Lineal Múltiple cuando se considera como variable dependiente la “*expresión de ira*”, se reflejan en la tabla 15.

Tabla 15. Análisis de regresión múltiple, siendo la variable criterio. Expresión de ira

Pasos	Variables	F	N.S.	R	R ²	Incr. en R ²	Beta
1	Ansiedad	3.80	.054	.1765	.0312	.0312	.1765
2	Ansiedad	7.35	.001	.3341	.1117	.0805	.1556

Estos resultados ponen de manifiesto que son únicamente las variables “*ansiedad flotante*” y “*susceptibilidad emocional*”, las que contribuyen a predecir diferencialmente la “*expresión de ira*”. En este sentido es la “*susceptibilidad emocional*” la variable con mayor potencia predictiva (8.05% de varianza explicada); en segundo lugar la “*ansiedad flotante*” contribuye a explicar un 3.12% de la varianza. En general la contribución explicativa en términos de varianza de todos es variable que entran en la ecuación resultante, es del 11,17%, porcentaje que, aunque es relativamente modesto, sirve para confirmar la idoneidad de las variantes seleccionadas en la comprensión y/o explicación de la “*expresión de ira*”

En definitiva, se pone de manifiesto el hallazgo de que es el “*rasgo de ira*” (frente al estado de ira y expresión de ira) el componente “mejor explicado” del patrón de conducta tipo “ISE” y “LOQ₄”. En cualquier caso, estos resultados parecen consolidar la adecuación de la estrategia metodológica utilizada.

7. RESUMEN Y CONCLUSIONES

La ira implica un proceso complejo, en el que confluyen sentimientos de culpa, siendo susceptible de interiorizarse, exteriorizarse y controlarse. El término ira, hace referencia a un estado emocional, que comprende sentimientos que varían en intensidad, desde el simple disgusto o enfado, hasta el ataque con furia, acompañado de una excitación del sistema nervioso autónomo (SNA). Habría que diferenciarla de conceptos como *hostilidad* y *agresión*. Retomando los planteamientos de Gómez y Saburido (1994), habría que considerar la ira como un término más relacionado con la emoción, mientras que la hostilidad habría que definirla, como un rasgo de personalidad, relacionado fundamentalmente con la expresión de la agresividad; por lo que cabría diferenciar la doble acepción entre rasgo y estado de la ira. En consonancia con esto, el sentimiento de ira resulta connatural, aunque no ha de considerarse como una condición justificada, para el desplazamiento de actitudes hostiles, y manifestaciones de comportamiento agresivo.

En la revisión de las investigaciones sobre la ira, continúan existiendo cuestiones relativamente confusas, y de las que depende el adecuado rigor en esta materia. Mediante la presente investigación se ha pretendido esclarecer la naturaleza de la ira, clarificando las posibles relaciones entre las medidas de *ira-estado* e *ira-rasgo*, así como las diferentes manifestaciones internas y externas

de la ira. Han quedado determinadas las influencias del referido constructo, como variable explicativa del comportamiento diferencial de distintos grupos de sujetos, por cuanto a las posibles repercusiones transculturales. Además se ha precisado en qué medida las variables de carácter psicoemocional (*estado de ira, rasgo de ira, expresión de ira; susceptibilidad emocional; culpabilidad; suspicacia y ansiedad*) son útiles para diferenciar y/o discriminar entre grupos de sujetos, en función de su vulnerabilidad a los patrones de conducta ISE y LOQ₄; clarificando las posibles relaciones existentes entre vulnerabilidad a los patrones de conducta “ISE y LOQ₄” y vulnerabilidad de conductas antisociales. También se puede afirmar que las respuestas emitidas a los elementos del STAXI, resultan representativas de un amplio universo implicado en el mismo ámbito de contenido, y/o de los elementos que integran las respectivas adaptaciones del mismo. Teniendo en cuenta estas afirmaciones se ha llegado a las siguientes conclusiones:

1. *El sexo y la nacionalidad contribuyen a modular los niveles de ira.*

- En cuanto al sexo, es el grupo de varones el que obtiene las puntuaciones más altas en la escala de *estado de ira y control de ira*; poniéndose de relieve la mayor frecuencia con que los varones controlan la *expresión de la ira* en situaciones específicas. Por otra parte, son las mujeres las que obtienen puntuaciones superiores en la escala de *reacción de ira*, poniéndose de manifiesto una mayor vulnerabilidad para reaccionar ante situaciones amenazantes o frustrantes, generadoras de ira.

- Por cuanto a la nacionalidad, es el grupo de españoles el que obtiene puntuaciones superiores al resto de los grupos con los que se comparan (*suecos, franceses, norteamericanos, chilenos, venezolanos, argentinos y costarricenses*) en la escala de *estado de ira*; poniéndose de manifiesto ciertos determinantes socioculturales y socioeducativos, que potencian más en el grupo de españoles reacciones de intransigencia e intolerancia con los problemas que les rodean. También se aprecia diferencias significativas en la escala *rasgo de ira*, en la que el grupo de suecos junto con el de norteamericanos, obtiene puntuaciones inferiores que el resto de los grupos con los que se compara (*españoles, franceses, chilenos, venezolanos, argentinos, costarricenses*); poniéndose de manifiesto que se trata de un grupo de sujetos tendentes a pasar por alto situaciones generadoras de ira (*disgusto, irritación, frustración*); atribuyéndose presumiblemente a los efectos de una sociedad bien organizada socialmente como es la sueca. En la escala de “*expresión de ira*”, es el grupo de chilenos el que obtiene puntuaciones superiores al grupo de españoles y suecos. Los referidos resultados han contribuido a poner de manifiesto la mayor tendencia con que

estos sujetos chilenos expresan la ira, y sus dificultades para controlarla.

2. Las variables de carácter psicoemocional (*estado de ira, rasgo de ira, expresión de ira; susceptibilidad emocional; culpabilidad; suspicacia y ansiedad*) se muestran útiles para diferenciar y/o discriminar entre grupos de sujetos, en función de su vulnerabilidad a los patrones de conducta ISE y LOQ₄. Es de destacar que las más notorias diferencias se producen en las puntuaciones que presenta el grupo experimental, cuando se compara con los otros dos, siendo las puntuaciones de éste más atenuadas en todas y cada una de las escalas de conducta opositora: *estado de ira, rasgo de ira, expresión de ira, suspicacia, culpabilidad, ansiedad, irritabilidad* y las subescalas de *reacción de ira, temperamento iracundo e ira-interiorizada*, a excepción de la escala de *susceptibilidad emocional*, en la que es el grupo de riesgo integrado por reclusos penitenciarios, el que obtiene las puntuaciones más elevadas. Nuestros resultados muestran que mientras los sujetos del grupo experimental son más irritables y agresivos (ira), los del grupo de riesgo se caracterizan por una mayor susceptibilidad emocional. Pudiendo esto representar la atenuada sensibilidad de este colectivo ante sentimientos hostiles (*frustración, expectativas amenazantes...*), así como disposiciones actitudinales pasivo-defensivas.

3. Los resultados obtenidos en el Análisis Discriminante, contribuyen a informar que la mayoría de las variables seleccionadas, discriminan entre los tres grupos: (*control, experimental y riesgo*). Probablemente sea el *“estado”* el elemento clave en la diferenciación entre aquellos sujetos que no presentan (grupo 1), manifestaciones al patrón de conducta “ISE y LOQ₄”, frente a aquellos en que dichas conductas parecen estar cronificadas (grupo 3); por el contrario, la inclusión del grupo experimental, sobre el que se había incidido en el *“estado de ira”* (presentado las distintas pruebas en una situación previa a examen, especialmente tensa para el sujeto), puede ser el *“responsable”* de que justamente esta variable (*“estado de ira”*) sea la que adquiera un mayor poder discriminante. En definitiva estos resultados validan los grupos que se han establecido *“a priori”* en esta investigación (control, riesgo y experimental), ya que se constata que las variables psicoemocionales analizadas, tienen un impacto diferencial en los mismos.

4. Los resultados obtenidos en el Análisis de Regresión Lineal Múltiple, ponen de manifiesto el hallazgo de que es el *“rasgo de ira”* (frente al *estado de ira y expresión de ira*) el componente “mejor explicado” del patrón de conducta-tipo “ISE” y “LOQ₄”. En cualquier caso, estos resultados parecen consolidar la adecuación de la estrategia metodológica utilizada.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADLER, A. (1908). En Ansbacher, N. L. y Ansbacher, R. R. *The individual Psychology of Alfred Adler*. N. York. Basic Books, 1956. (Trad. española 1968)
- ALEXANDER, F. (1939). Emotional factors in essential hypertension. *Psychosom. Med.* Vol. 1, 173-179.
- AVERILL, J. R. (1982). *Anger and aggression: An essay on emotion*. N. York. Springer-Verlag.
- BUSS, A. H. (1961). *The psychology of aggression*. N. York. Wiley.
- BUSS, A. H. y DURKE, A. (1957). «An inventory for assessing different kinds of hostility». *Journal of Consulting Psychology*. 21, 342-349.
- CANNON, W. B. (1929). *Bodily changes in pain, hunger, fear, and rage*. N. York. Appleton.
- CAPRARA, G. V.; CINANNI, V. D.; IMPERIO, G.; PASSERINI, S.; RENZI, P.; y TRAVAGLIA, G. (1985). Indicators of impulsive aggression: present status of research on irritability and emotional susceptibility scales. *Pers. Individ. Diff.* Vol. 6, 665-674.
- CAPRARA, G.V.; BARBARANELLI, C.; PASTORELLI, C.; PERUGINI, M. (1994). Individual differences in the study of human aggression. *Aggressive Behavior*. pp. 281-303.
- CATTELL, R. B.; EBER, H. W., y TATSUOKA, M. M. (1970). *Handbook for the Sixteen Personality Factor Questionnaire (16 PF)*. Champaign, Ill.: Institute for Personality and Ability Testing.
- CAUTHEN, N.R.; ROBINSON, I.E. y KRAUSS, H.H. (1971): Stereotypes: a review of the literature. *Journal of Social Psychology*, 84. pp. 103-125.
- CRANE, R.S. (1981). The role of anger, hostility, and aggression in essential hypertension. Tesis Doctoral. Tampa University of South Florida. *Dissertation Abstracts International*, 42, 2982b.
- DOLLAR, J. L.; DOOB, W; MILLER, N.E; MOWRER, O. H; y SEARS, R. R. (1939). *Frustration and Aggression*. N. Haven. Yale University Press.
- DUNBAR, H. F. (1938). *Emotions and Bodily Changes*. N. York. Columbia University Press.
- EGIDO, A. (1993). *Evaluación y Análisis diferencial de la agresividad en alumnos de E.G.B.. Tesis Doctoral*. Universidad de Santiago de Compostela.
- EGIDO, A., y GÓMEZ, D.E. (1996). Crise sociale et violenc urbaine. En M. T. Neuilly. *Gestion de Crise*. París. Editions L'Harmattan. pp. 261-279.
- FREUD, S. (1905). Three Essays on the Theory of Sexuality. The Standar Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, Londres. 1962, vol. VII.
- FRIEDMAN, M. y ROSENMAN, R. H. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood cardiovascular finding. *JAMA*. 1286-1296.
- FRIEDMAN, M. y ROSENMAN, R.H. (1974). *Type A behavior and your heart*. Greenwich, CT: Fawcett Publications.
- GOLDENBERG, M.; PINES, K.L.; BALDWIN, E.; GREEN, D. G. y ROH, C. D. (1948). The hemodynamic response of man to norepinephrine and epinephrine and its relation to the problem of hypertension. *Amer. J. Med.*, Vol. 5, 792.
- GÓMEZ, D.E. y SABURIDO, X.L. (1994). *Evaluación de las conductas de agresividad, hostilidad e ira (AHI)*. En D.E. GÓMEZ Y X.L. SABURIDO. Santiago. Consellería de Cultura. Xunta de Galicia.

- GÓMEZ, D.E. y SPIELBERGER, C.D. (1990). Assessment of Anxiety in Spanish Elementary School Children. En C.D. SPIELBERGER, R. DÍAZ-GUERRERO Y J. STRELAU. *Cross-Cultural Anxiety*. N. York. Hemisphere. pp. 193-293.
- GOODENAUGH, F. L. (1931). *Anger in Young Children*. Minneapolis. University of Minnesota Press.
- JOHNSON, E.H. y SAYLOR, M.T., (1984): Relationships among anger expression hostility hardness, social support, and health risk. Unpublished doctoral dissertation, University of Michigan, Ann Arbor.
- KARSON, S. y O'Dell J.W., (1980). 16 PF. *Guía para uso clínico*. Madrid, Lea.
- KEARNS, W. D. (1985). A laboratory study of the relationship of mode of anger expression to blood pressure. Tesis de Master. Tampa. University of South Florida.
- KRASNER, S. (1986). Anger, anger control and the coronary prone behavior pattern. Tesis de Master (no publicada). Tampa. University of South Florida
- MAIURO, R. D., y HALL, G, C, N. (1986). Anger and hostility in sexuality assaultive males. *Sexual Coertion and Assault*. Vol. 1 (4), 19-23
- MAIURO, R. D; VITALIANO, P. P.; CAHN, T. S. (1987). A briet measure for the assessment of anger and aggression. *J. of Interpersonal Violence*. Vol. 2; 166-178.
- MATTHEWS, K. A; GLASS, D. C.; ROSENMAN, R. H. y BORTNER, R. W. (1977). Competitive drive, pattern A, and coronary hearth disease: A further analysis of some data from the Western Collaborative Group Study. *Journal of Chronic Diseases*, 30, 489-498.
- McCANN, B.C; WOOLFOLK, R. L; LEHRER, P. M; SCHWARCZ, L. (1987). Gender differences in the relationship between hostility and the type A behavior pattern. *J. Pers. Assess*, 51; 3; 355-66.
- OLWEUS, D. (1979). Stability of aggresive reaction patterns in males: a review. *Psych. Bull.* 86, 252-875.
- SABURIDO, X.L. y GOMEZ-FERNANDEZ, D.E. (1991): *O comportamento agresivo na mocidade*. Santiago. Sotelo Blanco.
- SPIELBERGER, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, C. A: Consulting Psychologist Press.
- SPIELBERGER, C. D. (1988). *State-Trait Expression Inventory*. Research Edition. STAXI. Odessa Florida.Psychological Assessment Resources, Inc.
- SPIELBERGER, C. D. y LONDON, P. (1982). Rage boomerangs. *American Health*. 1, 52-56.
- SPIELBERGER, C. D.; REHEISER, C.D.; SYDEMAN, S.J. (1995). Measuring the Experience, Expresión, and Control of Anger. En H. Kassinove (Ed.), *Angers disorders Definitions diagnosis and treatment*. Washington. DC. Taylor and Francis.
- SPIELBERGER, C. D.; RITTERBAND, L.M.; SYDEMAN, S.J.; REHEISER, E.C.; UNGER, K.K. (1995). Assessment of Emotional tates and Personality Tait, Measuring Psychological Vital Signs. En J.N. Butcher (Ed.), *Clinical Personality Assessment Practical Approaches*. N. York. Oxford University Press, pp. 42-58.
- STAIRNS, F. R. (1972). *Anger: Psychology, Physiology, Pathlogy*. Springfield. Ch. Thomas Publishers.
- TRACKTIR, J. (1954). *The relationship between anxiety, hypnotically induced emotions, and gastric secretion*. (Trabajo no publicado) presentado en conferencia medica. University of Houston.

- VITALIANO, P.P.; MAINO, R.D.; RUSSO, J.; MITCHELL, E.S.; CARR, J.E. y VAN CITTERS, R.L. (1986). A biopsychosocial model to explain personal sources of medical student distress. *Proceedings of the 26th Annual Conference on Research in Medical Education Ass. Am. Coll.* Washington DC; 26; 228-234.
- VON EULER, U. S. (1955). Noradrenaline in adrenergic nerves. En Elliot, K. A. C., Page, M., y Quastel, J. H. (Eds), *Neurochemistry*. Springfield, Ill.: Thomas.
- WIELGOSZ, A.T; WIELGOST, M.; BIRO, E.; NICHOLLS, E.; MacWILLIAM, L y HANEY, T. (1988) Risk factors for myocardial infarctions the importance of relaxations. *Br. J. Med. Psychol.* 61, 209-216 ss.
- WOLF, S. y WOLFF, H. G. (1957). *Human gastric function*. N. York: Oxford University Press.
- WOLF y WOLF (1957), y TRACKTIR (1954)





Nuevas aportaciones a la escala de adjetivos interpersonales (IAS-R): Perfiles y correlatos de los prototipos españoles

ALEJANDRO AVILA; ELENA FELIPE; y MARGARITA GOZALO
Universidad de Salamanca. España

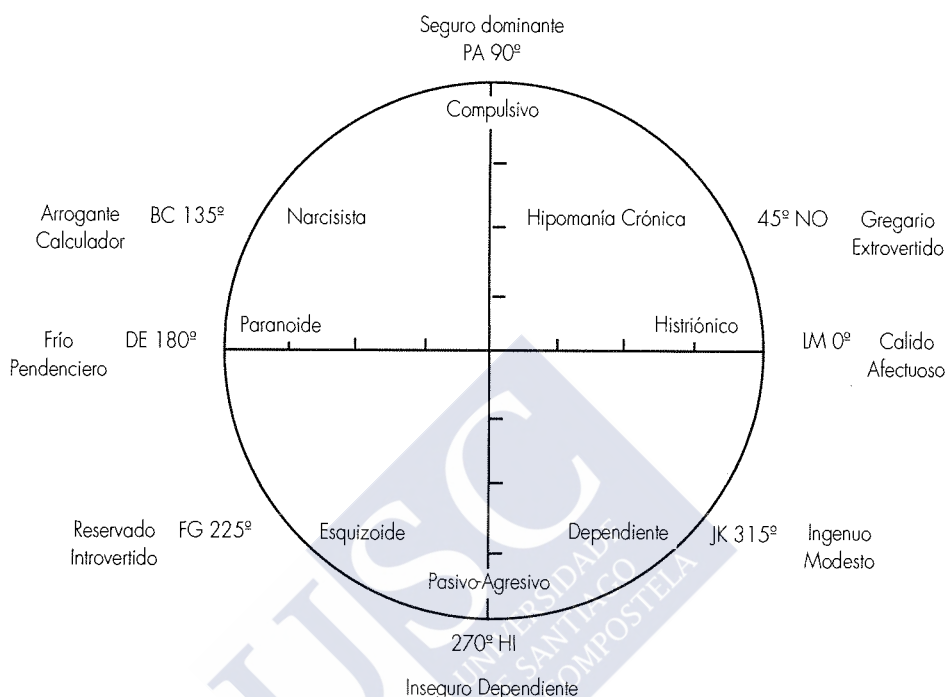
1. INTRODUCCIÓN

El *Modelo Circumplex de la Personalidad*, un método para la identificación de los patrones de autopercepción interpersonal, desarrollado por Wiggins (1979), y revisado por Wiggins, Trapnell y Phillips (1988), fue sometido en estudios previos a una réplica transcultural (Avila, Felipe y cols. 1993; Avila, Llorente y cols. 1993). El sistema de evaluación derivado de este modelo, (IAS-R), está formado por 64 adjetivos (p.e. *dominante*) a los cuales los sujetos deben responder, indicando el grado en que estos les describen a sí mismos en una escala tipo Likert de 8 intervalos, que van de *extremadamente inexacto* a *extremadamente exacto*. La respuesta a los items se agrupan en torno a 8 escalas, a las que se asignan claves alfabéticas, que se distribuyen según una estructura *Circumplex* determinada por dos factores ortogonales (dominancia y afiliación) alrededor del círculo en sentido opuesto a las agujas del reloj. El cuestionario incluye un glosario que los sujetos pueden utilizar para asegurarse del significado de aquellos adjetivos que les puedan resultar poco claros. Se ha establecido una correspondencia correlacional y racional entre las escalas IAS-R y el *Modelo de Trastornos de Personalidad* de Millon a través de las categorías DSM-III-R (Eje II) (fig. 1).

2. PROCEDIMIENTO

Una primera fase en nuestros estudios con el *Modelo Circumplex Interpersonal* ha consistido en el desarrollo de la *Escala Española de Adjetivos Interpersonales* (revisada) (SIAS-R, versión castellana del IAS-R). Tras un elaborado proceso de traducción, se seleccionaron 64 adjetivos españoles que fueron considerados equivalentes a los ingleses. Posteriormente, se realizaron análisis

Figura 1. Correspondencias hipotéticas entre categorías del DSM-III-R y el Circumplex Interpersonal



de los ítems utilizando las respuestas a las escalas IAS-R obtenidas a partir de una muestra equivalente a la utilizada previamente en los estudios de Wiggins y cols. 574 jóvenes adultos estudiantes universitarios (164 varones y 410 mujeres) con un intervalo de edad de 17 a 40 años (*media* 19.80; *D.T.* 2,49) respondieron al cuestionario SIAS-R. Una segunda muestra cumplimentó el IAS-R (*junto con una batería de medidas de personalidad y emoción que incluían, entre otros, el MCMI-II y las escalas de Afecto Positivo y Negativo*). Una segunda muestra de 233 adultos y jóvenes adultos no universitarios (98 varones y 135 mujeres, dentro de un intervalo de edad de 18 y 58 años con una media de edad de 25,03 y *D.T.* 5,88) proporcionó nuevos datos de comparación y baremación.

3. RESULTADO

Se calcularon las puntuaciones IAS-R, obteniéndose puntuaciones T para la muestra total, y comparaciones en función del género. Los perfiles obtenidos con la muestra española fueron comparados con la muestra norteamericana

(Avila, Felipe y cols., 1994), no encontrándose diferencias significativas entre ambas muestras, lo que añade una nueva validación transcultural a este modelo. Las características descriptivas de las 8 escalas IAS-R de ambas muestras (estudiantes universitarios y no universitarios) se incluyen en las tablas 1 y 2.

Tabla 1: Muestra universitaria española

Escalas	Varones		Mujeres		Muestra Total	
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
PA	4,754	0,859	4,634	0,992	4,669	0,956
BC	4,091	1,018	3,461	0,986	3,641	1,035
DE	3,068	0,981	2,500	0,910	2,660	0,964
FG	3,269	1,096	2,870	1,073	2,984	1,093
HI	4,485	0,962	4,476	1,018	4,478	1,002
JK	4,983	0,795	5,118	0,805	5,080	0,803
LM	5,711	0,842	6,002	0,770	5,919	0,801
NO	5,563	1,085	5,809	1,038	5,738	1,057

Número total de sujetos: 574 (164 varones y 410 mujeres). Rango de edad de 17-40. Media de edad: 19,80 (S.D. 2,49)

Tabla 2: Muestra no universitaria española

Escalas	Varones		Mujeres		Muestra Total	
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.
PA	4.827	0,802	4,632	0,980	4.714	0,912
BC	3.671	1,031	3,323	0,872	3,469	0.956
DE	2.588	0.853	2,437	0,789	2,501	0,818
FG	2.793	1,146	2,805	0.993	2,800	1,058
HI	4,078	1.032	4,329	0,980	4,223	1,008
JK	4,996	0,808	5,220	0,729	5,125	0,770
LM	5,593	0,757	5.986	0,833	5,951	0,801
NO	5,761	1,069	5,879	1,002	5,830	1,030

Número total de sujetos: 233 (98 varones y 135 mujeres). Rango de edad de 18-58. Media de edad: 25,034 (S.D. 5.887)

Con la muestra no universitaria se realizaron análisis factoriales para explorar las intercorrelaciones y estructura subyacente a las escalas IAS-R y comprobar la independencia esperable teóricamente del *Circumplex Interpersonal* respecto a los trastornos psicopatológicos. El Análisis de los Componentes Principales (*solución oblicua, varimax-ortogonal*) mostró un modelo de

tres componentes que explica el 72,4% acumulado del total de la varianza (ver tabla 4). El Factor 1 (30,8% del total de la varianza) es un factor de *Psicopatología General* que incluye las principales escalas del MCMI-II con puntuaciones de afecto negativo y ninguna de las escalas SIAS-R; el Factor 2 (22,2% de la varianza) es un componente *Antisocial-Paranoide*, asociado con el abuso de drogas y tendencias impulsivas; el Factor 3 (19,4%) es un componente bipolar, *Cálido-Extravertido* vs. *Frío-Introvertido*, que incluye 5 de las 8 escalas SIAS-R, asociadas con desórdenes de personalidad no patológicos. En un extremo

Tabla 4: Análisis de los componentes principales. Pesos factoriales

	Factor 1 <i>Psicopatolog. General</i>	Factor 2 <i>Antisocial Paranoide</i>	Factor 3 <i>Cálido-Extr. vs. Frío-Introv.</i>
MCMI-CC	0,849		
MCMI-D	0,84		
MCMI-A	0,813		
MCMI-H	0,797		
MCMI-Z	0,79		
MCMI-8B	0,724		
MCMI-C	0,594	0,283	
MCMI-2	0,520		-0,493
MCMI-B	0,476	0,335	
MCMI-SS	0,429	0,372	-0,277
MCMI-3	0,428	-0,367	
MCMI-S	0,425		-0,521
LAM-AN	0,316		
MCMI-8A	0,306	0,549	
MCMI-6A		0,785	
MCMI-5		0,761	
MCMI-T		0,711	
MCMI-P		0,666	
MCMI-6B		0,657	
MCMI-PP		0,605	
MCMI-N		0,467	0,562
MCMI-4		0,433	0,677
SIAS-FG			-0,806
SIAS-NO			0,8
SIAS-HI			-0,649
MCMI-1			-0,641
MCMI-Y			0,513
SIAS-DE			-0,472
SIAS LM			0,463
LAM-AP			0,419

podemos encontrar las escalas NO y LM asociadas con *Afecto Positivo*, *Personalidad Histriónica*, *Hipomanía* y la tendencia de respuesta socialmente deseable (*no psicopatológica*); por otro lado tenemos las escalas FG; HI y DE asociadas con personalidad esquizoide y evitativa, y con la tendencia al trastorno de personalidad Esquizotípica. Esta asociación es congruente teóricamente con las premisas racionales de los modelos interpersonales de Wiggins y Millon.

Los gráficos 1, 2 y 3 muestran la representación gráfica de las relaciones entre estos tres factores oblicuos transformados. Este modelo estructural factorial nos indica una clara independencia entre las escalas IAS-R y los principales síndromes psicopatológicos y los trastornos de personalidad medidos por el MCMI-II.

Posteriormente se realizan compara-

Gráfico 1

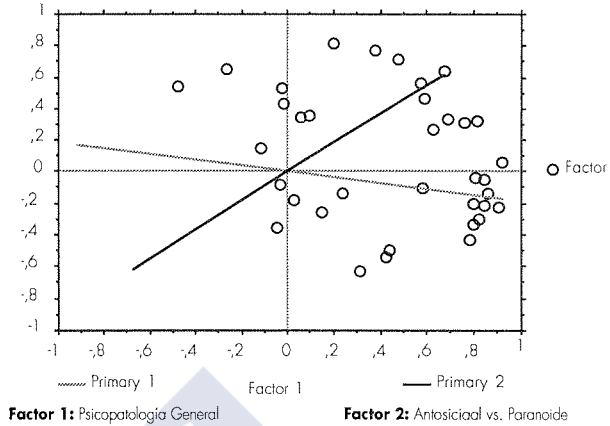


Gráfico 2

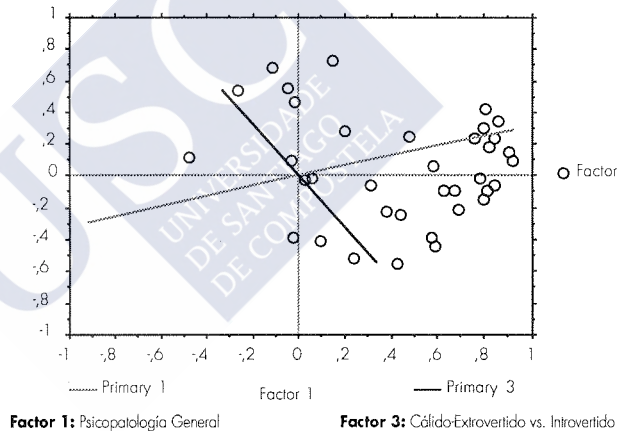
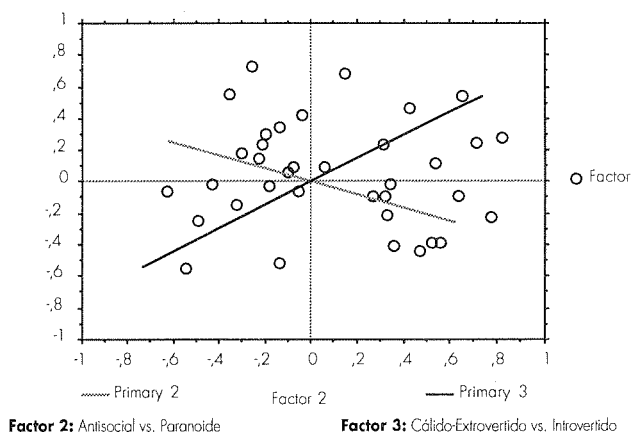
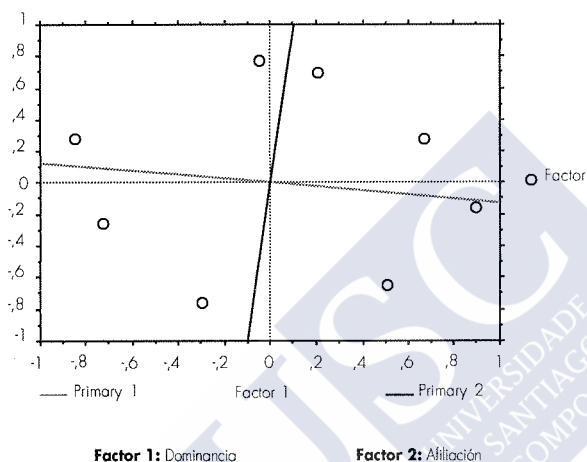


Gráfico 3



ciones entre el tipo de respuesta a las escalas IAS-R entre la muestra universitaria y no universitaria mediante la prueba T de Student para muestras independientes, encontrando diferencias significativas ($p < 0.05$ o mejor) entre ambos grupos en las escalas BC, DE, FG y HI del IAS-R (Ver tabla 3), todas en la dirección de las puntuaciones, más elevadas en la muestra universitaria, que en la no universitaria confirmandose así la tendencia frecuentemente observada de más

Gráfico 4



intensa autoatribución de etiquetas de emoción a personalidad en las muestras universitarias respecto de las no universitarias.

Del mismo modo se realizaron Análisis Factoriales de Componentes Principales (*soluciones oblicuas, limitados a dos factores*) de las escalas IAS-R para las muestras universitarias y no universitaria, encontrando dos factores claramente independientes (*ver gráficos 4 y 5*), que reflejan claramente la estructura *Bidimensional Circumplex* descrita por Wiggins. Esto nos indica una alta coherencia con el *Modelo Interpersonal Circumplex*, proporcionando apoyo a la validez de constructo del IAS-R, nuevamente más perfecta en la muestra universitaria.

Gráfico 5

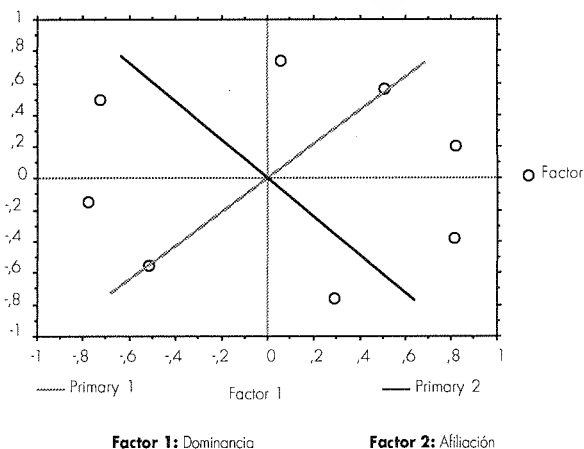


Tabla 3: Prueba T-Test Muestras universitaria y no universitaria

Escalas	Univ.		No Univ.		T-TEST	
	Media	D.T.	Media	D.T.	T	P
PA	4,667	0,959	4,714	0,912	-0,641	
BC	3,631	1,033	3,469	0,956	2,057	0,040
DE	2,671	0,983	2,501	0,818	2,329	0,020
FG	2,996	1,102	2,800	1,059	2,310	0,021
HI	4,479	1,004	4,223	1,008	3,270	0,011
JK	5,078	0,802	5,125	0,770	-0,765	
LM	5,899	0,829	5,951	0,801	-0,822	
NO	5,725	1,065	5,830	1,030	-1,270	

* Se incluyen solo los valores $p < 0,05$ o mejor.

4. CONCLUSIONES

El *Modelo Interpersonal Circumplex* de Wiggins y uno de los sistemas de evaluación derivados de este modelo, las escalas (IAS-R), se refuerzan a partir de la evidencia empírica obtenida en replicaciones transculturales con dos muestras españolas (*universitaria y no universitaria*). Los datos de la versión española del IAS-R muestran una alta validez y consistencia comparado con estudios previos de Wiggins y col. El análisis factorial exploratorio confirma que las escalas del IAS-R son independientes de los trastornos psicopatológicos, mostrando una estructura bipolar convergente con la solución bidimensional que ofrecen los métodos de escalamiento multidimensional utilizados en nuestros análisis previos (Avila, Felipe y cols., 1993; 1994a). Una descripción mas extensa de los estudios realizados se recoge en Avila Felipe y cols., (1994b).

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AVILA-ESPADA, A.; FELIPE, E.; LLORENTE, A. I.; y GOZALO, M. (1993) "Interpersonal Adjectives as Personality Descriptors: A Cross-Cultural replication with Circumplex Personality Model" Poster presentado en el *III European Congress of Psychology*, Tampere.
- AVILA-ESPADA, A.; LLORENTE, A.I.; FELIPE, E.; y GOZALO, M. (1993) "Sex differences in Self-Attribution of Personality Traits: Social Stereotypes vs. Interpersonal Profiles" Poster presentado en el *III European Congress of Psychology*, Tampere.
- AVILA-ESPADA, A.; FELIPE, E.; LLORENTE, A.I.; y GOZALO, M. (1994) "Structure and Properties of Interpersonal Circumplex in spanish young adults". Poster presentado en el *7th Congress of EAPP*, Madrid.

- AVILA ESPADA, A.; FELIPE CASTAÑO, E.; LLORENTE VIZCAINO A.; GOZALO DELGADO, y M.; MARTINEZ HIGUERAS, (1994b) *SIAS-R: Breve Manual para las Investigaciones Previas*. Laboratorio de Psicología Clínica y Psicodiagnóstico de la Universidad de Salamanca.
- WIGGINS, J. S. (1979a) "A psychological taxonomy of trait descriptive terms: The interpersonal domain" *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, p. 395-412.
- WIGGINS, J. S. (1979b). *Taxonomy of trait descriptive terms*. Manuscrito no publicado, University of British Columbia.
- WIGGINS, J. S.; TRAPNELL, P; y PHILLIPS, N. (1988) "Psychometric and geometric characteristics of the Revised Interpersonal Adjective Scales (IAS-R)" *Multivariate Behavioral Research*, 23, pp. 517-530.
- WIGGINS, J. S.; PHILLIPS, N.; y TRAPNELL, P. (1989) "Circular reasoning about interpersonal behavior: Evidence concerning some untested assumptions underlying diagnostic classification" *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, pp. 296-305.



Medida del trastorno antisocial de la personalidad del DSM-III mediante la escala de desviación psicopática del MMPI

ANTONIO ALUJA¹ y JORDI PÉREZ²

¹Universidad de Lleida. España

²Universidad Autónoma de Barcelona. España

1. INTRODUCCIÓN

Después de medio siglo de haberse elaborado el *Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota* (MMPI), como instrumento de evaluación en psicopatología, no sólo no ha sido superado por sus competidores directos (MCMI, Millon 1977; SCL-90, Derogatis, Lipman y Covi, 1973; o incluso el MMPI2, Butcher, Dalhstrom, Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989), sino que continúa siendo el cuestionario que cuenta con más referencias en la literatura especializada actual. Todo ello a pesar que la nosología psiquiátrica ha evolucionado hasta el actual DSM-III/R (APA, 1987). Pero la ventaja de este instrumento es la cantidad de información que maneja, la cual parece ajustarse bien al universo psicopatológico, independientemente de las clasificaciones o diagnósticos al uso.

A lo largo de su historia el MMPI ha generado centenares de escalas y subescalas mediante procedimientos de análisis de contenido, derivación racional, derivación empírica o discriminante. Hace algunos años Morey, Blashfield, Weeb y Jewell (1985 y 1988) derivaron racionalmente unas escalas para medir los trastornos de personalidad codificados en el Eje II del DSM-II (APA, 1980). El problema de estos trabajos es que los instrumentos de medida gozan de poca o escasa validez de criterio o discriminante y difícilmente sirven para ser utilizados en poblaciones diferentes a las que fueron adaptados. Olvidan a menudo realizar un concienzudo estudio de contravalidación que precise la estabilidad de su sensibilidad y especificidad.

En este trabajo nos propusimos contraponer dos sistemas de medida de la "personalidad antisocial" que parten de conceptos diferentes. Por un lado el

trastorno antisocial de la personalidad (TAP) del DSM-III parece más que un trastorno de la personalidad, un compendio de *conductas* antisociales y dice poco sobre las *disposiciones* o *rasgos* subyacentes de la personalidad de los sujetos susceptibles de merecer tal diagnóstico (Aluja, 1986), y cuyos criterios se escribieron en base a un estudio sociológico (Robins, 1966). Por otro lado tenemos la escala de *Desviación Psicopática* del MMPI, que se construyó con criterios anteriores al DSM-I, que incluían características de personalidad más que conductas antisociales concretas. McKinley y Hathaway (1944), definen a los sujetos desviados psicopáticos como personas incapaces de beneficiarse de las experiencias punitivas, de tener relaciones interpersonales superficiales y de tener poca consideración por los hábitos y costumbres sociales.

La personalidad psicopática, en términos de la escala Pd del MMPI, aglutina rasgos y disposiciones muy estables que *pueden* desencadenar actos de conducta antisocial bajo condiciones de estrés intenso o provocación. “*El desviado psicopático*” puede pasar desapercibido ante sus propios amigos y conocidos hasta que la situación requiera evidencia de un sentido de responsabilidad, apreciación de los modelos sociales o lealtades personales, o emocionales (McKinley y Hathaway, 1944; pág. 195). Esta apreciación tiene muchos puntos en común con la llamada histeria de conversión, siendo a veces difícil identificar una personalidad psicopática entre “*crisis*” o “*arrebatos*”. La muestra original de validación de la escala de desviación psicopática (Pd) la integraron sujetos que tenían que ser evaluados por el forense, por presentar conductas delictivas menores (ausencia de delitos de sangre), como absentismo escolar, robos, promiscuidad sexual, o abuso de alcohol. El grupo lo constituyeron jóvenes de ambos sexos con mayoría de mujeres. Se utilizó un grupo control de estudiantes.

Los estudios de “*Test-retest*” demostraron, por sus elevados índices de fiabilidad, que el constructo que se medía era realmente un conjunto de rasgos de personalidad muy estable. Estudios realizados por Hathaway y McKinley (1944), de orden longitudinal a largo plazo, indican que algunos cambios maduracionales de importancia en la personalidad pueden reflejarse en la escala Pd, puesto que en ella se incluyen ítems relativos a la adaptación escolar, familia, autoridad, etc. Otros ítems indican limitaciones personales, problemas sexuales, negación, timidez social, autoconfianza y equilibrio social que pueden cambiar con la edad.

La escala Pd del MMPI puede dividirse en varias subescalas, según estudios de algunos investigadores. Wiener y Harmon (1946), propusieron que las escalas del MMPI podían descomponerse en “*Obvias*” o “*Sutiles*” según la ten-

dencia de los sujetos a presentar una imagen más aceptable de sí mismos. Un análisis de contenido de la escala Pd les llevó a crear la subescala Pd-O (ítems obvios) y Pd-S (ítems sutiles). Los estudios estadísticos posteriores llevados a cabo por Wiener (1948), informaron de una correlación muy baja entre ambas subescalas. Harris y Lingoes (1955), también propusieron “desmenuzar” algunas de las escalas clínicas del MMPI según su contenido y hallaron que la escala Pd puede subdividirse en otras subescalas que ayudan a comprender mejor su contenido: Pd1 (*Discordia familiar*), Pd2 (*Problemas con la autoridad*), Pd3 (*Imperturbabilidad social*), Pd4a (*Alineación social*) y Pd4b (*Autoalienación*). Estas subescalas no están formadas sobre los 50 ítems de la Pd, sino que toman algunos ítems de otras escalas, por lo que no pueden ser estudiadas como inherentes a la escala en cuestión. Aún y así incluimos en nuestro trabajo los ítems que están integrados en la escala de *desviación psicopática* a excepción de la Pd3, ya que más de la mitad de su contenido no pertenece a la escala Pd.

Para comprobar si la escala Pd del MMPI podía relacionarse con el TAP del DSM-III había que construir un diseño en el que hubiera grupos de delincuentes y no delincuentes, y entre los delincuentes cuáles cumplían los criterios del trastorno y cuales no. En el apartado siguiente se describe el procedimiento experimental a través del cual intentaremos observar las propiedades psicométricas de la Pd en función de los criterios del TAP según el DSM-III.

2. PROCEDIMIENTO

2.1. Sujetos:

La muestra de este estudio estuvo formada por 181 sujetos varones distribuidos como sigue:

Grupo 1: Este grupo estaba formado por 51 sujetos internos en un Centro Penitenciario para hombres en Barcelona. Todos ellos cumplían criterios para el diagnóstico del TAP según el DSM-III, y por acuerdo unánime entre un psiquiatra de prisiones y un psicólogo clínico. La media de edad fue de 26.08 años (d.e.:4.55).

Grupo 2: Este grupo lo integraron 48 internos del mismo Centro Penitenciario que no reunieron suficientes criterios para poder diagnosticarles de TAP mediante el mismo procedimiento utilizado en el grupo 1. La media de edad fue de 30.04 años (d.e. 6.12).

Grupo 3: El grupo aquí ubicado lo formaban 21 pacientes que consultaron en el Servicio de Terapia de Conducta y Sexología del Hospital Clínico de

Barcelona por disfunciones del reflejo eyaculatorio. Asociado a la eyaculación precoz existía preocupación y ansiedad, sin configurar un trastorno psicopatológico paralelo. La media de edad fue de 32.37 años (d.e.:6.82).

Grupo 4: Lo formaron 20 pacientes ingresados en las Sala de Hombres del Departamento de Psiquiatría del Hospital Clínico de Barcelona. Todos eran enfermos psicóticos y se les administró el protocolo de investigación unos días antes de ser dados de alta, y por tanto en un estado de conciencia adecuado para contestar a un cuestionario autoinformado. La media de edad era de 24.05 años (d.e.:5.42).

Grupo 5: El último grupo estaba compuesto por 51 estudiantes de Medicina, y como el resto de los grupos colaboró de forma anónima y desinteresada en la investigación. Se les informó únicamente que se estaba realizando un estudio de personalidad mediante un cuestionario, al que había que contestar sinceramente.

2.2. Material

El material de evaluación consta de dos partes. La *evaluación clínica* del trastorno antisocial de la personalidad se realizó solamente a los internos penitenciarios (grupos 1 y 2). Consistió en una entrevista semiestructurada adaptada a partir de las 43 preguntas del apartado referente al TAP del *Diagnostic Interview Schedule* DIS, (Robins, 1981). EL DIS es una entrevista estructurada de corrección computerizada que abarca los diagnósticos de Feigner, RDC y DSM-III. La utilización de información parcial no está prevista, por lo que se realizó un análisis de contenido de las 43 cuestiones por dos clínicos y las preguntas se agruparon con referencia a los criterios del TAP que evaluaban. El primer criterio de los trastornos anteriores a los 15 años no quedaba suficientemente recogido (*vagancia*), por lo que fue eliminado de los cálculos. Todos los demás criterios y los correspondientes al apartado de mayores de 18 años quedaban bien especificados. Se admitió también información adicional aportada por el propio examinado. La *evaluación psicométrica* se llevó a cabo mediante un cuestionario integrado con la mezcla aleatoria de los ítems de las escalas L, F, K, Pd (Pd-O y Pd-S) del MMPI y otras escalas incluidas para una investigación paralela.

2.3. Método

Una vez confeccionada la entrevista semiestructurada se pidió al psiquiatra del Centro Penitenciario que realizara una selección previa de internos, según su información profesional y de archivo, en función de haber presentado o no una pauta de conducta antisocial continuada. Esta preselección se efectuó

por desestimar el muestreo al azar. Si la muestra de delincuentes encarcelados se hubiera obtenido aleatoriamente hubiera sido necesario entrevistar a una gran cantidad de sujetos para conseguir grupos homogéneos y dicotómicos en cuanto a la presencia del TAP, puesto que por nuestra información cerca del 80% de los internos penitenciarios cumplen los criterios del TAP (Hare, 1983).

De los 122 sujetos requeridos para estos estudios se entrevistó a 119. Una vez se les informó del objetivo del estudio, tres rehusaron y el resto colaboró con interés. Se les comunicó que se estaba realizando un estudio sobre “factores sociales y personalidad”, a fin de conocer mejor las causas del comportamiento antisocial. Se les garantizó que la información facilitada sería confidencial y que no sería utilizada con fines judiciales o penitenciarios. En la entrevista se solicitó también datos sobre las características familiares y socio-laborales. Se dispuso de información de archivo sobre su “*situación en la cárcel*”, “*tipo de delito*”, “*conducta carcelaria*” y “*estatus penitenciario*” (véase Tabla 5).

Inmediatamente después de recoger los datos, se instaba al examinado a contestar al cuestionario autoinformado (192 preguntas), en presencia del evaluador que respondía a consultas o problemas de comprensión sobre su contenido. La entrevista semiestructurada fue valorada independientemente por ambos clínicos (psiquiatra y psicólogo), utilizando la codificación previa acordada (preguntas por criterio a evaluar). Si el sujeto cumplía tres o más criterios de los 12 existentes en el apartado de antes de los 15 años, o cuatro o más de los 9 previstos para el apartado para después de los 18 años, se le clasificaba en el grupo 1 (TAP) o el grupo 2 (no TAP). Para ello era necesario que los dos clínicos independientemente estuvieran de acuerdo en la presencia o ausencia del trastorno. En el caso de que hubiera discrepancia el sujeto era excluido del estudio.

Los individuos que obtuvieron puntuaciones superiores a una nota T de 75 en las escalas L o K del MMPI (L máximo de 12 y k máximo de 26), fueron también eliminados. De los 119 sujetos participantes 5 obtuvieron una puntuación en L superior a un T de 75, y tres en el caso de la escala K. Estos fueron eliminados junto con dos más que también fueron excluidos por problemas de lectura. Los datos se procesaron estadísticamente mediante los paquetes informáticos al uso.

3. RESULTADOS

3.1. Acuerdo interevaluadores

De los 109 presos evaluados mediante la entrevista semiestructurada del Trastorno Antisocial de la Personalidad, 51 fueron catalogados unánimemente por los clínicos en el grupo 1 (TAP) y 48 en el grupo 2 (no TAP). El primer clí-

Cuadro 2. Plan de evaluación de un test: test de referencia

	T.A.P. G-1	No T.A.P. G-2	Total
Resultado			
Positivo	VP	FP	VP+FP
TEST ESTUDIADO			
Resultado			
negativo	FN	VN	FN+VN
TOTAL	VN+FN	FP+VN	VP+FP+FN+VN
VP: Verdaderos positivos (resultados positivos en G-1). FP: Falsos positivos (resultados positivos en G-2). FN: Falsos negativos (Resultados negativos en G-1). VN: Verdaderos negativos (Resultados negativos en G-2).			
Sensibilidad: $VP/VP+FN \times 100$.		Especificidad: $VN/CN+FP \times 100$	
Valor predictivo Global:		$VP+VN/VP+FN+FN+VN \times 100$	

3.2. Validez y Fiabilidad

Teniendo en cuenta que el objetivo principal de este trabajo es estudiar la capacidad de la escala Pd para discriminar el TAP, es fundamental observar como se distribuyen las puntuaciones de los diferentes delincuentes en la escala Pd en función del diagnóstico. En el Cuadro 1 puede verse, para la escala Pd y las subescalas Pd-O y Pd-S, cuantos individuos puntúan en los ítems de las escalas. En el margen izquierdo están las puntuaciones posibles en la escala Pd (50), Pd-O (28) y Pd-S (22). Los asteriscos son los individuos que obtienen igual puntuación directa en la escala (*si los asteriscos exceden el espacio disponible se indica con un dígito el número de sujetos para cada puntuación*).

Escogiendo un punto de corte de 23 para la escala Pd, observamos que 6 individuos del grupo 1 quedan mal clasificados por sus puntuaciones y 45 clasificados correctamente. En el grupo 2 los mal clasificados son 10 y los bien clasificados son 38. Efectuados los cálculos para determinar la sensibilidad y especificidad de la escala Pd según el Trastorno Antisocial de la personalidad del DSM-III, se encuentra que ésta obtiene una sensibilidad del 88.23% y una especificidad del 79.16% (consultar Cuadro 2). La Pd-O tiene una sensibilidad del 84.31% y una especificidad del 85.41%. En el caso de la Pd-S no fue posible establecer un punto de corte dado el solapamiento que existe en las puntuaciones de ambos grupos. Las agrupaciones de ítems referentes a las cuatro esca-

las estudiadas de Harris y Lingoes tuvieron una sensibilidad y especificidad bajas.

En la Tabla 1 se puede ver las comparaciones de medias obtenidas en las escalas Pd, Pd-O y Pd-S por los diferentes grupos de la muestra. El grupo del TAP (G-1) obtiene la media más elevada de todos los grupos, pero es estadística y significativamente diferente ($p<0.05$) de todos, excepto del grupo de psicóticos (G-4). En el caso de la sub-escala Pd-O, las medias comparadas por grupos siguen prácticamente la misma distribución que la de Pd; es decir, la media en Pd-O es la más elevada en el grupo 1 (TAP), siendo significativamente diferente ($p<0.05$) de todos los grupos menos el de psicóticos (G-4). En cambio las medias obtenidas en Pd-S son muy parecidas en todos los grupos a excepción de la obtenida por el grupo de presos no TAP (G-2), que es mayor de la media del grupo de trastorno sexual (G-3).

Tabla 1. Comparación de medias en Pd-O y Pd-S por grupos diagnosticados

Comparación de medias por grupos de la escala Pd									
Anál.	varianza	N	X	D.E.	F:36.49;P<0.001				
G-1	T.A.P.	51	27.00	3.67		Scheffee: p<0.001			
G-2	no T.A.P.	48	19.19	4.78	G1	G2	G3	G4	G5
G-3	T.Sexual	21	19.19	6.90	G5				
G-4	Psicóticos	20	23.55	5.17	G4	*	*		
G-5	Estudian.	41	15.68	4.53	G3				
					G2			*	
TOTAL		181			G1	*	*	*	
Comparación de medias por grupos de la escala Pd-O									
Anál.	varianza	N	X	D.E.	F:36.49;P<0.001				
G-1	T.A.P.	51	16.76	3.53		Scheffee: p<0.05			
G-2	no T.A.P.	48	7.85	5.06	G1	G2	G3	G4	G5
G-3	T.Sexual	21	9.85	6.18	G5				
G-4	Psicóticos	20	13.50	4.77	G4				
G-5	Estudian.	41	5.87	3.78	G3	*			
					G2		*	*	
TOTAL		181			G1	*	*	*	
Comparación de medias por grupos de la escala Pd-S									
Anál.	varianza	N	X	D.E.	F:36.49;P<0.001				
G-1	T.A.P.	51	10.66	2.93		Scheffee: p<0.05			
G-2	no T.A.P.	48	11.56	2.46	G1	G2	G3	G4	G5
G-3	T.Sexual	21	9.33	1.85	G5				
G-4	Psicóticos	20	10.05	2.16	G4				
G-5	Estudian.	41	10.02	2.97	G3				
					G2			*	
TOTAL		181			G1				

Se ha realizado un análisis discriminante utilizando las escalas L, F, K y Pd del MMPI con el objetivo de predecir la clasificación de los presos penitenciarios en los grupos 1 y 2 según su diagnóstico en el TAP. De los diferentes métodos “*paso a paso*” existentes para realizar este análisis hemos elegido el método de Wilks que permite seleccionar las variables según el método “ λ ” que maximaliza la relación entre la varianza “*intra*” e “*intergrupo*”. De esta manera a través de los pasos sucesivos, y después de realizar un análisis de la varianza residual, se elige la variable que de forma significativa incrementa la discriminación. Aquellas que no aportan información son descartadas. En este caso en la función final discriminante está la escala F y la Pd. El coeficiente no estandarizado canónico discriminante permite obtener la siguiente fórmula: $D' = (-4.85) + 0.04 \times F + 0.18 \times Pd$. Las medias (grupos centroides) para cada grupo son: $G-1 = 1.17$ y $G-2 = -1.24$. En la Tabla 2 se puede ver el resultado del análisis discriminante en comparación con la clasificación obtenida por el método clínico. Ambos métodos son muy análogos y consiguen una clasificación muy elevada (82.23% y 83.84% respectivamente), corroborando la validez de criterio y discriminante de la escala Pd frente al TAP.

Tabla 2. Comparación de la validez de criterio frente a la validez discriminante de la escala Pd.

Clasificación de resultados:					
Grupo actual	N	Anál. discri.		Criterio	
		Grupo 1	Grupo 2	Grupo 1	Grupo 2
Grupo 1	51	44 (86%)	7(14%)	45 (88%)	6(12%)
Grupo 2	48	10 (21%)	38 (79%)	10 (21%)	38 (79%)
Clasificación Correcta		82.83%		83.84%	
Clasificados como TAP por ambos métodos:					52
Clasificados como ausencia de TAP por a. m.:					42
Clasificados como TAP, por el método de criterio, pero no por el método de criterio:					2
Índice de acuerdo “kappa” entre ambos métodos:					0.88

La consistencia interna de la escala Pd y la de sus dos subescalas se calculó para toda la muestra incluyendo a los 181 sujetos participantes. La Pd tuvo un “*alfa*” de 0.69 y la Pd-O de 0.86 (Cronbach, 1951). Las agrupaciones de ítems de la escala Pd1 y Pd2 tuvieron una baja consistencia interna, tal vez debido a que tienen pocos ítems. Pd4a y Pd4b obtuvieron una consistencia mayor. (tabla 3)

Tabla 3. Fiabilidad “ α ” de la escala Pd, Pd-O y Pd sumando los cinco grupos de la muestra.

	ítems	“alfa”
Pd	50	0.69
Pd-O	28	0.86
Pd-S	22	0.03
Pd1 (11)	9*	0.24
Pd2 (11)	8*	-0.08
Pd4a (18)	12*	0.61
Pd4b (15)	12*	0.68

* ítems dentro de la Pd.

3.3. Valor discriminante de la Pd (Pd-O y Pd-S) en función de variables sociodemográficas y penitenciarias

Algunas de las variables sociodemográficas utilizadas en este estudio son discriminadas por la escala Pd. Los *solteros* puntúan de forma estadística y significativamente más alto que los *casados*. Las personas que dicen pertenecer a la clase social “*asalariado*” o “*sin recursos*” son los que puntúan más alto en esta categoría. Obsérvese que en la categoría “*nivel de estudios*”, los más altos en Pd son los que declaran *sólo saber leer y escribir* seguidos por los que progresivamente tienen más estudios y terminando por los *universitarios*, que son los que tienen la puntuación en Pd más baja y de forma estadísticamente significativa con los que *sólo saben leer y escribir*. Los que *no tienen profesión* son los que puntúan más alto de la categoría “*profesión propia*”, y los que menos los que dicen ser *empresarios*. En la categoría “*domicilio hasta los 10 años*” (—que hace referencia si el examinado se educó sin la presencia del padre, con parientes o en una institución—), la variable haberse educado con *ambos padres* es la que tiene la media en Pd más baja. La más alta los que se educaron en *ausencia* del padre, que es estadística y significativamente más alta que los que tuvieron *ambos padres* (tabla 4).

Los *preventivos* obtienen una media de 18.51 frente a los *penados* que puntúan 24.86. Estas diferencias son significativas. Los que cumplen *ambas* condiciones obtienen una media algo mayor. Los que cometieron delitos *múltiples* tienen una Pd mucho más elevada que el resto de la categoría “*tipo de delito*”, los que menos los de delitos de *falsedad*. Por último a los que se les aplicó alguna *sanción* (art. 10 del reglamento penitenciario), puntúan más alto que los no sancionados, y los reincidentes más que los preventivos ($p < 0.001$) (tabla 5).

Tabla 4. Variables sociodemográficas discriminadas de forma estadísticamente significativa por la escala Pd.

Estadístico Amova+Schefee (p<0.05)			N=99						
Estado civil	N	X	difer. grupos						
			G1	G2	G3	G4	G5		
1. Soltero	56	25.05	G1	*					
2. Casado	37	20.13	G2						
3. Viudo	1	30.00	G3						
4. Separado	3	22.66	G4						
5. Cohabitación	2	26.50	G5						
Clase social	N	X		G1	G2	G3	G4	G5	
1. Alta	—	—,—	G1						
2. Media-alta	17	19.64	G2				*		
3. Media/baja	19	22.73	G3						
4. Asalariado	59	24.32	G4						
5. Sin recursos	4	24.50	G5						
Nivel de Estudios	N	X		G1	G2	G3	G4	G5	G6
1. Sólo leer/esc.	13	26.53	G1						*
2. Primarios	54	23.87	G2						
3. Forma prof.	10	22.40	G3						
4. B.U.P.	7	21.28	G4						
5. Técnicos Universitarios	8	17.75	G5						
6. Universitarios	8	17.75							
Profesión propia	N	X		G1	G2	G3	G4	G5	
1. Empresario	5	17.40	G1					*	
2. Profesional	17	18.82	G2			*		*	
3. Asalariado	52	24.51	G3						
4. Otros	8	21.00	G4						
5. Sin profesión	17	26.41	G5						
Dom. hasta 10 a.	N	X		G1	G2	G3	G4		
1. Ambos padres	73	21.97	G1		*				
2. Ausencia padre	9	27.88	G2						
3. Parientes	3	26.00	G3						
4. Instituciones	7	25.00	G4						

Tabla 5. Variables penitenciarias discriminadas de forma estadísticamente significativa por la escala Pd

Estadístico Anova+Schefee (p<0.05) N=99								
Situación cárcel	N	X	difer. grupos					
1. Preventivo	31	18.51	G1	G1	G2	G3	G4	G5
2. Penado	22	24.86	G2		*	*		
3. Ambas	37	25.72	G3					
Tipo de delito	N	X						
1. Propiedad	22	21.09	G1	G1	G2	G3	G4	G5
2. Múltiples	41	25.82	G2	*			*	
3. Personas	9	23.55	G3				*	
4. Falsedad	6	15.83	G4					
Conducta cárcel	N	X	T. Test					
1. Normal	60	21.40	p<0.001					
2. Sanciones	27	26.77						
Estatus cárcel								
1. Primario	33	18.81	p<0.001					
2. Reincidente	59	25.33						

3.4. Análisis Factorial

El análisis factorial de la escala Pd se realizó con los 181 sujetos de la muestra, por lo que entendemos que se ofrece bastante heterogeneidad, lo cual puede facilitar la mejor comprensión de los resultados. El procedimiento empleado fue un análisis de componentes principales con rotación Varimax. Dado que no teníamos ninguna hipótesis en cuanto a las posibles soluciones factoriales, realizamos una rotación ortogonal ya que no buscamos correlaciones entre los factores e ignorábamos el grado de oblicuidad que había que adoptar de utilizar el método oblicuo. Se obtuvieron seis factores con una raíz latente (*eigenvalue*) igual o superior a 1. (tabla 6).

Los ítems que integran el primer factor (13), explicaron el 18.7% de la varianza. Su contenido expresa un sentimiento general de “*inadecuación personal*”. El sujeto se encuentra a disgusto consigo mismo, como reconociendo llevar un tipo de vida auto-marginal que le produce profundos sentimientos de insatisfacción. En este sentido apuntan ítems como “*Estoy seguro que la vida es dura para mí*”, “*Las luchas más encarnizadas las tengo conmigo mismo*”, “*No he llevado un tipo de vida adecuado y normal*”, “*Nadie parece comprenderme*”, “*Me gustaría ser tan feliz como otros*”, etc.

Tabla 6. Análisis factorial de la escala Pd

Ítem	F-I	F-II	F-III	F-IV	F-V	F-VI
106	.54	.31	.32	.28	-.02	-.16
102	.49	.11	.20	.14	-.00	.14
84	.46	.19	-.04	.32	.05	.01
201	.32	-.02	-.02	.03	-.18	-.10
107	-.42	-.38	-.19	-.01	.15	.04
134	.55	.06	-.09	-.15	-.00	.17
94	.53	.05	.23	.30	-.02	-.20
284	.54	-.05	.01	.22	.23	.25
16	.59	.31	.21	.11	.03	.11
296	.50	.03	.11	.00	.17	.38
67	.44	.06	.36	.19	.26	.11
24	.44	.18	.35	.12	.26	-.02
49	.50	.35	-.11	.07	.48	.00
38	.29	.49	.06	.10	.16	.23
118	-.03	.51	.06	.24	.05	.25
8	.17	-.37	-.30	.01	.25	.19
42	.31	.42	.19	-.04	.15	-.15
173	.02	-.43	-.17	-.16	.03	-.23
61	.45	.56	.20	.02	.18	-.02
215	.05	.54	.08	.02	.15	.04
294	-.17	-.62	.12	-.02	-.10	.02
235	.19	.55	.06	.04	.02	.24
224	.41	.44	.11	.15	.08	.14
183	-.18	-.25	.41	.12	-.05	-.031
216	.33	.10	.55	-.14	-.15	.12
110	.07	.08	.48	.30	.33	.08
96	.04	-.15	-.60	.03	.33	.08
237	-.20	-.22	-.43	.02	.11	.02
171	.15	.09	-.27	.18	-.02	-.17
21	.12	.15	.41	.13	.01	.18
137	-.21	-.21	-.57	.12	.14	-.13
244	.29	.05	.60	.23	.12	.08
298	.02	-.18	.35	.08	.07	-.14
35	0.5	.12	.37	.44	.34	.19
155	-.16	-.04	.13	-.39	.03	-.12
141	.08	.00	.03	.51	.19	.07
32	.01	.33	.32	.41	-.08	.16
267	.39	.16	.08	.44	-.07	.09
245	.18	.24	.28	.36	.34	.05
35	.05	.12	.37	.44	.34	.19
180	.11	.10	.04	.50	-.35	-.34
82	.06	.00	0.7	.60	-.60	.03
20	-.11	-.12	-.32	-.02	.43	-.29
170	.08	.11	.03	.05	.56	.16
127	.30	.33	.08	.12	.36	.20
287	-.01	.29	.07	-.08	.55	-.02
37	-.06	-.05	-.32	-.024	.46	-.35
239	.14	.04	.07	-.12	-.03	.55
248	.14	.16	.08	.14	.00	.46
91	-.04	.01	-.07	.26	.21	.39
231	-.02	.08	-.00	.09	.02	.28

El segundo factor “11 ítems) 8.5% de la varianza, y su contenido aparece bastante homogéneo y claro, y vendría a equivaler a un compendio de aseveraciones encuadrables en un tipo de conducta “*antisocial o delictiva*”. Los ítems más significativos son: “*He vivido bastante libre de las normas sociales*”, “*He abusado de bebidas alcohólicas*”, “*En el colegio fui enviado al director a causa de mis travesuras*”, “*Cuando era joven, durante algún tiempo participé en pequeños robos*”.

El factor número tres está saturado por 9 ítems que expresan mayormente “*inadaptación familiar*” (7.8% de la varianza). “*Comparado con otros hogares en el mío hay poco amor y unión*”, “*A veces he deseado muchísimo haber abandonado el hogar*”, y con signo negativo, “*Tengo pocas disputas con las personas de mi familia*”, “*Creo que mi vida hogareña es tan agradable como la mayoría de la gente que conozco*” o “*Casi todos mis familiares simpatizan conmigo*”. El cuarto, como el segundo, de contenido muy coherente que denominamos “*ausencia de habilidades sociales*” (9 ítems y 5.8% de la varianza. “*En una discusión o debate me dejo vencer fácilmente*”, “*Mi conducta es ampliamente controlada por las costumbres de los demás*”, “*Me es difícil poder entablar una conversación cuando conozco a alguien por primera vez*” o “*Cuando estoy en grupo me turba tener que pensar temas adecuados de conversación*”. El factor número cinco hace referencia a “*susplicacia*” o “*sentimientos de susceptibilidad hacia los demás*” (5 ítems (5.3% de la varianza), (“*Sé quien es el responsable de muchos de mis problemas*”, “*Alguien me la tiene jurada*”), y el sexto factor se denominó “*hipertimia*” (4 ítems y el 4.9 de la varianza). (“*Algunas veces sin razón alguna, incluso cuando las cosas van mal, me siento animadamente feliz*”, “*Tengo épocas en las que me siento más animado que de costumbre sin que exista una razón especial*”).

3.5. Análisis correlacional

En la tabla 7 se puede observar una matriz de intercorrelaciones entre las escalas de validez del MMPI (L, F y K), Pd, Pd+K, Pd-O, Pd-S, Pd1, Pd2, Pd4a y P=d4b para cada grupo de delincuentes de la muestra. En ambos grupos la L y la K correlacionan negativamente con la F y las escalas de la Pd a excepción de Pd-S.

Tabla 7. Matriz de intercorrelaciones de las variables psicométricas

	L	F	K	Pd	Pdk	PdO	PdS	Pd1	Pd2	Pd4a	Pdab
No T.A.P. (G-2) N=48											
L		-36	57	-35	16	-43	16	-36	-15	-37	-37
F	18		-58	69	55	73	-19	63	05	65	70
K	62	-00		-59	-24	-69	24	-50	-00	-64	-67
Pd	-42	26	-25		92	88	10	72	10	82	86
PdK	-10	27	09	89		74	23	62	20	70	72
PdO	-54	30	-51	80	89		-27	69	-00	86	89
PdS	14	09	27	23	37	-03		-02	30	-20	-14
Pd1	-09	40	-14	54	46	48	25		00	59	54
Pd2	-24	-22	-11	36	32	16	08	-11		-12	03
Pd4A-34	14	-38	43	25	55	07	21	-08		80	
Pd4B-51	13	-48	57	35	74	-18	16	14	47		
T.A.P. (G-1) N=51											

A partir de .40 le corresponde una $p < 0.001$

4. DISCUSIÓN

Nuestro trabajo tiene un aspecto clínico y otro psicométrico. El estudio clínico se basa en la evaluación del TAP a través de una entrevista semiestructurada en presos penitenciarios. El alto índice de acuerdo diagnóstico ($k=0.80$), comparable al obtenido por Hare (1983), nos informa que los criterios del TAP son muy operacionales y fiables. Psicométricamente la escala Pd consigue un valor discriminante respecto al TAP superior al 82%, tanto por el método clínico como por el análisis discriminante. La fiabilidad de consistencia interna es también bastante aceptable, si tenemos en cuenta la heterogeneidad de la muestra.

La escala Pd del MMPI se ha revelado altamente predictiva del TAP al conseguir, frente a los grupos de presos con el trastorno o sin él, una sensibilidad y especificidad excelentes. La subescala Pd-O incrementa los valores predictivos antes mencionados, en cambio la Pd-S no muestra ningún valor discriminativo entre ambos grupos de presos. La media de la escala Pd y Pd-O es mayor en el grupo de presos con TA., aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa al compararla con la media del grupo de psicóticos. Las elevadas puntuaciones de los psicóticos en Pd son atribuidas generalmente a los déficits de habilidades sociales y aislamiento de estos enfermos (aspectos que se

encuentran en las personas antisociales), a causa de su enfermedad. El análisis discriminante efectuado con la escala F y Pd otorga una clasificación en función del TAP también muy elevada. Todos estos datos permiten aseverar que la escala Pd del MMPI, a pesar de estar construida con criterios diferentes de los del TAP se ha mostrado muy válida para medir o predecir este trastorno.

El estudio de las variables sociodemográficas y penitenciarias facilita información complementaria de gran utilidad sobre las características de los internos que puntúan alto en Pd. Estos tienden a ser solteros, pertenecen a la clase social más baja, tienen un nivel de educación escolar menor, están más penados, han cometido más variedad de delitos, son más reincidentes y tienen peor comportamiento en la cárcel. Por lo que pensamos que la escala Pd (y de forma más potente la Pd-O), pueden ser de utilidad en la clasificación de internos penitenciarios en atención a las variables antes citadas.

El resultado del análisis factorial se asemeja mucho al obtenido por Comrey (1958), estudió una muestra integrada por un grupo de personas normales y otro de pacientes psiquiátricos y aisló de la Pd ocho factores que denominó: *paranoia*, *neuroticismo*, *personalidad psicopática*, *timidez*, *delincuencia*, *euforia*, *antisocial* y *discordia familiar*. Austin (1959 y 1961), estudió una muestra de toxicómanos e identificó cinco factores. Su primer factor fue denominado *autoestima*, y según Dalhstron (1970), parecía corresponder al factor de *timidez* de Comrey, y se ajusta bastante a nuestro cuarto factor llamado *ausencia de habilidades sociales*, mientras que el segundo, un factor de *hipersensibilidad* corresponde al de *paranoia* de Comrey y al de *susplicia* encontrado en nuestro trabajo. El factor de *discordia familiar* de Comrey no es identificado por Austin, si bien en este estudio se aísla un factor de *inadaptación* familiar muy parecido al del primer autor.

Por gentileza personal del profesor Comrey disponemos de la matriz de resultados de análisis factorial que este realizó en 1958 hace 35 años, lo cual nos permite comparar los pesos de los ítems y los factores hallados por él, y los nuestros. El primer factor de Comrey (*neuroticismo*), comparte nueve de sus trece ítems con nuestro primer factor (*inadaptación personal*). El segundo factor del citado autor, (*paranoia*), comparte cuatro ítems de un total de siete con nuestro quinto factor (*susplicia*), el factor cuarto también tiene siete ítems (*timidez*), cuatro de los cuales se corresponden a nuestro cuarto factor (*ausencia de habilidades sociales*). El quinto factor de Comrey (*delincuencia*), tiene solo tres ítems los cuales están comprendidos en nuestro segundo factor (*conductas delictivas*), pero en nuestro factor se identifican muchos más ítems Comrey halla otro que denomina *conducta antisocial* no muy diferente al hallado por nosotros. Por último, el factor sexto de Comrey (*euforia*), que tiene solamente tres

ítems, dos de los cuales se encuentran en nuestro sexto factor que denominan hipertimia, que esta integrado por cinco ítems.

Como conclusión de este trabajo podemos decir que la escala pd del MMPI se ha mostrado muy eficaz al discriminar los delincuentes con TAP y sin TAP; casi tanto como una escala construida en base a los criterios del TAP ambas escalas tienen correlaciones altas 0.46 en g-1 y 0.62 en g-2; Aluja, 1991, lo cual aporta validez concurrente a la pd. el poder discriminativo de la pd aumenta al eliminar los ítems sutiles; es decir, si se utiliza la subescala pd-0. estos ítems obvios son los que están mas relacionados con conductas de transgresión social. No obstante tenemos la impresión en presos probablemente exista un solapamiento entre el TAP y las altas puntuaciones en Pd. En personas ajenas a la cárcel las altas puntuaciones en pd no comportan, probablemente, el cumplir los criterios de TAP de hecho el grupo de psicóticos obtiene en esta escala puntuaciones también muy elevadas, aunque inferiores estadísticamente no significativas, a los presos con el trastorno antisocial de la personalidad.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALUJA, A. (1986) Estadío empírico de los criterios para el Diagnostico del Trastorno Antisocial de la Personalidad según el DSM-111 una medida autoinformada. *Tesis para la obtención del diploma de especialista en Psicología Clínica*. Escuela profesional de Psicología Clínica. Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona (no publicado).
- ALUJA, A. (1991) Evaluación Clínica y Psicométrica del Trastorno Antisocial de la Personalidad. *Rev. Psiquiatría Fac. Med. Barna*.
- American Psychiatric Association APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3ª edición, 1980. 3ª Edición revisada, 1987.
- AUSTIN, A. (1951) A factor study of the MMPI psychopathic deviate scale. *Journal of Consulting Psychology*, 23: 550-554.
- AUSTIN, A. (1961) A note on the mmpi psychopathic deviate scale. *Educat and psychol. Measur*, 21: 895-897.
- BUTCHER, J., DALHSTROM, W., GRAHAM, J., TELLEGEN, A., y KAEMMER, B. (1989) Minnesota Multiphasic Personality Inventory mmpi-2. Manual for administration and scoring. Minneapolis. *University of Minnesota Press*.
- COHEN, J. (1960) A coefficient of agreement for nominal scales. *Educat. Psychol. Measur*. 20: 37-46.
- COMREY, A. (1958) A factor analysis of items on the mmpi psychopathic scale. *Educat and Psychol. Measurement*, 18: 91-98.
- CRONBACH, L. (1951) Coefficient alpha and the internal structure of test. *Psychopharmacology Bulletin*, 9: 13-18.
- DALHSTROM, W., WELH, G. y DALHLSTROM, L. (1970) An MMPI handbook. Vol. 1. *University of Minnesota*. pres. Minneapolis.

- DEROGATIS, L., LIPMAN, R. y COVI, L. (1973) The scl-90: an outpatient psychiatric rating scale. *Psychopharmacology Bulletin*, 9: 13-18.
- HARE, R. (1983) Diagnosis of antisocial personality disorder in two prison population. *Am. J. Psychiat*, 140: 887-890.
- HARRIS, R. y LINGOES, J. (1955) Subscales for the Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Mimeographed materials. *The Langley Porter Clinic*.
- McKINLEY, J. y HATHAWAY, S. (1944) The MMPI: V. Hysteria, hypomania and psychopathic deviate. *Journal of Applied Psychology*, 28: 153-174.
- MOREY, L., BLASHFIELD, R., WEEB, W. y JEWELL, J. (1988) MMPI scales for DSM-III personality disorders: a preliminar validation study. *J. Clin. Psychol.* 44(1): 47-50.
- MOREY, L., WAUGH, M. y BLASHFIELD, R. (1985) MMPI scales for DSM-III personality disorders: their derivation and correlates. *J. Person Asses.* 44(3): 245-251.
- ROBINS, L. (1966) *Deviant children grown up. A sociological and psychiatric study of sociopathic personality*. Baltimore. Williams y Wilkins.
- WIENER, D. y HARMON, L. (1946) Subtle and obvious keys for the MMPI: their development. *Advisement Bulletin*, 16, Regional Veterans administration Office. Minneapolis.
- WIENER, D. (1948) Selecting salesmen with subtle-obvious keys for the MMPI. *American Psychologist* 3: 364.



Socialización y conducta prosocial

M^a DEL CARMEN MARTORELL; REMEDIOS GONZÁLEZ;

M. ALOY; y M. C. FERRIS

Universidad de Valencia. España

1. INTRODUCCIÓN

Este trabajo es producto de 15 años de investigación en el tema que dio origen, en primer lugar, a una Tesis Doctoral con el título *Estudio de las Conductas de Socialización en Niños en Edad Escolar a través de una Batería de Escalas de Estimación* (Martorell y 1982) dirigida por Pelechano y, en segundo lugar, su contenido ha sido objeto de varias publicaciones como, por ejemplo, (Silva y Martorell, 1982, 1983 y 1987).

Las cuestiones que se plantearon en un principio fueron: ¿qué es la *socialización*?, y en función de la respuesta, ¿cuál va a ser el marco teórico de referencia? En su origen, y debido a la complejidad del proceso, en un intento de delimitar el concepto, la *socialización* fue definida en sentido amplio diciendo que *abarca desde un agrupamiento de habilidades básicas, hasta patrones conductuales del sujeto centrados tanto en conductas interpersonales como grupales, y en especial en la relación inter pares* (Martorell, 1982). Sin embargo, es conveniente recordar que la definición del concepto de *socialización* es una de las tareas, si no más arduas sí más difíciles de realizar. Como en una gran mayoría de las características psicológicas, el concepto de *socialización* se define haciendo más hincapié en las características negativas de la conducta o, lo que es lo mismo, en los llamados desórdenes conductuales para explicar, a partir de ellos, las dificultades y problemas que surgen en dicho proceso (Ross, 1977). Esto, que si bien ha demostrado alguna utilidad en la formulación de las definiciones, sin embargo, resulta poco efectivo a la hora de formular programas de intervención, ya que son las características positivas de la *socialización* las que han demostrado poseer un carácter más diferencial (Martorell, 1982; Silva y Martorell, 1982, 1983 y Martorell, 1988).

Sin embargo, también desde un punto de vista aplicado, se plantea la cuestión ¿cuál es el número de dimensiones que conforman el constructo?, o bien ¿qué dimensiones son las que deben ser consideradas como básicas?, etc. Todas ellas son de difícil solución; no obstante, tras una detallada revisión bibliográfica puede afirmarse que existen numerosos intentos cuya finalidad es la de lograr una delimitación de dimensiones básicas altamente relacionadas con la Socialización. Martorell (1982, 1988) ofrece un amplio cuadro de resumen en ese sentido, que abarca desde 1942 con Ackerson hasta la década de los 80 con Saklopfke y Eysenck y Achenbach y Edelbrock. En él aparece: nombre de los investigadores, muestra utilizada, tipo de evaluador, instrumento de evaluación, dimensiones utilizadas y si dichas investigaciones cuentan con estudios de fiabilidad y validez.

Siguiendo esta misma línea, Martorell (1982 y 1988), presenta un amplio resumen sobre:

1. La revisión de escalas y dimensiones realizada por Spivack y Swift (1973) en relación con investigaciones llevadas a cabo en la década de los 60. Estos autores suponen que, tanto los instrumentos como las dimensiones obtenidas, reflejan el ajuste del alumno en el ambiente escolar, al tiempo que asumen que ciertos disturbios emocionales son importantes por las implicaciones que tienen en dicho ambiente. Los criterios que utilizan son: síntomas clínicos, problemas de aprendizaje y dificultades en el ajuste escolar.
2. La teoría bifactorial de Kohn (1977), quien trata de establecer una teoría tomando como referencia los resultados obtenidos entre la década de los 20 y la de los 60. Este autor afirma que en la mayoría de los trabajos revisados aparece una constante: dos factores bien identificados y, en ocasiones, otro factor cuyo poder representativo es más bien limitado. Los factores hallados son los siguientes: *retraimiento y agresividad/conducta antisocial*. Los resultados obtenidos por Kohn, y que apoyan la *teoría bifactorial*, quedan reflejados en el cuadro número 1.

Esto pone de manifiesto que durante cincuenta años se habían visto los desórdenes del niño de forma bastante uniforme y, tal y como señala el propio Kohn (1977), en las Ciencias Sociales no es frecuente hallar un fenómeno con tanta regularidad. Sin embargo, Peterson (1968) señalaba que el modelo de los dos factores no es adecuado para una validación cruzada, ya que el ambiente en el cual es visto el sujeto, es un determinante importante de la conducta del individuo. Ante estas afirmaciones, Kohn (1977) insiste en que la *teoría bifac-*

torial resiste dicha generalización, dado que los dos factores explican una porción importante de la varianza del funcionamiento social en cualquier ambiente.

Cuadro 1. Resumen de algunos de los trabajos que dan origen a la teoría bifactorial (*)

Autores	Dimensiones
PAYNTER y BLANCHARD 1929	<i>Dificultades de personalidad</i>
ACKERSON 1931 Y 1942	<i>Problemas de Personalidad</i>
HEWITT y JENKINS 1946	<i>Inhibición</i>
HIMMEDWEIT 1952	<i>Introversión</i>
MORRIS, SOROKER y BURRUS 1954	<i>Internal-reactors</i>
MICHAEL MORRIS y SOROKER 1957	<i>Introversión</i>
PETERSON 1961	<i>Problemas de Personalidad</i>
SCHAEFER 1971	<i>Hostilidad</i>
	Dificultades de conducta
	Problemas de conducta
	Agresión no socializada.
	Delincuencia no socializada
	Extraversión
	External-reactor
	Extraversión
	Problemas de conducta
	Extraversión

(*) Fuente: Martorell (1982 y 1988)

3. También se presentan los resultados obtenidos en esta línea por Achenbach (1966 y 1978) y Achenbach y Edelbrock (1979). Estos autores, basándose en la *Child Behavior Checklist* (Achenbach, 1966) obtuvieron un primer y gran factor al que denominaron *Internalización-externalización*. Este factor posee una gran similitud con los dos factores descritos, en la teoría bifactorial, como *Problemas de Personalidad* y *Problemas de Conducta*. Además, en estos estudios, apareció un segundo factor que fue denominado de patología difusa, similar al hallado por Himmelweit (1952), aunque sus items eran indicadores de una psicopatología más severa.
4. Por último, se hace referencia al trabajo de Quay y Werry (1979) dado su interés a la hora de fijar los parámetros que definen la Socialización. Estos autores establecen la existencia de cuatro tipos de desórdenes donde, generalmente, pueden ser incluídas las dimensiones más específicas halladas en las investigaciones anteriores y que son: *Desórdenes de conducta, ansiedad-retramiento, inmadurez y agresión socializada*. Este autor llega a la conclusión de que la generalización de estos cuatro factores sirve de marco de referencia a la hora de clasificar a los sujetos desviados, e incluso afirmar que esta generalización tiene carácter transcultural. Haciendo un análisis del contenido de cada una de estas dimensiones, tenemos que la denominada *desórdenes de conducta* junto con la de *agresión socializada* podrían ser incluídas en la Teoría Bifactorial en la dimensión *Problemas de Conducta*, mientras

que la denominada *Ansiedad-Retrainimiento*, con ciertas limitaciones, podría ser incluida en la dimensión *Problemas de Personalidad*.

En el estudio de la socialización, no se pueden pasar por alto los distintos enfoques aparecidos y que han sido asociados directamente con distintos modelos teóricos, destacando entre ellos: el antropológico, social, conductual, diferencial biológico, psicoanalítico, del aprendizaje y psicoeducativos (véase, por ejemplo, Kauffman y Lewis, 1974; Millon, 1967; Rhodes y Tracy, 1972). Cada uno de estos modelos se basa en una serie de supuestos acerca de la conducta del niño, determinando lo que debe y lo que no debe considerarse normal en el proceso de socialización (Martorell, 1988).

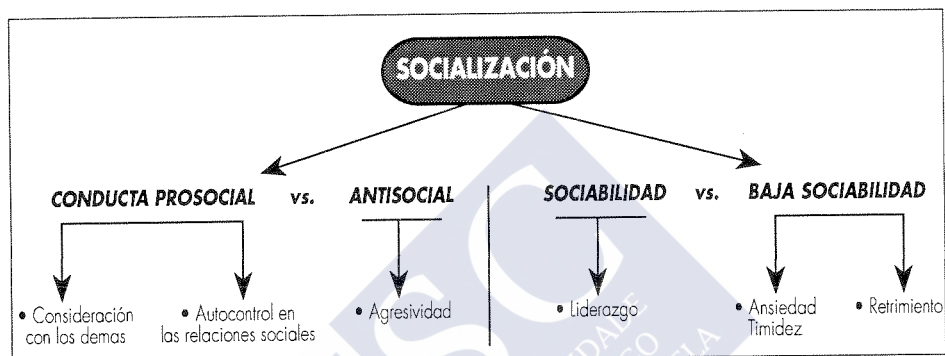
Así pues, para poder ofrecer un marco de referencia más comprensivo, se considera adecuado definir el concepto de socialización haciendo referencia al proceso mediante el cual los individuos adquieren una serie de valores sociales, adaptándolos a su funcionamiento, o en su caso, adaptándose a ellos. Si bien esta definición fue aceptada inicialmente, dado que se eliminan de ella los aspectos psicopatológicos, posteriormente se observó que era insuficiente, debido a que es necesario que el individuo llegue a internalizar dicho proceso. En este sentido, es a partir de la década de los 70 cuando esta conceptualización va reorientándose e incidiendo, cada vez más, en aspectos relacionados con el propio yo y el de los demás. Dentro de esta forma de conceptualizar la socialización se inscriben los instrumentos que se estudian en el presente trabajo.

Antes, y a modo de resumen, recordar que, en su origen, la *Batería de Socialización*, BAS-1 y BAS-2 (Martorell, 1982 y Silva y Martorell, 1982), estaba formada por un conjunto de escalas de estimación cuya finalidad era evaluar la Conducta Social del niño y del adolescente. En su conjunto, son escalas de heteroevaluación, una referida al ambiente escolar y cumplimentada por los profesores (BAS-1) y la otra referida al ambiente familiar y cumplimentada por los padres o personas allegadas al niño (BAS-2).

Con posterioridad, se procedió a la elaboración de una versión de autoevaluación (BAS-3) (Silva y Martorell, 1987), en la cual se eliminaron algunas de las versiones anteriores y, tras una serie de análisis factoriales, se obtuvo un total de seis escalas denominadas: *Consideración con los demás*, *ansiedad social*, *liderazgo*, *retrainimiento social*, *autocontrol en las relaciones sociales y agresividad*. Dadas las características del nuevo instrumento, se le añadió una escala de Sinceridad. El proceso de elaboración de esta versión ha sido muy minucioso, pasando incluso al estudio de la red nomológica de las dimensiones de Socialización de la BAS-3 (Martorell y cols, 1990a).

Para llevar a cabo el estudio mencionado se realizó, en primer lugar, un análisis factorial con las puntuaciones de las escalas, obteniendo tres niveles distintos agrupados en dos dimensiones: *conducta prosocial vs. antisocial* y *sociabilidad vs. baja sociabilidad*. Debido a estos resultados, podría hablarse de una estructura jerárquica de la socialización tal y como bien puede observarse en la figura 1.

Figura 1. Estructura de las dimensiones de Socialización de la BAS-3



En segundo lugar, la estructura obtenida, y que está representada en la figura 1, se correlacionó con características de personalidad, cognitivas y conductuales (Martorell, 1990 y Silva y Martorell, 1991). Los resultados obtenidos presentan una amplia red nomológica, donde las dimensiones de *conducta prosocial vs. antisocial* y *sociabilidad vs. baja sociabilidad* adquieren una mayor representación. En concreto, *sociabilidad vs. baja sociabilidad* comparten un 40% de la varianza con *autoconcepto* (SDQ-II de Marsh, Parker y Barnes, 1985) y un 34% con *felicidad* (EED, del Barrio y cols, 1991), mientras que la dimensión de *conducta prosocial vs. antisocial*, si bien comparte varianza con *Autoconcepto* (18%), es importante el signo negativo de las correlaciones obtenidas con las escalas de *ansiedad*, *miedos sociales*, *creencias irracionales* y *depresión* (del Barrio y cols., 1991) aunque el porcentaje de varianza compartida es mínimo en la mayoría de los casos.

Dado el interés de los resultados obtenidos, se ha realizado una nueva investigación sobre el tema centrada, especialmente, en la dimensión de la Conducta Prosocial. El concepto de *conducta prosocial* ha generado mucha literatura, sobre todo desde la década de los 70 (véase, por ejemplo, Deutsh y Madle, 1975; Hoffman, 1981a y 1981b; Eisemberg, 1986; Eisemberg y cols., 1987; Eisemberg y Miller, 1987; Batson, 1990). Sin embargo, la *conducta prosocial*, tal y como va a ser investigada, se considerará como un constructo donde con-

ductas tales como *ayudar, compartir, alentar, comprender, ponerse en lugar de*, etc. tendrán entidad por sí mismas y, en su conjunto, ayudarán a delimitar el concepto. A pesar de este intento de objetivación y de delimitación del constructo, hay que ser conscientes de que la *conducta prosocial* puede o no estar motivada por factores que pueden incluir *motivos egoístas personales* (por ejemplo, cuando la persona realiza una conducta para que, a su vez, se le reconozca “algo”), o bien puede estar orientada a otros de forma desinteresada. Llegar a calibrar estos matices a través de instrumentos de autoinforme es una tarea sumamente complicada y, en la mayoría de los casos, sus resultados no suelen ser muy fiables. Ello sólo es viable recurriendo a una evaluación multi-método.

En este trabajo, la *conducta prosocial* se ha definido como *conducta de carácter voluntario y beneficioso para los demás* y para su evaluación se ha elaborado el *Cuestionario de Evaluación de la Conducta Social* (CECS), el cual consta de dos partes: el *Cuestionario de Conducta Prosocial* (CC-P) y el *Cuestionario de Conducta Antisocial* (CC-A). En un trabajo realizado por Martorell y cols. (1993) se puso de manifiesto la existencia de esos dos grupos de ítems claramente diferenciados y que confirmaron la estructura inicial del CECS y, como consecuencia, con la que se ha seguido trabajando de forma independiente, por lo que en este trabajo aparecerán sólo los nombres del *Cuestionario de Conducta Prosocial* (CC-P) y del *Cuestionario de Conducta Antisocial* (CC-A). Así pues, tomando como referencia los resultados obtenidos por Martorell y cols. (1993) se ha realizado este nuevo estudio, en el que se han tomado en consideración, además, grupos criterios y variables de personalidad.

2. MÉTODO

2.1. Sujetos

En esta investigación han participado un total de 470 sujetos de distintas edades y niveles educativos. La distribución de la muestra por nivel educativo y sexo es la siguiente:

La media de la muestra total es de 13.5, y la desviación típica de 1.9. Respecto a niveles educativos, la media es la que se presenta en el cuadro 3. Como bien puede observarse, dentro de un mismo nivel educativo, puede afirmarse que los grupos son equiparados por edad y sexo. Este dato es importante a la hora de establecer las comparaciones entre grupos. Para poder estudiar la validez discriminante del CC-P y CC-A, los instrumentos han sido cumplimentados por un total de 51 sujetos que previamente habían sido clasificados

Cuadro 2. Distribución de la muestra por sexo y nivel educativo

	Chicos	Chicas	TOTAL
EGB	142	110	252
BUP	98	105	203
TOTAL	240		455

Cuadro 3. Medias de edad por sexo y nivel educativo

	Chicos		Chicas	
	X	DT	X	DT
EGB	12.3	1.5	12.4	1.4
BUP	15.4	0.9	15.2	0.9

como antisociales por sus conductas y que permanecen en un centro especial. La media de edad de este grupo criterial es de 14.7 y la desviación típica de 2.2, siendo todos ellos hombres.

2.2. Instrumentos utilizados

1. *Cuestionario de Conducta Prosocial (CC-P)*. Elaborado por Martorell y González (1992). Está formado por un total de 55 ítems con cuatro alternativas de respuesta. Su contenido evalúa los aspectos antes mencionados y que tienen que ver con conductas de ayuda: *compartir, alentar, comprender, ponerse en lugar de, colaboración*, etc.

2. *Cuestionario de Conducta Antisocial (CC-A)*. Elaborado, así mismo, por Martorell y González (1992), está compuesto por un total de 40 ítems con cuatro alternativas de respuesta. En este caso su contenido evalúa aspectos que tienen que ver con problemas de relación y agresividad en distintas vertientes.

3. *Autoconcepto (AC)*. Este instrumento, elaborado por Martorell (1984), ha sido objeto de numerosos estudios con el fin de delimitar las áreas relevantes que en él se evalúan (véase, por ejemplo, Martorell, 1984, 1986, 1987, 1988; Martorell y Miranda, 1987a y 1987b; Martorell y cols., 1990b; Martorell y cols., 1993). El cuestionario consta de 38 ítems con cuatro alternativas de respuestas y lo componen las escalas siguientes: *autoconcepto negativo, autoconcepto positivo y autoconcepto/autoestima*.

4. *Impulsividad, Afán de Aventura y Empatía (IVE-J)*. Este cuestionario fue elaborado por Eysenck, Easting y Pearson (1984) y adaptado a nuestro idioma, con el permiso de los autores, por Silva, Martorell y Clemente (1987) y publicado en última versión por Martorell y Silva (1993). Las áreas que se evalúan son las que figuran en el enunciado del instrumento y consta de un total de 77 ítems con dos alternativas de respuesta.

5. *Listado de Conductas Antisociales (LCA)*. Constituye, como indica su enunciado, un listado de conductas que suponen transgresión de normas sin que sean consideradas delictivas. Está formado por 28 items con cuatro alternativas de respuesta.

3. RESULTADOS

3.1. Análisis factorial

Los análisis realizados han sido: factoriales, tanto a nivel de items como de escalas, y Anova. El objetivo ha sido doble; en primer lugar, volver a estudiar la estructura del CC-P y del CC-A en los distintos niveles educativos, teniendo en cuenta, además, la variable sexo. El segundo objetivo era conocer las diferencias que se obtenían con nivel de significación estadística, cuando se toman como variables moduladoras el sexo y el nivel educativo y, además, en relación con el grupo criterial mencionado.

Tanto en el CC-P como en el CC-A se han realizado análisis factoriales de componentes principales con rotación varimax, extrayendo los factores con valores propios iguales o superiores a 2. En primer lugar se hicieron análisis factoriales por separado para la muestra de EGB y para la muestra de BUP, pero, dado que la estructura de las matrices era prácticamente la misma, se optó por realizar un segundo análisis factorial con el total de la muestra. La estructura obtenida en cada uno de los cuestionarios fue la siguiente:

- **CC-P.** En este cuestionario se obtuvo un total de cuatro factores, cuyos nombres y contenido son los siguientes:

- *Empatía.* La escala está formada por 20 items cuyo contenido está relacionado con la preocupación y ayuda a los demás en un intento de solucionar sus problemas de forma efectiva.
- *Relaciones sociales.* La escala está compuesta por 8 items donde el concepto de uno mismo así como la capacidad para llevar a cabo las relaciones sociales positivas adquieren importancia.
- *Respeto.* Aunque el nombre de la escala es muy escueto, en ella se evalúan aspectos importantes que favorecen las conductas prosociales. Está formada por un total de 11 items referidos a la capacidad de la persona para reconocer los propios errores, tratar a los demás con respeto, asertividad, etc.
- *Liderazgo.* Como su nombre indica, se evalúan aspectos relacionados con la colaboración y liderazgo positivo, aspectos ambos muy impor-

tantes para el desarrollo de la conducta prosocial. Esta escala está formada por un total de 8 ítems.

• **CC-A.** En cuanto al cuestionario que evalúa aspectos que se han denominado “conducta antisocial”, el número de factores que se obtuvo fue de tres y el nombre de las escalas y contenido extraído de ellos fueron los siguientes:

- *Soledad/aislamiento.* La escala está formada por 11 ítems en los que se evalúa la “necesidad” no adaptativa de estar “solo”, huyendo de las situaciones que impliquen relacionarse con los demás.
- *Agresividad.* En esta escala, compuesta por 12 ítems, por una parte la falta de responsabilidad (p.e, “Cuando hago algo mal culpo a los demás”) y, por otra, la agresividad verbal o física en relación con los demás.
- *Ansiedad.* Formada por un total de 12 ítems, si bien comparte aspectos similares a los que se evalúan en la escala de soledad/aislamiento, su contenido está no sólo referido a sentimientos de tipo psicológico sino también a reacciones de tipo fisiológico.

• **LCA.** Aunque el contenido de este listado de conductas antisociales guarda bastante homogeneidad, se realizó un análisis factorial con el fin de comprobar si ello era cierto. Se obtuvo un total de dos factores, de los cuales el primero era muy representativo, mientras que el segundo factor podía ser considerado “residual”, ya que el número de ítems era mínimo (3) y todos se solapaban con los de FI. Por todo ello se decidió trabajar con una puntuación única.

En cuanto al valor propio y varianza de cada una de las escalas se presenta en el cuadro 4, en el que, además, figuran el nombre del instrumento y el de la escala junto con los datos mencionados.

Cuadro 4. Valores propios y varianza de las escalas del CC-P y del CC-A.

Cuestionario	Escalas	Nº de ítems	V. propio	% de varianza
C-P.	. Empatía.	20	13.1	22.0
	. Relaciones sociales.	8	3.7	6.0
	. Respeto.	11	3.1	5.2
	. Liderazgo.	8	2.2	3.6
CC-A.	. Soledad.	11	4.7	13.0
	. Agresividad.	12	3.6	10.0
	. Ansiedad	12	2.3	7.0
LCA.	. Conducta Antisocial	28	9.0	29.0

El paso posterior fue realizar un análisis factorial de componentes con rotación *varimax* con las puntuaciones obtenidas en cada una de las escalas mencionadas más las de los cuestionarios de AC de Martorell (1984) y el IVE-J de Eysenck, Easting y Parson (1984). Las escalas se han agrupado en dos factores con valores propios iguales o superiores a dos. La estructura de la matriz factorial, cuadro 5, muestra dichos cluster en torno al cuestionario de CC-P.

Analizando la matriz del cuadro 4 se observa cómo todos los pesos son representativos, superiores a .40, así como la varianza explicada, tanto a través de los factores como de las escalas. En su conjunto, los dos factores, explican un 45% de la varianza total.

Cuadro 5. Estructura factorial de las escalas

	Factor 1	Factor 2	h2
CC-P			
*Empatía	-	.55	69
*Relaciones Sociales.....	.64		59
*Respeto	-	.75	60
*Liderazgo.....	.68	-	59
CC-A			
*Soledad	.58	-	39
*Agresividad	-	.72	64
*Ansiedad.....	.66	-	
AC			
*Autoconcepto Negativo ...	.68	-	72
*Autoconcepto Positivo	-	.54	55
*Autoconcepto			
*Autoestima.....	.69	-	71
IVE-J			
*Impulsividad	-	.69	67
*Afán de Aventura.....	.45	-	55
*Empatía	-	.53	74
LCA.....		.72	65
v.p.	4.0	2.8	
% de varianza.....	26.3	18.6	

En cuanto al contenido de cada uno de los factores, es importante destacar lo siguiente:

Primer factor. En este factor, tanto la escala de *relaciones sociales* como la de *liderazgo* del CC-P, que evalúan capacidad para las rela-

ciones positivas, de colaboración y liderazgo positivo, obtienen un peso importante. Así mismo se aúnan, también en sentido positivo, las escalas *autoconcepto/autoestima* del AC, tal y como ya aparecía en un estudio anterior (Martorell y cols., 1990), y la escala de *Afán de Aventura* del IVE-J. No ocurre lo mismo con las escalas de *Soledad* y *Ansiedad* del CC-A y la escala de *autoconcepto negativo* del AC que, si bien forman parte del mismo cluster, lo hacen con signo negativo.

En función de estos resultados puede hablarse de un *factor facilitador de la conducta prosocial*, donde la capacidad de relación, colaboración y liderazgo positivos junto con un buen autoconcepto e interés por nuevas experiencias, juegan un papel muy importante. Sin embargo, los aspectos negativos de la soledad, timidez y un bajo autoconcepto podrían ser considerados como variables que pueden llegar a alterar aspectos importantes de la *conducta prosocial*.

Segundo factor. Éste es un factor que podría ser denominado de *empatía*, ya que en él se aúnan las escalas de *empatía* del CC-P y del IVE-J junto con la de *Respeto en la relación con los demás* del CC-P. Esta última escala constituye un importante complemento de la empatía. No menos esencial resulta la vertiente del autoconcepto evaluado con la escala de *autoconcepto/autoestima* del AC.

Al igual que ocurre en el FI, también aparecen escalas con signo negativo. En concreto son las escalas de *agresividad* del CC-A, la escala de *impulsividad* del IVE-J y, por último, el cuestionario LCA. Así pues, tenemos, por un lado, las conductas que definen la Empatía y, por otro lado, aquellos aspectos que pueden dificultar su desarrollo.

Estos resultados ponen de manifiesto no sólo lo que se entiende por *conducta prosocial*, sino las variables que ayudan en su desarrollo y las variables que interfieren en el mismo. Así pues, estos resultados son importantes ya que delimitan lo que se entiende por dicho constructo, al tiempo que determinan los factores que pueden interferir en el mismo. Por lo tanto, esta información hay que tenerla en cuenta cuando de lo que se trate sea bien de evaluar o bien programar cambios en las conductas de los adolescentes o jóvenes orientadas en dicho sentido.

3.2. Propiedades psicométricas

3.2.1. Fiabilidad

La *consistencia interna* de cada una de las escalas del CC-P y del CC-A, se ha calculado sobre la muestra total (n=455). La *estabilidad temporal* (coeficiente test-retest) se ha calculado sobre un total de 320 sujetos, con un intervalo temporal de 3 meses. En el cuadro 5 se representan los resultados correspondientes a ambos tipos de índices.

En conjunto puede decirse que los resultados obtenidos en esta investigación pueden ser considerados como buenos, tanto en lo que se refiere a la consistencia interna de las escalas como a la estabilidad temporal de las mismas. No obstante, conviene señalar que si bien la estabilidad temporal es buena desde un punto de vista psicométrico, se están evaluando aspectos que demuestran tener una alta estabilidad, dato importante a tener en cuenta cuando de lo que se trate sea de desarrollar o modificar este tipo de conductas.

Cuadro 5. *Consistencia interna y estabilidad temporal de cada una de las escalas del CC-P y del CC-A*

	Consistencia interna (N=455)	Estabilidad temporal (Intervalo temporal 3 meses) (N=320)
CC-P		
. Empatía	.87	.71
. Relaciones Sociales	.78	.68
. Respeto	.80	.70
. Liderazgo	.76	.65
CC-A		
. Soledad	.82	.67
. Agresividad	.77	.72
. Ansiedad	.81	.70
LCA	.85	.67

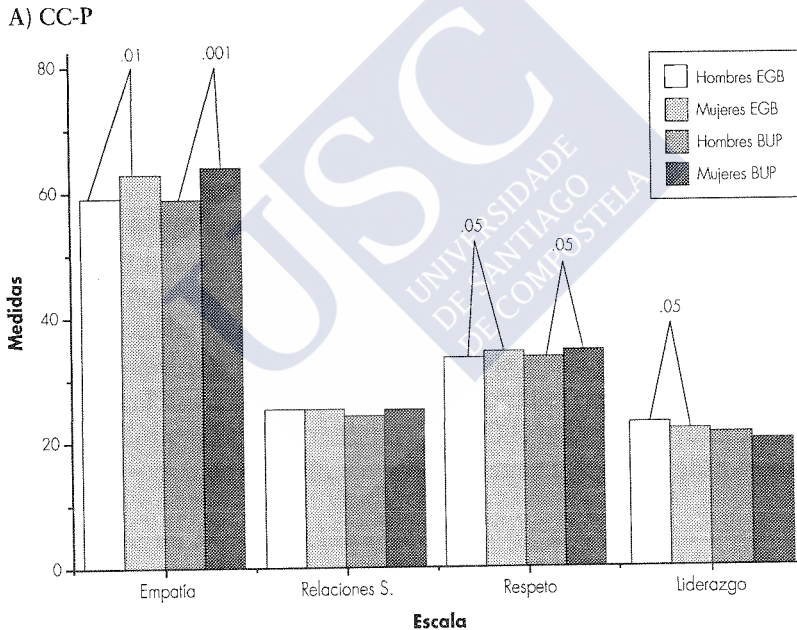
3.3. Análisis estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza

Los análisis diferenciales han tenido como objetivo, en primer lugar, conocer si las variables moduladoras *sexo* y *nivel educativo* tienen distinto poder de incidencia en la *conducta prosocial*. En segundo lugar, se ha evaluado a un grupo de niños con problemas de conducta antisociales con el fin observar las diferencias entre este grupo criterial (n=51) y un grupo de la muestra general (n=102), equiparado por edad, dado que todos los sujetos del grupo criterial eran varones.

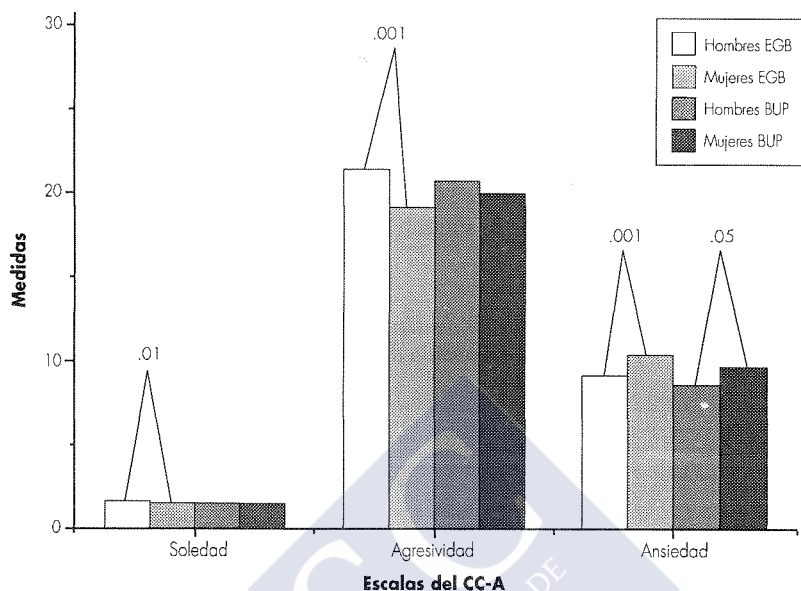
3.3.1. Diferencias en función de la variable sexo en el CC-P y el CC-A

Cuando la variable moduladora es el sexo, excepto en la escala de *Respeto* del CC-P, aparecen diferencias con nivel de significación estadística en todas las escalas. Cuando se tiene en cuenta el nivel académico junto con el sexo, puede observarse (figura 2) cómo el mayor número de diferencias aparecen en las escalas del CC-P. Estos resultados, mayor número de diferencias en conductas sociales o prosociales, vienen repitiéndose en nuestras investigaciones (Martorell, 1982).

Figura 2. Representación de las medias de las escalas obtenidas en el CC-P y en el CC-A en función del sexo en EGB y BUP



B) CC-A



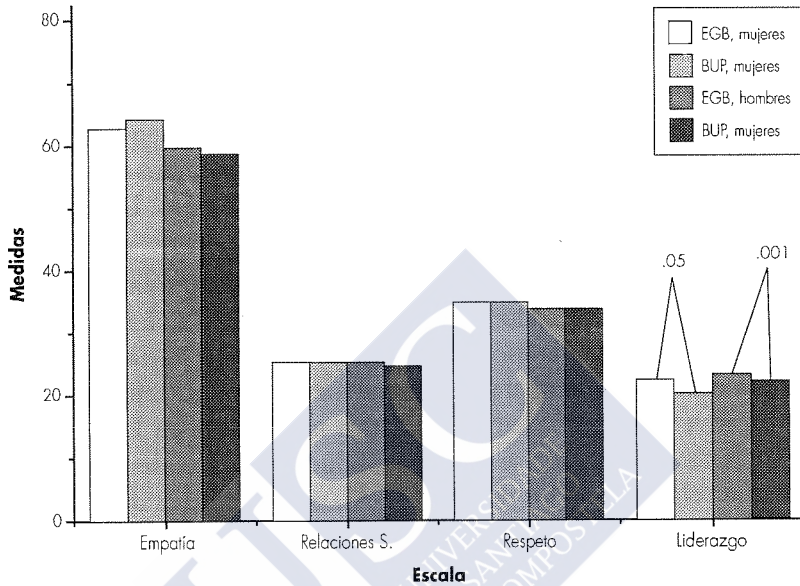
Como bien puede advertirse en la representación gráfica de los datos, las mujeres tienden a puntuar más alto, independientemente del nivel académico, en todas las escalas del CC-P excepto en la escala del *liderazgo*. En cambio, esta tendencia cambia cuando se trata de conductas antisociales, ya que en el CC-A, los hombres puntúan más elevado en las escalas de *soledad* y *agresividad*, mientras que son las mujeres las que puntúan más elevado en la escala de *Ansiedad*. Al igual que sucede con el CC-P, la tendencia de las puntuaciones por sexo se mantiene independientemente del nivel académico.

3.3.2. Diferencias en función de la variable nivel académico en el CC-P y el CC-A

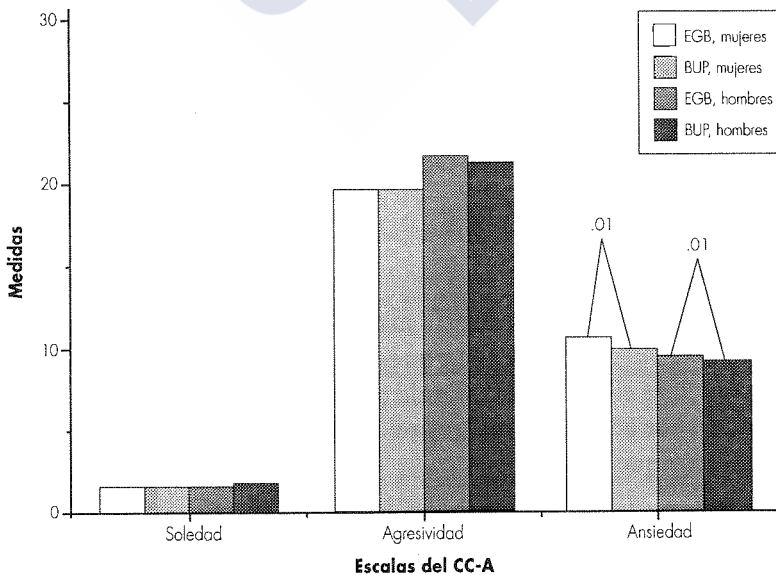
Cuando la variable moduladora es el nivel académico, el número de diferencias con nivel de significación estadística descende. En este caso sólo aparecen diferencias en la escala de *Ansiedad* del CC-A y en la escala de *Liderazgo* del CC-P (figura 3).

Figura 3. Representación de las medidas de las escalas obtenidas en el CC-P y en el CC-A en función del Nivel Académico en función del sexo

A) CC-P



B) CC-A



En ambas escalas, *liderazgo* y *ansiedad*, son los niveles educativos más bajos (EGB) los que puntúan más elevado. En otras palabras, son tanto los hombres como las mujeres de EGB, los que obtienen mayores puntuaciones en ansiedad y en liderazgo. En el CC-P, es de señalar la misma tendencia en las otras tres escalas, mientras que en la CC-A la tendencia se invierte cuando se trata de la escala de *agresividad*, ya que a mayor nivel educativo, mayor agresividad, tanto en hombres como en mujeres.

Dentro del apartado de análisis diferenciales, también entran a formar parte de los resultados comparativos los resultados obtenidos en sujetos provenientes de la muestra general y el grupo criterial ya descrito. La representación gráfica de los datos es la que aparece en la figura 4.

Los resultados llaman poderosamente la atención por la carencia de conductas básicas en el desarrollo de la *conducta prosocial* que muestra el grupo criterial. En concreto, en la escala de *empatía* y *respeto* hacia los demás, es el grupo de la muestra general el que obtiene mayores puntuaciones, alcanzando incluso un nivel de significación estadística importante en la segunda escala (.001). Sin embargo, cuando se evalúan conductas antisociales o conductas que perturban la relación con los demás (CC-A), son los sujetos del grupo criterial los que obtienen puntuaciones más elevadas. En este caso es de interés destacar las altas puntuaciones de este grupo en la escala de *soledad* (nivel de significación estadística de .001), seguida de la de *agresividad*. Sin embargo, no aparecen diferencias entre grupos en la escala de *ansiedad*.

Los resultados obtenidos, tanto en la muestra general como en la comparación establecida con el grupo criterial, ponen de manifiesto el poder discriminante del CC-P y del CC-A, al mismo tiempo que también se pone de manifiesto su utilidad en el estudio de la *conducta prosocial*.

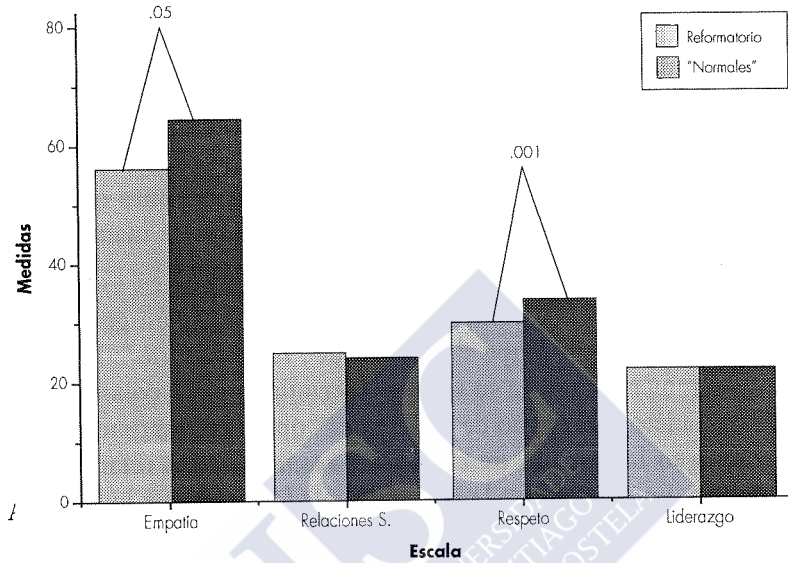
4. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en esta investigación apoyan el hecho de que la estructura del CC-P y del CC-A poseen respaldo empírico y que la información obtenida a través de ellos es válida desde un punto de vista diagnóstico y como base para modificar comportamientos relacionados con la *conducta prosocial*. Así pues, destacar que:

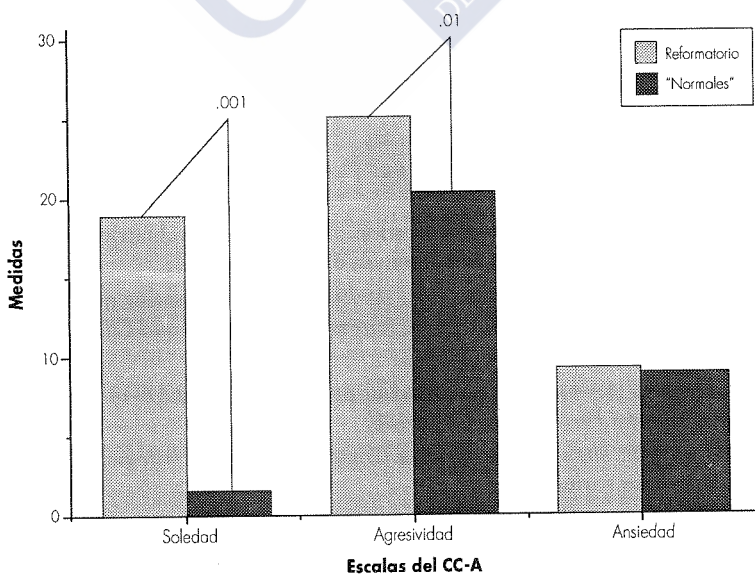
1. En líneas generales, la validez discriminante de ambos instrumentos cuando se toman como referencia las variables *sexo* y *nivel académico* y, por lo tanto *edad*, ya que la correlación entre estas dos últimas variables es muy elevada.

Figura 4. Representación de las medias de las escalas en el CC-P y en el CC-A en el grupo criterial y en el de la muestra general

A) CC-P



B) CC-A



2. Son las mujeres las que obtienen puntuaciones más elevadas en las escalas de *empatía* y *respeto* del CC-P, apareciendo diferencias entre sexo dentro de un mismo nivel académico y manteniéndose dicha tendencia de un nivel a otro. Sin embargo, en la escala de *liderazgo* del CC-P, son los chicos quienes obtienen mayores puntuaciones, incluso con nivel de significación en EGB.
3. Cuando se trata del CC-A, los resultados cambian. Los hombres obtienen mayores puntuaciones en las escalas de *soledad* y *agresividad*. En cambio, las mujeres obtienen mayores puntuaciones en la escala de *ansiedad*. Al igual que en el CC-P, la tendencia se mantiene en todas las escalas cuando se aumenta en nivel académico.
4. Cuando el nivel de comparación se realiza entre un grupo de sujetos “normales” y un grupo de sujetos de “reformatorio”, los instrumentos también muestran su validez discriminante. En concreto, en el CC-P los sujetos del grupo de “normales” obtienen puntuaciones más elevadas en las escalas de *empatía* y *respeto* en las relaciones con los demás. En el CC-A, es la escala de *soledad* en la que mayor diferencia aparece entre grupos (.001), seguida de la *agresividad*. En ambas situaciones puntúa más elevado el grupo de “reformatorio”; sin embargo, no aparece ninguna diferencia entre grupos en la escala de *ansiedad*.
5. Por último, señalar la validez convergente que se da entre la escala de *empatía* del IVE-J y la escala de *empatía* del CC-P, ya que ambas comparten un 25% de la varianza común.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACHEMBACH, T.M. (1966): The classification of children's psychiatric symptoms: A factor analytic study. *Psychological Monographs*, 6 (Whole n° 615).
- ACHEMBACH, T.M. y EDELBROCK, C.K. (1979): The child behavior profile: II. Boys aged 12-16 and girls aged 6-11 and 12-16. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 223-233.
- ACHEMBACH, T.M. (1978): The child behavior profile: I. Boys aged 6-11. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 478-488.
- BATSON, C.D. (1990): *The altruistic question: Toward a social-psychological answer*. Hillsdale, M.J.: Lawrence Erlbaum
- Del BARRIO, V. y cols. (1993) La escala de Evaluación de la Depresión (EDD). En F. Silva y M.C. Martorell (Dir.) *EPIJ. Evaluación de la personalidad infantil y juvenil*. V. III. Madrid: MEPSA
- DEUTSCH, F. y MADLE, R.A. (1975): Empathy: Historic and current conceptualizations measurement and a cognitive, theoretical perspective. *Human Developmental*. 11, 112-113.

- DOVIDIO, J.F. (1984): Helping behavior and altruisme: An empirical and conceptual overview. En L. Berkowitz (Dir) *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 55-66.
- EISENBERG, N. (1986): *Altruistic emotion, cognition and behavior*, N.J.: Lawrence Erlbaum
- EISENBERG, N. y cols. (1987): Psychological indices of empathy. En N. Eisenberg y J. Strayer (Dirs.), *Empathy and its development*. Cambrige: University
- EISENBERG, N. y MILLER, P. (1987): The relation of empathy to prosocial and related behavior, *Psychological Bulletin*, 101, 91-119
- EYSENCK, S.B.G.; EASTING, G. y PEARSON, P.R. (1984): Age nors for impulsiveness, ventu-resomeness and empathy in children. *Personality and Individual Differences*, 5, 315=321
- HIMMELWEIT, H.T. (1970): A factorial sutdy of children's behavior problems. Citado por Eysenck, H.J. en *The structure of human personality*. Londres: Methuen
- HOFFMAN, M.L. (1981a): Is altruism part of human nature? *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 121-137.
- HOFFMAN, M.L. (1981b) The development of empthy. En J.P. Rushton y R.M. Sorrentino (Dirs) *Altruisme and helping behavior: Social, personality and developmental perspecti-ves*. Hillsdale, M.J.: Lawrence Earbaum
- KAUFFMAN, J.M y LEWIS, C.D. (1974): *Teaching children with behavior disorders: Personal perspective*. Ohio: Charles E. Merrill.
- KOHN, M. (1977): *Social competence, sumtons and underachievement in childhood: A longitu-dinal perspective*. Washinton: Winston.
- MARSH, H.W.; PARKER, J. y BARNES, J. (1985): Multidimensional adolescent self-concepts: their relationship to age, sex and academic measures. *American Educational Research Journal*, 22, 422-444.
- MARTORELL, M.C. (1982): Estudio de las conductas de socialización en niños en edad escolar a través de una Batería de Escalas de Estimación. *Tesis Doctoral*, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia.
- MARTORELL, M.C. (1984): Un estudio sobre Autoconcepto en niños delincuentes. *III Congreso Internacional A.E.D.E.S.*, Madrid.
- MARTORELL, M.C. (1986): Autoconcepto: teoría y método. *Universitas*, 8, 105-115
- MARTORELL, M.C. (1987): Progresos en la evaluación del Autoconcepto a través de autoin-formes: El Cuestionario A-2. *II Congreso de Evaluación Psicológica*. Madrid: septiembre
- MARTORELL, M.C. (1988): *Técnicas de evaluación psicológica: Socialización, hiperactividad, autoconcepto y retraso mental*. V. III. Valencia: Promolibro.
- MARTORELL, M.C. y A. MIRANDA (1987a): Depresión infantil, autoconcepto, locus de control y rendimiento académico. *II Congreso de Evaluación Psicológica*. Madrid.
- MARTORELL, M.C. y MIRANDA, A (1987b): Estudio comparativo de la estructura del CDI de Kovas y su relación con soledad en niños en edad escolar. *II Congreso de Evaluación Psicológica*. Madrid.
- MARTORELL, M.C. y cols. (1990b): Autoconcepto y estrés. *II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos*. Valencia.
- MARTORELL, M.C. y cols. (1993): Escala de Autoconcepto. En F. Silva y M.C. Martorell (dirs.), *Evaluación de la personalidad infantil y juvenil*. Madrid: MEPSA.
- MARTORELL, M.C. y SILVA, F. (1993): Escala de impulsividad, afán de aventura y empatía. En F. Silva y M.C. Martorell (dirs.), *Evaluación de la personalidad infantil y juvenil*. Madrid: MEPSA

- MARTORELL, M.C.; GONZÁLEZ, R.; ALOY, M. y GÓMEZ, O. (1993): ¿Qué se entiende por socialización? ¿es una realidad o una utopía? 2nd. *Internacional Conference of Psychological Intervention and Human Development: Educational and Community Intervention*. Valencia.
- MARTORELL, M.C. y cols. (1990a): Assessing behavioural problems and assets in children and adolescents. *Personality and Individual Differences*. 11, 12, 1221-1226.
- MILLON, T. (1967): *Theories of psychopatology*. Philadelphia: Saunders.
- PETERSON, D.R. (1968): *A clinical study of social behavior*. NuevaYork: Appleton Century-Crofts.
- QUAY, H.C. y WERRY, J.S. (1979): *Psychopathological disorders of childhood*. NuevaYork: Wiley
- RADKE-YARROW, M.; ZAHN-WAXLER, C. y CHAPMAN, M. (1983): Prosocial dispositions and behavior. En Mussen (Dir.) *Manual of child psychology* (Vol. 4, E.M. Heltherington, Dir.), *socialization, personality and social development*. NuevaYork: Wiley
- RHODES, W.C. y TRACY, M.L. (1972): *A study of child variance*. V. I. Michigan: University.
- ROSS, J.A. (1977): Use of Teacher and peers to control Classroom thumb sucking. *Psychological Reports*. 34, 327-330.
- SILVA, F. Y MARTORELL, M.C. (1991): La Batería de Socialización: nuevos datos sobre estructura y red nomológica. *Evaluación Psicológica/Psychological Assessment*, 7, 3, 349-367
- SILVA, F. y MARTORELL, M.C. (1983): BAS-1 y 2. *Batería de Socialización (para profesores y padres)*. Madrid: TEA
- SILVA, F. y MARTORELL, M.C. (1987): *Batería de Socialización - Autoevaluación (BAS-3)*. Madrid: TEA
- SILVA, F. y MARTORELL, M.C. y CLEMENTE, A. (1987): El cuestionario 16 (junior): adaptación española. *Evaluación Psicológica/Psychological Assessment*. 3, 55-78
- SPIVACK, G. y SWIFT, M. (1973): The classroom behavior of children: A critical review of teacher-administered rating scales. *Journal of Special Education*, 7, 1, 55-89.

Autoconcepto y fracaso escolar en la adolescencia: un acercamiento psicosocial

ESTRELLA ROMERO; M^a ÁNGELES LUENGO; y JOSÉ M. OTERO-LÓPEZ
Universidad de Santiago de Compostela. España

1. PREDICCIÓN DEL FRACASO ESCOLAR: INTERÉS DE LAS VARIABLES PSICOSOCIALES

El fracaso escolar constituye un problema que suscita grandes dosis de interés y preocupación en padres, educadores y científicos sociales. Las amplias dimensiones de las que año tras año hace gala este fenómeno y el malestar que genera en no menos amplios sectores de la población representan además un importante foco de atención para los gestores políticos que, cíclicamente, intentan remontar el problema a través de costosas inversiones en “*reformas*” educativas más o menos afortunadas.

Desde las ciencias sociales, la explicación, la prevención y el tratamiento del fracaso y la inadaptación escolar son todo un desafío al que se ha intentado responder bajo prismas diferentes. Así, la sociología de la educación ha hecho hincapié clásicamente en las desigualdades en la distribución de riqueza y poder a lo alto del sistema de estratificación social (Bordieu y Passeron, 1977; Gilly, 1967); la clase social (*conceptuada y operativizada de múltiples modos*) ha sido, en este sentido, el constructo “*estrella*”, al que se le han atribuido gran parte de los problemas de desadaptación en el medio escolar. Por otra parte, desde la pedagogía, la atención se ha ubicado fundamentalmente en la estructuración del microsistema educativo; en este sentido, la articulación de los “*currícula*” académicos y el análisis y renovación de los procedimientos educativos han ocupado buena parte de la reflexión e investigación realizada desde este ámbito.

En el campo de la psicología, las variables intelectuales y aptitudinales han constituido históricamente el centro más importante del interés de los in-

vestigadores. Sin embargo, a pesar del consenso existente acerca del fuerte impacto de este tipo de variables, se ha reconocido también que una gran parte de la varianza del rendimiento académico no puede explicarse a partir de ellas (ver, por ejemplo, Zarb, 1981). Es por ello por lo que los psicólogos han intentado a menudo identificar los factores del individuo o de su medio que complementan a esos aspectos más aptitudinales en la explicación del logro escolar.

En este sentido, la psicología social (*y, más en concreto, lo que se ha dado en llamar "Psicología Social de la Educación"*), se ha visto atraída por la potencial relevancia de toda una serie de variables relativas al marco de vivencias del individuo en su espacio microsocioal. Las experiencias afectivas y disciplinarias en el mundo familiar (e.g. Simmons y cols, 1991; Cutrona y cols., 1994) y la atmósfera de interacciones presente en entornos también inmediatos como el grupo de iguales (Vandell y Hembree, 1994) o el propio mundo escolar (cf. Alañón, 1991) se han supuesto, en este sentido, predictores de los patrones de adaptación/desadaptación del sujeto a las exigencias de las estructuras educativas.

Pero no sólo ese terreno de actividades de interacción, topográficamente "*externo*" al individuo, ha recabado la atención de los psicólogos sociales interesados en lo educativo. Un buen número de variables intrapersonales, diferentes a las habilidades intelectuales clásicas, se ha abierto un espacio en la matriz de predictores del logro académico.

Una constelación de este tipo de factores se corresponde a lo que a menudo se conoce con el nombre de variables "*temperamentales*". Toda una serie de "*estilos*" de acción relativos a cuestiones tales como el grado de sociabilidad, emocionalidad o distractibilidad han sido protagonistas de diversos estudios sobre el tema que nos ocupa. Así, por ejemplo, el poder de predicción sobre el rendimiento escolar por parte de las dimensiones que configuran el supraesquema taxonómico de personalidad de Eysenck (i.e., extraversión, neuroticismo y psicoticismo) ha sido examinado en estudios como los de Eysenck y Cookson (1969), Anthony (1977) o Savage (1972); y aunque los resultados han mostrado a veces matices contradictorios o poco clarificados (Mehryar y cols., 1975; Anthony, 1977), lo cierto es que el potencial valor predictivo de este tipo de dimensiones no deja de resultar sugerente.

No obstante, otras dimensiones intrapersonales de índole más sociocognitiva han tendido a acaparar más altas cotas de atención (e.g., Montero, 1990; Sánchez, 1985). La razón de que esto haya sido así radica probablemente en la mayor ductilidad de estas variables ante posibles intervenciones preventivas o interventivas; en definitiva, en su mayor susceptibilidad al cambio.

Dentro de esta categoría de factores, se ha examinado el papel de variables tales como valores y nivel de aspiraciones, expectativas, patrones de atribución... Sin embargo, uno de los tópicos más recurridos en la literatura de esta área de estudio ha venido constituido por las cogniciones y los afectos relativos al “self”, esto es, el autoconcepto/autoestima.

2. FUNCIÓN DE LA AUTOESTIMA EN LA EXPLICACIÓN DEL RENDIMIENTO ACADÉMICO

En efecto, el autoconcepto/autoestima ha sido el tema central de numerosos trabajos llevados a cabo durante los últimos 30 años en la literatura sobre el rendimiento académico (e.g., Bridgeman y Shipman, 1978; Diesterhaft y Gerken, 1983; Maruyama, Rubin y Kingsbury, 1981; Rogers, Smith y Coleman, 1978, entre otros muchos).

La atención suscitada por este constructo se enmarca dentro del “boom” (cf. González y Tourón, 1992), experimentado por las variables relativas al “self” en las ciencias sociales de las últimas décadas. Y es que tras una larga etapa en la historia académica de la psicología, en la que el deseo de construcción de una ciencia “objetiva” contuvo cualquier intento de abordar el universo de lo intrasubjetivo, el reverdecer que en los 60 experimentaron los planteamientos epistemológicos de corte más “cognitivista” facilitó el que numerosos investigadores volviesen los ojos hacia el complejo entramado de constructos referentes al “yo”. Fue así como las cogniciones y los afectos experimentados hacia uno mismo comenzaron a ser reconocidos por la psicología científica como elementos nucleares en la vertebración del mundo psicosocial del ser humano. El autoconcepto pasó, pues, a ser visto como piedra angular para la comprensión de múltiples aspectos del comportamiento; la motivación de la conducta, el ajuste sociopersonal, los “estilos” y la eficacia de la interacción en las relaciones interpersonales fueron sólo algunos de los tópicos en cuyo análisis la autoestima se erigió rápidamente como variable de interés prioritario.

Los investigadores afanados en la predicción psicosocial del rendimiento académico no permanecieron ajenos a esta corriente de interés y dieron cabida al autoconcepto en un amplísimo número de trabajos (ver las revisiones de Wylie, 1979, Hansford y Hattie, 1982, o Byrne, 1984). En muchos de tales trabajos (e.g., Boersma y Chapman, 1985; Hart, 1985; Watkins y Astilla, 1980) se ha abordado simplemente la correlación existente entre la autoestima, operativizada de muy diferentes formas, y el logro escolar, también medido a través de distintas modalidades evaluativas. La naturaleza heterogénea que ha caracteri-

zado a este tipo de estudios ha conducido a que los resultados de este tipo de trabajos arrojasen índices de covariación de diversa magnitud e incluso de distinto signo (ver, a este respecto, el metaanálisis de Hansford y Hattie, 1982). No obstante, la conclusión que con mayores visos de realidad puede ser extraída de este cúmulo de estudios, y la más aceptada entre los investigadores, es que entre ambas variables existe una correlación positiva y estadísticamente significativa, aunque de intensidad sólo moderada (cf. Burns, 1979; Wylie, 1979; Byrne, 1984).

Mayores discrepancias se presentan a la hora de la interpretar ese patrón de covariación. A juicio de algunos autores, la correlación existente entre estos constructos sería fundamentalmente un indicativo de que una autoestima positiva favorece una ejecución eficaz. En esta línea se situarían los trabajos de investigadores como Shavelson y Bolus (1982), quienes encontraron apoyo a la idea de que es la autoestima la que afecta al rendimiento. Una segunda hipótesis, sin embargo, postularía una influencia en dirección inversa, i.e., es el rendimiento el que ejerce efectos sobre la autoestima (e.g., Schoeder y Schoenback, 1989). Estas dos posturas han dado lugar, como indican Calsyn y Kenny (1977), al debate entre los llamados teóricos del “*Self Enhancement*” y los teóricos del “*Skill Enhancement*”. Desde la primera de estas perspectivas se defiende la implementación de programas dirigidos a la promoción de una autoestima positiva como una vía útil para la mejora del rendimiento escolar. Por el contrario, la posición del “*Skill Enhancement*” sugiere el proceso inverso. En concreto, postula la necesidad de desarrollar las capacidades intelectuales a fin de mejorar el rendimiento académico; como consecuencia de esta mejora, se afirma, los niveles de autoestima se verán elevados.

Pero estas dos hipótesis interpretativas no son las únicas que han aparecido en la literatura sobre el tema. A ellas hay que añadir la sostenida por investigadores como Marsh (1990) o Boersma y Chapman, (1985), quienes plantean la existencia de una causalidad recíproca entre autoestima y rendimiento. Y hay que añadir también la postura de aquellos que afirman que la asociación estadística entre autoestima y rendimiento es demasiado débil como para indicar la presencia de una relación causal significativa entre ambos constructos (cf. Hattie, 1992).

Así pues, la naturaleza de la relación entre autoestima y rendimiento permanece confusa. Ante la diversidad de planteamientos formulados al respecto, diferentes autores han sugerido la necesidad de atender a posibles factores moderadores, como el sexo (e.g., Calsyn y Kenny, 1977; Bridgeman y Shipman, 1978), y han señalado además la necesidad de adoptar ciertas estrategias metodológicas a fin de superar las limitaciones de los estudios previos. En particu-

lar, la utilización de diferentes índices de autoconcepto/autoestima, el trabajo con muestras amplias de sujetos y la utilización de diseños longitudinales en los que se cuente con más de una medición de ambos constructos son vías de acción que los investigadores del área han recomendado en los últimos años para lograr una correcta evaluación de la vinculación entre la autoestima y el rendimiento (cf., por ejemplo, Hattie, 1992; Maruyama, Rubin y Kingsbury, 1981; Pottenbaum, Keith y Ehly, 1986). Partiendo de estas coordenadas, y a fin de clarificar en lo posible la relación existente entre ambos constructos, nuestro equipo de investigación ha llevado a cabo el estudio empírico que a continuación se describe.

3. PLANTEAMIENTO EMPÍRICO

3.1. Objetivos

El trabajo se planteó con un doble objetivo. En primer lugar, examinar los patrones de covariación entre el rendimiento académico de los adolescentes y diferentes factores psicosociales que los trabajos realizados sobre el tema (ver más arriba) revelan como predictores del logro o el fracaso escolar. De acuerdo con la literatura previa, en esta matriz de predictores incluimos variables representativas de los ámbitos familiar, escolar, grupal y personal (entre ellas, la autoestima). Este examen nos permitió evaluar en qué medida y de qué modo esas diversas variables se asocian con el rendimiento. Además, y más específicamente, nos permitió aquilatar el poder predictivo del autoconcepto/autoestima cuando se lo compara con el de otros factores de carácter también psicosocial sugeridos en esta área de estudio.

Con nuestro segundo objetivo pretendimos, precisamente, profundizar en el análisis de la relación entre autoestima y rendimiento. En concreto, nos propusimos examinar en qué medida se veían apoyadas las diferentes hipótesis relativas a la naturaleza de esa asociación. Para ello, siguiendo las recomendaciones de la literatura, analizamos los datos longitudinales recogidos en una amplia muestra de varones y mujeres adolescentes; en esta muestra se registró, en dos cursos académicos sucesivos, tanto el rendimiento como diferentes medidas de la autoestima.

3.2. Método

3.2.1. *La muestra*

Conforman nuestra muestra un total de 883 adolescentes escolarizados en la enseñanza secundaria (un 54.4%) o en los últimos años de la educación

primaria (un 45.6%). Un 46.3% de la muestra (i.e., 411 sujetos) fueron varones; y un 53.5% (i.e., 472 sujetos) fueron chicas. En lo referente al lugar de residencia habitual, un alta proporción de individuos vivía habitualmente en ciudades (un 71.9%), mientras que un 28.1% residía en zonas rurales. Atendiendo al tipo de centro de enseñanza al que los sujetos asistían, cabe destacar que el 76.0% de los individuos estaban escolarizados en el sistema de enseñanza público; el 24.0% restante, por el contrario, acudía a centros privados. Todos los sujetos contaban, en la primera recogida de datos, con edades comprendidas entre los 12 y los 15 años, con una media de 13.37 para los chicos y de 13.33 para las chicas.

3.2.2. *Variables e instrumentos*

Como avanzamos más arriba, en el presente estudio incorporamos un conjunto de variables pertenecientes a los diversos ámbitos psicosociales y personales que la literatura previa ha revelado como potenciales fuentes de influencia sobre el rendimiento del individuo. La evaluación de todas estas variables, así como del propio logro escolar del sujeto, fue llevada a cabo a través de instrumentos tipo autoinforme.

• *El ámbito familiar*

Como variables representativas del “clima” de interacciones experimentado en el medio familiar, hemos escogido dos tipos de factores. Por una parte, la vinculación afectiva del adolescente con sus padres y, por otra, las prácticas educativas/disciplinarias ejercidas por los padres.

La medida de la vinculación afectiva del adolescente con sus padres fue efectuada a través del *Inventory of Parent and Peer Attachment*, desarrollado por Armsden y Greenberg (1987). Este instrumento permite evaluar el apego del adolescente con sus padres y con sus amigos. En lo que se refiere a los padres, el inventario consta de dos escalas de 25 ítems cada una, que evalúan, respectivamente, el apego con el padre y el apego con la madre. Ambas escalas constan, a su vez, de tres dimensiones: una dimensión de “*Confianza*” (comprensión y respeto percibidos con las figuras de apego), una de “*Comunicación*” (intensidad y calidad de las interacciones de las comunicaciones verbales), y una tercera de “*Alienación*” (tensión y aislamiento experimentados en las interacciones con los padres); la puntuación total de apego para cada una de las figuras parentales se obtiene sumando las puntuaciones de “*Confianza*” y “*Comunicación*”, y restando a continuación la puntuación en “*Alienación*”.

En lo tocante a las prácticas disciplinarias de que es objeto el sujeto, utilizamos el *Inventario Cornell de Socialización* (Devereux et al., 1974). Este ins-

trumento permite evaluar el grado en que diferentes agentes socializadores (padres, amigos, profesores...) emiten diversos tipos de conductas normativo-disciplinarias tales como demandas de logro, castigo, ayuda.... En concreto, el instrumento se estructura en torno a dos dimensiones: “*Apoyo*” y “*Disciplina*”, que indica el grado en el cual el adolescente se ve sometido a pautas educativas coercitivas (castigo, severidad, amenazas...). En el presente trabajo les pedimos a los sujetos que respondiesen al Inventario Cornell haciendo referencia a, por una parte, su padre y, por otra, su madre; y para la realización de nuestros análisis estadísticos se tomaron en consideración las puntuaciones obtenidas tanto en el factor de “*Apoyo*” como en el de “*Disciplina*”.

- *La escuela*

Como medida de la implicación afectiva del sujeto con su entorno escolar utilizamos tres ítems referidos, respectivamente, al grado en que el sujeto se sentía apreciado por los profesores, el grado en que se sentía apreciado por sus compañeros y a la satisfacción global experimentada en el medio escolar. Todos los ítems fueron presentados con un formato de respuesta tipo Likert de seis puntos; el índice de implicación afectiva con la escuela (que, dicho sea de paso, ha sido utilizado ya en trabajos previos con resultados satisfactorios; (Luengo, Otero-López, Carrillo y Romero, 1992) fue el resultante de la suma de las puntuaciones obtenidas en cada uno de estos tres elementos.

- *El grupo de amigos*

Las variables relativas al grupo de iguales utilizadas en este estudio fueron análogas a las relativas a la familia. Y los instrumentos utilizados fueron esencialmente los mismos.

Así, como medida del apego a los iguales utilizamos el *Inventory of Parent and Peer Attachment* en su versión referente a los amigos; la puntuación de apego total se obtiene, también en este caso, sumando las puntuaciones de los factores de Confianza y Comunicación y sustrayendo la puntuación en Alienación.

Para evaluar las interacciones normativas y disciplinarias que tienen lugar en el grupo de amigos del sujeto, usamos también en *Inventario Cornell de Socialización*, de Devereux y cols., (1974). Los ítems del inventario fueron los mismos que los utilizados a tenor de los padres; la única diferencia estribaba en que las cuestiones se referían ahora a los “*mejores amigos*”. De igual modo que lo efectuado en el caso de los padres, fueron consideradas en este trabajo las puntuaciones de las dos dimensiones que configuran el inventario, i.e., el *apoyo* y la *disciplina*.

- *Variables personales*

Como apuntábamos en una primera sección de este trabajo, las variables personales que han sido estudiadas en relación al logro académico pueden ser categorizadas en dos grupos. Por una parte, nos encontraríamos con las variables “*temperamentales*” clásicas, que tradicionalmente se han visto estrechamente (aunque no exclusivamente) ligadas a diferencias individuales de orden biológico-constitucional (ver, por ejemplo, Bates y Wachs, 1994). Entre estas variables (que en los últimos tiempos están siendo centro de atención de ricas corrientes de investigación) destacan las que articulan el modelo de personalidad de Eysenck (e.g., Eysenck y Eysenck, 1985), viz., la extraversión, el neuroticismo o estabilidad/inestabilidad emocional y el psicoticismo. Para la medición de estas tres dimensiones de la personalidad, utilizamos la versión española del *Eysenck Personality Questionnaire* (Eysenck y Eysenck, 1975), en su modalidad “*Junior*” para sujetos jóvenes.

Además de los suprafactores eysenckianos, en nuestro estudio hemos incluido otra variable “*temperamental*”, cuyo estudio ha concitado también un amplio interés por parte de los investigadores de distintas áreas de la psicología: la variable impulsividad. Las dificultades en el autocontrol del comportamiento o la incapacidad para prever las consecuencias de la propia conducta (aspectos ambos implícitos comúnmente en la conceptualización de la impulsividad) han sido vistos por numerosos teóricos e investigadores como elementos clave para entender la aparición de múltiples “*conductas problema*” en niños y jóvenes (McCown, Johnson, y Shure, 1993; Luengo, Carrillo, Otero-López y Romero, 1994). La dimensión impulsividad-autocontrol ha demostrado ser, a lo largo de un vasto caudal de trabajos empíricos, un potente correlato de diferentes patrones de inadaptación a los entornos de socialización convencionales y se revela también como un predictor potencialmente útil del fracaso/éxito escolar de los adolescentes. La impulsividad fue evaluada en el presente estudio a través del cuestionario I.6, elaborado por Eysenck, Easting y Pearson (1984).

El otro conjunto de variables personales viene configurado por toda una serie de características individuales cuyo desarrollo se asienta fuertemente en el proceso de socialización de que es objeto el individuo; todo un conjunto de variables que atañen en gran medida a las percepciones (o, más exactamente, “*cogniciones*”) que el individuo sostiene acerca de sí mismo y acerca de su mundo social. Son las variables que antes hemos denominado de orden “*socio-cognitivo*”.

Entre las numerosas variables de esta índole que han sido analizadas en la literatura, en el presente estudio hemos elegido por una parte el nivel de aspiraciones del adolescente en lo relativo al mundo escolar y, por otra, lo que constituyó el centro de gravedad de este trabajo: la variable autoestima.

Para la evaluación de la primera de estas variables utilizamos una de las escalas del *Cuestionario de Anomia*, elaborado por Elliott, Huizinga y Ageton (1985) en el marco de sus estudios sobre desviación social. Elliott y cols. desarrollaron este cuestionario como un instrumento de medida de la “tensión” o discrepancia entre las aspiraciones y los logros obtenidos por los adolescentes en diferentes espacios psicosociales. En este trabajo utilizamos, en concreto, la escala de aspiraciones escolares; dicha escala consta de cinco ítems referidos a la importancia concedida por el sujeto a cuestiones tales como obtener un rendimiento académico superior al resto de la clase, hacer los trabajos escolares sin ayuda de nadie, ser reconocido como buen estudiante.

En cuanto a la autoestima, utilizamos dos instrumentos de medición: La *Escala de Autoestima de Rosenberg* (1965) y el *Inventario de Autoestima de Coopersmith* (1959). La escala de Rosenberg consta de 10 ítems que se presentan habitualmente con un formato de respuesta tipo Likert (en este caso, de cuatro alternativas) y es uno de los instrumentos más populares y más válidos para la medida de los sentimientos globales de autovaloración (cf. Romero, Luengo y Otero-López, 1994).

A diferencia de la escala de Rosenberg, el Inventario de Coopersmith fue creado con el fin de evaluar la autoestima referida a contextos más específicos en la vida del adolescente. Consta de 58 elementos con un formato de respuesta dicotómico (Sí/No) y ha sido utilizado en un amplio número de estudios sobre tópicos muy diversos, entre ellos, el logro académico (e.g., Maruyama y cols., 1981). La factorización llevada a cabo con una muestra de adolescentes españoles por García Torres (1981) ha mostrado que los ítems de este instrumento se agrupan en cuatro dimensiones. Una de ellas que incluye elementos referidos a una autoestima “genérica”, global; es lo que García Torres denominó “autocrítica”. Otras dos dimensiones se refieren a autoestima experimentada en los ámbitos de la relaciones con la familia y con los amigos, respectivamente. Y otro de los factores, llamado por esta autora “descontento consigo mismo”, agrupa elementos referidos a la autoestima en el contexto escolar, si bien incluye también ítems con un contenido más general. En este trabajo tuvimos en cuenta la estructura mostrada por el Inventario en los adolescentes españoles y utilizamos como indicadores de autoestima las puntuaciones obtenidas por los sujetos en cada una de las citadas dimensiones.

• Rendimiento académico

La evaluación del rendimiento académico de nuestros sujetos se realizó tomando como índice el número de asignaturas suspendidas en la convocatoria de junio del curso académico previo. Para ello, se elaboró un ítem *ad hoc*, en el cual se le pedía directamente al sujeto esa información.

3.2.3. Procedimiento de aplicación de las pruebas

Todos los instrumentos que acabamos de describir fueron administrados a nuestra muestra de sujetos en dos cursos académicos sucesivos; la distancia temporal entre una y otra recogida de datos fue de aproximadamente 12 meses.

En ambas ocasiones, los instrumentos fueron aplicados de forma colectiva (en grupos de entre 10 y 40 sujetos), y se efectuó en las aulas donde los sujetos cursaban sus estudios. En las instrucciones aportadas a los sujetos se hizo hincapié en que la participación sería voluntaria y en que los datos recogidos serían en todo caso anónimos y confidenciales.

• Análisis estadísticos

Primer objetivo. Para el logro del primer objetivo (examinar la covariación entre el rendimiento académico y los distintos factores psicosociales, prestando especial atención a la variable autoestima), realizamos dos tipos de análisis estadísticos: análisis de correlación y análisis de regresión.

El *análisis de correlación* nos permitió examinar la asociación estadística existente entre cada uno de los factores considerados y el número de suspensos. Por medio de este análisis pudimos conocer con qué intensidad y con qué signo se presenta la covariación entre el rendimiento y las diversas variables familiares, escolares, grupales y personales (incluida la autoestima).

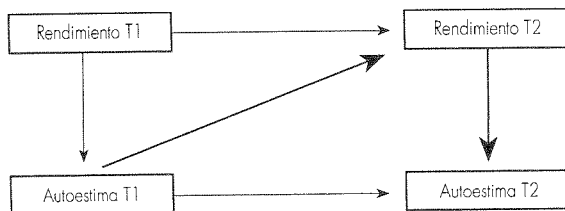
A fin de conocer cuáles de las variables, cuando se consideran conjuntamente, contribuyen en mayor grado a “dar cuenta” de la varianza en nuestro índice de rendimiento, utilizamos el *análisis de regresión*, en su modalidad “paso a paso”. Este tipo de análisis, que selecciona en etapas sucesivas aquellas variables con una mayor potencia en la predicción estadística de la variable criterio, nos permitió además comprobar si la autoestima, cuando se la considera junto con los otros factores, tiene un “peso” significativo en la “explicación” de la varianza del rendimiento académico de los sujetos.

Tanto el análisis de correlación como el análisis de regresión se llevaron a cabo sobre los datos recabados en el primer año del estudio. El programa SPSS-X fue el utilizado para la ejecución de ambos tipos de análisis.

Segundo objetivo. Para examinar en qué medida se veían apoyadas las diferentes hipótesis concernientes a la naturaleza de la asociación entre autoestima y rendimiento, analizamos longitudinalmente nuestros datos. A fin de conocer en qué medida la autoestima predice el rendimiento posterior y en qué medida el rendimiento previo predice la autoestima, realizamos, a través del programa informático LISREL VI, una serie de *análisis de ecuaciones estructurales*

con variables observadas. La secuenciación temporal de las variables evaluadas en nuestro estudio (*Rendimiento T1 - Autoestima T1 - Rendimiento T2 - Autoestima T2*) nos condujo a plantear el modelo de partida del modo que se esquematiza en la Figura 1.

Figura 1. Modelo para la estimación del poder predictivo de la autoestima sobre el rendimiento y del rendimiento sobre la autoestima



Tal y como se indica en la figura, nuestros análisis nos permitieron examinar, en concreto:

- 1) en qué medida la autoestima evaluada el primer año del estudio permite predecir el rendimiento evaluado el año posterior, una vez controlado estadísticamente el rendimiento del año previo y
- 2) en qué medida el rendimiento predice la autoestima del año siguiente, controlados también los niveles de autoestima previos.

Los coeficientes del modelo (que fueron estimados a través del método de máxima verosimilitud) fueron obtenidos para cada una de las dimensiones de autoestima. Además, tanto estos análisis como los correspondientes al primero de los objetivos fueron efectuados por separado para las muestras de varones y mujeres.

4. RESULTADOS

4.1. Análisis de correlación

Los índices de correlación obtenidos para las muestras de chicos y chicas, así como sus correspondientes niveles de significación, se presentan en la Tabla 1. La tabla nos presenta unos patrones de covariación que resultan en buena medida concordantes con lo planteado por la literatura sobre el tema. Los factores que indican la presencia de un clima de relaciones positivo en los distintos ámbitos de socialización se asocian negativamente con el número de suspensos; así ocurre, por ejemplo, con el apego (a los padres, a los amigos o al medio escolar) y con el apoyo recibido por la familia y por los iguales. Y, por el contrario, las variables que implican un sistema de interacciones empobrecido o conflictivo muestran correlaciones positivas con el fracaso escolar; es éste el caso, por ejemplo, de la “disciplina” (recordemos que esta dimensión del Inventario

Cornell hace referencia a un sistema coercitivo de pautas normativas), tanto por parte del padre como por parte de la madre.

En cuanto a las variables personales, el número de suspensos tiende a correlacionar positivamente con psicoticismo e impulsividad; y tiende a correlacionar negativamente con las aspiraciones escolares, la extraversión y la autoestima. A este respecto, es necesario anotar que, a pesar de que las denominaciones que reciben algunas de las dimensiones del inventario de Coopersmith denotan una baja autovaloración (*“descontento consigo mismo”*, *“autocrítica”*), en el presente trabajo todos los ítems (incluidos los de estas dimensiones) fueron codificados de forma que una alta puntuación reflejase una alta autoestima. Así pues, no debe extrañar que se obtenga una correlación negativa entre fracaso escolar y *“descontento consigo mismo”*, dado que una alta puntuación en *“descontento consigo mismo”* indica en realidad una alta autovaloración.

Tabla 1. Coeficientes de correlación de Pearson entre el número de suspensos y las diversas variables psicosociales consideradas.

		VARONES	MUJERES
FAMILIA	Apego con el padre	-.10*	-.11**
	Apego con la madre	-.03	-.08*
	Apoyo padre	-.15**	-.13**
	Disciplina padre	-.08*	-.10**
	Apoyo madre	-.12**	-.10**
	Disciplina madre	-.02	-.11**
ESCUELA	Vinculación afectiva con el medio escolar	-.22***	-.19***
AMIGOS	Apego con los amigos	-.04	-.10*
	Apoyo amigos	-.11*	-.00
	Disciplina amigos	-.05	-.04
VARIABLES PERSONALES	Extraversión	-.01	-.11**
	Neuroticismo	-.08*	-.00
	Psicoticismo	-.19***	-.18***
	Impulsividad	-.18***	-.01
	Aspiraciones escuela	-.09*	-.05
	Autoestima Rosenberg	-.12**	-.04
	Autocrítica	-.01	-.02
	Autoestima familia	-.13**	-.11**
	Autoestima en las relaciones con los iguales	-.02	-.00
	Descontento consigo mismo	-.18***	-.09*

Nota: * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

Centrándonos en la autoestima, encontramos que las dimensiones que presentan una más elevada asociación estadística con el rendimiento son el “*descontento consigo mismo*” (que, como indicamos más arriba, incluye items referidos a la autoestima experimentada en el contexto escolar, aunque incorpora también elementos de carácter más general) y la autoestima sentida en las relaciones con la familia. Las dimensiones que, por el contrario, muestran los índices menos intensos son la “*autocrítica*” y la autoestima experimentada en el grupo de iguales; en ambos casos los coeficientes fueron prácticamente nulos.

En general, la asociación entre autoestima y número de suspensos tiende a presentarse con una intensidad ligeramente mayor en los chicos que en las chicas; así, ocurre por ejemplo, el en caso de la escala de Rosenberg (-.12 en varones y -.04 en mujeres) y en el factor “*descontento consigo mismo*” (-.18 en varones y -.09 en mujeres).

Pautas de correlación diferentes en chicos y chicas se observan también en otras de las variables psicosociales consideradas. Así, por ejemplo, la “*disciplina*” por parte de la madre y el apego con los amigos se relaciona significativamente con el rendimiento de las chicas, pero no de los chicos.

Las diferencias más llamativas se obtienen, sin embargo, en las variables temperamentales. Destaca especialmente el papel modulador que parece ejercer el sexo en la relación del rendimiento con la extraversión y la impulsividad. La impulsividad se asocia de un modo altamente significativo con el número de suspensos en los chicos; y, sin embargo, la correlación se aproxima a cero en las chicas. Y, por el contrario, la extraversión se relaciona significativamente con el rendimiento de las chicas, pero no de los varones.

En general, la magnitud de los índices obtenidos fue moderada o baja. Los coeficientes más altos se observaron en el apego a la escuela (-.22 en varones y -.19 en mujeres), en el psicoticismo (-.19 y -.18) y en la impulsividad y el “*Descontento consigo mismo*” de los varones (-.18 y -.18, respectivamente).

Los índices correspondientes a la autoestima presentaron, en general, unos valores semejantes a los obtenidos con la mayoría de los factores evaluados en este trabajo. No obstante, a fin de conocer con mayor exactitud qué aportación realiza la autoestima a la predicción del rendimiento cuando se la considera conjuntamente con el resto de los factores, se realizaron los análisis de regresión.

4.2. Análisis de regresión

Los principales resultados de los análisis de regresión se presentan en la Tabla 2. Como puede apreciarse en esa tabla, en la muestra de varones la ecuación de regresión sólo da cabida al apego a la escuela y al psicoticismo, mientras que con la muestra de mujeres se seleccionan como predictores significativos el apego a la escuela, el psicoticismo, la disciplina ejercida por los amigos y la ejercida por el padre. Así pues, cuando atendemos a las variables potencialmente predictoras en su conjunto la contribución de la autoestima no resulta ser estadísticamente relevante. Cabe destacar, por lo demás, que la proporción de varianza explicada por los análisis de regresión fue baja (el 6% en los varones y el 8% en las mujeres).

Tabla 2. Resultados de los análisis de regresión "stepwise" tomando como variable criterio el número suspensos y como variables predictoras los diferentes factores psicosociales evaluados.

VARONES						
PASOS	VARIABLES	R	R ²	Increment. R ²	F	Nivel signif.
1	Vinculación afectiva con el medio escolar	.21	.04	.04	16.1	.000
2	Psicoticismo	.25	.06	.02	7.8	.005
MUJERES						
PASOS	VARIABLES	R	R ²	Increment. R ²	F	Nivel signif.
1	Vinculación afectiva con el medio escolar	.19	.03	.03	16.8	.000
2	Psicoticismo	.23	.05	.01	7.8	.005
3	Disciplina amigos	.25	.06	.01	5.2	.022
4	Disciplina padre	.28	.07	.01	5.6	.01

Estos primeros análisis pusieron, pues, de relieve que, a pesar del interés que la relación entre autoestima y rendimiento ha recibido en un voluminoso número de trabajos, esta asociación parece presentar en realidad una intensidad más bien modesta. No obstante, nos quedaba por examinar si esta asociación, aunque débil, podía ser indicativa del efecto de la autoestima sobre el rendimiento y/o quizás del efecto del rendimiento sobre la autoestima. Fue por ello por lo que realizamos los análisis de ecuaciones estructurales.

4.3. Análisis de ecuaciones estructurales

Los coeficientes estandarizados (método de máxima verosimilitud) correspondientes a los efectos de la autoestima T1 sobre el rendimiento T2 y del rendimiento T2 sobre la autoestima T2 se muestran en la Tabla 3.

La magnitud de los coeficientes obtenidos fue muy pequeña y sólo en pocos casos alcanzó la significación estadística. En concreto, en los varones fue sólo significativo el “path” correspondiente al efecto del rendimiento sobre la autoestima medida por la escala de Rosenberg. En las mujeres, los efectos significativos se produjeron en la dirección inversa (i.e., de la autoestima sobre el rendimiento); específicamente predicen de un modo significativo el rendimiento posterior las dimensiones de la “autocrítica” y el “descontento consigo mismo”.

Tabla 3. Coeficientes estructurales estandarizados correspondientes al poder predictivo de la autoestima T1 sobre el rendimiento T2 y del rendimiento T2 sobre la autoestima T2.

	Autoestima sobre rendimiento		Rendimiento sobre autoestima	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Escala Rosenberg	-.00	-.07	-.16	-.08
Autocrítica	-.05	-.09	-.05	-.00
Autoestima familia	-.01	-.06	-.03	-.03
Autoestima en las relaciones con los iguales	-.01	-.02	-.05	-.02
Descontento consigo mismo	-.05	-.14	-.07	-.06

Nota: Aparecen destacados aquellos coeficientes que alcanzan la significación estadística con un nivel alfa mínimo del 5%.

Por lo demás, el ajuste del modelo fue, en la totalidad de los análisis realizados, óptimo; chi-cuadrado fue siempre no significativo, el GFI (*Goodness of Fit Index*) fue, en el peor de los casos, .998 y el AGFI (*Adjusted Goodness of Fit Index*) no fue nunca inferior a .983. Esto nos indica que la estructura de las relaciones planteada fue, en general, correcta. No obstante, los bajos valores de los coeficientes de determinación total (situados entre .18 y .25) nos dejan bien claro que el valor predictivo de la autoestima sobre el rendimiento y del rendimiento sobre la autoestima es reducido.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como adelantamos más arriba, las pautas de correlación encontradas entre el rendimiento académico y las diferentes variables psicosociales analiza-

das en este estudio resultan ser congruentes con el panorama que nos muestra la literatura sobre el tema.

Así, como otros autores (e.g., Simons y cols., 1991; Marjoribanks, 1993), encontramos que las “*atmósferas*” familiares cálidas, distendidas, con fuertes vínculos afectivos fundamentados en la confianza y la fluidez de los intercambios comunicativos, se asocian con niveles menores de “*fracaso*” y adaptación en el medio escolar. En cuanto a los estilos “*disciplinarios*”, nuestro trabajo corrobora las observaciones de estudios recientes como el de Cutrona y cols. (1994), en cuanto a que las prácticas caracterizadas por el apoyo, la flexibilidad y el respeto se relacionan con mayores niveles de rendimiento escolar; y, de igual modo que Simons y cols. (1991) y Ginsburg y Bronstein (1993), encontramos que el fracaso escolar se asocia a interacciones normativas dominadas por la amenaza y el castigo.

En lo referente a los otros espacios de interacción psicosocial, hemos visto también que el respeto percibido en las relaciones con profesores y compañeros de la escuela se relaciona muy significativamente con el logro del adolescente. Y, como Vandell y Hembree (1994), hemos visto que un clima de relaciones positivas en el grupo de amigos tiende a covariar positivamente con el rendimiento. No obstante, en el ámbito de los iguales las correlaciones se muestran más inestables y parecen depender, en parte, del sexo de los sujetos.

Pero el papel moderador del sexo se revela de un modo especialmente resaltable en las variables personales. Hemos visto, por ejemplo que la extraversión (factor que en la literatura previa a menudo ha mostrado relaciones contradictorias con el rendimiento; cf. Lluís, 1990) se asocia significativa y negativamente con el fracaso en chicas, pero no en los varones. Y, sin embargo, la impulsividad, el neuroticismo y la propia autoestima (especialmente tal y como es medida por la escala de Rosenberg) parecen más relevantes para la comprensión del rendimiento académico de los varones que de las adolescentes mujeres.

Aun cuando a menudo la significación estadística de las covariaciones calculadas fue elevada, en general los índices obtenidos fueron bajos o de intensidad moderada; y los propios porcentajes de varianza total explicados por el análisis de regresión presentaron valores débiles. Esto probablemente nos está indicando la necesidad de profundizar en la búsqueda de variables psicosociales más estrechamente ligadas al rendimiento que las aquí consideradas. De todos modos, hemos de tener en cuenta también la posibilidad de que los errores de medida de los que sin duda adolecen las evaluaciones realizadas, actúen atenuando los índices de covariación. Puesto que difícilmente podemos contar

con instrumentos “*perfectos*”, que apresen de un modo totalmente fiable las “*verdaderos*” valores de nuestros resbaladizos constructos, sería conveniente la utilización de diferentes índices de medida de las variables de interés y la utilización de las modernas técnicas de análisis de ecuaciones estructurales con variables latentes, que permiten obtener estimaciones de asociación estadística relativamente “*depuradas*” de los errores de medición.

En lo que se refiere a la autoestima, en nuestro estudio hemos comprobado que, efectivamente, tasas satisfactorias de rendimiento se vinculan a una autoestima positiva. Y, como Chadwick, Bahr y Strauss (1977) o West, Fish y Stevens (1980), hemos visto que esa correlación es ligeramente superior en los varones que en las chicas. De todos modos, en uno y otro caso, como hemos apuntado ya en el apartado anterior, la intensidad de esta asociación es más bien modesta y, de hecho, se hace insignificante cuando se la considera junto con otros predictores más potentes. No es éste un resultado insólito en la literatura sobre el tema; trabajos como los de Ruble, Dorle y Sandridge (1977) y el propio metaanálisis de Hansford y Hattie (1982), han puesto de relieve la debilidad de esta asociación; una asociación que, hasta el momento, no ha respondido satisfactoriamente a las expectativas despertadas por la variable autoestima en el ámbito psicoeducativo.

Esta debilidad mostrada por los análisis de correlación se reitera cuando, a nivel longitudinal, examinamos el poder predictivo de la autoestima sobre el rendimiento y del rendimiento sobre la autoestima. Como hemos visto, en la mayoría de los casos los coeficientes presentan un valor muy bajo y en pocos casos son estadísticamente significativos. No es de extrañar que esto ocurra así, dado que, tal y como han apuntado autores como Kenny (1979) o, dentro de este campo de estudio, Hattie (1992), la extracción de conclusiones claras y rotundas en análisis “*causales*” cuando las correlaciones son bajas es extremadamente difícil.

En todo caso, y atendiendo a los índices que sí fueron significativos, hemos visto que la dirección de los efectos establecidos entre autoestima y rendimiento depende del sexo. En línea con los resultados de Midkiff, Burke, Hunt y Ellison (1986), encontramos que el único índice significativo se corresponde al efecto del rendimiento sobre la autoestima (en concreto, sobre la autoestima medida por la escala de Rosenberg). En las chicas, sin embargo, los efectos se presentan en la dirección opuesta: la autoestima predice los niveles de rendimiento posterior, pero lo contrario no ocurre. Así, en la muestra de chicos, nuestros resultados parecen mostrarse congruentes con la segunda de las hipótesis que recogíamos en la introducción de este trabajo (es el rendimiento el que influye sobre la autoestima); en las chicas, sin embargo, se vería apoyada la pri-

mera hipótesis (es la autoestima la que influye sobre el rendimiento). Este hallazgo es concordante con los planteamientos de autores como Beldsoe (1964), quien ha indicado que la autopercepción de las propias capacidades y logros tiene más relevancia para la conformación de la autovaloración en los niños que en las niñas.

Insistimos, de todos modos, en que los coeficientes estructurales obtenidos fueron bajos, lo cual sugiere que las posibles vinculaciones causales entre autoestima y rendimiento tienen una intensidad, en cualquier caso, ligera. El hecho de que esas relaciones causales no adquieran valores elevados, así como el que a menudo los resultados de la intervención tampoco hayan arrojado resultados claros en este sentido (Scherier y Kraut, 1979) ha conducido a algunos autores (e.g., Schreier y Kraut, 1979; Zeith y Ehly, 1986) a un profundo pesimismo respecto a la efectividad de los programas de potenciación de la autoestima cara a la mejora del rendimiento académico.

En nuestra opinión, estudios ulteriores habrán de desvelar en qué medida tal pesimismo está justificado. Diversos estudiosos del tema han recomendado la puesta en práctica de estrategias de análisis menos simplistas que las tradicionalmente realizadas, haciendo hincapié en al examen del posible papel modulador no sólo del sexo, sino también de variables como la edad (se ha sugerido que la vinculación causal puede ser más importante tras los primeros años de la adolescencia) o la "saliencia" del logro dentro del sistema de aspiraciones y expectativas del individuo (cf. Hattie, 1992). La introducción de estas estrategias en el análisis de la relación entre autoestima y rendimiento podrán quizás iluminar lo que todavía hoy se presenta como un campo confuso y, para muchos, decepcionante.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALANÓN, M.T. (1991). *Análisis de los factores determinantes del fracaso escolar en Formación Profesional*. Madrid: Editorial de la Universidad Complutense.
- ANTHONY, W.S. (1977). The development of extroversion and ability: An analysis of Rushton's longitudinal data. *British Journal of Educational Psychology*, 47, 193-196.
- ARMSDEN, G.A. y GREENBERG, M.T. (1987). The Inventory of Parent and Peer Attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 427-454.
- BATES, J.E. y WACHS, T.D. (1994). *Temperament: Individual differences at the interface of biology and behavior*. Washington: American Psychological Association.
- BOERSMA, F.J., y CHAPMAN, J.W. (1985). *Manual of the Student's Perception of Ability Scale*. Edmonton, Canadá: University of Alberta.

- BORDIEU, P., y PASSERON, J.C. (1977): *La reproducción. Elementos para una teoría de los sistemas de enseñanza*. Barcelona: Laia.
- BRIDGEMAN, B., y SHIPMAN, V.C. (1978). Preschool measures of self-esteem and achievement motivation as predictors of third-grade achievement. *Journal of Educational Psychology*, 70, 17-28.
- BURNS, R.B. (1979). *The self-concept in theory, measurement, development and behavior*. Nueva York: Longman.
- BYRNE, B.M. (1984). The general/academic self-concept nomological network: A review of construct validation research. *Review of Educational Research*, 54, 527-456.
- CALSYN, R.J., y KENNY, D.A. (1977). Self-concept of ability and perceived evaluation of others: Cause or effect of academic achievement. *Journal of Educational Psychology*, 69, 136-145.
- CHADWICK, B.A., BAHR, H.M., y STRAUSS, J. (1977). Indian education in the city: Correlates of academic performance. *Journal of Educational Research*, 70, 135-141.
- COOPERSMITH, S. (1959). A method for determining types of self-esteem. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 59, 87-94.
- CUTRONA, C.E., COLE, V., COLANGELO, M.P., ASSOULINE, S.G., y RUSSELL, D.W. (1994). Perceived parental support and academic achievement: An attachment theory perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 86, 396-378.
- DEVEREUX, E.C., SHOUVAL, R., BRONFENBRENNER, U., ROGERS R.R., KAVVENAKI, S., KIELY, E. y KARSON, E. (1974). Socialization practices of parents, teachers and peers in Israel: The kibbutz versus the city. *Child Development*, 45, 269-281.
- ELLIOTT, D.S., HUIZINGA, D., y AGETON, S.S. (1985). *Explaining delinquency and drug use*. Beverly Hills: Sage.
- EYSENCK, H.J., y EYSENCK, S.B.G. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. Londres: Hodder and Stoughton.
- EYSENCK, H.J., y EYSENCK, M.W. (1985). *Personality and individual differences*. Nueva York: Plenum Press.
- EYSENCK, S.B.G., EASTING, G., y PEARSON, P.R. (1984). Age norms for impulsiveness, venturesomeness and empathy in children. *Personality and Individual Differences*, 5, 315-321.
- GARCÍA TORRES, B. (1983). *Análisis y delimitación del constructo autoestima*. Tesis doctoral. Madrid: Editorial de la Universidad Complutense.
- GILLY, M. (1967). Influence du milieu social et de l'age sur la progression scolaire á l'école primaire. *Bulletin de Psychologie*, 257, 10-15.
- GINSBURG, G.S., y BRONSTEIN, P. (1993). Family factors related to children's intrinsic/extrinsic motivational orientation and academic performance. *Child Development*, 64, 1461-1474.
- GONZÁLEZ, M.C., y TOURÓN, J. (1992). *Autoconcepto y rendimiento escolar. Sus implicaciones en la motivación y en la autorregulación del aprendizaje*. Pamplona: Ediciones de la Universidad de Navarra.
- HANSFORD, B.C., y HATTIE, J.A. (1982). The relationship between self and achievement performance measures. *Review of Educational Research*, 52, 123-142.
- HART, J.G. (1985). LAWSEQ: Its relation to other measures of self-esteem and academic ability. *British Journal of Educational Psychology*, 55, 167-169.

- HATTIE, J. (1992). *Self-concept*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- KENNY, D.A. (1979). *Correlation and causation*. N. York: Wiley.
- LLUÍS, J.M. (1990). Temperamento y eficacia académica: Construcción de una escala de pronóstico académico derivada del EPQ-J de Eysenck. *Anuario de Psicología*, 46, 119-128.
- LUENGO, M.A., CARRILLO, M.T., OTERO-LÓPEZ, J.M., y ROMERO, E. (1994). A short-term longitudinal study of impulsivity and antisocial behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 542-548.
- LUENGO, M.A., OTERO-LÓPEZ, J.M., CARRILLO, M.T., y ROMERO, E. (1992). *Towards an explanation of juvenile delinquency: An evaluation of Elliott's model*. Ponencia presentada en el Annual Meeting of the American Society of Criminology. Nueva Orleans.
- MARJORIBANKS, K. (1993). The predictive validity of a family environment schedule in relation to children's cognitive performance. *Educational and Psychological Measurement*, 53, 565-570.
- MARSH, H.W. (1990). Causal ordering of academic self-concept and academic achievement: A multiwave longitudinal panel analysis. *Journal of Educational Psychology*, 82, 646-656.
- MARUYAMA, G., RUBIN, R.A., y KINGSBURY, G.G. (1981). Self-esteem and educational achievement: Independent constructs with a common cause? *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 962-975.
- MCCOWN, W.C., JOHNSON, J.C., y SHURE, M.B. (1993). *Impulsive client*. Washington: American Psychological Association.
- MIDKIFF, R.M., BURKE, J.P., HUNT, J.P., y ELLINSON, G.C. (1986). Role of self-concept of academic attainment in achievement-related behaviors. *Psychological Reports*, 58, 151-159.
- MONTERO, J.R. (1990). Fracaso escolar: Un estudio experimental en el marco de la teoría de la indefensión aprendida. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 43, 257.
- POTTEBAUM, S.M., KEITH, T.Z., EHLY, S.W. (1986). Is there a causal relation between self-esteem and academic achievement? *Journal of Educational Research*, 79, 140-144.
- ROGERS, C.M., SMITH, M.D., y COLEMAN, J.M. (1978). Social comparison in the classroom: The relationship between academic achievement and self-concept. *Journal of Educational Psychology*, 70, 50-57.
- ROMERO, E., LUENGO, M.A., y OTERO-LÓPEZ, J.M. (1994). La medición de la autoestima: Una revisión. *Psicologemas*, 8, 41-60.
- ROSENBERG, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. N. Jersey: Princeton University Press.
- RUBLE, R.A., DORLE, J., y SANDRIDGE, S. (1977). Self-esteem and school performance. *Psychology in the Schools*, 19, 503-507.
- SÁNCHEZ, S. (1985). Lugar de control, competencia académica percibida y miedos. En J. M. Tous, *Actas del Symposium Internacional sobre Fracaso Escolar, Aprendizaje Verbal y Memoria*. Barcelona: PPU.
- SCHEIRER, M.A., y KRAUT, R.E. (1979). Increasing educational achievement via self-concept change. *Review of Educational Research*, 49, 131-150.
- SHAVELSON, R.J., y BOLUS, R. (1982). Self-concept: The interplay of theory and methods. *Journal of Educational Psychology*, 74, 3-17.

- SIMONS, R.L., WHITBECK, L.B., CONGER, R.D., y CONGER, K.J. (1991). Parenting factors, social skills, and value commitments as precursors to school failure, involvement with deviant peers, and delinquent behavior. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 645-664.
- SKAALVIK, E.H., y HAGVET, K.A. (1990). Academic achievement and self-concept: An analysis of causal predominance in a developmental perspective. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 292-307.
- VANDELL, D.L., y HEMBREE, S.E. (1994). Peer social status and friendship: Independent contributors to children's social and academic adjustment. *Merrill-Palmer Quarterly*, 40, 461-477.
- WATKINS, D., y ASTILLA, E. (1980). Self-esteem and school achievement of Filipino girls. *The Journal of Psychology*, 105, 3-5.
- WEST, C.L., FISH, J.A., y STEVENS, R.J. (1980). General self-concept, self-concept of academic ability and school achievement: Implications for "causes" of self-concept. *Australian Journal of Education*, 24, 194-213.
- WYLIE, R.C. (1979). *The self-concept* (Vol. 2). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- ZARB, J.M. (1981). Non-academic predictors of successful academic achievement in a normal adolescent sample. *Adolescence*, 16, 891-900.



Correlaciones entre la inteligencia y los estilos cognitivos.

Dependencia-independencia de campo y reflexividad-impulsividad

TERESA KIRCHNER; J. ANTONIO AMADOR; ANA M^a DONAIRE; y BEATRIZ LUQUE
Universidad de Barcelona. España

1. INTRODUCCIÓN

Los estilos cognitivos han sido descritos como los modos habituales de procesar la información; es decir, las formas preferentes con las que las personas percibimos, almacenamos y reorganizamos los estímulos de nuestro entorno, pensamos o resolvemos problemas.

Desde el interés inicial de la psicología por estas variables estilísticas, hacia la década de los cincuenta, dos son los estilos cognitivos que más trabajos han suscitado y más aplicaciones prácticas han tenido. Uno de ellos, relacionado en sus orígenes con las formas preferenciales y diferenciales en la percepción de la verticalidad, es el conocido como *dependencia-independencia de campo* (Witkin, 1954; Witkin y Goodenough, 1985). El otro estilo al que aludíamos es el propuesto por Kagan y relacionado con el *tempo* cognitivo: *la reflexividad-impulsividad* (Kagan, 1965).

En la actualidad, las sucesivas derivaciones y variaciones que a lo largo de los años han sufrido ambos constructos, pueden concretarse en los puntos que seguidamente abordamos. La *Dependencia-Independencia de campo* se concibe como una variable bipolar en uno de cuyos extremos se halla la alta capacidad analítica y reestructuradora, la capacidad de sobreponerse a la “*gestalt*” que conforma el campo perceptivo circundante. Los sujetos que poseen este tipo de habilidad son conocidos con el apelativo de *Independientes de campo*. En el otro extremo de la dimensión mencionada se sitúa la percepción de tipo holístico, global, del campo perceptivo. Los sujetos de estas características reciben el nombre de *Dependientes de campo*, dada su tendencia a percibirlo tal como les viene dado. A estos últimos sujetos se les supone, en contra-

posición a los anteriores, unas mayores competencias sociales, factor que, según los autores iniciadores del constructo, marcaría la auténtica diferencia entre uno y otro polo estilístico.

La *reflexividad-impulsividad* es un estilo cognitivo que evalúa el grado con que el sujeto reflexiona ante problemas que contienen incertidumbre en sus respuestas. Los índices utilizados actualmente para operacionalizar la dimensión son dos: *el tiempo empleado* en dar la primera respuesta ante el estímulo que se le presenta al sujeto (*latencia*) y el número de fallos cometidos hasta dar la respuesta correcta (*errores*). La combinación de estos parámetros permite clasificar a los sujetos en *reflexivos* (*latencias altas y número de errores bajo*) vs. *impulsivos* (*latencias bajas y alto índice de errores*).

Algunas investigaciones se han ocupado de la relación que mantienen entre sí el constructo de *dependencia-independencia de campo* y el de *reflexividad-impulsividad* y cada uno de ellos independientemente con la inteligencia. Un análisis de los trabajos existentes al respecto, nos indica que las correlaciones entre los dos primeros constructos son escasas y poco consistentes, variando en función de parámetros como el tipo y amplitud de la muestra, edad, sexo y nivel cultural de los sujetos (Messer, 1976; Witkin y Goodenough, 1985).

Las relaciones que cada una de estas dimensiones mantiene con la aptitud intelectual son controvertidas. Por lo que se refiere a la *reflexividad-impulsividad*, las correlaciones encontradas son irregulares y dependen del tipo de test con el que se ha evaluado la capacidad cognitiva y del tipo de indicador elegido. Una interesante revisión de Messer (1976) concluye que esta relación entre inteligencia y *reflexividad-impulsividad* es mayor en las niñas que en los niños; es mayor con el indicador de error que con el de latencia; mayor en preescolares y mayor con el C.I. verbal que con el manipulativo. En cuanto a la *dependencia-independencia de campo*, las investigaciones ofrecen resultados dispares que van desde la ausencia de correlación hasta correlaciones altas y significativas (Amador; Forns y Kirchner, 1988), (Walker y Andreasen, 1985).

Tras una revisión que cubre los quince últimos años del *Psychological Abstracts*, no hemos encontrado ninguna investigación que ponga en relación las tres variables entre sí. De aquí que el *objetivo* de nuestro trabajo se centre en analizar las *correlaciones conjuntas* entre la *reflexividad-impulsividad*, la *dependencia-independencia de campo* y la *inteligencia* en una muestra lo suficientemente amplia para garantizar la consistencia de los resultados.

2. PROCEDIMIENTO

2.1. Muestra

La muestra la componen 624 niños, con edades comprendidas entre los 6 y 10 años, escolarizados en los cinco primeros niveles de E.G.B. en diferentes escuelas barcelonesas, de acuerdo con la distribución que se presenta en la tabla 1:

Tabla 1. Distribución de la muestra

1º de E.G.B. N=	96	Niñas=	49	Niños=	47
2º de E.G.B. N=	108	Niñas=	51	Niños=	57
3º de E.G.B. N=	111	Niñas=	55	Niños=	56
4º de E.G.B. N=	108	Niñas=	45	Niños=	63
5º de E.G.B. N=	201	Niñas=	87	Niños=	114

Los sujetos de cada nivel escolar tenían los años propios del curso, a fin de que la variable edad no difiriera de la del nivel escolar. Por ello se eliminaron de la muestra los alumnos repetidores, o con retraso por motivos diversos.

Para evaluar el constructo de *reflexividad-impulsividad* se les administró individualmente el “*Test de emparejamiento de figuras familiares*” (MFFT-20), en su versión de Cairns y Cammock (1978), que, según indican numerosos estudios, es más fiable que la versión original de 12 ítems propuesta inicialmente por Kagan. La tarea del sujeto consiste en emparejar el dibujo de un objeto familiar con otro exactamente igual, diferenciándolo de otros muy similares.

La *dependencia-independencia de campo*, se estimó con el “*Test de figuras enmascaradas para niños*” (CEFT), versión de Karp y Konstand (1963). El CEFT fue ideado para ser administrado individualmente a niños entre los 3 y los 12 años de edad. La tarea del sujeto consiste en localizar dos figuras familiares (el perfil de una casa y de una tienda de campaña) enmascaradas dentro de un contexto más complejo.

Finalmente la *inteligencia* se operativizó mediante el clásico *Test de Matrices Progresivas de Raven*, prueba que estima principalmente la capacidad de abstracción. Se eligió el *test de Raven* por ser una prueba intelectual relativamente no contaminada de factores culturales y porque permite evaluar, a través de sus distintas versiones, todos los niveles de E.G.B. Se utilizó la versión infantil para los cursos 1º a 4º de EGB, y la versión general para 5º de EGB.

La recogida de datos nos ocupó todo un curso escolar (1992- 1993) con un promedio de 15 horas semanales. A fin de homogeneizar el procedimiento de recogida de datos, todos los tests fueron administrados por los mismos examinadores, los propios autores firmantes, entrenados en este tipo de pruebas.

3. RESULTADOS

Como puede observarse en las tablas subsiguientes, las correlaciones que mantienen entre sí las tres dimensiones analizadas varían en función básicamente del curso académico, y por tanto, de la edad de los sujetos. Los coeficientes de correlación entre las puntuaciones del CEFT y las del MFFT-20 son irregulares según los distintos cursos escolares. Vamos a analizarlo más detenidamente.

En 1º de E.G.B. tanto las latencias como los errores en el MFFT-20 mantienen una correlación de tipo medio con las notas del CEFT ($r=.402$ para las latencias y $.355$ para los errores). Estos datos nos estarían indicando una relativa relación entre el niño independiente de campo y el reflexivo.

Tabla 2. Correlaciones entre las medidas de estilo cognitivo e inteligencia para los sujetos de 1º de EGB (N = 96)

	MFFT-20 Latencias	MFFT-20 Errores	Raven
CEFT	.402 **	-.355 **	.364 **
MFFT-20 Latencias		-.658 **	.260 *
MFFT-20 Errores			-.237 *

* $p < .01$

** $p < .001$

En 2º curso, por el contrario, la baja relación entre latencias del MFFT-20 y las notas del CEFT no alcanza significación estadística. Y lo mismo sucede con el parámetro error. Parece, pues, que en este nivel escolar los constructos mantienen su independencia. Remitimos al lector a la tabla 3.

Tabla 2. Correlaciones entre las medidas de estilo cognitivo e inteligencia para los sujetos de 2º de EGB (N = 108).

	MFFT-20 Latencias	MFFT-20 Errores	Raven
CEFT	.069	-.117	.287 *
MFFT-20 Latencias		-.609 **	.157
MFFT-20 Errores			-.292 *

* $p < .01$

** $p < .001$

En 3° de E.G.B. los coeficientes se diversifican. Así, mientras no se observan correlaciones significativas entre las latencias en el test de reflexividad-impulsividad y la nota obtenida en el CEFT, sí aparecen entre ésta y el número de errores en el MFFT-20. El coeficiente de correlación aunque no es alto ($r = -.354$), es significativo a un alto nivel de probabilidad. El signo negativo nos indica que los niños propensos a cometer errores en un test, son los que obtienen bajas notas en el otro.

Tabla 4. Correlaciones entre las medidas de estilo cognitivo e inteligencia para los sujetos de 3° de EGB (N = 111)

	MFFT-20 Latencias	MFFT-20 Errores	Raven
CEFT	.144	-.354 **	.416 **
MFFT-20 Latencias		-.474 **	.230 *
MFFT-20 Errores		-.499 **	

* $p < .01$

** $p < .001$

El comportamiento de los niños de 4° curso, es similar al de los anteriores. No hemos encontrado correlaciones entre las notas del CEFT y el parámetro de latencias del "Matching", pero sí con el de errores. Podemos visualizarlo en la tabla 5.

Tabla 5. Correlaciones entre las medidas de estilo cognitivo e inteligencia para los sujetos de 4° de EGB (N = 108)

	MFFT-20 Latencias	MFFT-20 Errores	Raven
CEFT	.113	-.417 **	.445 **
MFFT-20 Latencias		-.590 **	.209
MFFT-20 Errores			-.421 **

* $p < .01$

** $p < .001$

Finalmente, en 5° de E.G.B. los datos van en la línea comentada para los niños de 1°: tanto las latencias como los errores del MFFT-20 correlacionan con los aciertos obtenidos en el CEFT. Se evidencia, pues, una relación entre ambos constructos que queda recogida en la tabla 6.

Tabla 5. Correlaciones entre las medidas de estilo cognitivo e inteligencia para los sujetos de 5° de EGB (N = 201).

	MFFT-20 Latencias	MFFT-20 Errores	Raven
CEFT	.322 **	-.486 **	.538 **
MFFT-20 Latencias		-.577 **	.249 **
MFFT-20 Errores			-.467 **

* $p < .01$

** $p < .001$

Por lo que hace referencia a las relaciones que ambos *constructos estilísticos* mantienen con el *cognitivo*, cabe decir que el CEFT mantiene correlaciones con las puntuaciones del *test de Raven* en todos los cursos escolares. Las polémicas relaciones entre la inteligencia y la *dependencia-independencia de campo* se ponen una vez más de manifiesto.

Más compleja es la relación entre la dimensión de Reflexividad-Impulsividad y la habilidad abstracta. En 1° de E.G.B., y como puede observarse en la tabla 1, las notas obtenidas en el *test de Raven* mantienen correlaciones moderadas, pero significativas, con los dos indicadores que nos suministra el MFFT-20. Por el contrario, en 2° curso, sólo los errores correlacionan negativamente y de forma moderada con el test cognitivo. En 3° curso se obtienen correlaciones significativas entre ambas dimensiones; pero se observa una mayor relación entre el número de errores en el test que operativiza la dimensión de *reflexividad-impulsividad* y el *Raven*, que entre éste y el tempo cognitivo. En la tabla 4 puede apreciarse esta afirmación.

En 4° curso el coeficiente de correlación entre los resultados del Test de Raven y el número de errores en el MFFT-20 es de tipo medio y significativo, correlación que no se observa con el otro indicador de la dimensión estilística. Finalmente, el comportamiento de los alumnos de 5° curso es muy similar al observado en los de 3°: el *Raven* mantiene correlaciones significativas tanto con las latencias como con los errores, pero son éstos últimos los que obtienen un coeficiente más elevado. En la tabla 6 pueden observarse estas puntualizaciones. Por último, quisiéramos también reseñar que en todos los niveles escolares se aprecia una correlación relativamente alta entre las latencias y los errores en el MFFT-20, como ya indicaban numerosos estudios.

4. CONCLUSIONES

A partir de los datos de nuestro estudio podemos afirmar que las tres dimensiones analizadas, la *reflexividad-impulsividad*, la *dependencia-independencia de campo* y la *inteligencia* están relacionadas entre sí, aunque, como ha podido apreciarse, esta relación varía substancialmente según los cursos escolares a los que pertenecen los diversos sujetos de nuestra muestra y según los distintos indicadores con los que se operativizan algunas de estas dimensiones.

En resumen, cabe concluir que de los dos indicadores de la dimensión de *reflexividad-impulsividad* el número de errores cometidos en el MFFT-20, es el factor más relacionado tanto con las notas del CEFT como con las del *Raven*. El coeficiente de correlación entre la inteligencia y el número de errores es negativo, como era esperable, y parece aumentar con la edad. Por el contrario, el patrón de correlaciones entre las latencias y la inteligencia es inconstante, y los coeficientes más bien bajos. Estos datos parecen corroborar la idea de otros autores de que el número de errores es un indicador de mayor peso explicativo que las latencias en la dimensión de *reflexividad-impulsividad*. Estos resultados encierran una cierta lógica explicativa, ya que presuponemos que el niño poco preciso al resolver un tipo de prueba, probablemente tampoco lo sea al resolver las otras. Esto que decimos merecería una reflexión interna sobre el valor otorgado a los resultados de los tests como indicativos de su validez de constructo. Tal vez la resolución de buena parte de tests exija, como premisa previa, una cierta capacidad de calibrar alternativas, de valorar resultados, de enjuiciar la bondad de la propia decisión, que no posee la persona poco precisa (*que no la más rápida, según nuestro estudio*). Por el contrario, puede extrañar que las latencias no se relacionen con unos mejores resultados. Creemos que ello puede ser debido a que detrás de un tiempo dilatado de respuesta se encierran posturas muy divergentes: por un lado, la del sujeto que emplea este tiempo en calibrar alternativas, sopesar decisiones, analizar detenidamente detalles de las figuras etc. (*factores todos ellos que pueden incidir en una correcta resolución del problema*); por otro lado, tenemos al sujeto que invierte este tiempo en cuestiones ajenas a la propia resolución del ítem (*divagaciones internas, dificultad en mantener la atención, pensamientos angustiantes “no voy a ser capaz de hacerlo”, “me parecen todos iguales”, bloqueos emocionales, etc...*) actitudes que no inciden, o lo hacen negativamente, en la eficacia de la respuesta emitida finalmente.

Asimismo, la inteligencia, tal como es evaluada por el *Raven*, mantiene correlaciones con el otro estilo cognitivo estudiado. Los coeficientes de correlación entre el *Test de Raven* y el CEFT son de tipo medio y significativos y son

consistentes a lo largo de la escolaridad básica. También se ha podido observar que aumentan con la edad. Este fenómeno ya ha sido encontrado en otros trabajos y en muestras de adultos.

Finalmente cabe concluir que *los dos estilos cognitivos* mantienen una cierta relación entre sí (aunque ésta sea superior con el número de errores que con el tempo cognitivo que operativizan la *reflexividad-impulsividad*). La explicación del por qué de esta relación, no está del todo clara, pero como hemos adelantado anteriormente, el punto de relación puede encontrarse, tanto en aspectos puramente cognitivo-procesales (por ejemplo, los sujetos dependientes de campo presentan mayores dificultades para la función analítica, función a la que obliga la resolución rápida y correcta del MFFT-20), como en aspectos más vinculados a lo que denominamos características de personalidad: los peores controles cognitivos y emocionales de los sujetos dependientes de campo en relación a los independientes, puede incidir en que ante la incertidumbre puedan tomar una decisión precipitada (*irreflexiva*).

De hecho parece existir una imbricación importante —y diríamos que lógica— entre estilos y capacidad; y en la práctica es difícil (*si no imposible*) determinar cuánto hay de estilo cognitivo, cuánto de capacidad e, incluso, de factores de personalidad, a la hora de resolver los problemas y procesar la información que nos suministra el medio.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMADOR, J. A., FORNS, M. Y KIRCHNER, T. (1988). Perfil del GEFT en la población universitaria catalana. *Evaluación Psicológica/Psychological Assessment*, 4, 89-110
- CAIRMS, E. Y CAMMOCK, T. (1978). Development of more reliable version of the Matching Familiar Figures Test. *Developmental Psychology*, 5, 555-560.
- KAGAN, J. (1965) Impulsive and Reflective children: Significance of conceptual tempo. En J.D. Krumboltz (Ed.) *Learning and the educational proces*. Chicago: Rand McNally.
- KARP, S. A. Y KONSTADT, N. (1963). Field Dependence and overcoming embeddedness. *Journal of Consulting Psychology*, 27, 294-302.
- MESSER S.B. (1976). Reflection-Impulsivity: a review. *Psychological Bulletin*, 83, 1026-1052
- WALKER, H. S Y ANDREASEN, C. (1985). Children's use of Memory Strategies Under Instruction. En M. Pressley y J. R. Lewin (Eds.), *Cognitive Strategie Research*, (pp.3-24). Nueva York: Springer-Verlag.
- WITKIN, H. A. y GOODENOUGH, D. R. (1985). *Estilos cognitivos: Naturaleza y orígenes*. Madrid: Pirámide.
- WITKIN, H. A. (1954): *Personality Through Perception*. Nueva York: Harper and Row.

CUARTA PARTE

*Evaluación y consejo psicológico
en la orientación profesional*



Cuarta Parte

EVALUACIÓN Y CONSEJO PSICOLÓGICO EN ORIENTACIÓN PROFESIONAL

La capacidad de la Unión Europea (UE), para hacer frente a sus retos internacionales se encuentra supeditada por su mejor activo: los jóvenes. La clave del éxito, va a depender del desarrollo e inversión en potenciar los conocimientos, capacidades y creatividad en la población juvenil. Estos han sido los objetivos inspiradores de los diversos programas educativos y profesionales de la UE, entre los que se encuentra: 1) Sócrates, que fomenta el intercambio de estudiantes y alumnos entre universidades y escuelas de los diferentes Estados; 2) Leonardo, mediante el que se pretende brindar a los jóvenes la oportunidad de recibir uno, o si es posible, dos años de formación profesional después de haber terminado la escuela; 3) ADAPT, que pretende mejorar la adaptabilidad de la mano de obra, anticipando las nuevas técnicas y cualificaciones, que se necesitarán para el cambio industrial; 4) Employment, mediante el que se pretende mejorar las oportunidades de encontrar trabajo de grupos concretos (mujeres jóvenes), sin cualificaciones, y personas que son objeto de exclusión social. En el momento actual, no es suficiente terminar la educación secundaria o superior con buenas calificaciones. Se calcula que el 80% de la tecnología de hoy, quedará obsoleta a finales de siglo. Se requiere tener acceso a los «programas de diversificación curricular»; en consonancia con los principios de la «educación continua»; aspecto que se ha querido destacar en 1996, Año de la educación, y formación permanente.

Como contribución en el marco de la «Evaluación y consejo psicológico en Orientación Profesional», en la cuarta parte del presente libro, Guichard plantea las «Nuevas perspectivas psicopedagógicas en orientación: los métodos DAPP, DAPPI, y DAPT». Se presentan los objetivos para la consecución de las expectativas profesionales (proyecto de futuro), destacándose: 1) reforzar la autoimagen; 2) superar el sentimiento de desesperanza, que frecuentemente les invade; 3) establecer un vínculo entre las competencias personales y las exigencias, o requerimientos profesionales; y, 4) descubrir nuevas formas de aprendizaje escolar. Entre los informes de investigación, se han seleccionado entre otros los referidos a los siguientes aspectos: 4) Evaluación profesional; 5) Programas de formación permanente; 6) Análisis de los significados del trabajo, valores y ocio; y, 7) Identificación grupal y centralidad en el trabajo.





Perspectivas psicopedagógicas en orientación profesional. Los métodos DAPP, DAPPI y DAPPT

JEAN GUICHARD

Universidad de "La Sorbonne Nouvelle". París. Francia

1. INTRODUCCIÓN

"Ayudar a los adolescentes en la construcción de sus proyectos de futuro"; constituye en la actualidad uno de los objetivos fundamentales en el ejercicio de la orientación escolar y profesional en los países desarrollados. No obstante, la consecución del referido objetivo implica una cuádruple ruptura con las metas ambicionadas en sus comienzos, por la orientación escolar y profesional. La primera de estas rupturas afecta a la finalidad misma de la orientación, que no ha de limitarse a la mera elección de una profesión, entendida como "*proyectos de vida*" del adolescente.

La segunda de estas novedades afecta a la temporalidad de la actividad orientadora, entendida no como una actividad puntual, encuadrada en un momento preciso en el tiempo (*al finalizar la escolaridad*); sino que por el contrario, el "*orientarse*", aparece, no solamente como una necesidad, como una construcción progresiva, sino también como una actividad que se requerirá en varios momentos de la vida. Sin la pretensión de desarrollar completamente esta temática, se ha de comenzar subrayando la estrecha relación existente entre esta perspectiva, y las normas actuales de la organización de la producción en las economías desarrolladas, que implican una gran flexibilidad del aparato productor y de sus trabajadores. Estos deben realizar frecuentemente balance de sus competencias, en consonancia con una posible reconversión, de una progresión, o incluso una adaptación a los nuevos métodos de fabricación.

El tercer aspecto referido a la orientación, tal y como fue concebida por sus fundadores, reside en el hecho de que no se la concibe como la opinión de

un especialista que, apoyándose en los instrumentos de orientación —psicotécnicos en particular— expone al consultante la elección profesional que mejor le conviene. Por el contrario, habrá de ser la persona interesada la que debe, con la ayuda del especialista, actualizar los proyectos que más le interesan. El orientador pues, desarrollará, un “*rol psicoeducativo*”, se trata de un ejercicio de mayeutica. Esta mayeutica no habrá de limitarse sin embargo, únicamente a fomentar la relación entre profesional y cliente.

La cuarta novedad en el ámbito de la orientación la constituyen las actividades de grupo. El intercambio de opiniones, el “feed-back” con los demás sujetos es fundamental. Ello debe permitir a la persona avanzar en el esclarecimiento de sus proyectos. Incluso las técnicas que podrían aparecer como más distanciadas de las actividades del grupo —programas de ordenador sobre orientación, por ejemplo— son a veces utilizadas, intercalando sesiones de intercambios, y de reflexión en grupo. (por ejemplo: SIGI PLUS, en los Estados Unidos). En este contexto, han ido surgiendo numerosos métodos e instrumentos en la Psicopedagogía en general, y en los Programas de Proyecto de Futuro, en particular. En Francia, se puede citar, por ejemplo: la “*Activación del Desarrollo Personal y Profesional*” de Bujold y Pelletier; la “*Psicopedagogía del Proyecto Personal y Profesional*” de Legrès y Pèrmartin; así como los métodos de “*Descubrimiento de Actividades Profesionales, y Proyectos Personales*” (PAPP); en sus diversas modalidades, y que serán objeto de análisis en el presente capítulo.

El problema fundamental que plantea el desarrollo de estos procedimientos, y el empleo de tales instrumentos es el de su eficacia, desencadenándose entre otras las siguientes cuestiones: 1) ¿alcanzan los objetivos propuestos?; 2) ¿Permiten a los adolescentes percibir con más precisión las profesiones que mejor les convienen, facilitando su acceso a las mismas? Para responder a estas cuestiones, se propone en un primer momento, de circunscribir esto que podría denominarse: las condiciones de adecuación de los métodos de la *Psicopedagogía de los Proyectos de Futuro*. Una de estas es la consideración de las formas espontáneas de proyección en el futuro, que serán abordadas en el segundo punto de este capítulo. Estas observaciones, referidas a las expectativas de futuro de los adolescentes, permitirán formular dos grandes categorías de objetivos terminales, para las prácticas de ayuda en la determinación del proyecto.

Una vez, definidos los objetivos, subsiste al menos la cuestión siguiente: ¿Qué hacer para alcanzarlos?. En este contexto, cabría plantear el destacado papel que desempeña la Pedagogía por objetivos, como se destacará a lo largo del presente capítulo, al plantear las posibilidades que ofrecen los de

Descubrimiento de Actividades Profesionales, y Proyecto Personal (DAPP), destacándose algunos de los resultados más relevantes.

2. ADECUACIÓN DE LOS MÉTODOS DE AYUDA EN LA ELABORACIÓN DE PROYECTOS DE FUTURO

Una de las características fundamentales de toda gestión educativa es su adaptación. Dan Sperber, y Deirde Wilson han aportado una definición cognitiva de esta noción, que se encuentra en sintonía con los métodos que nos ocupan, si tenemos en cuenta, que las representaciones de futuro y los proyectos de los jóvenes son objetos eminentemente sociales. En consonancia con estos planteamientos, los referidos autores señalan: *“El tratamiento de la información constituye una tarea que ocupa a cada sujeto de forma constante durante toda su existencia. Para un tratamiento de la información eficaz a corto plazo, es necesario antes que nada, utilizar de forma óptima los recursos conceptuales centrales. Estos recursos deben ser asignados al tratamiento de las informaciones susceptibles de contribuir lo mejor posible, a las metas cognitivas generales del espíritu. Determinadas informaciones son antiguas, encontrándose contenidas en la representación del mundo del sujeto. A menos que no sean necesarias para la realización de una cierta tarea cognitiva, y que sea fácil extraerlas del entorno, y de encontrarlas en la memoria; estas informaciones ya adquiridas no merecen ser consideradas de nuevo. Otras informaciones son no solamente nuevas, sino que no tienen relación con esto que está en la representación que el individuo tiene del mundo. Se trata de informaciones que no pueden añadirse a esta representación, si no es de forma aislada, comportando en general un coste de tratamiento excesivamente grande para un beneficio excesivamente pequeño. Finalmente, otras informaciones, son nuevas encontrándose relacionadas con informaciones más antiguas. Cuando las informaciones antiguas y nuevas en relación entre sí, son utilizadas conjuntamente en tanto que premisas de un proceso de inferencia, generan a su vez otras informaciones nuevas. Se trata de informaciones que no habrían podido ser inferidas sin esta combinación de premisas antiguas y nuevas. Cuando el tratamiento de las informaciones nuevas da lugar a un determinado efecto de multiplicación, se dice que estas informaciones son pertinentes o adecuadas. Cuanto mayor es el efecto de multiplicación mayor es la pertinencia”* (Sperber y Wilson, 1989, p. 78-79).

Por cierto, los adolescentes que se interesan por su futuro, su interés no habría de considerarse como un simple dispositivo de tratamiento de la información. En las «expectativas de futuro», en cuanto proyecto, subyace un pro-

ceso cognitivo, por cuanto que implica un análisis contrastado, entre secuencias referidas al autoconcepto, con secuencias referidas a las posibles profesiones, educación, futuro...; de cuyo contraste se desprende como con secuencia, la elección entre posibles opciones. Ahora bien, estas representaciones de sí mismo, estas visiones espontáneas de las profesiones, estas expectativas relativas a las formaciones, estas intenciones relativas a tal o cual opción forma de futuro personal, estas maneras de protegerse en el tiempo, preceden a toda intervención del orientador, formando parte de lo que Sperber y Wilson denominan, las informaciones esenciales, que contribuyen a configurar el entorno del sujeto.. Desde una perspectiva psicopedagógica del proyecto de futuro pertinente, no puede ignorarlas, sino que más bien habrá de incorporarlas; generándose informaciones nuevas.

3. MODALIDADES DE PROYECTO DE FUTURO

De entre las diversas modalidades de «*Proyecto de Futuro*» (Guichard, 1993), a continuación se diferenciará entre las correspondientes a sujetos afectados por fracaso escolar, y las correspondientes a alumnos de Enseñanzas Medias, y Universidad.

3.1. El caso de los jóvenes con fracaso escolar

Los trabajos de Guilly, Lacour y Meyer, (1972), y más recientemente los de Meyer, (1989), han contribuido a poner de relieve, algunos de los aspectos que pudieran afectar negativamente a la autoimagen de los adolescentes caracterizados por fracaso escolar, con el fin de incrementar la ayuda potencial y espontánea en su favor. En efecto, a los adolescentes afectados por fracaso escolar se les suele caracterizar por su escasa inteligencia, perseverancia, atención, sensibilidad, rapidez. Gozan de menor simpatía que sus compañeros que sacan mejores notas, incluso se caracterizan por una menor simpatía, que los que obtienen buenas notas. Por decirlo de una forma más clara, la experiencia escolar constituye la ocasión para que los que fracasan asuman sus desventajas; planteándose, entre otras las siguientes preguntas ¿Cómo podrían estos adolescentes tener en cuenta —la consideración que Ginzberg y col. habían observado en los adolescentes de origen privilegiado— de que hace falta ser “*bueno en eso*”, para elegir un oficio? ¿Qué medidas habrían de adoptarse con los jóvenes que fracasan, si se tiene en cuenta que la propia escuela en cierto modo, ha contribuido a estigmatizar su falta de capacidad, hasta fomentar en los mismos, el complejo de inferioridad” (Erikson, 1959, p. 87). Se trata de algunas de las cuestiones que habrán de contestar la sociología de la educación.

Es un hecho que los excluidos (*sin titulación*) del sistema escolar, se encuentran frecuentemente afectados por un fuerte sentimiento de desesperanza, al darse cuenta de todos los obstáculos con que se van a encontrar en el ámbito económico y social (*el eminente paro*); llegando a la convicción de que no existe nada que los pueda ayudar. Con esta perspectiva de futuro, estos grupos de adolescentes, no llegan a vislumbrar ningún horizonte de futuro, ni de ámbito personal, ni profesional, ni familiar. Su perspectiva temporal se encuentra restringida al presente, o al pasado inmediato. En ocasiones, no llegan ni a comprender al entrevistador cuando les pregunta cómo imaginan su “*futura*” vida familiar. La idea de proyecto profesional les resulta completamente ajena. Estos adolescentes no se perciben como acreedores de un bagaje de conocimientos que les permita concebir su identidad profesional. En realidad los referidos sujetos difícilmente serían capaces de establecer un vínculo entre las cualidades personales, sus conocimientos, sus competencias, y el ejercicio de una función profesional. El empleo, lo perciben bajo la forma de plazas que pueden ser más o menos cómodas, y no bajo la forma de oficios. Es significativo que lo que más les preocupe a la hora de optar por un puesto de trabajo, sea mucho más cómo se vive, que el tipo de tarea que habrán de realizar. En consonancia con esto, considerarán adecuado un determinado puesto de trabajo, cuando existen “*excelentes*” relaciones con los demás». A esto habría que añadir que una buena plaza se asocie naturalmente, con un buen salario. Sus representaciones profesionales, suelen ser pobres, encontrándose en ocasiones marcadas por el estereotipo de “*empleo masculino*” versus “*empleo femenino*”.

Los adolescentes más desfavorecidos suelen rechazar la escuela, de la que a su vez ellos mismos han sido rechazados. Se trata de un rechazo que conlleva determinadas consecuencias, dando lugar a una teoría de la educación basada en dos principios fundamentales. El primero plantea que no es exclusivamente la escuela el lugar donde se pueden adquirir conocimientos útiles. El segundo plantea que la verdadera formación se adquiere con las manos, a través de la experiencia práctica. Quienes por el contrario, han obtenido los certificados escolares correspondientes, tienen otra perspectiva profesional, tanto en lo referente al salario, el acceso de hombres y mujeres al mundo laboral...; disponiendo en general de una perspectiva profesional más articulada. Así, tienden a interesarse por las condiciones laborales, sopesando ventajas e inconvenientes del referido trabajo, las posibles actividades a realizar, características de los profesionales de quienes se encuentran en activo.... Este grupo expresa también sus expectativas positivas sobre la escuela, al considerarla un lugar en el que se adquieren conocimientos útiles. Para concluir, habría de formularse como principio general que es necesario que el adolescente se autodefina; asumiendo sus

propias cualidades, aptitudes y conocimientos; constituyéndose en los fundamentos de su futura profesión, o de sus expectativas de futuro.

3.2. Los estudiantes de Enseñanzas Medias y Universidad

Los proyectos de futuro desde la propia perspectiva de los estudiantes de Enseñanzas Medias, se encuentran relacionados a su propia experiencia escolar del momento, si bien con frecuencia los referidos proyectos se reducen a una declaración de intenciones de lo que se pretende estudiar. Numerosos trabajos ponen de relieve la fuerza de las categorías escolares en la determinación de la elección. Generalmente las profesiones mejor consideradas, o las más frecuentemente rechazadas, lo son a partir de un escaso número de dimensiones estereotipadas (*este es un oficio de hombre o de mujer, es prestigioso..., conlleva relaciones frecuentes..., se viaja...*). En realidad, la opción curricular del adolescente es fundamental y determinante para la elección profesional; además dicha elección se encuentra supeditada al interés suscitado por las diferentes materias, así como por las calificaciones obtenidas. Influye también la perspectiva de la información disponible de las distintas carreras universitarias, así como de los requisitos exigidos en cada una de las Facultades, y el tiempo de duración de los referidos estudios.

La lógica de la elección bajo la forma de intención escolar, consiste en hacer coincidir dos conjuntos de representaciones estereotipadas: las referidas a la situación actual escolar; y las vinculadas a la formación superior. Los proyectos de futuro adquieren entonces la forma paradigmática siguiente: “*tengo facilidad para los idiomas... Se trata de un trabajo en el campo de los idiomas*”, es decir, un trabajo interesante porque “*se establecen relaciones y se viaja...*”.

Hay que tener en cuenta que las representaciones de las profesiones del estudiante, y en particular, por la opción en la que se encuentra. Suele ocurrir que los alumnos de las opciones literarias tienden a evaluar positivamente el trabajo de periodista, considerándolo como prestigioso, mientras que por el contrario, los estudiantes de las opciones técnicas lo consideran carente de prestigio, y por lo tanto escasamente atractivo.

Si la escolarización ocupa un lugar central en la determinación de las expectativas profesionales, probablemente es por que la práctica cotidiana de una cierta estructura (*en este caso el instituto*), contribuye a que los adolescentes interioricen las categorías de representación de sí mismos, y las formas de representarse el problema de la elección, en consonancia con un determinado sistema escolar. Este se encuentra organizado en función de múltiples peculiaridades, así en Francia, donde predomina un sistema de opcionalidades, según

ciertas reglas, dicha opcionalidad podría contribuir para considerar que la organización escolar un espejo estructurado y estructurante, a través del cual el estudiante aprende a verse y a representarse —de una manera determinada.

Este rol de categorías escolares, de juicios contruídos, con ocasión de la presente experiencia, si bien resulta fundamental, es sin embargo más o menos asumido, con arreglo al origen social del adolescente. De acuerdo con esta perspectiva, se advierte que las expectativas de futuro de los estudiantes de la clase social alta son mayores, disponiendo de mejores oportunidades e incremento de autonomía, a la hora de elegir profesión o carrera. Estas diferentes observaciones e hipótesis, a propósito de las representaciones espontáneas de las expectativas de futuro de los adolescentes, tienen la ventaja de permitir al orientador definir los objetivos de una forma precisa, a fin de ayudar a los jóvenes a describir mejor sus proyectos de futuro.

4. DOS CATEGORÍAS DE OBJETIVOS PARA LA ELABORACIÓN DE PRÁCTICAS DE LA PSICOPEDAGOGÍA DEL PROYECTO DE FUTURO

Desde una perspectiva psicopedagógica, se podrían formular una serie de objetivos de carácter general, a fin de favorecer la consolidación de las expectativas de futuro, en aquellos grupos de sujetos afectados por los efectos del fracaso escolar. La formulación de los referidos objetivos, podrían ser los siguientes: 1) reforzar su autoimagen; 2) superar el sentimiento de desesperanza, que frecuentemente les invade; 3) establecer un vínculo entre las competencias personales y las exigencias o requerimientos profesionales; y, 4) descubrir nuevas formas de aprendizaje escolar

Una segunda modalidad de objetivos, serían los destinados a los alumnos de Enseñanzas Medias. Parece, de gran interés el fomentar técnicas de orientación con las siguientes finalidades 1) desvincular la expectativas profesionales del éxito obtenido en la escuela; 2) fomentar perspectivas menos simplistas de las profesiones; 3) descubrir los elementos que favorecen la inserción profesional, es decir, la transición de la escuela al trabajo. Una vez formulados los objetivos se plantearía cómo alcanzar los objetivos previamente expuestos.

5. REQUERIMIENTOS PEDAGÓGICOS PARA AYUDAR A LOS ADOLESCENTES A REFLEXIONAR SOBRE SU FUTURO

Las consideraciones de Sperber y Wilson podrían considerarse claves, para tener en cuenta que en ocasiones, determinadas informaciones (*rumores*), no se corresponden con la realidad (*ni con el sujeto, ni con el contexto en el que se encuentra*). A partir de las referidas consideraciones, se podrían suscitar nuevas cuestiones del estilo: ¿Cuáles pueden ser las informaciones generadoras de nuevas informaciones, en el ámbito del diseño de proyectos de futuro? Responder a esta pregunta plantea sus dificultades; sin embargo, ciertos principios generales de la Psicología del Aprendizaje y de la Psicología Social conducen a aislar dos características que deben, presentar una información generadora de nuevas informaciones. La primera característica es la relativa a su contenido. Una información generadora de nuevas informaciones, es aquella en la que el contenido no requiere grandes elaboraciones cognitivas de transferencia. Esto quiere decir, que cuanto más general e inespecífica sea la información aportada al problema de la “*reflexión sobre expectativas de futuro*”, menores serán las probabilidades de alcanzar su objetivo. En realidad no hay nada que impida creer que los ejercicios que se elaboran para enseñar a un joven cómo efectuar una elección lógica a propósito de la compra de una casa, no tendrían el mismo efecto, al tratarse de la elección de una carrera o de una profesión. No parece del todo cierto, que sea precisamente a través de los autoinformes, como se pueden poner de relieve expectativas de futuro.

En el caso de los métodos DAPP (*descritos previamente*), la solución disponible para evitar los problemas de transferencia de una clase de problemas a otra, ha sido la de limitarse estrictamente al sector de la inserción profesional. Las tareas cognitivas que se propusieron a los participantes tratan por un lado, sobre la representación de las profesiones; y por otro lado, sobre las etapas esenciales en el curso de pensamientos que conducen a la inserción. El material ha sido diseñado a partir de entrevistas con personas que han ejercido funciones, que pueden constituir las expectativas para los adolescentes considerados. Lo más frecuente, es que los profesionales entrevistados se encuentren sociológicamente próximos a quienes se destina el método.

Son numerosos los trabajos en Psicología Social que ponen de relieve que las representaciones estereotipadas (*y muy particularmente las influidas por sistemas de valores*), no evolucionan fácilmente. Estas observaciones contribuyen a aislar una segunda característica (*formal esta vez*), que debe presentar una información generadora de informaciones nuevas, en el sector que nos ocupa. Las actividades escolares en general (*las conferencias, los discursos y otras manifestaciones*), parecen escasamente adecuados para inferir una evolución de

las representaciones estereotipadas. Se considera que las propias actividades del sujeto, y el cambio de impresiones con los demás constituye una fuente de transformación y cambio, tal como se desprende del modelo sociocognitivo. Por esta razón, es por lo que en el caso de los métodos DAPP, y se proponen ejercicios lúdicos, a fin de llegar a una solución adecuada, de acuerdo con las partes, de forma que se requiera una negociación para llegar a acuerdos. Cada uno debe aclarar las razones que le conducen a proponer una solución, en vez de otra. En definitiva, la actividad cognitiva, la retroalimentación y el desarrollo de una argumentación son esenciales.

La colaboración en la ayuda para la elaboración de proyectos de futuro, no habría de reducirse a meras estrategias sociocognitivas, como si de la resolución de problemas se tratara; por el contrario, resulta de gran interés la experiencia del sujeto, sus relaciones sociales, aficiones, así como el entrenamiento adquirido en trabajos temporales. En este contexto es en el que habría de situarse la intervención educativa.

6. LAS FASES DE LOS MÉTODOS DAPP

La así denominada «*estancia DAPP*», podría tener una duración de tres o cuatro medias jornadas, durante las cuales se entrenaría a grupos de diez o veinte participantes, bajo la supervisión de varios asistentes (*animadores*) sociales. Se trata de procedimiento flexibles, ya que si bien suelen observarse principios generales, se adoptan modalidades diferentes, de acuerdo con las características de los sujetos que participen, por cuyo motivo suele diferenciarse entre los métodos DAPP, DAPPT y DAPPI. El método DAPP está orientado a los alumnos de Enseñanzas Medias y Universitarias, el método DAPPT, se dirige a los estudiantes de Formación Profesional y Escuelas Técnicas, y el método DAPPI, se dirige a los alumnos con problemas escolares (Guichard, 1987, 1988, 1991)

Los métodos DAPP comprenden tres etapas fundamentales. En cada una de ellas, los participantes se dividen en subgrupos de tres (*eventualmente de cuatro*). En la primera de estas etapas, se tiende a ampliar la información sobre las diferentes profesiones, dado que generalmente tienden a ser muy escasa la disponible. Suele recurrirse a diferentes estrategias, entre otras se distribuye a los diversos grupos de trabajo un juego de sesenta tarjetas impresas, en las que se describen algunas de las actividades características de diferentes profesionales (*reservar un billete de avión para el director, concertar una cita por teléfono* ...). Se trata de analizar el referido material con las siguientes finalidades: 1) identificar a los profesionales, que suelen desarrollar las referidas actividades;

2) enumerar y describir los deberes y obligaciones contraídas como consecuencia del ejercicio de las referidas profesiones.

Una de las conclusiones en las que se suele incidir, es por una parte en la gran cantidad de posibilidades de actuación que pueden llevarse a cabo en cada una de las profesiones; y por otra parte, se destaca cómo determinadas actividades pueden ser útiles en profesiones distintas. Se trata también de ampliar los conocimientos sobre las funciones de determinadas profesiones, que los candidatos consideran conocer (*podría destacarse como ejemplo como las funciones de un técnico forestal no se limitan al trabajo de campo, sino que también tiene funciones de gestión, de investigación...*)

En la segunda de las etapas de los métodos DAPP, se pretende establecer relaciones entre aptitudes personales, formación adquirida, y la ampliación de conocimientos. Por un procedimiento similar al descrito en la anterior etapa, se distribuye a los diversos grupos de trabajo un juego de sesenta tarjetas impresas, en las que se describen las diversas experiencias por las que han tenido que pasar diferentes profesionales, hasta conseguir definitivamente su puesto de trabajo. En las referidas tarjetas se relatan experiencias del estilo de los siguientes: *“estuve dos meses haciendo la instrucción en el cuartel...”*; *“posteriormente estuve en la Escuela de Suboficiales...”*; *“Comencé diciendo que me gustaba la fotografía...”*; *“me destinaron al laboratorio fotográfico del cuartel...”*; *“aprendí a revelar...”*. Además del relato de las experiencias positivas, se analizarán también las negativas, o al menos aquellas en las que han predominado las dificultades y fracasos. A partir pues, de la referida información, los participantes en el DAPP, habrán de reconstruir los itinerarios de los diferentes profesionales. Una de las conclusiones derivada de la presente fase, y en las que se suele incidir, es en destacar que no siempre existe una relación directa entre lo que se estudia (*los títulos*); y las actividades, que se realizan (*profesión*). También se insiste en la importancia de la experiencia para conseguir un determinado trabajo

En la tercera de las etapas de los métodos DAPP, se plantea una autotransferencia de las constataciones realizadas, en las dos etapas previas, diferenciándose tres fases. En una primera fase, cada uno de los demandantes de empleo, habrá de confeccionar un listado de las actividades que le gustaría ejercer. Se trata de un proceso de reflexión sobre el futuro profesional, poniéndose de relieve el posible influjo de los estereotipos predominantes. En una segunda fase de la autotransferencia se realiza un balance personal, en el que el adolescente habría de hacer un inventario de todos sus méritos, cúmulo de conocimientos, puntos de vista. En definitiva, se trataría de computar los éxitos obtenidos. Finalmente, en la última fase de la autotransferencia, se trataría de con-

seguir elaborar un programa de actividades profesionales, con el fin de poder conseguir desempeñar un determinado puesto de trabajo. Las referidas etapas se consideran fundamentales, para la eficacia de los métodos DAPP, redundando al mismo tiempo en la consecución de determinados objetivos.

7. EVALUACIÓN DE LOS MÉTODOS DAPP

Se han realizado una docena de evaluaciones, sobre los resultados obtenidos mediante los métodos DAPP por estudiantes de Enseñanza Medias y universidad (Guichard,1992, 1994, Falbierski,1992, Vigneron,1992, y Guichard Falbierski,1994). A continuación, y a través de la tabla 1, se ilustran dos evaluaciones, realizadas siguiendo un mismo diseño experimental

Tabla 1. Diseño de evaluación de los métodos DAPP

Grupo experimental: Observación 1-Residente DAPP-Observacion 2
Grupo control-Observación 1-Nada-Observación 2

La primera de las observaciones se realizó unos días antes de la estancia efectuada en el DAPP, mientras que la segunda observación se realizó cuatro o seis semanas después de la primera. Ambas se efectuaron con ayuda de un mismo cuestionario.

7.1. Resultados obtenidos en la evaluación de una estancia DAPP en institutos de enseñanzas medias

Se seleccionaron dos grupos de 206 alumnos de Instituto de enseñanzas, medias a los que se les preguntó sobre sus expectativas profesionales, debiendo responder a las siguientes preguntas abiertas: 1) Elija una de sus profesiones preferidas, y elabore un inventario de las tareas a realizar por los referidos profesionales; 2) Imagínese que dentro de un tiempo, se presenta Vd a una entrevista de selección, en demanda de un primer trabajo, ¿Cuál cree Vd. que sería la temática de dicha entrevista?

Habría que observar, que mientras en el grupo experimental se obtuvo una descripción bastante completa de la profesión, no ocurrió de igual modo en el grupo control. Por otra parte, la naturaleza de los descriptores utilizados, por los sujetos beneficiarios del DAPP, tienden a cambiar, incluyendo tareas precisas, así como rasgos que envían a las competencias y cualidades requeridas para ejercer la profesión.

Tabla 2. Número de descriptores suministrados por profesión

	Beneficiarios DAPP	Control
Antes	2,93	2,97
Después	3,71	3,05

Al tratarse de la representación de la entrevista de selección para un primer empleo, las respuestas se encuentran más desarrolladas en la segunda cuestión, tanto en el grupo experimental, como en el grupo control. Parece como si la primera de las cuestiones, hubiera dado lugar a un proceso de reflexión; sin embargo, la progresión es más fuerte en el grupo experimental, si bien esta afecta fundamentalmente a ciertas clases de respuestas. Se trata de meras indicaciones del estilo siguiente: «...la entrevista tratará ..»; «mis calificaciones ...»; «mis aptitudes ...»; y sobre todo; las menciones de mi conocimiento de las tareas y mis expectativas de cara al trabajo...». En la tabla 3 se presenta la evolución de esta última categoría de indicaciones.

Tabla 3. Número total de menciones de categorías
(mi conocimiento de las tareas, mis expectativas de cara al trabajo»,
a la cuestión de la entrevista de selección)

	Beneficiarios DAPP	Control
Antes	78	79
Después	117	78

7.2. Resultados obtenidos en la evaluación de alumnos con dificultades beneficiarios DAPPI

El estudio se llevó a cabo en dos grupos integrados por 12 adolescentes (6 varones+ 6 mujeres), de edades comprendidas entre los 17 y 20 años. Entre sus características habría que destacar su procedencia social baja, sin graduación escolar, con conflictos familiares y en situación de paro. La evaluación se realizó a partir de las siguientes preguntas: 1) valoración de la autoimagen; 2) expectativas profesionales; 3) experiencia en su participación en el programa.

7.2.1. Evaluación de la autoimagen

La evaluación de la autoimagen se llevó a cabo, a partir de un repertorio de descriptores, que aparecen en el cuadro 4.

Cuadro 4. Descriptores de autoimagen

	En absoluto			Efectivamente			
Apertura social	1	2	3	4	5	6	7
Inteligencia	1	2	3	4	5	6	7
Memoria	1	2	3	4	5	6	7
Franqueza	1	2	3	4	5	6	7
Autonomía	1	2	3	4	5	6	7
Perseverancia	1	2	3	4	5	6	7
Cortesía	1	2	3	4	5	6	7
Belleza	1	2	3	4	5	6	7
Fuerza	1	2	3	4	5	6	7
Experiencia	1	2	3	4	5	6	7
Valor	1	2	3	4	5	6	7
Previsión	1	2	3	4	5	6	7

En el cuadro 4, se pone de relieve el incremento de las notas que se atribuyen los beneficiarios del DAPPI. Se trata de una progresión referida sobre todo a los descriptores que conducen a las «*cualidades sociales*» (apertura social, previsión, experiencia franqueza, cortesía...)

Tabla 4. Atribución de calificaciones

	Beneficiarios DAPPI	Control
Antes	4,58	4,78
Después	5,22	4,63

La tabla 4, «*esto que soy*», autoimagen, notas medias globales. Ayuda a la lectura. 4.58=media de notas que son atribuidas a los beneficiarios del DAPPI, al conjunto de descriptores del primer cuestionario. La evaluación más intensa se refiere a la imagen social de si mismo «*educador*» (¿qué notas esperas obtener?), advirtiéndose más de un punto en el promedio del grupo experimental, sin que se advierta ningún cambio en el grupo control.

7.2.2. Perspectiva de la dinamización de los beneficiarios del DAPPI

Los beneficiarios del DAPPI, habrían de realizar una estimación de las gestiones realizadas, en demanda de empleo a lo largo del último mes, e indicar el nombre de los organismos a los que podrá dirigirse. Según puede observarse en la tabla 5, los beneficiarios de DAPPI, reconocen haber incrementado sus gestiones en demanda de empleo, enumerando un amplio listado de organismos a los que dirigirse. (tabla 6).

Tabla 5. Promedio de gestiones declaradas

	Beneficiarios DAPPI	Control
Antes	3,33	3,16
Después	8,91	2,50

Tabla 6. Promedio de organismos mencionados

	Beneficiarios DAPPI	Control
Antes	2,41	2,16
Después	4,41	2,33

7.2.3. Evolución de la representación de las profesiones

Para la representación profesional, se requerirá que los demandantes de empleo, se perciban ejerciendo el referido empleo designen expresamente su expectativa de empleo, citen los útiles y objetos que se utilizan, y enumeren «*las tareas a realizar*». Como puede apreciar en las tablas 7 y 8 se especifica que tanto el número de objetos relacionados con el empleo, así como el número de las acciones tiende a aumentar significativamente, en los beneficiarios del DAPPI.

Tabla 7. Promedio de objetos citados

	Beneficiarios DAPPI	Control
Antes	3,33	3,66
Después	5,41	3,16

Tabla 8. Promedio de acciones citadas

	Beneficiarios DAPP	Control
Antes	2,83	3,66
Después	5,41	3,16

8. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos, permiten destacar los efectos positivos logrados mediante los métodos DAPP. No obstante, cabría aceptar algunas críticas, dado que determinados cambios observados en los grupos experimentales podrían atribuirse a los efectos “*Hawthorne*”, o efectos “*Pygmalion*”. En rea-

lidad, se ha de aceptar que en los diseños cuasi-experimentales utilizados, es difícil evitar determinados sesgos.

Por otra parte, se plantea el problema de la consolidación de los cambios a través del tiempo, dado que en los progresos observados se constatan algunas semanas después de haberse producido, sin que se haya logrado hacer un seguimiento a largo plazo. Presumiblemente la consolidación de los cambios se encuentra supeditada a las propias experiencias de los beneficiarios de los métodos DAPP, DAPPI, DPPT, y a la fundamentación científica de los referidos métodos. Hay que tener en cuenta que el grado de satisfacción alcanzado por los beneficiarios de los referidos métodos, no necesariamente constituye un índice de validez del método en si mismo, por lo que se impone la necesidad de efectuar una evaluación rigurosa, una vez aplicados los distintos métodos.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ERIKSON, E. (1959). Growth and Crises of the Healthy Personality. En KLEIN, G.S. (Ed.), *Psychological Issues*. N. York: International Universities Press, pp. 50-100.
- ERIKSON, E. (1972). *Adolescence et crise*. Paris: Flammarion.
- FALBIERSKI, E. (1992). *Evaluation de la découverte des activités professionnelles et projet d'insertion sur une population de jeunes en difficultés socio-professionnelles*. Université de Lille III: mémoire de maîtrise. Bibliothèque des Sciences de L'Education. 112 pages (más anexos).
- GILLY, M.; LACOUR, M.; MEYER, R. (1972). Image propre, images sociales et statut scolaire: étude comparative chez des élèves de CM2. *Bulletin de Psychologie*, 25, pp. 792-806.
- GINZBERG, E.; GINSBURG, S.; AXELRAD, S., and HERMA, J., (1951). *Occupational choice: an approach to a general theory*. N.York: Columbia University Press.
- GUICHARD, J. (1987). *Découverte des activités professionnelles, projets personnels*. Issy-les-Moulineaux: EAP.
- GUICHARD, J. (1988). *Découverte des activités professionnelles, projets personnels et insertion*. Issy-les-Moulineaux: EAP, 88 p.
- GUICHARD, J. (1991). *Découverte des activités professionnelles et projets personnels. Enseignement Technique et Nouvelles Technologies*. Issy-les-Moulineaux; EAP, 120 pp.
- GUICHARD, J. (1992). Comparative evaluation of several educational methods used in France for orientation of adolescents: tools, results and methodological problems. *European Journal of Psychology of Education*, 7. n°1, pp. 73-90.
- GUICHARD, J. (1993). *L' école et les représentations d'avenir des adolescents*. Paris: PUF, 270 pp..
- GUICHARD, J. (1994). Evaluations of a Workshop Method Designed to Help Poorly Motivated Students in the Development of Personal and Career Aims. Madrid: 23rd *International Congress of Applied Psychology*. Symposium: Recent Evolutions and Contributions of/for the Practices of Career Psychological Interventions.

- GUICHARD, J.; PIEROTTI, M.; SCHEURER, E.; VIRIOT, M. (1988). *Orientation éducative de la sixième à la troisième*. Issy-Les-Moulineaux: EAP, 256 pp..
- GUICHARD, J.; FALBIERSKI, E. (1994). Compétences et projets: mots vides ou concepts pertinents pour l'insertion des jeunes en difficulté ?. *Carrièreologie*, 5, n°3, pp. 131-157.
- MEYER, R. (1986). Image de soi et statut scolaire. Influence de déterminants familiaux et scolaires chez des élèves du cours moyen. *Bulletin de Psychologie*, 40, 382, pp. 933-942.
- MEYER, R. (1989). Expérience éducative et positionnement de soi chez des élèves de collège. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 2, 4, pp. 441-466.
- SPERBER, D.; WILSON, D. (1989). *La pertinence. Communication et cognition*. Paris: Editions de Minuit, 400 pp..
- VIGNERON, F1. (1992). *Essai d'évaluation de méthodes d'aide à la pédagogie du projet personnel et professionnel des collégiens français*. Université de Lille III: Memoria de Licenciatura. Bibliothèque des Sciences de l'Education. 105 pp.



Evaluación de la elección profesional y los valores, en una muestra de adolescentes

ANTONIA CALVO; JUAN B. MARTÍNEZ; y NURIA BABIANO
Universidad de Granada. España

1. INTRODUCCIÓN

El trabajo ha sido desde siempre un tema de interés a lo largo de la historia por múltiples razones, habiéndose abordado para su estudio desde diferentes perspectivas, y disciplinas científicas. En la actualidad, sigue constituyendo un tema de gran interés y preocupación, dado los problemas que giran en torno a él, como es el hecho de haberse convertido en un bien escaso o el desajuste entre formación y las exigencias de los puestos de trabajo.

Una de las razones por las que ha llamado la atención de los estudiosos sobre el tema, ha sido que éste es de vital importancia para el desarrollo y realización personal del individuo, pues, es una actividad que contribuye a la satisfacción de necesidades, no solo materiales (*económicas*), sino también personales (*psicológicas, sociales, etc.*). No obstante, para que el desempeño de una determinada actividad laboral produzca estos efectos beneficiosos, es necesario que el sujeto realice el trabajo adecuado, o sea, que se dé una acomodación o ajuste entre las capacidades laborales del trabajador, y las demandas o exigencias del trabajo, así como entre las necesidades laborales individuales del trabajador y el grado en que el trabajo puede satisfacer esas necesidades (Lofquist y Dawis, 1984). En este sentido, se podría hablar también de efectos negativos del trabajo, desde el momento en que este ajuste no tenga lugar y, en vez de producir satisfacción, sea causa de tensión, estrés, sentimientos de alienación y despersonalización.

Uno de los aspectos o problemas que adquiere una especial relevancia, de cara a la obtención de esa satisfacción laboral es la inadecuación vocacional (Super, 1942), el haber elegido mal el trabajo u ocupación a que dedicar los

años siguientes a la vida escolar. En nuestra sociedad son muchas y muy variadas las actividades profesionales que se pueden desempeñar, exigiendo cada una de ellas diferentes capacidades del trabajador, y ofreciendo asimismo, distintas posibilidades de satisfacer las particulares necesidades de cada individuo, por lo que la elección ocupacional se refiere al mismo tiempo que constituye un aspecto central y decisivo en el desarrollo de la vida profesional y laboral, convirtiéndose en una ardua y compleja tarea a la que debemos enfrentarnos de forma individual y personal.

Tradicionalmente, la orientación vocacional, basándose en la descripción de los sujetos y de las profesiones, ha tratado de ayudar y asesorar a los individuos en el momento de tomar una decisión respecto a su vocación. Sin embargo, esta labor basada más en un enfoque descriptivo que explicativo y que concibe la elección profesional como algo que sucede una sola vez en la vida, se ha revelado insuficiente para abordar las tareas y comportamientos propios que conlleva la elección vocacional y su desarrollo, poniéndose de manifiesto la necesidad de una labor no solo asesora sino también de intervención sobre el desarrollo vocacional.

Actualmente, se advierte una tendencia a considerar la elección profesional desde una perspectiva evolutiva, no como un hecho que sucede espontáneamente, y en un único momento, sino como un proceso en el que intervienen múltiples variables psicosociales que tiene lugar a lo largo del desarrollo general del individuo en consonancia con otras áreas de su vida y formando parte del proceso de socialización (Super y Overstreet, 1960). Así, pues, abordar el estudio del proceso de socialización del joven y las diversas variables que lo determinan resulta crucial para comprender el comportamiento humano en relación con la elección vocacional.

El presente estudio, que se enmarca en una investigación más amplia sobre socialización laboral de los jóvenes andaluces, se centra en esta ocasión en una de las variables psicosociales que se ha considerado como determinante de la elección profesional: el sistema de valores que todo individuo desarrolla en el continuo de su existencia. Los valores, como proyectos o modelos ideales de comportarse y existir que el ser humano aprecia, desea y busca, determinan el comportamiento (González, 1992), actuando como preferencias o criterios que guían las elecciones y la toma de decisiones. En el mundo laboral, cada profesión u oficio conlleva el desarrollo de diferentes valores, por lo que la elección de una determinada profesión puede ser la expresión de querer satisfacer determinadas necesidades, y realizar los valores hacia los que cada uno se halla orientado.

Los valores empiezan a adquirirse en las etapas más tempranas de crecimiento, bajo la influencia del medio sociocultural, familiar y escolar en el que el individuo se desenvuelve. No obstante, este proceso se encuentra condicionado por otras variables o factores como pueden ser la clase social, el nivel de inteligencia o el sexo (Rodríguez, 1993). De entre ellas, el sexo es una de las variables que se ha tenido en cuenta en este estudio, ya que según la literatura sobre el tema, existen claras diferencias en el desarrollo vocacional y profesional de hombres y mujeres. Parece ser, que buena parte de estas diferencias en los roles sexuales y estereotipos culturales adquiridos en el proceso de socialización. Asimismo, el aprendizaje de estos comportamientos, actividades y roles característicos (Barberá y Mayor, 1989) conlleva el desarrollo de escalas evaluativas o de valores *distintos* para ambos sexos.

2. MÉTODO

2.1. Sujetos

La muestra de sujetos utilizada en este estudio forma parte de otra más amplia recogida para el estudio: “*patrones de transición de la escuela al trabajo*”, iniciado por el equipo “TETRA”, del Departamento de Sociología y Psicología Social de la Universidad de Granada.

Para realizar este trabajo se contó con una muestra compuesta por 590 sujetos, de los que 312 eran mujeres y 278 varones. Estos jóvenes tenían edades comprendidas entre 13 y 14 años, y en el momento de la recogida de datos todos ellos cursaban 8º de E.G.B. en colegios de Granada capital y provincia.

2.2. Instrumentos

Para la medida de los valores se administró una lista de 14 valores (*instrumentales y finales*) elaborada, y aplicada en otras investigaciones por García y Rodríguez (1989). La valoración se realiza a través de una escala de tipo likert de 7 puntos en la que se evalúa el grado de importancia que dan los sujetos a cada uno de los 14 valores que se le presentan. Esta lista incluye los siguientes valores: *educación, prestigio, felicidad, amor, paz, seguridad, justicia, libertad, igualdad, salud, amistad, religiosidad y riqueza*.

La variable elección profesional de los individuos se recogió a través de una pregunta abierta: “*¿En qué te gustaría trabajar?*” introducida en el cuestionario que se les administró. Así mismo, la variable sexo fue evaluada a través de una pregunta referente a ello en el mismo cuestionario.

2.3. Procedimiento

Como se ha dicho más arriba, este estudio se engloba dentro de una investigación longitudinal más amplia sobre el proceso de socialización laboral de los jóvenes andaluces. Los datos utilizados en este trabajo se refieren al To, es decir, al punto de partida del estudio. Una vez recogidos, se pasó a su posterior codificación y tabulación. Algunos de ellos tuvieron que ser recodificados para su adaptación, como fue el caso de las respuestas a la elección profesional.

Estas respuestas fueron categorizadas en siete grupos profesionales, tomando como punto de referencia la tipología de intereses profesionales de Castaño. Dichos grupos profesionales fueron:

1. Intereses científicos, orientados hacia la comprensión de las ideas o leyes que rigen las relaciones entre los fenómenos.
2. Técnicos, se centran en el manejo y utilización de los objetos materiales y tangibles.
3. Administrativos, suponen la inclusión hacia actividades que requieren precisión, orden y detalle relacionado con archivos de datos.
4. Artísticos, orientados hacia actividades que permiten la expresión personal.
5. Asistenciales, centrados en las personas, prestarles ayuda, más por el valor de los demás, que por los beneficios de la ayuda.
6. Comerciales, también se centran en las personas, pero se presta ayuda a cambio de obtener unos beneficios.
7. Ejecutivos, orientados hacia el ejercicio del dominio, y control sobre los demás, por deseo de ejercer el poder y liderazgo.

Una vez adaptados los datos de acuerdo con los objetivos de la investigación, se llevaron a cabo los distintos análisis de varianza mediante el programa informático BMDP - PC 90.

3. RESULTADOS

Los primeros resultados que se pueden observar, hacen referencia a la jerarquía de valores establecida por cada uno de los grupos profesionales a los que fueron adscritos los sujetos, en función de la elección profesional. Según los datos obtenidos, se podría decir que el ordenamiento de los valores, por su grado de importancia, es bastante parecido en general en todos los grupos de

profesión. De hecho, todos los grupos sitúan el valor salud en primer lugar de importancia, y en los últimos lugares los valores prestigio, riqueza y religiosidad. Asimismo, los valores felicidad, paz, amor, igualdad y justicia ocupan lugares en torno al 2º, 3º, 6º, 8º y 10º lugar respectivamente. No obstante, se constatan diferencias entre los distintos grupos profesionales, de hasta tres lugares respecto al orden que establecen para los valores educación, seguridad y trabajo, y de hasta cuatro lugares para los valores amistad y libertad (*los grupos profesionales entre los que se producen estas diferencias pueden observarse en la tabla 1*).

Tabla 1. Jerarquías de valores establecidas en función del grado de importancia atribuida a cada valor, por cada uno de los grupos profesionales

Valores	Grupos profesionales						
	Cientf.	Técnc.	Admin.	Arts.	Asist.	Comerc.	Ejecut.
Salud	1º	1º	1º	1º	1º	1º	1º
Amistad	2º	3º	3º	2º	4º	3º	6º
Libertad	5º	4º	3º*	3º	5º*	6º	3º
Felicidad	4º	2º	2º	4º	2º	2º	2º
Paz	3º	5º	4º	5º	3º	5º*	4º
Amor	6º	6º	5º*	6º	5º*	4º	5º
Educación	8º	7º	5º*	7º	5º*	5º	8º
Igualdad	7º	9º	7º	8º	6º	8º	7º
Justicia	9º	11º	9º	9º	8º	10º	9º
Seguridad	10º	8º	8º	10º	7º	9º	11º
Trabajo	11º	10º	6º	11º	9º	7º	10º
Prestigio	13º	12º	11º	12º	11º	13º	13º
Riqueza	12º	13º	10º	13º	12º	12º	12º
Religiosidad	14º	14º	12º	14º	10º	11º	14º

Nota: Los números de la matriz indican el número de orden establecido para cada valor por cada grupo profesional.

** El número de orden marcado obtiene el mismo grado de importancia en el grupo profesional correspondiente.*

Respecto al ordenamiento de los valores por el grado de importancia en función del sexo, no se aprecian diferencias entre ambos grupos, obteniéndose jerarquías muy similares, como puede observarse en la tabla 2.

En cuanto a las jerarquías establecidas por el grupo de mujeres en cada grupo profesional se constata que para algunos valores no existen diferencias: todas sitúan en primer lugar, el valor salud y en los tres últimos lugares se sigue manteniendo los valores riqueza, prestigio y religiosidad. Asimismo, valores como felicidad y amor, se sitúan en torno al 3º y 6º lugar respectivamente en todos los grupos profesionales. Sin embargo, se constatan algunas diferencias

entre los grupos profesionales respecto a los restantes valores, alcanzando distancias de hasta 6 lugares en los valores de amistad y educación, de hasta 5 lugares en el valor paz, de hasta 4 lugares en los valores de libertad, justicia y trabajo, y de hasta 3 lugares en los valores igualdad y seguridad, (*las diferencias en dichos valores entre los distintos grupos profesionales puede observarse en la tabla 3*).

Tabla 2. Jerarquías de valores establecidas en función del sexo

Valores	Varones	Mujeres
Salud	1º	1º
Felicidad	2º	2º
Amistad	3º	4º
Paz	4º	3º
Libertad	5º	5º
Educación	6º	7º
Amor	7º	6º
Igualdad	8º	8º
Seguridad	9º	10º
Justicia	10º	9º
Trabajo	11º	11º
Religiosidad	12º	14º
Prestigio	13º	13º
Riqueza	14º	12º

Tabla 3. Jerarquías establecidas por las mujeres en cada grupo profesional

Valores	Grupos profesionales						
	Cientf.	Técnc.	Admin.	Arts.	Asist.	Comerc.	Ejecut.
Salud	1º	1º	1º	1º	1º	1º	1º
Amistad	2º	3º	4º	2º	4º	5º	8º
Paz	3º	4º	3º	8º	3º	6º	4º
Felicidad	4º	2º	2º	4º	2º	3º	3º
Libertad	5º	5º	5º	3º	6º	2º	2º
Amor	6º	6º	7º	5º	7º	7º	6º
Justicia	7º	10º	11º	10º	10º	10º	9º
Igualdad	8º	9º	10º	7º	8º	9º	5º
Educación	9º	7º	6º	6º	5º	4º	10º
Seguridad	10º	8º	9º	9º	9º	11º	11º
Trabajo	11º	11º	8º	11º	11º	8º	7º
Riqueza	12º	14º	13º	14º	14º	13º	12º
Prestigio	13º	13º	14º	12º	13º	14º	14º
Religiosidad	14º	12º	12º	14º	12º	12º	13º

Cuando se comparan las jerarquías establecidas por los varones en cada grupo profesional, se aprecian diferencias entre los distintos grupos profesionales en casi todos los valores, alcanzando distancias en el orden establecido de hasta 6 lugares en los valores *libertad* y *paz*; de hasta 4 lugares en los valores *justicia*, *seguridad*, e *igualdad*; y de hasta 3 lugares en los valores *trabajo*, *amor*, *felicidad* y *amistad* (las diferencias en dichos valores entre los distintos grupos profesionales pueden observarse en la tabla 4).

Tabla 4. Jerarquías establecidas por los hombres en cada grupo profesional

Valores	Grupos profesionales						
	Cientf.	Técnc.	Admin.	Arts.	Asist.	Comerc.	Ejecut.
Salud	1°	1°	1°	2°	1°	1°	1°
Amistad	2°	4°	4°	4°	5°	4°	4°
Paz	3°	5°	6°	1°	2°	5°	3°
Felicidad	4°	2°	5°	3°	3°	2°	2°
Amor	5°	6°	3°	6°	4°	3°	6°
Libertad	6°	3°	2°	5°	6°	7°	5°
Igualdad	7°	10°	11°	11°	10°	9°	8°
Educación	8°	7°	12°	8°	7°	6°	7°
Seguridad	9°	9°	13°	9°	11°	10°	10°
Justicia	10°	11°	9°	7°	9°	11°	9°
Trabajo	11°	8°	10°	10°	8°	8°	11°
Prestigio	12°	12°	8°	12°	13°	14°	13°
Riqueza	13°	13°	7°	13°	12°	12°	12°
Religiosidad	14°	14°	14°	14°	14°	13°	14°

En esta ocasión llama especialmente la atención, el hecho de que el grupo profesional de artistas sitúe el valor paz en el 1° lugar de la jerarquía y el valor salud en el 2°, cuando hasta el momento el 1° lugar lo había ocupado siempre el valor salud, situándose el valor paz en lugares más avanzados de las jerarquías. Asimismo, puede observarse como el grupo de administrativos parece aglutinar las mayores diferencias en el orden establecido en algunos de los valores respecto al resto de los grupos profesionales. Valores como riqueza y prestigio, que han ocupado los últimos lugares en las anteriores jerarquías comentadas, así como en las que presentan en esta ocasión los demás grupos profesionales, el grupo de administrativos los sitúan en 7° y 8° lugar, mientras que los valores de educación y seguridad ocupan el 12° y 13° lugar. Finalmente, cuando se comparan las jerarquías establecidas por varones y mujeres en los mismos grupos profesionales, se observa que los grupos científicos, técnicos, asistenciales y comerciales no presentan grandes diferencias entre el ordenamiento establecido por ambos sexos, a excepción de determinados valores co-

mo puede comprobarse en las tablas 5. Sin embargo, en los grupos de administrativos, ejecutivos y artistas sí se constatan diferencias en el ordenamiento de diversos valores en función del sexo.

Tablas 5. Jerarquías establecidas por hombres y mujeres en los distintos grupos profesionales

Grupo: Científicos			Grupo: Técnicos		
Valores	Hombres	Mujeres	Valores	Hombres	Mujeres
Salud	1º	1º	Salud	1º	1º
Amistad	2º	2º	Amistad	4º	3º
Paz	3º	3º	Paz	5ª	4º
Felicidad	4º	4º	Felicidad	2º	2º
Amor	5º	6º	Amor	6º	6º
Libertad	6º	5º	Libertad	6º	5º
Igualdad	7º	8º	Igualdad	10º	7º
Educación	8º	9º	Educación	7º	7º
Seguridad	9º	10º	Seguridad	9º	8º
Justicia	10º	7º	Justicia	10º	10º
Trabajo	11º	11º	Trabajo	8º	11º
Prestigio	12º	13º	Prestigio	12º	13º
Riqueza	13º	12º	Riqueza	13º	14º
Religiosidad	14º	14º	Religiosidad	14º	12º

Grupo: Administrativos			Grupo: Artistas		
Valores	Hombres	Mujeres	Valores	Hombres	Mujeres
Salud	1º	1º	Salud	1º	1º
Amistad	4º	4º	Amistad	4º	2º
Paz	6º	3º	Paz	1ª	8º
Felicidad	5º	2º	Felicidad	3º	4º
Amor	3º	7º	Amor	6º	5º
Libertad	2º	5º	Libertad	5º	10º
Igualdad	11º	10º	Igualdad	11º	7º
Educación	12º	6º	Educación	8º	6º
Seguridad	13º	9º	Seguridad	9º	9º
Justicia	9º	11º	Justicia	7º	11º
Trabajo	10º	8º	Trabajo	10º	14º
Prestigio	8º	14º	Prestigio	12º	12º
Riqueza	7º	13º	Riqueza	13º	14º
Religiosidad	14º	12º	Religiosidad	14º	13º

Grupo: Asistenciales			Grupo: Comerciales		
Valores	Hombres	Mujeres	Valores	Hombres	Mujeres
Salud	1°	1°	Salud	1°	1°
Amistad	5°	4°	Amistad	4°	5°
Paz	2°	3°	Paz	5°	6°
Felicidad	3°	2°	Felicidad	2°	3°
Amor	4°	7°	Amor	3°	7°
Libertad	6°	6°	Libertad	7°	2°
Igualdad	10°	8°	Igualdad	9°	9°
Educación	7°	5°	Educación	6°	4°
Seguridad	11°	9°	Seguridad	10°	11°
Justicia	9°	10°	Justicia	11°	10°
Trabajo	8°	11°	Trabajo	8°	8°
Prestigio	13°	13°	Prestigio	14°	14°
Riqueza	12°	14°	Riqueza	12°	13°
Religiosidad	14°	12°	Religiosidad	13°	12°

Grupo: Ejecutivos		
Valores	Hombres	Mujeres
Salud	1°	1°
Amistad	4°	4°
Paz	3°	4°
Felicidad	2°	3°
Amor	6°	6°
Libertad	5°	2°
Igualdad	8°	5°
Educación	7°	10°
Seguridad	10°	11°
Justicia	9°	9°
Trabajo	11°	7°
Prestigio	13°	14°
Riqueza	12°	12°
Religiosidad	14°	13°

En el análisis de los datos de la muestra general, tomando cada uno de los valores de forma individual, y comparándolos entre los diferentes grupos de profesión establecidos, solamente se encontraron diferencias significativas en los valores educación ($p \leq 0.04$) y riqueza ($p \leq 0.02$) (véase tabla 6).

Respecto al valor educación, las diferencias se establecen entre los grupos profesionales de asistenciales y técnicos, siendo el grupo de asistenciales los que otorgan una mayor importancia a la educación (véase tabla 7).

Tabla 6. Probabilidades obtenidas en cada valor cuando se comparan entre los distintos grupos profesionales. Muestra general.

Valores	Probabilidades
Educación	0,0468*
Prestigio	0,1097
Felicidad	0,9596
Religiosidad	0,1055
Trabajo	0,6550
Amor	0,4931
Paz	0,2973
Amistad	0,1154
Seguridad	0,1020
Justicia	0,1400
Libertad	0,7566
Igualdad	0,1766
Riqueza	0,0295*
Salud	0,9505

* $p \leq 0,05$

Para el valor riqueza, se establecen diferencias significativas entre el grupo de ejecutivos y los grupos de científicos, asistenciales, y artistas, dándole una mayor importancia a dicho valor los ejecutivos (véase tabla 7).

Tabla 7. Medias obtenidas en los valores educación y riqueza en los distintos grupos profesionales. Muestra general

Valores	Grupos profesionales						
	Cientf.	Técnic.	Administ.	Artist.	Asistc.	Comerc.	Ejecut.
Educación	6,2456	6,0571	6,1951	6,1702	6,4145	6,4400	6,0870
Riqueza	4,2807	4,5357	4,6585	4,000	4,2692	4,2800	5,0870

Cuando se tiene en cuenta el sexo, y se comparan los valores individualmente, entre los diferentes grupos de profesión, no se obtienen diferencias significativas en el caso de las mujeres. Sin embargo, se obtienen diferencias significativas en el grupo de hombres para el valor prestigio ($p \leq 0,01$), (véase tabla 8). Concretamente, el grupo de administrativos otorgan más importancia al prestigio que el resto de los grupos profesionales establecidos (técnicos, asistenciales, artistas, ejecutivos, científicos y comerciales), (véase tabla 9).

Tabla 8: Probabilidades obtenidas en cada valor cuando se compara entre los distintos grupos profesionales. Muestra masculina

Valores	probabilidades
Educación	0,7128
Prestigio	0,0179*
Felicidad	0,6918
Religiosidad	0,1014
Trabajo	0,9393
Amor	0,6204
Paz	0,1330
Amistad	0,2635
Seguridad	0,2364
Justicia	0,3606
Libertad	0,7238
Igualdad	0,5929
Riqueza	0,2775
Salud	0,4788

* $p \leq 0,05$

Tabla 9. Medias obtenidas en el valor prestigio en los distintos grupos profesionales. Muestra masculina

Valor	Grupos profesionales						
	Cientf.	Técnic.	Administ.	Artist.	Asistc.	Comerc.	Ejecut.
Prestigio	4,3333	4,8300	5,8000	4,7059	4,7121	3,9375	4,4242

Así mismo, los grupos de técnicos y de asistenciales dan más importancia a dicho valor que el grupo de comerciales. Finalmente, cuando se comparan de forma individual cada valor entre hombres y mujeres en los mismos grupos profesionales se obtienen diferencias significativas en diferentes valores en función del sexo en todos los grupos, exceptuando el grupo de ejecutivos, (véase tabla 10).

Concretamente, en el grupo de administrativos se obtienen diferencias significativas para los valores religiosidad; siendo las mujeres las que dan más importancia a dicho valor, y justicia y libertad, siendo los hombres los que dan más importancia a dichos valores. En el grupo de técnicos se obtienen diferen-

Tabla 10. Probabilidades y puntuaciones medias obtenidas en cada valor, cuando se comparan individualmente entre hombres y mujeres en los mismos grupos profesionales

Grupo profesional: Administrativos			
Valores	P	$\bar{x}$ Mujeres	$\bar{x}$ Varones
Religiosidad	0,0251*	4,2903	4,20000
Justicia	0,0027*	5,7742	5,8000
Libertad	0,0014*	6,3871	6,4000
Amor	0,0581	6,2258	6,1000
Grupo profesional: Comerciales			
Valores	P	$\bar{x}$ Mujeres	$\bar{x}$ Varones
Amor	0,0184*	6,5556	6,5000
Seguridad	0,0013*	5,3333	5,3125
Igualdad	0,0434*	5,7778	5,6250
Prestigio	0,0559	3,7778	3,9375
Grupo profesional: Artistas			
Valores	P	$\bar{x}$ Mujeres	$\bar{x}$ Varones
Amor	0,0171*	6,4333	6,4706
Amistad	0,0348*	6,6000	6,6471
Seguridad	0,0008*	5,9333	5,9412
Libertad	0,0016*	6,6000	6,5882
Salud	0,0529	6,767	6,8235
Grupo profesional: Asistenciales.			
Valores	P	$\bar{x}$ Mujeres	$\bar{x}$ Varones
Paz	0,0039*	6,5833	6,5758
Salud	0,0389*	6,8452	6,8636
Grupo profesional: Técnicos.			
Valores	P	$\bar{x}$ Mujeres	$\bar{x}$ Varones
Amor	0,0353*	6,2500	6,2000
Salud	0,0091*	6,8250	6,8100
Salud	0,0091*	6,8250	6,8100
Grupo profesional: Científicos			
Valores	P	$\bar{x}$ Mujeres	$\bar{x}$ Varones
Riqueza	0,0242*	4,2381	4,3056
Educación	0,0503	6,2857	6,2222
Igualdad	0,0556	6,3810	6,3056

* $p \leq 0,05$

cias significativas en los valores de amor y salud, siendo las mujeres las que dan más importancia a dichos valores.

En el grupo de asistenciales, los valores paz, a favor de las mujeres, y salud, a favor de los hombres. En el grupo de comerciales, los valores amor, seguridad e igualdad a favor de mujeres y, aunque no llega a ser significativo, el valor prestigio, a favor de los hombres. En el grupo de científicos, el valor riqueza, a favor de los hombres y, aunque tampoco llegan a ser significativos, los valores educación e igualdad a favor de las mujeres. Y finalmente, en el grupo de artistas, los valores amor, amistad y seguridad, a favor de los hombres y el valor libertad, a favor de las mujeres al igual que el valor salud, aunque tampoco llega a ser significativo (véase tabla 10).

Otro de los aspectos estudiados ha sido la distribución de sujetos por grupos profesionales, pudiéndose observar al respecto que el grupo de asistenciales es el que aglutina mayor cantidad de sujetos, concretamente el 39,7% del total de la muestra, seguido del grupo de técnicos con un 23,73%, frente al resto de los grupos que presentan porcentajes más pequeños; científicos (9,66%), artistas (7,97%), ejecutivos (7,80%), administrativos (6,95%), comerciales (4,2%).

Tabla 11. Distribución de sujetos (hombres, mujeres y total) por grupos profesionales

Grupos profesionales	Hombres (278) %	Mujeres (312) %	Total (590) %
Científicos	12,95 %	6,73 %	9,66 %
Técnicos	35,97 %	12,82 %	23,73 %
Administrativos	3,60 %	9,93 %	6,95 %
Artistas	6,11 %	9,61 %	7,97 %
Asistenciales	23,74 %	53,84 %	39,7 %
Comerciales	5,75 %	2,88 %	4,2 %
Ejecutivos	11,87 %	4,17 %	7,80 %

%: Porcentaje de sujetos sobre el total de la muestra de hombres, sobre el total de la muestra de mujeres, y sobre el total de la muestra completa.

Cuando se analiza el porcentaje de varones y mujeres que componen cada grupo profesional, se puede observar que el grupo de asistenciales está formado mayoritariamente por mujeres (53,84% del total de mujeres, frente al 23,74% del total de hombres), mientras que en el grupo de técnicos predominan fundamentalmente los hombres (35,97% del total de hombres, frente al

12'82% del total de mujeres). Asimismo, puede observarse como los grupos profesionales de científicos, ejecutivos y comerciales son más elegidos por los hombres (12,95%, 11,87% y 5,75% respectivamente) que por las mujeres (6,73%, 4,17%, y 2,88%). Mientras que los grupos profesionales de administrativos y artistas son más elegidos por las mujeres (9,93% y 9,61% respectivamente) que por los hombres (3,60% y 6,11%).

4. CONCLUSIONES

Dados los resultados obtenidos, una de las primeras conclusiones que se puede apuntar hace referencia a las jerarquías de valores establecidas, ya sea cuando se analizan por grupos profesionales, como cuando se trata de analizarlas en función del sexo. En ambos casos, los datos ponen de manifiesto que en general tanto hombres como mujeres, y en todos los grupos profesionales, exceptuando el grupo de administrativos masculinos, dan un mayor peso en cuanto al orden de importancia a valores que pueden considerarse desde la terminología de Rockeach, como finales (salud, paz, justicia...) que a los instrumentales (riqueza, prestigio, religiosidad), hecho que coincide con la literatura en la que se apunta la tendencia de los jóvenes a dar mayor importancia a los valores de carácter terminal o finalista que a los instrumentales. Por otro lado, también se puede decir respecto a las jerarquías que no se han encontrado grandes diferencias en cuanto al orden de importancia de cada valor en función de la elección profesional, ni tampoco en función solo del sexo, aunque se constatan ciertas diferencias cuando ambas variables son tenidas en cuenta.

En cuanto a la interpretación de los resultados obtenidos, cuando se han comparado cada uno de los valores de forma individual entre los diferentes grupos profesionales, dado que tan solo hemos encontrado diferencias significativas en dos valores de la escala (*educación y riqueza*) en la muestra completa, en un solo valor (*prestigio*) en la muestra de hombres, y en ningún valor en la muestra de mujeres, se puede concluir que, aunque parece que se empieza a vislumbrar cierta correspondencia entre sistema axiológico, y elección profesional, esta relación no queda corroborada por los datos. Sí se aprecia por el contrario, más clara la influencia de la variable sexo, ya que, son diversos y distintos los valores que aparecen con diferencias significativas cuando se comparan entre hombres y mujeres en los mismos grupos profesionales.

No obstante, consideramos que dada la juventud de la muestra, sería precipitado extraer conclusiones definitivas en este momento. Pensamos que, en consonancia con las etapas de la vida ocupacional, estos sujetos, ateniéndose a su edad (13 y 14 años), se encuentran en la etapa de crecimiento, en un período

do de tiempo en el que quizás aún no han alcanzado la madurez necesaria como para tener en cuenta sus propios valores en relación con la profesión que les gustaría ejercer. Teniendo, sin embargo, más peso en estos momentos la variable sexo, como factor que determina más tempranamente el sistema de valores que todo individuo desarrolla. En consecuencia, será mejor esperar a que más adelante a medida que se desarrolle la investigación longitudinal, pueda esclarecerse esta cuestión.

Si bien, a pesar de lo dicho, quisiéramos destacar ahora algunos aspectos como es el papel jugado por los valores instrumentales (*riqueza, prestigio, religiosidad*), en buena parte de las diferencias significativas obtenidas, así como el hecho de que en estas diferencias se ponga de manifiesto la tendencia masculina a dar más importancia a dichos valores que las mujeres. Estos resultados coinciden con los obtenidos en otras investigaciones en las que se aprecia una mayor valoración de los hombres respecto a valores de esta naturaleza, mientras que las mujeres otorgan mayor importancia a valores intrínsecos. Si bien, llama la atención si consideramos las edades de la muestra pues, como decíamos más arriba, la literatura sobre el tema viene a indicar que en las edades de nuestros sujetos la importancia de los aspectos extrínsecos disminuyen sensiblemente. Así mismo, cuando se analiza la distribución de sujetos por grupos profesionales se constata las típicas tendencias femeninas y masculinas respecto a la elección profesional, las mujeres se concentran mayoritariamente en los grupos profesionales de asistenciales, administrativos y artistas, y los hombres por el contrario se aglutinan fundamentalmente en las de técnicos, científicos, ejecutivos y comerciales.

Por lo que, en función de la categorización profesional realizada, se puede decir que las mujeres tienden en mayor proporción a elegir profesiones relacionadas con las personas, la expresión personal y la realización de actividades que requieran precisión, orden y detalle aspectos que en definitiva permiten satisfacer y desarrollar necesidades que están en consonancia con valores intrínsecos y sociales, mientras que los varones tienden a elegir preferentemente profesiones relacionadas con el poder, el prestigio, los beneficios económicos, aspectos que se corresponden con la satisfacción de valores extrínsecos, aunque también elijan actividades relacionadas con la estimulación intelectual, más en consonancia con los valores intrínsecos.

A la vista de los resultados obtenidos creemos necesario esperar a posteriores tiempos en la investigación longitudinal, así como tener en cuenta la posible influencia de otras variables (*como la clase social, los programas de instrucción, la madurez vocacional, etc.*) además del sexo, para poder clarificar los resultados que ahora presentamos.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARBERA, E. y MAYOR, L. (1989): Autoconcepto de género y sistema de valores. *Revista de psicología social*, 4 (2), (151-165)
- DAWIS, R.V. y LOFQUIST, LL. H: (1984): Adecuación del hombre al trabajo. En RODRÍGUEZ, M.L.: *El mundo del trabajo y las funciones del orientador*. Barcelona. 93-108. Barcanova. Temas Universitarios.
- GARCÍA, J.M.A. y RODRÍGUEZ, A. (1989): Personalidad, valores y expectativas en jóvenes titulados en paro. En TORREGROSA, F.R., BERGERE, J. Y ALVARO, J.L. (Comps.): *Juventud, trabajo y desempleo: un análisis psicológico*. Ed. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, colección Encuentros. Madrid. Págs. 191-204.
- GONZÁLEZ, F. (1992): Educación en valores y diseño curricular. *Documentos para la reforma*. Madrid: Alhambra Longman.
- RODRÍGUEZ, S. (1993): *Teoría y práctica de la orientación educativa*. Barcelona: PPU.
- SUPER, D.E. (1942): *The dynamics of vocational adjustment*. N. York: Harper y Row.
- SUPER, D.E. y OVERSTREET, (1960): La madurez vocacional: Conceptos y modelos. En: SALVADOR, A. y PEIRO, J.M.: *La madurez vocacional* (1986). Madrid: Alhambra Universidad.



Programas de formación permanente para los profesionales de los Centros de Protección de Menores

M^a DOLORES MONTILLA

Universidad de Barcelona. España

1. INTRODUCCIÓN

La complejidad inherente de las tareas a desarrollar por los profesionales que trabajan en el ámbito de atención a la infancia y adolescencia, y la amplia casuística, en ocasiones difícil de abordar por falta de formación, pone de manifiesto la necesidad de la formación permanente entre los profesionales que trabajan en los diversos campos de atención al menor, desde los diferentes servicios.

A esta necesidad de carácter general debemos añadir, hasta hace poco tiempo y en algunas Comunidades Autónomas, la falta de centros e instituciones que garanticen una formación específica a los profesionales que se dedican a la tarea educativa, y de socialización de jóvenes y niños. Con el fin de paliar el vacío de formación institucionalizada y reglada, que cubra la necesidad de formación de base de los educadores, se ha respondido desde la Administración con la organización de cursos y seminarios para dar formación a educadores de calle, educadores familiares, monitores de tiempo libre, animadores socioculturales, etc. que no siempre responden a las necesidades prácticas de estos profesionales.

Junto al reconocimiento de tales iniciativas debemos acentuar además, la necesidad de reglar definitivamente tales profesiones con la introducción de diplomaturas en Educación Social y licenciaturas de especialización en áreas de la Acción Pedagógica y Social. Aunque, la mayoría de las universidades españolas tiene previsto crear esta diplomatura que ya se imparte en la Universidad Complutense de Madrid, del País Vasco y de Barcelona. Estos estudios de Educación Social se realizan desde hace algunos años, siendo una diplomatura muy nueva y aún poco conocida.

El objetivo que persigue la titulación de educador social es el de mejorar la cualificación profesional de personas que están ya trabajando en un campo muy amplio, el de la educación no formal, en oposición a la educación formal que se proporciona principalmente en la escuela. Este nuevo profesional, el educador social, es un técnico de la intervención socio-educativa preparado para el trabajo con poblaciones que presentan necesidades específicas, formado en métodos de animación y con una sólida formación de base que le permita una capacidad de adaptación a nuevos programas o a nuevos ámbitos de intervención, capacidad que se considera indispensable para ser eficaz en un sector en plena evolución. Ortega (1989) señala que los educadores sociales se ocuparían de lo pedagógico y socioeducativo del trabajo social, así como de la educación tanto en los ámbitos no formales, como también en determinados de la educación formal; los educadores sociales son técnicos en educación de marginados, en inserción de jóvenes inadaptados y delincuentes en la vida adulta, en educación permanente y de adultos, en formación socio-laboral.

Los alumnos de esta diplomatura reciben un título único como educadores sociales, aunque pueden optar por especializarse en uno de estos tres ámbitos: el de la animación sociocultural, la educación de adultos o la educación especializada en adaptaciones. La única formación superior específica relacionada con estos ámbitos de actuación que existía en nuestro país era la del asistente social, actualmente llamado trabajador social, teniendo en cuenta que esta titulación no cubre los aspectos de intervención educativa. Los trabajadores sociales, desde la perspectiva más convencional y como apunta Ortega (1989), son considerados como los técnicos en prestaciones y servicios sociales en el ámbito de las competencias del Ministerio de Asuntos Sociales y en el marco de las atribuciones de los diversos gobiernos autónomos, provinciales y locales. El trabajador social conexiona y relaciona las instituciones sociales de servicios con los ciudadanos necesitados de los mismos y a los ciudadanos asistidos en las instituciones con sus familias y el entorno social; así como colaboran con otros profesionales en tareas de *información, formación, análisis de situaciones individuales y comunitarias, y participan en la planificación de programas, proyectos e intervenciones sociales desde su específica perspectiva profesional*.

La titulación de educador social tiene una larga tradición en otros países de Europa. Surge en Alemania con los pedagogos sociales que se empiezan a formar tras la II Guerra Mundial. En países como Francia, Italia, Bélgica y Holanda la figura del educador social especializado lleva ya muchos años.

Las salidas profesionales de estos diplomados son numerosas, así como las instituciones en las que pueden ejercer su actividad, como: *Centros de Aco-*

gida, Centros Residenciales y Tutela de Menores, Instituciones Penitenciarias o Centros de Reinserción Social. Estos diplomados también podrán trabajar en organismos que se dediquen a la atención de drogodependencias, agrupaciones de educadores de calle, educación en residencias de la tercera edad, campamentos juveniles, asociaciones de tiempo libre, etc.

2. EL PROGRAMA DE FORMACIÓN Y EDUCACIÓN

Al intentar diseñar un programa de formación del educador social, es necesario conocer previamente cuales son los ámbitos de actuación que puede asumir este profesional. Petrus (1989) afirma que el criterio adoptado (*criterio histórico, legal, racional o empírico*) determinará funciones esencialmente distintas, aunque desde una perspectiva real y administrativa, parece aconsejable reducir a cuatro los ámbitos y funciones de intervención del educador social: 1) *ambito de animación sociocultural*; 2) *ambito de educación especializada*; 3) *ambito de educación de adultos*; 4) *ambito de formación ocupacional*. Aunque el autor presenta estas cuatro funciones como distintas y separadas, es obvio que en múltiples ocasiones forman parte de un todo unitario. De ahí que, para lograr superar las deficiencias originadas por las desigualdades sociales, con frecuencia se precise de la ayuda y colaboración de agentes sociales con distinta formación.

No es el objeto de este trabajo realizar un detallado análisis de las funciones a desarrollar por el educador especializado, el animador sociocultural, el educador de adultos y el formador ocupacional, a los que globalmente se les puede llamar educador social. Nuestro propósito se reduce a enumerar aquellas funciones que, siendo comunes a los cuatro ámbitos anteriormente citados pueden servir de orientación en una propuesta curricular de cara a la formación.

Petrus (1989) considera que una formación en educación social debe asegurar, mínimamente, cuatro capacidades: 1) *conocimiento del entorno*, a ser posible a partir de una propuesta metodológica propia de la Sociología reconstruccionista. 2) *un conocimiento del educando*, ya sea considerado como un individuo o como un elemento de un grupo. 3) *saber relacionarse funcionalmente* con el usuario de su gestión, bien sea en el medio abierto o en el marco institucional. 4) *capacidad gestora* y de planificación de actividades sociales.

Siguiendo a este autor, una síntesis de las funciones a desarrollar por parte del educador social incluiría las diez parcelas siguientes: *función relacionante y dialogante con los educandos, función reeducativa en su sentido más*

amplio, pero nunca clínico, función organizativa comunitaria, función de animación grupal comunitaria, función promotora de actividades socio-culturales. función informativa y orientativa, función docente-social, función económica y laboral, función detectora y de análisis de los problemas sociales y de sus causas, función de orientación y relación institucional.

Petrus (1989) entiende que la formación del educador social no puede quedar reducida a unos cursos de diplomatura, por lo que dada la realidad socio-académica actual los estudios de diplomatura en Educación Social deberían tener continuidad en una licenciatura. En este sentido, precisa que si bien, en principio parecen ser más numerosas las salidas profesionales para un diplomado en Educación social, no es menos cierto que son muchas las parcelas de la educación social que precisan de unos profesionales con mayor preparación, es decir, con una formación a nivel de Licenciado Universitario.

La formación del educador social se fundamenta en la adquisición de un bagaje de contenidos básicos, en el dominio de unas técnicas propias y específicas, en asumir sus responsabilidades, y en estar capacitado para adaptarse, a través de una formación interdisciplinar, a nuevas situaciones. La identidad profesional del educador social no es algo estático, sino que se va configurando desde su formación inicial, se va construyendo a lo largo del propio ejercicio profesional, en función del territorio donde se desarrolla y en un proceso permanente de autoformación.

Tal y como se viene desarrollando en la presentación de este trabajo, nos centraremos en analizar las necesidades formativas de los educadores de centros de protección, por constituir el pilar básico de estas instituciones y por ser el colectivo de profesionales de centros a los que tuvimos acceso estudiar. Todo ello, aparte de permitirnos elaborar unos programas formativos adaptados a las necesidades reales de estos agentes de intervención social, nos aportará las pautas básicas para diseñar un curriculum congruente con las demandas sociales y con proyección profesional, aunque no constituye, este último punto, el objetivo inmediato del presente trabajo.

El estudio se enmarca en un Convenio suscrito con la Dirección General de Protección Jurídica del Menor (Ministerio de Asuntos Sociales) el cual nos ha permitido, entre otros, contactar con la Dirección General de Atención a la Infancia (DGAI) del Departamento de Bienestar Social de la Comunidad de Cataluña, desde la que a su vez, se ha facilitado los contactos pertinentes para la realización de las entrevistas a los equipos educativos de seis centros de acogida y residenciales, todos ellos centros propios de la DGAI. De modo que el presente trabajo, constituye un estudio colateral que pretende profundizar en los

aspectos de la formación de los profesionales de centros, ámbito muy poco trabajado y que se ha revelado como una temática que necesita de una pronta intervención.

En su vertiente más amplia, el estudio tiene como objetivo evaluar la situación actual de los profesionales que trabajan en el Circuito de Protección a la Infancia en Cataluña, y con ello profundizar en el conocimiento de aspectos tales como, datos sociodemográficos, la formación y la autovaloración. Desde la perspectiva específica de estudio de la formación de los profesionales de centros, —que es el tema que ahora nos ocupa—, el trabajo que presentamos por su carácter exploratorio, aparte de representar un primer contacto con los equipos educativos de centros, tiene la finalidad de conocer las necesidades reales y las ofertas que en la actualidad se realizan en el ámbito de la formación de estos profesionales. Así como, de elaborar propuestas sobre los aspectos claves que deberían incluir los programas de formación y reciclaje, para la actualización y la adecuación de los curricula, a los diversos niveles y modalidades de la demanda social.

El momento en el que se encuentra el desarrollo del estudio, nos ha permitido realizar una primera aproximación de los elementos a tener en cuenta en la elaboración de programas de formación permanente y reciclaje para los profesionales que trabajan en los centros de protección de menores, con el fin de optimizar la formación de los equipos educativos en el desempeño de sus tareas, y contribuir en mejorar la calidad educativa de los servicios prestados por los mismos.

A continuación, presentamos un esquema general del desarrollo de la investigación: *revisión de la literatura; contacto inicial con organismos: DGAI.*

Instrumentación del estudio, *recogida inicial de datos: entrevistas a 24 educadores de los equipos educativos de seis centros de acogida y residenciales, vaciado de las entrevistas, elaboración de un cuestionario específico sobre formación permanente, datos sociodemográficos y autovaloración, nueva recogida y análisis de datos (aplicación a la totalidad de los profesionales del Circuito de Protección a la Infancia), elaboración de programas de formación permanente.*

En la primera fase de la investigación se ha realizado una revisión de la literatura acerca de los modelos, proyectos e investigaciones sobre evaluación de centros de menores, así como de las publicaciones relacionadas con la formación de los profesionales de atención a la infancia. Tras una revisión y estudio en profundidad del material de tipo legislativo, de organización y funcionamiento remitido por la Comunidad de Cataluña, se ha confeccionado una

entrevista dirigida a los equipos educativos de seis centros de menores, con carácter semi-estructurado y tiempo libre de respuesta (ver Anexo 1 y 2). La finalidad de la misma ha sido obtener, con carácter exploratorio, la máxima información en lo referente a la experiencia de los profesionales, objetivos, tipos de demanda, niveles de intervención, recursos, coordinación, casos sin resolver, seguimiento, autovaloración y formación permanente.

Del conjunto de centros dependientes de la DGAI, se tuvo acceso a entrevistar a cuatro educadores de cada equipo educativo de un total de seis centros, dos de ellos de acogida y el resto residenciales. A partir del vaciado de las entrevistas, se ha elaborado un listado de la información, estructurada, a su vez, en los diez bloques anteriormente citados y que queda como sigue a continuación:

2. 1. Objetivos

- *Los menores pasan demasiado tiempo en el centro.*
- *Los trámites burocráticos retrasan la consecución de los objetivos del centro.*
- *Demora en la resolución de los casos debido a trámites burocráticos.*
- *Falta de medios para dar salida a los casos.*
- *Se toman decisiones pero faltan recursos.*
- *Falta soporte a la familia.*
- *Masificación de los casos.*
- *Falta de recursos en la sociedad para estos menores.*
- *Escuelas poco preparadas para acoger a estos menores.*
- *Poca colaboración de la familia.*
- *Falta de recursos en el mundo laboral.*
- *Falta de recursos en el barrio donde está ubicado el centro.*
- *Dificultades para encontrar una salida adecuada al menor.*
- *Heterogeneidad de los grupos de menores.*
- *Retraso en la llegada de los presupuestos.*
- *Los centros residenciales deberían contar con un equipo de técnicos [resultaría más económico para el centro].*
- *Colapso con Servicios Sociales y con los Equipos de Atención a la Infancia y Adolescencia EAIA(s) por exceso de casos.*
- *Dificultades de contener físicamente a los adolescentes conflictivos.*

2. 2. Tipos de demandas

- Niños muy deteriorados psicológicamente.
- Demasiadas personas implicadas en el proceso de toma de decisiones.
- Actualmente casos más deteriorados.
- Por la urgencia de algunas situaciones en ocasiones las decisiones se deben tomar sin el consenso de otros compañeros.

2. 3. Niveles de intervención

- Trabajo en equipo.
- El centro en teoría debe ser un lugar de paso para que el menor retorne a la familia aunque en la práctica no es así.
- Rotación del equipo técnico en algunos centros de acogida.
- Falta una mayor implicación práctica del equipo técnico sobre la realidad del menor.
- El trabajo de intervención del equipo técnico se desarrolla en un marco muy teórico.

2. 4. Recursos

- Falta de personal (más educadores por centros).
- Masificación de menores institucionalizados.
- Falta de espacio físico.
- La ratio de menores atendidos por educador es excesiva.
- Las necesidades básicas de los menores están cubiertas pero las carencias de personal, espacio, etc., merman la calidad de la atención prestada.
- No se respetan los grupos o módulos de edades ni el número de plazas del centro.
- Falta de recursos económicos para la organización de actividades educativas.
- Falta de recursos en cuanto al mantenimiento del centro.
- Formación laboral para los menores.
- Falta de recursos materiales.
- Falta de recursos económicos

- *Faltan centros residenciales.*
- *Poca colaboración del barrio.*
- *El personal afronta las carencias existentes con horas de su tiempo libre.*
- *Dificultad de contactar con la familia.*
- *Es necesario contar con personal más especializado.*
- *Recortes económicos en terapias.*

2. 5. Coordinación

- *Dificultades de coordinación entre las instituciones y los profesionales en la consecución de los objetivos por problemas burocráticos.*
- *La Administración (Dirección General) está muy alejada de la situación real de los centros y su problemática.*
- *Distanciamiento entre los diferentes servicios (DGAI, EAIA(s), Centros).*
- *En ocasiones falta de coordinación entre los profesionales.*
- *La administración atiende lentamente las peticiones que se le realizan.*
- *Exceso de trabajo.*
- *No hay coordinación fluida entre administración y equipos educativos.*
- *Modelo de jerarquización muy marcado que dificulta la optimización de la toma de conciencia de la situación real de los menores.*

2. 6. Casos sin resolver

- *Casos sin resolver: SIDA, deficientes físicos y psíquicos, raza, padres drogadictos, alcoholismo, familias desestructuradas, prostitución, falta de recursos económicos, familias con bajo nivel intelectual, adolescentes [hay pocos centros especializados en adolescentes], borderline, malos tratos, abusos sexuales, familias enfermas (problemas psicológicos).*
- *Familias causantes de que el caso quede sin resolver: familias que no expresan la renuncia manifiesta del menor y por ello no se le puede dar salida al caso.*
- *Problemas a nivel legal ya que se prioriza a la familia biológica.*

2. 7. Seguimiento

- Desde el centro no se realiza un seguimiento formal del menor ni de la familia.
- Desde algunos centros se considera positivo que el menor se desvincule del mismo.

2. 8. Autovaloración

- Valoración positiva.
- Trabajo satisfactorio.
- Trabajo que genera mucha ansiedad y desgaste psíquico
- Labor muy útil y que enriquece a nivel personal.

2. 9. Formación permanente (FP)

- Se deben realizar cursos específicos.
- Se organizan pocos cursos de FP y con plazas limitadas.
- Los cursos de FP se realizan fuera del horario laboral.
- En algunos centros no hay supervisión.
- Se deberían realizar cursos monográficos que atendieran a las necesidades prácticas de los profesionales.
- Existe una gran carencia de programas de formación continua y reciclaje de los profesionales.
- Se deberían organizar cursos menos teóricos.
- Los cursos deberían realizarse con personal que tuviera la experiencia de trabajar con menores.
- Se deberían realizar cursos con carácter obligatorio y dentro del horario laboral.
- La FP debería incluir tutorías, observación de los menores, dinámica de grupos para los menores, supervisión, etc.
- Es necesario que se consideren y evalúen las propuestas de los profesionales de cara a elaborar programas de FP que respondan a las necesidades reales.
- Se deberían realizar encuentros y seminarios con otros profesionales.

- *Es necesario más información sobre educación de adolescentes y educación de deficientes en sentido integral.*
- *Deberían existir suplentes para las horas de formación de los profesionales del centro.*
- *Formación de los educadores en tutorías*

2. 10. Apéndice

- *Desde el punto de vista de los educadores, por el tipo de trabajo que realizan, consideran que sería conveniente poder desconectar del trabajo durante un año (sabático), y poder dedicarse a la investigación o a trabajos más teóricos.*
- *Es necesario que se organicen programas de FP y en horario laboral, pero para ello se necesitaría personal para las sustituciones.*
- *Existen muchas bajas de personal por problemas psicológicos (depresión).*
- *Escasez de salidas para los casos (el centro residencial o regreso a la familia son las alternativas existentes); ya que las familias adoptantes solicitan bebés sanos.*
- *Sería adecuado trabajar más con las familias.*
- *En ocasiones los casos se eternizan en los centros.*
- *Serían necesarias terapias de grupo con otros profesionales.*
- *En general no se trabaja con la familia sólo en casos puntuales.*
- *Margen de actuación muy limitado en relación a la toma de decisiones más importantes.*
- *Es necesario más atención a nivel personal de los profesionales.*
- *La supervisión de la tarea educativa se valora como positivo.*
- *Las decisiones judiciales se realizan normalmente sin consultar en profundidad el punto de vista del centro y del tutor.*
- *Existe un distanciamiento entre el aparato legal y la realidad del menor.*
- *Excesiva movilidad de los equipos debido a concursos de plazas.*
- *Problemas de tiempo, se trabaja a contrareloj, ya que generalmente se dispone de poco tiempo para reflexionar a nivel individual sobre la realidad del menor.*
- *Alto nivel de exigencia en el día a día.*

La revisión del apartado correspondiente a la *formación permanente* nos proporciona una visión general de la situación actual de los educadores, y de cuáles son las necesidades y las prioridades de intervención. Por lo que, tal y como queda recogido en las respuestas de los profesionales, se parte del hecho que existe una gran carencia de programas de formación continuada de los equipos educativos de centros. Las líneas básicas de actuación en materia de programas de formación deberían tener presente estos tres aspectos: 1) *Considerar y evaluar las necesidades reales de los profesionales de cara a elaborar programas de formación permanente*; 2) *Organizar cursos monográficos dentro del horario laboral, teniendo en cuenta que ello implicaría la contratación de personal para sustituciones*; 3) *La supervisión externa de la tarea educativa debería estar presente en todos los centros*. Sin olvidar, otras demandas concretas expresadas por los equipos educativos en este mismo ámbito, como que los cursos deberían tener contenidos de naturaleza práctica y no ser tan teóricos, ya que con ello se garantizaría que estos atienden a las necesidades prácticas de los profesionales; los cursos se deberían realizar con personal que tuviera la experiencia de trabajar con menores; se deben organizar cursos monográficos tras consultar las necesidades concretas de los educadores (*p.e. educación de adolescentes y de deficientes*); se deberían realizar encuentros y seminarios con otros profesionales; la formación permanente debería incluir la formación de educadores en tutorías, en observación, en dinámica de grupos para los menores, etc.

En función de la información obtenida hasta el momento y con carácter provisional, el perfil básico de estos programas de formación contemplaría las siguientes líneas de intervención:

1. La supervisión externa del trabajo de los equipos profesionales.
2. Programación de reuniones periódicas.
3. La organización de jornadas de intercambio de experiencias.
4. Realización de cursos y seminarios dirigidos a los equipos educativos. Estas actividades incluirían *cursos monográficos de formación, cursos de actualización sobre intervención educativa, actividades de formación de los equipos educativos*, entre otros.
5. Organización de Postgrados y Masters desde la Universidad y diversas instituciones.
6. Actividades concretas en centros.

A todos estos profesionales se dirige la *supervisión* entendida como un instrumento de formación permanente. Hernández (1987), habla de la supervi-

sión psico-socio-pedagógica que se presenta como una ayuda a los profesionales para que desde la propia experiencia contrastada aprendan con otros a comprender primero, y a manejarse después en el entramado complejo que les presenta cada acción, cada intervención social o educativo-social. Entiende el autor que la supervisión como práctica, quiere ayudar al profesional a acercarse poco a poco, y siempre relativamente a su forma ideal de actuación profesional por un lado, y por otro a encontrar satisfacción personal en su quehacer social. Es, por tanto, ayuda psicológica en cuanto que tiene en cuenta la personalidad del propio agente social. Es ayuda social, en cuanto que tiene como referencia el marco social e institucional en sus implicaciones en la acción o en intervención social. Es psicosocial en cuanto en el centro de la atención están los procesos interaccionales, del agente con los demás miembros de la institución, que de alguna manera intervienen en la acción social, con el propio cliente y con otras posibles personas en torno al cliente y por último es ayuda socio-pedagógica, en cuanto que quiere mejorar la capacidad de intervención, el saber hacer, el perfeccionar los modos, sus métodos y técnicas a la hora de actuar. En definitiva, la supervisión psico-socio-pedagógica se convierte en un modelo de intervención social y que se sirve de los mismos elementos que la propia acción educativa o social, a saber de la interacción, de la mediación y como instrumento, del lenguaje, amén de unos métodos y técnicas correspondientes de ayuda.

En esta misma línea, Núñez (1987) da al concepto de supervisión el significado de "*espacio de la palabra*", alejado de la concepción positivista de "*análisis del caso*". Según la autora no es el caso, a modo de objeto lo que aparece, sino el posicionamiento de los profesionales (*en ejercicio o en formación*) frente a las dificultades epistemológicas que plantea la definición y el consecuente abordaje del caso particular. La supervisión abre un espacio de estudio, de análisis, de confrontación del bagaje teórico y técnico para la realización de una función profesional. Núñez habla de dos modalidades de la supervisión en el ejercicio profesional, y así: a) *supervisión individual*; y b) *supervisión en equipo*. La primera es una modalidad específica para el profesional en ejercicio, tiene una clara adscripción disciplinar ya que se realiza con los profesionales de la misma disciplina. A diferencia de la supervisión de equipo que trata de vertebrar las aportaciones de los diferentes profesionales a través de una puesta en común.

El concepto de supervisión que proponemos tendría una doble acepción. Por un lado, la supervisión concebida como un instrumento de asesoramiento a los profesionales que trabajan en la atención directa, esta modalidad de supervisión se entendería como un elemento de soporte y ayuda en la tarea profesional, en el sentido de un espacio para favorecer la reflexión y el diálogo, la

toma de decisiones, la definición de los límites, un espacio que facilite la comprensión de las ansiedades que la práctica profesional genera y, en definitiva, para mejorar la calidad del trabajo y cuidar el estado emocional de los profesionales. Y por otro, la supervisión en la que se acentúa el factor de control sobre la actividad profesional, desarrollada, como en la modalidad anterior, por un agente externo al centro para analizar y vigilar la práctica de métodos terapéuticos y las tareas educativas.

La programación de reuniones periódicas de los profesionales —entendida por algunos autores como supervisión, tal y como se comenta anteriormente— tanto del mismo centro como de otros, a nivel disciplinar como interdisciplinar constituye un elemento formativo que permite una puesta en común de la práctica profesional con todo lo que ello implica de enriquecedor. Así pues, en la adscripción disciplinar de dichas reuniones, cada profesional ha de realizarla con aquellos profesionales en su propia disciplina con experiencia en la práctica profesional específica de la que se trate. Mientras que las reuniones entre distintos profesionales, atiende a la articulación de los diferentes puntos de vista debido a la formación de base en relación al proyecto de trabajo. Esta última modalidad abre un espectro de análisis y confrontación de las acciones específicas de los profesionales, a fin de articularlas en relación al proyecto de las instituciones de menores, aporta una diversidad de elementos para el cuestionamiento y cambio a la propia institución, y a los profesionales, les posibilita revisar su posicionamiento en relación con sus actuaciones y con las dificultades que supone el ejercicio de su práctica profesional.

La organización de *jornadas* de estudio dirigidas a los equipos educativos, tienen el propósito de ser un punto de encuentro en el que debatir y dar a conocer las experiencias educativas de estos profesionales. Los temas a tratar podrían hacer referencia a los aspectos que siguen a continuación: los ámbitos de intervención educativa, las características y necesidades de la población atendida y el contexto sociofamiliar, la planificación y evaluación del trabajo, etc. En estos encuentros de intercambio de experiencias, se estudiarían y debatirían un amplio abanico de temas, combinando las exposiciones teóricas con la presentación de experiencias prácticas, con lo que se fomentaría la discusión en grupo.

En lo referente a la *organización de cursos y seminarios*, los cursos de actualización sobre intervención educativa, estarían dirigidos a educadores con varios años de experiencia y combinarían la teoría con el análisis de la práctica profesional. Los objetivos de estos cursos serían, básicamente, la actualización de los conocimientos teóricos en el desarrollo de la tarea del educador y la incorporación de dichos conocimientos al trabajo educativo. Las materias a tra-

tar podrían ser las que siguen a continuación: el marco institucional, la intervención educativa, el niño y el adolescente, el contexto familiar y social, las características y necesidades de la población, las instituciones, la metodología, la planificación y evaluación. Los cursos monográficos, dirigidos a los equipos educativos abarcarían temáticas tan diversas como por ejemplo: El trabajo del educador con familias, observación y seguimiento, la salud mental de los menores internos, el tiempo libre y los recursos educativos, etc. Los cursos de formación para los equipos educativos tienen la finalidad de fomentar la consolidación de estos equipos y promover la reflexión sobre el funcionamiento del equipo, y de sus actuaciones educativas.

Las actividades concretas en centros serían, entre otras, la grabación en vídeo de las distintas tareas realizadas por los profesionales, para posteriormente ser visionadas en grupo, con la finalidad de discutir en equipo el proceso de toma de decisiones; y la elaboración de un material de vídeo que recoja un amplio abanico de casos para orientar a los profesionales en el desarrollo de su práctica profesional. Por supuesto que este punto queda abierto a todas aquellas sugerencias y propuestas que los equipos de profesionales estén dispuestos a realizar.

Con el propósito de sistematizar toda la información hasta ahora presentada, las bases para la elaboración de programas de formación permanente y de actualización para los equipos educativos de centros, se organizarían en torno a tres ejes de actuación: 1) supervisión externa, 2) reuniones, cursos y jornadas, 3) actividades complementarias.

Por lo que, la propuesta de elaboración de programas de formación para los profesionales de centros de protección, y en concreto para el educador, sería la que se presenta en el siguiente esquema:

- **Formación base:** la adquirida mediante titulación universitaria (Licenciatura o Diplomatura) de Psicólogo; Pedagogo; Trabajador Social; Profesor de E.G.B; Educador Social
- **Formación específica,** mediante la Titulación de postgrado o master en Formación específica en intervención social
- **Programa de perfeccionamiento profesional,** que requiere una actualización permanente de la formación de base y específica a través de cursos, jornadas y reuniones.
- **Supervisión externa**
- **Actividades complementarias** de muy diversa índole, entre otras, elaboración de un material de vídeo.

El educador, como agente de cambio social, debe recibir una formación teórica y práctica en el manejo y utilización de las diversas técnicas para diseñar programas tendentes a conseguir intervenciones eficaces en su actuación con los menores y familias. Así pues, el educador necesita estar dotado de una sólida *formación de base* en los campos de la psicología, sociología, pedagogía, etc., para hacer frente a las demandas que su quehacer social reclama. La formación de base la adquiriría a partir de la realización de estudios universitarios, por lo que el aspirante a educador debería poseer como requisito previo una titulación universitaria en el campo de la intervención socio-educativa. Debe recibir, también, una *formación específica* en técnicas de intervención para garantizar el éxito de su importante función educadora y socializadora, y ello lo realizaría a partir de una titulación de postgrado o master. Esta formación de base y específica, debería actualizarse permanentemente a través de cursos, jornadas, reuniones, etc. ya que por la naturaleza de su trabajo debe estar al día de las últimas técnicas y métodos de intervención social que los investigadores vayan elaborando. Además, no debemos olvidar la importancia de la supervisión externa y las actividades complementarias del centro.

A modo de conclusión, es patente entre todos los profesionales que de una u otra manera se dedican a la educación social de jóvenes y niños, la necesidad de la formación continuada. A esta necesidad de carácter general se debe añadir lo que hasta hace unos años representaba una carencia absoluta de centros e instituciones que garantizaran una formación de base para las tareas educativas en el ámbito social. Aunque parte de este vacío está subsanado con la creación reciente, hace dos años, de la Diplomatura de educador social, tanto a nivel público como privado. Es obvio que hasta este momento no se ha incorporado personal titulado medio procedente de esta diplomatura, sin olvidar que además de los profesionales que se incorporen con esta titulación, será preciso hacer frente a todos aquéllos que han accedido sin poseer una formación concreta para las tareas educativas y sociales. Además, existe el agravante de que la mayoría de estos profesionales han ganado su plaza por oposición o concurso, y no necesitan obtener méritos por lo que la disponibilidad de muchos de ellos a participar en distintos cursos es bastante bajo. Por otro lado, desde los centros se debate la cuestión de si los futuros diplomados en educación social, con un alto grado de formación de base, no reducirá el abanico de puntos de vista con respecto a los actuales equipos educativos formados por pedagogos, psicólogos, diplomados en E.G.B y otros. Sería necesario, —de forma paralela—, elaborar desde la Administración unos programas de incentivos basados en la obtención de méritos de tipo profesional, incentivos económicos, etc., para que la participación de los profesionales en los programas de formación fuera masiva.

Debe quedar patente que todas estas reflexiones referidas a la formación del educador social, no se presentan como un trabajo acabado, sino como una exposición abierta al diálogo y a nuevas consideraciones.

3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVIRA, F. (1991). *Metodología de la evaluación de programas*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- ARMENGOL, C. (1993). *L'educador social i la seva formació. Projecte pedagògic per a la diplomatura universitària en educació social*. [El educador social y su formación. Proyecto pedagógico para la diplomatura universitaria en educación social]. Barcelona: Claret.
- BUJALANCE, I. (1989, Noviembre). *Experiencia de formación participativa por y para educadores de calle*. Comunicación presentada al I Congreso Internacional Infancia y Sociedad, Madrid.
- FERNÁNDEZ DEL VALLE, J. (1991). *Evaluación de contextos en centros de protección de menores*. Tesis Doctoral (no publicada), Universidad de Oviedo.
- GONZÁLEZ, E. (1989, Noviembre). *Modelo de formación para la intervención del educador de calle*. Comunicación presentada al I Congreso Internacional Infancia y Sociedad, Madrid.
- HERNÁNDEZ, J. (1989, Noviembre). *La supervisión psico-socio-pedagógica como alternativa de formación permanente de los agentes de ayuda al menor*. Comunicación presentada al I Congreso Internacional Infancia y Sociedad, Madrid.
- IMBERNON, F. (1987). *La formació permanent del professorat. Anàlisi dels formadors de formadors*. [La formación permanente del profesorado. Análisis de los formadores de formadores]. Barcelona: Barcanova.
- IMBERNON, F. (Ed.) (1993). *La formación permanente del profesorado en los países de la CEE*. Barcelona: Horsori.
- MARTÍNEZ, A. (1989). Calidad educativa en los centros de menores. La evaluación de los servicios sociales. *Revista de Servicios Sociales*, 2 (10) 23-32.
- NÚÑEZ, V. (1989, Noviembre). *El papel de la supervisión pedagógica en la formación de los educadores sociales*. Comunicación presentada al I Congreso Internacional Infancia y Sociedad, Madrid.
- ORTEGA, J. (1899). *La formación convergente de los trabajadores sociales y de los educadores sociales*. Comunicación presentada al I Congreso Internacional Infancia y Sociedad, Madrid.
- PETRUS, A. (1989, Noviembre). *Formación, perfil profesional y campos de trabajo del educador social*. Comunicación presentada al I Congreso Internacional Infancia y Sociedad, Madrid.

ANEXO 1

0. EXPERIENCIA. Hace referencia al trabajo/s anteriormente desempeñado/s y al actual en instituciones relacionadas con la atención al menor.
1. OBJETIVOS. Corresponde a la finalidad última del organismo e institución, y a las tareas o actividades desarrolladas por cada uno de los profesionales; así como a las dificultades, limitaciones y consecuencias con respecto al cumplimiento o no de los fines de la institución y tareas por parte de los profesionales.
2. TIPOS DE DEMANDA. Recoge los tipos de demandas posibles atendidas por el organismo, y el proceso de toma de decisión. Haciendo referencia en este caso al papel que desempeña cada uno de los profesionales con respecto a cada tipo de demanda, dificultades o limitaciones con las que se encuentra para llevarlo a cabo, en qué casos con respecto a qué dificultades inherentes se consideran inviables algunas demandas y valoración de las ventajas e inconvenientes del desarrollo exitoso o no de dicho proceso.
3. NIVELES DE INTERVENCIÓN. Se corresponde con las competencias (capacidad de actuación) del organismo o institución, y del profesional/es, así como de la dinámica del trabajo en equipo que desarrollan.
4. RECURSOS. Hace referencia a los recursos de la institución y de los profesionales, —de tipo económico, material, temporal y personal—, indispensables y necesarios aunque no estén disponibles.
5. COORDINACIÓN. Se refiere al trabajo conjunto por parte de organismos, y profesionales para la obtención de los objetivos que se proponen. Recoge también los principales problemas del trabajo en equipo, así como las consecuencias y resultados en el caso de no llevarse a la práctica.
6. CASOS SIN RESOLVER. Se refiere a las principales dificultades y limitaciones con las que se encuentran los profesionales a la hora de completar el proceso de resolución de casos, así como a las consecuencias que de ello se derivan.
7. SEGUIMIENTO. Implica la evaluación a posteriori de forma temporal del efecto de la intervención, fuera del marco institucional, para determinar la resolución exitosa del caso. Recoge el nivel de actuación de la institución y de los profesionales en dicho plan, además de la factibilidad, dificultades y limitaciones de ponerlo en práctica y mantenerlo en curso.

8. AUTOVALORACIÓN. Corresponde al proceso de valoración de la labor que realizan las instituciones y los profesionales.
9. FORMACIÓN PERMANENTE. Formación continua y reciclaje con respecto a las tareas que realizan cada uno de los profesionales y los aspectos formativos que deberían incluirse en estos programas.
10. APÉNDICE. Otras informaciones relativas al respecto no contempladas en los ítems estándar previos.



ANEXO 2

ENTREVISTA

0. Experiencia

- ¿Cuál es tu experiencia en organismos o instituciones de atención al menor?

1. Objetivos

- ¿Cuáles son los objetivos de la institución a corto, medio y largo plazo?
- ¿Qué profesionales intervienen en el proceso de toma de decisión para lograr los objetivos?
- ¿Con qué problemas se encuentra la institución para poner en práctica sus objetivos? ¿qué consecuencias se derivan de ello?
- ¿Cuáles son las tareas que se te asignan en esta institución?, y cuáles son las que realmente desarrollas?
- ¿Cuáles son las limitaciones y dificultades con las que te encuentras a la hora de poner en marcha tu trabajo? (casos con éxito y con fracaso); ¿y las consecuencias que de ello se derivan?
- Sensación/sentimiento ante la resolución de un caso.
- Teniendo en cuenta que uno de los objetivos últimos de la Atención a la infancia es el retorno de los niños a la familia, cuál es el rol que juega la familia en este proceso. ¿Se detectan casos atípicos en que se pretenda otro objetivo?
- ¿Cuál sería la incidencia de la familia en dicho circuito?
Describir casos de máxima y mínima colaboración.

2. Tipos de demandas

- ¿Qué tipo de demandas atiende esta institución?
- ¿Cómo tiene lugar el proceso de toma de decisiones con respecto a cada tipo de demanda presentada?
- ¿Qué papel desempeñas en cada una de estas demandas?
- ¿Cuáles son las dificultades o limitaciones con las que te encuentras en el momento de tomar decisiones?
- ¿Son demandas plausibles, o inviables por naturaleza?
Clasificación de los tipos de familia.

3. Niveles de intervención

- ¿Cuáles son las competencias de la institución con respecto a la intervención en el caso?
- ¿Y tus propias competencias al respecto?
- ¿Cómo se desarrolla la dinámica de trabajo en equipo con respecto a la intervención?; ¿y cuáles son las dificultades principales?

- Correspondencia/ajuste entre la expectativa de éxito y de fracaso respecto al resultado obtenido.
- Papel que juega la familia en el circuito de reintegración de la infancia desprotegida.

4. Recursos

- ¿Cuáles son los recursos indispensables y/o necesarios de los que se dispone en la institución?
- ¿Qué recursos no disponibles son necesarios?
- ¿Cómo afrontas en el desarrollo de tu trabajo la falta de recursos?
- ¿Qué tipo de recursos aporta la familia en el circuito?

5. Coordinación

- ¿Funcionan coordinadamente las instituciones y los profesionales en la consecución de objetivos?
- ¿Cuáles son las principales dificultades para lograr una coordinación plena?
- Coordinación de los profesionales con la familia en el tratamiento del caso.

6. Casos sin resolver

- ¿Nos podrías realizar una clasificación de los casos sin resolver que son competencia vuestra?
- ¿Qué indicadores son determinantes en el proceso de toma de decisión para considerar que un caso no se ha resuelto?
- ¿Se puede considerar fracaso un caso sin resolver?
- ¿Existen casos en que se resuelve lo sustancial pero quedan cuestiones pendientes ("flecós")?
- La familia, ¿es motivo de que algunos casos queden sin resolver?; ¿en qué sentido?

7. Seguimiento

- ¿Cuál es el nivel de actuación de la institución en el seguimiento?
- ¿Cuál es tu competencia en el seguimiento?
- ¿Cómo se lleva a cabo la decisión sobre la factibilidad del seguimiento?; ¿y sobre la planificación del mismo?
- ¿Cuáles son las dificultades y limitaciones que surgen respecto al seguimiento tanto al ponerlo en práctica como en el curso del mismo?; ¿y cómo afrontas estos inconvenientes?
- ¿Colabora la familia en el seguimiento del caso?
- ¿Cómo se lleva a cabo el seguimiento con la familia?; ¿qué dificultades presenta?

8. Autovaloración

- ¿Cómo valoras la labor que realiza la institución?
- ¿Cómo valoras tu propio trabajo?
- ¿Qué ventajas observas en tu labor en beneficio de los casos que trabajas?

9. Formación permanente

- ¿Se lleva a cabo en estos momentos programas de formación continua y reciclaje de los profesionales?
- ¿Qué debería incluir una formación permanente?
- Modalidades que puede adoptar la formación permanente.
- ¿Consideras necesario un programa de formación en el área familiar?
- ¿Perfil óptimo del profesional que desempeña su actividad en atención a la infancia.

10. Apéndice

- Aspectos complementarios que desea añadir.
- Envío del informe final a la Consejería de Servicios Sociales correspondiente.
- Información personal o ficha del entrevistado.



Relación entre la identificación grupal y la centralidad del trabajo

M^a ISABEL CASTAÑEDA; M^a DEL PILAR DÍAZ; y J. MIGUEL ANGEL BARCÍA
Universidad de Granada. España

1. INTRODUCCIÓN

La familia, la escuela, los grupos de amigos y otros grupos sociales tienen una gran influencia en la socialización y en la configuración de la identidad social de la persona. Estos grupos de pertenencia y referencia, que operan como modelos para el individuo en el desarrollo de sus acciones, irán cambiando en la medida que evolucionan los individuos a lo largo de su ciclo vital.

Los valores ideológico-culturales que imperan en la sociedad en cada momento determinan, en gran medida, la identificación e inclusión, por parte del individuo, en determinados grupos. Así pues, y dado que la identidad social es una derivación o consecuencia de la interiorización, por parte de la persona, de los valores dominantes del grupo al cual se identifique, podemos afirmar que la identidad no está fijada definitivamente, sino que sufre modificaciones con los cambios evolutivos, por los que atraviesa la persona y que dan lugar a los llamados "*conflictos de identidad*" (Morales, 1989). Es decir, el individuo desde el principio de su proceso de socialización, tratará de conservar su pertenencia a determinados grupos, pero al mismo tiempo, intentará adherirse o tomar como referencia a otros grupos, en la medida que estos potencien y refuercen su propia identidad social, estableciéndose, de esta forma, un proceso de comparación y diferenciación intergrupal.

Consideramos que un factor importante de diferenciación y comparación intergrupal es la percepción del trabajo que poseen los individuos. Claes (1987) señala que, en la sociedad actual, el significado que se le atribuye al trabajo ocupa un lugar importante en la vida de la mayoría de las personas. Dada esta relevancia, diversos autores coinciden en que la actividad laboral constituye

una parte integrante de la identidad social del individuo y de su autoconcepto Kelvin, (1980, 1981); Torregrosa, (1980); y Feather, (1982), e incluso Rodríguez (1990) afirma que “*el trabajo puede considerarse como una de las señas de identidad más importantes*”.

De la misma forma que la identificación con determinados grupos está determinada por los valores ideológico-culturales propios de la sociedad en cada momento histórico, el significado y el valor del trabajo varía según el contexto socio-cultural, y el sistema de valores propios de cada época.

Teniendo en cuenta este paralelismo entre el significado atribuido al trabajo y los cambios en la identificación a determinados grupos, pretendemos establecer una relación entre la identificación grupal, y la importancia concedida al trabajo. Según estas consideraciones, nuestro objetivo general es analizar la relación entre el grado de centralidad concedida al trabajo y la identificación por parte del individuo con determinados grupos. Para lograr este objetivo general, partimos de una serie de objetivos específicos:

- Comprobar con qué grupos se sienten más identificados los sujetos de nuestra muestra.
- Comprobar si la centralidad del trabajo se relaciona con una mayor o menor identificación con distintos grupos.
- Comprobar si la identificación con un determinado grupo se asocia con una valoración diferente de distintas actividades sociales, entre ellas el *tiempo libre*, la *comunidad*, el *trabajo*, la *religión* y la *familia*.
- Analizar si existen, dentro de cada grupo de referencia, diferencias respecto al valor absoluto y relativo concedido al trabajo dependiendo del nivel de identificación en el que se encuentre el sujeto.

2. METODOLOGÍA

Para el desarrollo de este trabajo se ha utilizado una muestra compuesta por 653 sujetos, 349 mujeres y 304 hombres) de edades comprendidas entre 13 y 15 años. Todos ellos se encontraban cursando 8º de E.G.B. durante el curso académico 1990-91 en diferentes centros escolares de Granada. Esta muestra fue recogida para un estudio longitudinal iniciado en 1991, y llevado a cabo por el equipo “-TETRA-” del Departamento de Psicología Social de la Universidad de Granada sobre el tema “*Patrones de Transición de la Escuela al Trabajo*”.

Las variables consideradas en este estudio han sido las siguientes:

- *Centralidad del Trabajo*: hace referencia al grado de importancia general que el sujeto concede al trabajo, tanto como una actividad única como en comparación con otros aspectos centrales en la vida de los individuos (*familia, comunidad, religión y tiempo libre*). Para determinar la centralidad del trabajo se han utilizado dos cuestiones que han sido traducidas de las preguntas 29 y 30 de cuestionario MOW (1987). La primera de ellas es una estimación absoluta de esa centralidad sobre una escala tipo Likert de 7 puntos; concretamente la pregunta fue “¿Cuál es la importancia y significación que tendría el trabajo en el conjunto de tu vida?”. La segunda pregunta mide la centralidad del trabajo, frente a otras actividades importantes de la vida, y que los sujetos tenían que valorar distribuyendo 100 puntos de forma ponderada, según el grado de acuerdo con dichas actividades.

- *Grupos de referencia*; se trata de una variable que se refiere a aquellos grupos con los que se identifican los individuos, y les sirven de modelos en el desarrollo de sus acciones. Para saber en qué medida el individuo se siente identificado con una serie de grupos se ha utilizado una escala tipo Likert de 5 puntos, en la cual el sujeto debe indicar en qué grado se identifica con cada uno de los grupos siguientes: *jóvenes, adultos, varones, mujeres, estudiantes, trabajadores, españoles, europeos, hispanoamericanos y andaluces*.

Para comprobar los objetivos, se tomaron únicamente aquellos sujetos que se habían situado en un nivel máximo de identificación con algunos de los grupos (*5 puntos en una escala de 5*), excepto para el caso de la comprobación de nuestro cuarto objetivo específico, para el cual tomamos todos los niveles de identificación para cada grupo de referencia. No obstante, hay que tener en cuenta que los jóvenes que asignaron puntuaciones máximas en cada uno de los grupos de referencia, no quedan excluidos en los demás análisis con otros grupos. De modo que un mismo sujeto puede dar más de una puntuación máxima de identificación a más de un grupo de referencia.

3. RESULTADOS

En cuanto al orden de los grupos de referencia con los que se identifican los sujetos de la muestra de estudio, comprobamos que los jóvenes se identifican en primer lugar con el grupo de *andaluces* (59,57%); a continuación, el grupo de *españoles* (42,57%), seguidos por el grupo de *estudiantes* (34,15%), *jóvenes* (29,55%), *Mujeres* (20,67%), *hispano-americanos* (2,60%) y, por último, *Adultos* (2,14%).

Tabla 1: Distribución de porcentaje de sujetos identificados

Grupos de referencia	Porcentaje de sujetos identificados
Andaluces	59.57%
Espanoles	42.57%
Estudiantes	34.15%
Jóvenes	29.55%
Mujeres	20.67%
Europeos	15.92%
Varones	13.01%
Trabajadores	6.58%
Hispano-Americanos	2.60%
Adultos	2.14%
Jóvenes	4.85
Adultos	4.85
Varones	5.10
Mujeres	4.98
Estudiantes	4.98
Trabajadores	5.39
Espanoles	5.02
Europeos	5.06
Hispano-Americanos	4.70
Andaluces	4.98

En cuanto a la relación entre identificación y centralidad del trabajo, las puntuaciones medias obtenidas en el valor absoluto de la centralidad del trabajo indican que los sujetos que más se han identificado con el grupo “trabajadores” son los que más centralidad le han concedido al trabajo (5,39), mientras que aquéllos que más se han identificado con el grupo “hispano-americano” son los que menos centralidad le han concedido (4,70).

Al ponderar distintas características del entorno social de la persona, incluido el trabajo, podemos observar que es la *familia* la que ocupa el primer lugar en todos los grupos de identificación y, también en todos ellos, las actividades relacionadas con la Comunidad han ocupado el último lugar de importancia. En cuanto al trabajo, en concreto, podemos observar que éste ocupa el segundo lugar de importancia sólo para los sujetos que más se han identificado con los *estudiantes* (22,13), *europeos* (21,79) e *hispano-americanos* (23,41). En cambio, para el resto de los grupos de identificación, el trabajo ocupa el tercer lugar de importancia, siendo el tiempo libre el que ocupa el segundo lugar.

Tabla 2. Importancia del trabajo en relación a otros aspectos sociales

Grupos de referencia	Tiempo libre	com.	trab.	relig.	fami
Jóvenes	22.98	9.74	21.52	12.62	33.31
Adultos	17.00	10.07	18.14	20.20	34.50
Varones	24.31	10.40	20.37	13.30	32.82
Mujeres	22.29	9.26	21.22	13.29	34.36
Estudiantes	20.97	9.16	22.13	13.20	35.06
Trabajadores	20.93	9.13	20.39	11.79	37.16
Espanoles	21.59	9.40	21.39	12.95	34.70
Europeos	21.50	9.25	21.79	12.24	35.05
Hispano-Americanos	18.41	9.35	23.41	11.41	37.35
Andaluces	21.42	9.90	21.06	13.51	34.43

Respecto al análisis de las diferencias en cuanto al valor absoluto y relativo concedido al trabajo, dependiendo del nivel de identificación en el que se hallan los sujetos y teniendo en cuenta que el nivel 1 corresponde a “*nada identificado*” y el nivel 5 a “*muy identificado*”, comprobamos que:

Tabla 3. Diferencias intragrupo respecto al valor absoluto y relativo concedido al trabajo según el nivel de identificación

Grupo de referencia	Nivel de identificación	Diferencias significativas	P
Jóvenes	2	Trabajo (absol.)	0.05 *
	1	Religión	0.00 *
Adultos	4	Trabajo (absol.)	0.03 *
	2	Trabajo (relat.)	0.02 *
	5	Religión	0.00 *
Mujeres	2	Comunidad	0.02 *
Estudiantes	5	Trabajo (relat.)	0.07
	1	Religión	0.07
Trabajadores	5	Trabajo (absol.)	0.00 *
Españoles	1	Tiempo libre	0.01 *
	2	Religión	0.06
Hispano-Amer.	3	Tiempo libre	0.06
	4	Religión	0.06
Andaluces	1	Tiempo libre	0.00 *
	5	Familia	0.09

Dentro del grupo de “*andaluces*”, el grupo de sujetos que le da más importancia al tiempo libre es el que menos se identifica con este grupo de referencia (nivel 1 con una $p=0.00$). Los que más se identifican con este grupo (nivel 5) son los que más importancia conceden a la familia ($p=0.09$). A su vez, aquellos que se sitúan en el nivel 2 de identificación respecto al grupo de referencia “jóvenes”, son los que más importancia dan al trabajo en términos absolutos ($p=0.05$), y los que menos se identifican con este grupo (nivel 1) son los que más importancia dan a la religión ($p=0.003$). Para aquellos sujetos que han dado una puntuación 4 de identificación en el grupo de referencia “*adultos*”, son los que más importancia han dado al trabajo en términos absolutos ($p=0.0366$), mientras que, dentro de este mismo grupo de referencia, aquellos situados en el nivel 2, son los que más importancia le han dado al trabajo en términos relativos ($p=0.024$) y siendo, además, los que más se identificaron con este grupo (nivel 5), los que más importancia dan a la religión ($p=0.0035$).

Los que más importancia dan a la comunidad ($p=0.0219$), dentro del grupo de referencia “*mujeres*”, son aquellos sujetos hallados en el nivel 2 de identificación. Respecto al grupo de referencia “*estudiantes*”, los sujetos más identificados con este grupo, (nivel 5) son los que más importancia conceden al trabajo en términos relativos ($p=0.0770$), mientras que los que menos se hallan identificados con el mismo nivel 1, son los que más importancia dan a la religión ($p=0.069$). Los sujetos que se hallan respecto al grupo de referencia “*trabajadores*” en el nivel 5 de identificación, son los que más importancia otorgan al trabajo en términos absolutos ($p=0.0091$). Por último, los sujetos que se hallan en el nivel 1 de identificación dentro del grupo de referencia “*españoles*” y en el nivel 3 de identificación dentro del grupo de referencia “*hispano-americanos*”, son los que más importancia dan al tiempo libre ($p=0.0128$ y $p=0.0671$, respectivamente), siendo a su vez, los que más importancia dan a la religión si se sitúan en el nivel 2 y 4 de identificación respectivamente ($p=0.670$).

4. CONCLUSIONES

En cuanto a los grupos de identificación que hacen referencia a acepciones geográficas (*andaluces, españoles, europeos e hispano-americanos*), los jóvenes se identifican en mayor medida con los andaluces; a continuación con los *españoles, europeos e hispano-americanos*. De aquí podemos deducir que los jóvenes de esta muestra siguen la tónica en cuanto a la percepción de un estereotipo ideológico-cultural inmediato, que resulta posible vincular con la propia identidad social del individuo y con su comportamiento.

Asimismo, encontramos un porcentaje relativamente alto de sujetos que se identifican con el grupo de “jóvenes” y de “estudiantes”. Esto coincide con los grupos que realmente ellos constituyen, puesto que son jóvenes entre 13 y 15 años y estudiantes de E.G.B. Esta razón también justifica el hecho de obtener un porcentaje tan bajo respecto a la identificación con el grupo de “adultos” (2,14%) y con el grupo de “trabajadores” (6,58%).

Respecto a la puntuación que se le da al trabajo como valor absoluto e independientemente de los grupos de referencia con los cuales se identifican, los jóvenes de nuestra muestra dan en general puntuaciones relativamente altas a esta medida absoluta. Este resultado concuerda con los datos obtenidos en múltiples investigaciones, en las cuales se concluye que el trabajo tiene un valor positivo y central entre los jóvenes (Sanchís, 1988; Torregrosa, 1989).

Los sujetos que más se identifican con el grupo de trabajadores son los que más importancia dan al trabajo como valor absoluto, puesto que el trabajo para estos individuos forma parte de su propia identidad y de su autoconcepto, tal y como señala Kelvin (1980, 1981), Torregrosa (1980) y Feather (1982). En cuanto a la valoración de la familia, frente a otros aspectos centrales de la vida del sujeto, es mayor para todos los jóvenes, independientemente del grupo o grupos con los cuales se identifiquen. Este resultado coincide con el obtenido por un estudio llevado a cabo por Monteoliva y García (1993), resultados que cabría esperar dada la edad de los sujetos, ya que a esta edad la familia ocupa un lugar importante en sus vidas.

Una vez analizados e interpretados los resultados, concluimos que, respecto al primer objetivo específico, los grupos con los que más se identifican los sujetos de nuestra muestra son, en primer lugar, el grupo de “andaluces”, en segundo lugar el grupo de los “españoles” y en tercer lugar el grupo de los “estudiantes”.

En cuanto al segundo objetivo específico, comprobamos que existe relación entre la identificación con un determinado grupo de referencia y la centralidad absoluta concedida al trabajo, ya que los sujetos que se identifican con el grupo de “trabajadores” son los que mayor importancia conceden al trabajo como valor absoluto. En referencia al tercer objetivo específico, concluimos que no se observa ninguna relación entre el hecho de identificarse con un determinado grupo y el valor concedido a diferentes actividades sociales (centralidad relativa del trabajo) ya que la familia siempre ocupa el primer lugar de importancia en todos los grupos de identificación.

En cuanto al cuarto objetivo, podemos concluir que existen diferencias significativas intragrupo:

- En el grupo de referencia “*andaluces*”, existen diferencias significativas respecto a la importancia concedida al tiempo libre y a la familia.

- En cuanto al grupo de referencia “*jóvenes*”, existen diferencias significativas en la centralidad absoluta concedida al trabajo y en la importancia a la religión.

- Respecto al grupo de referencia “*adultos*”, existen diferencias significativas en la centralidad absoluta concedida al trabajo, así como en la importancia dada a la religión y al trabajo en términos relativos.

- En cuanto al grupo de referencia “*mujeres*”, sólo hay diferencias significativas en la importancia concedida a la comunidad.

- Teniendo en cuenta el grupo de referencia “*estudiantes*”, hay diferencias significativas en cuanto a la importancia concedida a la religión y al trabajo en términos relativos.

- Respecto al grupo de referencia “*trabajadores*”, existen diferencias significativas en cuanto a la importancia otorgada al trabajo en términos absolutos. Esto cabría esperarse dado que, para estos sujetos, como hemos comentado anteriormente, el trabajo forma parte de su propia identidad (Kelvin, 1980, 1981; Torregrosa, 1980 y Feather, 1982).

- Por último, dentro del grupo de referencia “*españoles*”, al igual que en el de “*hispano-americanos*” hay diferencias significativas en cuanto a la importancia relativa al tiempo libre y a la religión.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CLAES, R. (1987): *La Centralidad del Trabajo en la Vida de los Jóvenes*. En Peiró, J.M. y Moret, D. (Dirs), *Socialización Laboral y Desempleo Juvenil: La Transición de la Escuela al Trabajo*. Nau Llibres, 81-100.
- KELVIN, P. (1980). Social Psychology 2001: The social psychological bases and implications of structural unemployment. En R. Gilmore y S.Duck (Eds.). *The Development of Social Psychology*. Londres: Academic Press.
- KELVIN, P. (1981). Work as a source of identity: the implication of unemployment. *British Journal of Guidance and Conselling*, 9. 1, págs 2-11.
- FEATHER, N.T. (1982). Unemployment and its psychological correlates: A study of depressive symptoms, self-esteem, protestan ethic values, attributional style and apathy. *Australian Journal of Psychology*. 34, 3, págs. 309-323.
- MONTEOLIVA, A. Y GARCÍA, J. M. A. (1993). Influencias del internamiento del adolescente durante su etapa escolar. *II International Conference of Psychological Intervention and Human Development: Educational and Community Intervention*. Valencia.

- MORALES, J. F. (1989). Identidad Social y Personal. En J. Mayor y J.L. Pinillos. *Tratado de Psicología General: Creencias, actitudes y Valores*. Madrid: Alhambra Universidad.
- MOW INTERNATIONAL RESEARCH TEAM (1987). *The Meaning of Working*. Londres. Academic Press.
- RODRÍGUEZ, A. (1990). El Trabajo Humano: Una Reevaluación de su Significado. *III Congreso Nacional de Psicología Social*. Santiago.
- SANCHIS, E. (1988). Valores y actitudes de los jóvenes ante el trabajo. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 41 págs. 131-627.
- TORREGROSA, J. R. (1980). Psicología Social y Política: Reflexiones sobre la experiencia del paro. En Martín López, *El Paro juvenil*. Centro de Estudios Sociales del Valle de los Caídos, Madrid, págs. 245-267.
- TORREGROSA, J. R. (1989). Actitud de los jóvenes ante el trabajo: una interpretación desde datos de encuesta. En J. R. Torregrosa, J. Berguere y J. L. Alvaro (comps). *Juventud, Trabajo y Desempleo: Un análisis psicosociológico*. Centro de Publicaciones del Ministerio del Trabajo y Seguridad Social, Madrid, págs. 179-190.



Significado del trabajo, valores y ocio en menores acogidos en residencias escolares

ADELAIDA MONTEOLIVA; J. MIGUEL ANGEL GARCÍA; Y PILAR BERRIOS
Universidad de Granada. España

1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, se ha producido un importante descenso en el número de menores acogidos en Centros Residenciales, debido fundamentalmente al hecho de que, tanto la legislación al respecto, como la investigación en este área, ponen de relieve los riesgos del internamiento y recomiendan su utilización sólo en casos muy extremos. No obstante, un importante porcentaje de niños, por circunstancias familiares y/o comportamentales, son atendidos en estos Centros, teniendo que separarse de su medio familiar y social, a pesar de la importancia que tiene la continuidad en la relación padres/hijos desde los primeros años de vida hasta pasada la adolescencia. De acuerdo con las normas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 1977, el ambiente que rodee al niño debe ser estable y afectivo para su adecuada evolución psicosocial, con unas normas coherentes y con la posibilidad de que desarrolle su propia autonomía e independencia. Por ello, es necesario investigar cuales son las repercusiones del ambiente residencial en el menor institucionalizado, sobre todo en aquellos casos en los que se utiliza como medida permanente y sustituta del marco familiar, con el fin de poder poner en práctica las oportunas medidas que disminuyan los efectos negativos de estos ambientes, garantizando el derecho del niño a su correcta maduración.

Así pues, las funciones de los internados deberían adaptarse a las distintas circunstancias y necesidades de cada niño, y aunque es cierto que en determinados casos puede ser una medida efectiva a corto plazo, y que existen centros cuyas condiciones de atención son adecuadas, y aportan al niño experiencias de relación y convivencia positivas (Fuertes, Sánchez, Franco y Sampedro, 1991; Fuertes, 1992), también es cierto que no todos los Centros Residenciales

cumplen los requisitos necesarios para la adecuada maduración y formación del menor, lo que supone una clara diferencia con respecto a los niños que crecen en el medio familiar.

En otros países, el acogimiento en residencias es una opción que se tiene en cuenta sólo después de que se haya agotado totalmente la posibilidad de apoyar al niño dentro de su propia familia (Knorth, 1992). En nuestro país, cada vez son menos los menores que se acogen en Centros Residenciales, ya que en la actualidad se buscan otros recursos más normalizados. Todo esto ha llevado a que, frente a la institucionalización tradicional, hayan surgido distintas alternativas como los Centros de día, los Hogares Funcionales Familiares, las Mini-residencias, los Colectivos Infantiles, el Acogimiento familiar..., entre otros.

Diversas investigaciones llevadas a cabo sobre las características de los niños acogidos en Centros Residenciales señalan que, tanto la separación del menor de su familia como la vida continuada en estos centros, puede conllevar una serie de riesgos en la evolución normal del niño en los aspectos afectivo, personal y social (Musitu, Escarti, Ruipérez y Clemente, 1988; Fuertes, 1991). Parece obvio que, dentro de la estructura familiar, el niño tiene unas vivencias, unas relaciones afectivas y unos modelos de comportamiento diferentes a las que tiene el niño institucionalizado. En consecuencia, al ser distintas las influencias, cada contexto podría generar diferencias en su forma de acceder al conocimiento de las normas sociales, en su sistema de valores, en sus actitudes o en su comportamiento, es decir, se estarían produciendo procesos de socialización distintos, con la consiguiente incidencia en la concepción de la realidad social en la que el joven se inserta.

Así, en el significado que para los adolescentes tengan aspectos centrales en la sociedad, como el trabajo o el tiempo libre, podrá mediar la transmisión de unas creencias, valores y actitudes diferentes dependiendo del tipo de interacción con el medio en que se desenvuelve. El sistema de valores que el joven desarrolle guiará su comportamiento futuro, ya que estos valores orientarán las percepciones y atribuciones que haga sobre la realidad (Garzón, 1984).

La influencia que el ambiente residencial tenga en el desarrollo del niño, va a depender de múltiples factores, entre otros, los relacionados con el equipo educador que lo atiende, con el contacto y participación de la familia y con el ambiente afectivo y socializador que se le ofrezca (Casas, 1988). Características tales como el gran tamaño de la institución, el trato impersonal, la ausencia de espacios propios, entre otras, puede tener efectos adversos en la salud mental y en el desarrollo psicosocial del menor.

A la vista de todo lo expuesto, parece evidente la necesidad de realizar un mayor esfuerzo en el estudio de los efectos, positivos o negativos, del acogimiento residencial, que nos permita determinar si es una solución adecuada desde el punto de vista del desarrollo psicosocial del menor.

En anteriores trabajos, ya habíamos constatado diferencias estadísticamente significativas en distintas variables de carácter psicosocial, al comparar adolescentes que vivían la mayor parte del tiempo en Residencias Escolares con los que vivían con su familia. Los jóvenes que vivían separados de la familia obtenían peores calificaciones escolares (Monteoliva y García, 1993a), presentaban niveles más bajos de bienestar psicológico y hacían una peor valoración de sí mismos, frente a los jóvenes no institucionalizados (Monteoliva y García, 1993b) corroborando, además, resultados obtenidos en otras investigaciones (Musitu, Escarti, Ruipérez y Clemente, 1988).

En la misma línea de estos trabajos, y con el fin de complementar los resultados obtenidos hasta este momento, el objetivo, en este caso, se ha dirigido hacia el análisis de la percepción que los jóvenes que viven en uno u otro contexto, tienen acerca de aspectos sociales centrales dentro de la vida de los individuos, tales como el sistema de valores y la significación del trabajo y del tiempo libre.

2. METODOLOGÍA

Para realizar este trabajo, se contó con una muestra compuesta por 187 sujetos, de los que 33 vivían en Residencias Escolares, y 154 en su domicilio familiar. Estos jóvenes tenían edades comprendidas entre los 13 y los 15 años, y en el momento de la investigación, todos ellos se encontraban cursando 8º de E.G.B. en diversos centros escolares de la provincia de Granada.

La muestra seleccionada forma parte de otra más amplia, recogida para el estudio: *“Patrones de Transición de la Escuela al Trabajo”*, que en la actualidad desarrolla el Equipo “TETRA” del Departamento de Sociología y Psicología Social de la Universidad de Granada. Para este estudio se seleccionaron aquellos colegios que contaban entre sus alumnos con jóvenes que vivían en Residencias Escolares.

Las variables consideradas en el presente trabajo fueron las siguientes:

Tipo de residencia: Hogar familiar, Residencia Escolar.

Tiempo Libre: Hace referencia al tiempo del que dispone el sujeto y emplea en actividades no reguladas específicamente. Esta variable se evaluó me-

diante la pregunta “¿Cómo pasas tu tiempo libre?”, que incluía cinco alternativas de respuesta que iban desde “Disfruto mucho” hasta “Me aburro mucho”.

Significado del trabajo: Hace referencia al grado de relevancia que da el sujeto al trabajo, analizado como una actividad única. Para la medida de esta variable, se utilizó el cuestionario 29 del MOW (MOW International Research Team, 1987). Es una estimación absoluta de la importancia del trabajo, que toma como referencia al propio sujeto y se valora a través de una escala tipo Likert de 7 puntos.

Valores: En términos psicosociales, los valores son constructos básicos que configuran el sistema cognitivo de los sujetos, incidiendo en la forma en que éstos categorizan su situación. Para conocer la importancia que los sujetos de la muestra concedían a cada uno de los valores, se utilizó la “lista de valores” elaborada por Rodríguez y García (1990). Esta lista incluye los siguientes valores: educación, trabajo, prestigio, felicidad, amor, paz, seguridad, justicia, libertad, igualdad, salud, amistad, religiosidad y riqueza. Para su valoración, se utilizó una escala tipo Likert de 7 puntos.

Para ver si existían diferencias entre ambos grupos respecto a la valoración que establecían de su tiempo libre, a la importancia atribuida al trabajo y a cada uno de los valores que aparecían en la escala citada, se realizaron distintos análisis de varianza. La estructura de valores de cada grupo se determinó a través de sendos análisis factoriales, utilizando el método de los Componentes Principales, seguido de rotación Varimax.

3. RESULTADOS

Como puede observarse en la tabla 1, se obtienen diferencias entre ambos grupos respecto al grado de satisfacción que muestran con su tiempo libre ($p \leq 0.0383$). Los alumnos internos puntúan significativamente más bajo que los externos, lo que nos indica que son estos últimos los que más disfrutan de las actividades que realizan durante su tiempo de ocio.

Tabla 1: Puntuaciones medias y diferencias obtenidas en Tiempo Libre y Significado del Trabajo.

Variables	MEDIA DE LOS GRUPOS		DIFERENCIA	PROBABILIDAD
	Internos	Externos		
Ocio	3.6970	4.0065	-0.3095	0.0377
Trabajo	5.2121	5.1961	0.0160	0.9374

Sin embargo, respecto a la importancia que los jóvenes daban al trabajo como actividad única, no aparecieron diferencias entre los dos grupos. La jerarquía de valores establecida por cada uno de los grupos (internos-externos) aparece en la tabla 2. Como puede observarse, el ordenamiento de los valores por su importancia es muy similar en ambos grupos. Tanto unos como otros, sitúan en primer lugar de importancia el *valor salud*, y en los últimos lugares los valores *riqueza*, *prestigio* y *religiosidad*. No obstante, se constatan diferencias respecto al orden que establecen fundamentalmente para el valor Educación, que aparece en tercer lugar en los internos y en séptimo lugar en los externos y respecto al valor amistad, cuarto en los externos y séptimo en los internos.

Tabla 2. Jerarquía de valores establecida por ambos grupos.

INTERNOS	EXTERNOS
SALUD	SALUD
PAZ	FELICIDAD
EDUCACION	PAZ
LIBERTAD	AMISTAD
FELICIDAD	LIBERTAD
AMOR	AMOR
AMISTAD	EDUCACION
SEGURIDAD	IGUALDAD
TRABAJO	JUSTICIA
IGUALDAD	TRABAJO
JUSTICIA	SEGURIDAD
RIQUEZA	PRESTIGIO
PRESTIGIO	RIQUEZA
RELIGIOSIDAD	RELIGIOSIDAD

La estructura factorial de los valores de ambos grupos aparece en las tablas 3 y 4.

La primera diferencia que puede observarse es el distinto número de factores determinado para cada grupo. En el caso de los externos son cinco los factores con valores propios mayores que 1 y explican el 59% de la varianza (Tabla 5), mientras que en los internos aparecen seis factores que explican el 76% de la varianza (Tabla 6).

En el grupo de externos, el primer factor lo constituyen los valores *libertad, justicia, seguridad, amistad y salud* y podría interpretarse, desde la terminología de Rokeach (1973; 1979), como un factor de carácter eminentemente final. En el segundo factor se mezclan dos valores que pueden considerarse instrumentales (*prestigio y riqueza*) con otro final (*felicidad*). El tercer factor lo componen los valores *educación y trabajo*; el cuarto incluye los valores *paz y amor*, por lo que, como el primero, puede considerarse de carácter final. Por último, el quinto factor está formado básicamente por el valor *religiosidad*. Hay que destacar, no obstante, el hecho de que este factor recoja con carga negativa el valor *igualdad*.

Tabla 3. Estructura factorial de los valores en el grupo de externos.

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
LIBERTAD	0.722	0.000	0.000	0.000	-0.323
JUSTICIA	0.715	0.000	0.000	0.000	0.000
SEGURIDAD	0.672	0.269	0.000	0.000	0.000
AMISTAD	0.644	0.000	0.000	0.297	0.000
RIQUEZA	0.000	0.798	0.000	0.000	0.000
PRESTIGIO	0.285	0.722	0.000	0.000	0.000
FELICIDAD	0.000	0.528	0.264	0.292	-0.279
EDUCACION	0.000	0.000	0.683	0.000	0.327
TRABAJO	0.000	0.301	0.664	0.000	0.000
AMOR	0.000	0.000	0.000	0.847	0.000
PAZ	0.351	0.000	0.340	0.558	0.000
RELIGIOSIDAD	0.000	0.000	0.000	0.000	0.816
IGUALDAD	0.326	0.000	0.365	0.370	-0.474
SALUD	0.473	0.304	0.000	0.000	0.000
VP	2.467	1.739	1.480	1.422	1.276

Respecto a la estructura factorial de los valores del grupo de jóvenes que viven en residencias escolares, pueden observarse ciertas semejanzas con el grupo de externos: el quinto factor coincide con el tercero de los externos y el tercero en buena medida con el primero. No obstante, habría que resaltar marcadas diferencias en la composición del resto de los factores, diferencias que sugieren una menor congruencia con lo que cabría esperar desde un plano teórico, si tomamos en cuenta las consideraciones de Rokeach (1973), respecto a la finalidad o a la instrumentalidad de los valores, ya que, en la mayoría de los factores establecidos en la estructura del grupo de internos, aparecen juntos valores de uno y otro signo.

Tabla 4. Estructura factorial de los valores en el grupo de internos.

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6
JUSTICIA	0.782	0.379	0.000	0.000	0.000	0.000
PRESTIGIO	0.771	0.000	0.000	0.000	0.000	0.259
IGUALDAD	0.716	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
AMOR	0.539	0.315	0.000	0.425	0.000	0.000
LIBERTAD	0.000	0.925	0.000	0.000	0.000	0.000
FELICIDAD	0.000	0.654	0.523	0.000	0.000	0.000
SALUD	-0.326	0.000	0.734	0.000	-0.279	0.000
SEGURIDAD	0.000	0.000	0.723	0.000	0.000	0.000
AMISTAD	0.000	0.282	0.564	0.000	0.261	-0.355
RELIGIOSIDAD	0.000	0.000	0.000	0.882	0.000	0.000
PAZ	0.000	0.458	0.309	0.546	0.000	0.400
TRABAJO	0.000	0.000	0.000	0.000	0.878	0.000
EDUCACION	0.461	0.000	0.000	0.313	0.597	0.000
RIQUEZA	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.933
VP	2.576	2.000	1.889	1.449	1.440	1.321

Tabla 5. Autovalores en el grupo de alumnos externos.

Factor	Varianza explicada	Proporción acumulada de Varianza		Carmines Theta
		Datos	Factores	
1	3.4173	0.2441	0.4076	0.7618
2	1.3942	0.3437	0.5738	
3	1.3141	0.4375	0.7306	
4	1.1943	0.5228	0.8730	
5	1.0650	0.5989	1.0000	
6	0.9222	0.6648		
7	0.8606	0.7263		
8	0.7309	0.7785		
9	0.6722	0.8265		
10	0.6151	0.8704		
11	0.5325	0.9084		
12	0.5169	0.9454		
13	0.3943	0.9735		
14	0.3706	1.0000		

Tabla 6. Autovalores en el grupo de alumnos internos.

Factor	Varianza explicada	Proporción acumulada de Varianza		Carmines Theta
		Datos	Factores	
1	3.8850	0.2775	0.3639	0.7997
2	1.8857	0.4122	0.5405	
3	1.5503	0.5229	0.6858	
4	1.2561	0.6126	0.8034	
5	1.0926	0.6907	0.9058	
6	1.0061	0.7625	1.0000	
7	0.8259	0.8215		
8	0.6355	0.8669		
9	0.4787	0.9011		
10	0.4687	0.9346		
11	0.3629	0.9605		
12	0.3113	0.9828		
13	0.1437	0.9930		
14	0.0975	1.0000		

Tomando cada uno de los valores de forma individual, se encontraron diferencias significativas únicamente en *amistad* ($p \leq 0,02$) y *riqueza* ($p \leq 0,04$) (véase tabla 7). Los alumnos que vivían en el domicilio familiar otorgaban una mayor importancia a la *amistad* que los internos y estos últimos obtenían puntuaciones más altas que los externos en *riqueza*.

Tabla 7: Puntuaciones medias y diferencias obtenidas en los valores presentados

VALORES	MEDIA DE LOS GRUPOS			
	Internos	Externos	DIFERENCIA	PROBABILIDAD
EDUCACION	6.5455	6.2745	0.2710	0.1326
PRESTIGIO	4.8182	4.6732	0.1450	0.5642
FELICIDAD	6.3636	6.5752	-0.2116	0.1614
RELIGIOSID	3.6970	4.3137	-0.6167	0.0744
AMOR	6.3636	6.4118	-0.0482	0.7972
PAZ	6.5455	6.5686	-0.0231	0.8759
AMISTAD	6.2727	6.5621	-0.2894	0.0235
SEGURIDAD	6.2121	5.9412	0.2709	0.1529
JUSTICIA	5.6970	5.9673	-0.2703	0.2760
LIBERTAD	6.4545	6.4902	-0.0357	0.8294
IGUALDAD	5.7879	5.9673	-0.1794	0.4682
RIQUEZA	5.0303	4.4118	0.6185	0.0461
SALUD	6.8182	6.9020	-0.0838	0.2999

En el resto de valores estudiados (*educación, prestigio, felicidad, amor, paz, seguridad, justicia, libertad, igualdad y salud*), las puntuaciones medias obtenidas por ambos grupos no resultaron significativamente distintas, otorgándole internos y externos a cada uno de estos valores una importancia similar.

4. CONCLUSIONES

A la vista de los resultados obtenidos, puede establecerse una conclusión de carácter global: existen diferencias en la valoración de determinados aspectos sociales planteados en el estudio, entre los jóvenes que viven en ambientes residenciales y los que residen en el hogar familiar.

En relación a la satisfacción que ambos grupos manifiestan con su tiempo libre, habría que destacar que los alumnos externos son los que muestran un mayor grado de satisfacción con su tiempo de ocio, a pesar de que los internos se desenvuelven en un marco que permite realizar un mayor número de actividades lúdicas, al tener mas espacio e instalaciones, así como personal educativo que les organice estas actividades.

Al analizar los sistemas de valores que aparecen en ambos grupos, cabe resaltar que cuando establecen una jerarquía los resultados pueden considerarse similares. Sin embargo, las estructuras factoriales establecidas por cada grupo difieren en distintos aspectos. En primer lugar, parece más evidente la influencia de los agentes sociales en la concepción axiológica de los externos. Puede interpretarse que los jóvenes de este grupo ven con cierta claridad una vinculación entre dinero y prestigio, con la consecución de la felicidad, mostrando un mayor pragmatismo que los internos, donde esta asociación no aparece. La relación educación-trabajo que aparece en ambos grupos, podría interpretarse como una clara interiorización de las directrices surgidas en diferentes contextos sociales, que vinculan los estudios con las posibilidades ocupacionales futuras e, incluso, el mayor nivel educativo con una probabilidad más alta de ocupar mejores puestos de trabajo.

Respecto a la importancia que los sujetos atribuyeron a cada uno de los valores estudiados, los resultados ponen de manifiesto que ambos grupos dan un mayor peso a valores que pueden considerarse finales (*libertad, salud, paz, justicia...*), frente a los instrumentales (*riqueza, prestigio y religiosidad*), confirmando los resultados obtenidos en otras investigaciones llevadas a cabo con muestras muy distintas (*trabajadores-desempleados*) a las utilizadas en el presente estudio.

Con un carácter más específico, cuando se han comparado los valores individualmente, se aprecian diferencias entre ambos grupos en cuanto a la importancia atribuida a los valores *amistad* y *riqueza*. En cualquiera de los dos casos la interpretación es compleja. Por una parte, los internos, que pasan más tiempo entre amigos, valoran menos la *amistad* y, por otra, los externos, con un nivel socioeconómico medio más alto, valoran menos la *riqueza*. Quizá sean precisamente estas razones las que expliquen las diferencias. No obstante, dado el carácter longitudinal del estudio general del que forma parte este trabajo y con el fin de contrastar estas interpretaciones, se han incluido diversas cuestiones relativas a estos tipos de valoración en la entrevista personal que se realizará en un próximo contacto con los mismos sujetos de la muestra.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- CASAS, F. (1988): Las instituciones residenciales para la atención de chicos y chicas en dificultades sociofamiliares: apuntes para una discusión. *Menores*, 10, julio-agosto, pp. 37-50.
- FUERTES, J.; SANCHEZ, E.; FRANCO, S. y SAMPEDRO, R. (1991): El internamiento y los procesos de desinstitucionalización. Libro de Resúmenes del II Congreso Estatal Sobre Infancia Maltratada, Vitoria.
- FUERTES, J. (1992): Tendencias actuales en la atención a la infancia en Centros Residenciales de Protección. *Intervención Psicosocial*, 2, 31-45.
- GARZON, A. (1984): *Dimensiones del conocimiento social*. Valencia: Ed. Promolibro
- KNORTH, E. (1992): La toma de decisiones sobre acogimientos e internamientos infantiles. *Anuario de Psicología*, 53, 159-171.
- MONTEOLIVA, A. y GARCIA, J. M. A. (1993a): Influencia del internamiento en el adolescente durante su etapa escolar. Comunicación a la 2nd. *International Conference of Psychological Intervention and Human Development: Educational and Community Intervention*. Valencia.
- MONTEOLIVA, A. y GARCIA, J. M. A. (1993b): Lugar de Residencia y Rendimiento Escolar: Relación con Inteligencia, Autoestima y Bienestar Psicológico. En Barriga, S. y León, J. M. (compiladores): *Aspectos psicosociales del ambiente, la conducta deportiva y el fenómeno turístico*. Sevilla: Ed. Eudema (65-70).
- MOW INTERNATIONAL RESEARCH TEAM (1987): *The meaning of working*. Organizational and Occupational Psychology Series. Londres, Academic Press.
- MUSITU, G.; ESCARTI, A.; RUIPEREZ, M.A. y CLEMENTE, A. (1988): El niño institucionalizado: Agresión y autoestima. En: Universidad de Granada: *Psicología Social de los Problemas Sociales. Primer Congreso Nacional de Psicología Social*. Granada, 415-419.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (1977): *Salud Mental y Desarrollo Psicosocial del niño*. O.M.S., Serie de Informes Técnicos, Ginebra.
- RODRIGUEZ, A. y GARCIA, J.M.A. (1989): Personalidad, valores y expectativas en jóvenes titulados en paro. En Torregrosa, J.R., Bergere, J. y Alvaro, J.L. (Comps.): *Juventud, Trabajo y Desempleo; un análisis psicosociológico*. Ed. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Madrid: Colección Encuentros (191-204).
- ROKEACH, M. (1973): *The nature of human values*. Nueva York: Free Press.
- ROKEACH, M. (1979): *Understanding human values: individual and societal*. Nueva York: Free Press.

QUIJNTA PARTE

Evaluación del lenguaje



Quinta Parte

EVALUACIÓN DEL LENGUAJE

El desarrollo está mediado por las relaciones con otros, y con el mundo. Por ello y, como se ha venido sugiriendo en los últimos quince años, los trastornos en niños, tal vez se describan mejor como trastornos de las relaciones, que como alteraciones intraindividuales. En determinados casos, el origen de la patología está en un contexto desorganizado, que evita las adaptaciones que caracterizan el desarrollo normal. La comprensión de estas relaciones es, en consecuencia, fundamental para la especificación de la naturaleza de los trastornos, y desde el punto de vista preventivo y de intervención. El lenguaje evoluciona como un sistema comunicativo y, por lo tanto, en su sentido más amplio, constituye una conducta social. Su uso social implica interacción, y en ella está basado. De este modo, su evaluación constituye un aspecto esencial en la identificación, y prevención temprana de los problemas de salud.

Como contribución en el marco de la «Evaluación del lenguaje», se incluyen trabajos relacionados con la clarificación de estas relaciones entre lenguaje y contexto. En el primero de los capítulos Sineiro presenta «Aportaciones de la pragmática a la evaluación de los trastornos del lenguaje, y algunos de los procedimientos e instrumentos utilizados para la detección de alteraciones comunicativas en la infancia». A continuación se han seleccionado informes de investigación referidos a los diferentes aspectos. Se incluye en primer lugar un estudio transcultural en relación con la incidencia de la ansiedad sobre los sistemas lingüístico y cognitivo. En la referida investigación, se destaca que el análisis de la competencia lingüística, y de la ansiedad revelan los riesgos y consecuencias asociadas, y mantenidas por el contexto sociocultural, que sitúan al niño en riesgo de alteración de su proceso de socialización. En segundo lugar se establecen las asociaciones entre lenguaje y alteraciones en otras áreas de desarrollo, constituyendo el núcleo temático de los capítulos 32 y 33. En los referidos capítulos, se analizan el efecto potencial de los problemas lingüísticos, en los aspectos objetivos y autoevaluativos del autoconcepto, se confirman la asociación entre las funciones comunicativas y problemas en la construcción del autoconocimiento. Finalmente se analizan las relaciones entre habilidades psicolingüísticas y depresión, que constituye el centro de interés del capítulo 34. En definitiva, los resultados obtenidos, contribuyen a apoyar la mediación de las variables contextuales en la coocurrencia encontrada, entre algunas de las funciones evaluadas y el trastorno afectivo.



Pragmática y evaluación de los trastornos del lenguaje en niños

CLOTILDE SINEIRO y PEREGRINA JUANATEY

Universidad de Santiago de Compostela. España

1. INTRODUCCION

La pragmática es el estudio de las relaciones entre conducta lingüística y los contextos en los que se utiliza (Davis y Wilcox, 1985). Esta definición implica factores intrapersonales, contextuales, textuales, sociales e interpersonales para describir y explicar lenguaje como forma de acción social y comunicativa. La actividad lingüística es una actividad cooperativa por medio de la que establecemos contacto interpersonal e intercambiamos ideas, estados mentales, actitudes. . . y que, en consecuencia, modifica comportamientos. La utilización del código lingüístico para comunicar es una conducta social y, por ello, la interpretación del acto lingüístico requiere estudiarlo en su contexto social. Las demandas que se le plantean a los hablantes durante la formulación del mensaje lingüístico son función de los diferentes contextos. En una interacción comunicativa, las personas implicadas en la secuencia de conductas que la conforman saben cuando hablar y cuando escuchar, lo que dicen depende de lo que como hablantes esperan que el oyente entienda y las características de los participantes interactúan también con aspectos del contexto lo que incrementa la serie de factores que afectan al proceso de comunicación.

En los últimos quince años, los modelos pragmáticos (Austin, 1962; Bates, 1976; Searle, 1969, 1975), que proponen una relación interactiva compleja entre los sistemas conversacional y lingüístico, han tenido un importante impacto en el estudio de los trastornos del lenguaje. A pesar de ello, la interpretación de los clínicos no siempre ha sido coincidente y así lo reflejaba Craig (1983) al señalar dos aproximaciones diferentes a la relación entre reglas lingüísticas y pragmáticas formalizadas como perspectiva amplia y reducida de la

pragmática sin que la variabilidad sea ajena a ninguna de ellas. Dentro de la última aproximación, se destaca la independencia de las reglas morfológicas, sintácticas y semánticas de las del discurso considerando, por tanto, la pragmática como un nivel adicional de lenguaje, como un cuarto componente del mismo.

La visión amplia de la pragmática trata de caracterizar la competencia comunicativa como resultado de la acción sinérgica de los sistemas de conocimiento (Prutting, 1979; Prutting y Elliot, 1976); es decir, de las interrelaciones entre el conocimiento estructural del lenguaje, el conocimiento presuposicional y el conocimiento conversacional. Se contempla pues la necesidad de aunar, integrándolo en la descripción y explicación, el conocimiento del lenguaje como código, la capacidad de juzgar adecuadamente la forma que tiene que tomar la expresión para comunicar de modo apropiado la intención del hablante o comprenderla adecuadamente y el conocimiento de las reglas que regulan la conversación en el contexto social de los participantes en la interacción.

Dada la complejidad y la amplitud de los aspectos y dimensiones de la pragmática, el tipo de interrogantes que los especialistas en esta área tratan de contestar tienen que ver con cuestiones como: ¿Qué hacen las personas con el lenguaje? ¿cómo afecta el contexto lo que se dice?, ¿Cuáles son las intenciones que subyacen a las emisiones verbales?, ¿cómo se pueden clasificar las emisiones lingüísticas en términos de sus intenciones o efectos sobre otras personas?, ¿Cómo aprenden los niños lo que dicen y cómo lo dicen? ¿cómo se aprenden las habilidades sociales comunicativas?. Las respuestas a estas cuestiones constituyen el objetivo de las tres principales líneas de investigación en el área de la pragmática:

1. contexto e influencia de variables situacionales en el uso del lenguaje,
2. organización del discurso y habilidades de conversación
3. intenciones comunicativas.

2. PRAGMATICA Y TRASTORNOS DEL LENGUAJE

La mayoría de los niños con trastornos lingüísticos tienen deficitaria o alterada su capacidad para usar lenguaje como medio de comunicación. Otros tienen trastornos pragmáticos. La evaluación pragmática de los trastornos del lenguaje tiene una historia breve ya que solo desde comienzos de los ochenta y, bajo la influencia de la investigación sobre los aspectos a los que acabamos de referirnos, se está tratando de definirlos y explicarlos (Adams y Bishop, 1989;

Bishop y Adams, 1989; Gallagher y Prutting, 1983; McTear, 1985; Shielfelbusch y Pikar, 1986).

Las aplicaciones de la pragmática a la evaluación de los trastornos del lenguaje tienen que ver con la definición de la misma. En el marco de una aproximación amplia, interactiva, un concepto esencial es el de incapacidad comunicativa, definida en términos del papel del lenguaje como sistema de comunicación humana, que ha ampliado los criterios de identificación de los trastornos del lenguaje y el contenido de la evaluación ya que *“tienen que ser analizadas más conductas y descritas sus interdependencias... y a través de más contextos situacionales y de más tipos de co-participantes...”* (Craig, 1990, p. 9). Por lo tanto, en esta aproximación los contextos y las condiciones bajo las que se efectúa la evaluación se convierten en aspectos esenciales (Conti-Ramsdem, 1989) puesto que, si el análisis está centrado en la interacción y en el individuo, la conducta tiene que caracterizarse en términos interactivos, sensibles a la variabilidad cultural y situacionales.

Dentro de una perspectiva reduccionista, la evaluación se centra en la identificación de estrategias y habilidades comunicativas específicas

3. EVALUACION Y PRAGMATICA

La evaluación de los aspectos pragmáticos se realiza a través de diversas estrategias y procedimientos que incluyen observación directa, observación en contextos naturales, entrevistas a las personas que interactúan con el niño, escalas conductuales y pruebas estandarizadas. El método etnográfico, las escalas de conductas (Checklist) y las pruebas estandarizadas son los tres tipos más utilizados.

3.1. Método etnográfico

Representa una aproximación, procedente de la antropología, contextualizada y flexible al estudio de la comunicación y de aplicación muy reciente en el área de la clínica del lenguaje (Damico, Maxwell y Kovarsky, 1990). La evaluación implica obtener información de las interacciones comunicativas en los diferentes contextos ya que, como indican Crago y Cole (1991): *“los niños a los que estudiamos y a cuyo servicio estamos... habitan una serie de mundos: unos clínicos, otros familiares y otros escolares... para comprender como los niños con trastornos de comunicación se socializan y son socializados a través del lenguaje, clínicos e investigadores necesitan investigar comunicación dentro*

de un contexto sociocultural amplio” (p. 124). La aproximación etnográfica a la evaluación difiere de las tradicionales al asumir que hay diferencias entre la visión del mundo del clínico y la de las personas que se están evaluando. Utiliza un procedimiento multimodal de recogida de información en diferentes fases e incluye la de archivos, entrevistas abierta-cerrada sin categorías o preguntas predeterminadas, observación participante (participación con el niño en los acontecimientos que están observándose), registro y transcripción de las observaciones y de su posible significado, y análisis de las diferentes perspectivas mantenidas, en relación al mismo acontecimiento, por participantes y observadores. Esta consideración de diferentes perspectivas es lo que los etnógrafos denominan triangulación y que responde a la idea esencial de que la realidad, cuando se considera desde más de una perspectiva, es más tangiblemente comprendida (Bateson, 1979). Cuando no hay congruencia entre las diferentes fuentes de información, es necesario recoger más datos de otras personas o pedirles su opinión sobre las razones de la discrepancia ya que lo que se pretende es dar significado a la experiencia vivida por el paciente: lo que son capaces de decir, lo que necesitan decir y lo que ellos u otras personas significativas creen que deberían decir o hacer. Se trata, en definitiva, de que los clínicos e investigadores se aproximen a la incompetencia comunicativa a través de los mismos procesos por los que los niños desarrollan las habilidades comunicativas, observación participante de la comunicación e interacción.

3.2. Escalas de conductas (checklists)

Otra aproximación utilizada para observar uso interactivo del lenguaje e identificar problemas con la pragmática son las escalas de conducta. La presencia o ausencia de una determinada conducta o su frecuencia de ocurrencia son anotadas o registradas por el observador. Son fáciles de administrar y proporcionan una información global en base a un amplio rango de ítems. Las escalas de conductas para evaluar habilidades pragmáticas se centran fundamentalmente en el diálogo y en el discurso narrativo con el fin de analizar intenciones comunicativas, presuposiciones y organización del discurso.

Las intenciones comunicativas se refiere a los actos ilocucionarios como son las demandas de acción y de información, la denominación, las respuestas a demandas, los comentarios, las referencias. Por presuposiciones se entiende lo que supone que el oyente sabe y no sabe de las personas, objetos y actividades. Gran parte de la evaluación de la ejecución del hablante, a nivel del discurso, va dirigida a la eficiencia y adecuabilidad de sus intentos comunicativos y, cuando su papel es el de oyente, a su efecto sobre los que participan en la comunicación. Por último, la organización del discurso tiene que ver con su estructura

secuencial que implica intercambio de turnos, iniciación y mantenimiento de un tópico, manipulaciones, observaciones . . .

Entre las escalas de conducta pragmática para niños están las siguientes:

3.2.1. *Escala de Conductas de McTear(1985)*

Se basa en conductas pragmáticas observadas en niños con desarrollo normal del lenguaje. Analiza presuposiciones y organización del discurso en términos de secuencia evolutiva con una sección final dedicada a formas de reparar fracasos en la conversación. Cada una de las habilidades comunicativas evaluadas se considera en términos de su adecuabilidad y otras consideraciones sociales.

3.2.2. *Checklist of Communicative Competence (Gerard, 1986)*

Está diseñada para niños menores de 2 años. Analiza desarrollo social, del juego, del yo , comprensión, habilidades verbales y comunicación funcional. Entre las conductas categorizadas para evaluar el desarrollo de habilidades comunicativas como atención selectiva, búsqueda , tomar el turno y comprensión de la situación están las orientadas a una sola persona y la respuesta al contacto humano. Incluye también conductas interactivas no verbales que tiene particular importancia en el caso de los niños con trastornos de lenguaje puesto que permiten valorar la posibilidad de que se beneficien del uso de un sistema formal de comunicación no verbal.

3.2.3. *Pragmatic Protocol (Prutting y Kirchner, 1987)*

Constituye, posiblemente, el más comprensivo de los procedimientos informales disponibles de evaluación pragmática. Se utiliza con niños a partir de la edad de 5 años y puede también ser utilizado con adultos para obtener un índice global de habilidades comunicativas. Categoriza tres tipos de destrezas comunicativas: verbales, no verbales y paralingüísticas. En el primer grupo se incluyen conductas como tomar el turno, desempeño adecuado de los papeles de oyente y hablante, variedad de actos de habla, selección , mantenimiento y cambio de tópico. En la categoría paralingüística se registran inteligibilidad, fluidez, prosodia, variaciones estilísticas y en la no verbal postura corporal, expresiones faciales, gesticulación, proximidad física. La evaluación se efectúa en términos de apropiada/inapropiada. También se proporcionan directrices para análisis descriptivos con el fin de determinar frecuencia, latencia, duración, densidad, amplitud y secuencias para las conductas apropiadas e inapropiadas.

3.2.4. *Communication and Symbolic Behavior Scales (CSBS)* (Wetherby y Prizant, 1990)

Están basadas en que la adquisición de la pragmática implica una interacción compleja de habilidades en desarrollo en las áreas comunicativas, socioafectivas, cognitivas y lingüísticas. Analiza habilidades comunicativas, socio-afectivas y simbólicas de niños cuyas habilidades de comunicación funcional van desde comunicación intencional prelingüística hasta los comienzos de adquisición del lenguaje. Los objetivos de la evaluación son la detección temprana de niños con deterioros de comunicación y la obtención de un perfil comunicativo y simbólico que permita intervenir adecuadamente en niños con alteraciones de la comunicación y el lenguaje. La obtención de datos se realiza a través de diversos procedimientos que permiten al evaluador que los padres se comprometan como interactuantes en la evaluación directa del niño y como informantes en el cuestionario del cuidador. La evaluación del niño se realiza en un continuum que va desde contextos estructurados a no estructurados.

Las conductas registradas se evalúan a lo largo de 20 parámetros y se transforman en escalas de evaluación de cinco puntos. Cada uno de los parámetros se estructura en torno a siete tipos de conductas, cinco comunicativas—que incluyen intenciones, conductas vocálicas, presuposiciones, aspectos para-lingüísticos y características generales del discurso—y dos simbólicas— verbales y no verbales. Estas escalas se seleccionaron en base a su capacidad para diferenciar entre niños con desarrollo normal, niños con trastornos específicos del lenguaje y niños con trastornos sociocomunicativos más generalizados.

3.3. PRUEBAS ESTANDARIZADAS

Los instrumentos estandarizados de aspectos pragmáticos son escasos y su desarrollo es muy reciente. Como señalan McTear y Conti-Ramsden (1989) son útiles en clínica sobre todo como prueba de la necesidad de tratar el trastorno comunicativo.

A continuación comentamos las características de algunas de estas pruebas estandarizadas.

3.3.1. *Porch Index of Communicative ability in Children (PICAC)* (Porch, 1972)

Sigue el mismo modelo que el de adultos a partir del cual ha sido desarrollado. Está diseñado para evaluar habilidades comunicativas en niños de

entre 3 y 12 años. Está compuesto por dos escalas constituidas a, a su vez, por una serie de subtests que analizan las capacidades comunicativas del niño en las modalidades visual, auditiva, verbal, gestual y gráfica

El material está compuesto de 16 objetos comunes. La puntuación está basada en cinco aspectos de la respuesta del niño: precisión, responsividad, integridad, rapidez y eficiencia. La puntuación se expresa en percentiles para cada subtest y modalidad.

3.3.2. *The Interpersonal Language Skills Assessment (ISLA): A test of Pragmatic Behaviours* (Blagden y McConnell, 1985)

Proporciona un marco para observar y categorizar las habilidades de lenguaje social de niños de entre 8 y 14 años mientras interactúan con sus pares. Las categorías analizadas incluyen advertir, informar, comentar, justificar, demandar... También da información estandarizada que permite la identificación de patrones conductuales que pueden derivar en alienación social e incapacidad discursiva. Se registra o filma la interacción con pares durante unos 15 minutos y se analiza esta muestra para identificar el patrón comunicativo. Se proporcionan directrices con ejemplos que facilitan la clasificación.

3.3.3. *The Test of Pragmatic Skills* (Shulman, 1986)

Evalúa conductas comunicativas como demandas, comentarios, afirmaciones, emisiones de rechazo, referencias, negaciones y su habilidad para elegir el acto apropiado en diferentes contextos. Se elicitán los actos ilocucionarios a partir de cuatro tareas estandarizadas que implican situaciones de juego. Las respuestas se puntúan en una escala de 6 puntos en función de su inadecuabilidad/adecuabilidad siendo esta última diferenciada en base a su carácter no verbal, y máxima o ampliamente elaborada verbalmente, correspondiendo el cero la escala a la ausencia de respuesta. Se obtiene una puntuación media compuesta como resultado de dividir las puntuaciones directas obtenidas en cada escala por cuatro.

3.3.4. *The Pragmatics Screening Test (TPST)* (Prinz y Weiner, 1987)

Evalúa presuposiciones y discurso narrativo. Se utilizan situaciones de juego para elicitár las actividades y actos a evaluar. Antes de iniciar la prueba, se pide al profesor del niño que complete la escala de evaluación de habilidades pragmáticas para profesores con el fin de obtener una panorámica inicial del estatus pragmático del niño y tenerlo en cuenta para preparar al niño para la realización de las tareas.

4. CONCLUSIONES

Hemos realizado una revisión general de la evaluación pragmática y queremos señalar ahora sus principales ventajas y limitaciones.

Uno de los aspectos importantes de la introducción de la pragmática en la evaluación de los trastornos del lenguaje es que ha ampliado los criterios de identificación de éstos lo que tiene repercusiones potenciales en el área de la prevención e intervención. Otro punto que conviene resaltar es su interés por la validación ecológica. Ha ampliado también los procedimientos de evaluación.

En cuanto a sus limitaciones, una de las principales es la ausencia de un paradigma a partir del cual se pueda considerar la pragmática. No hay acuerdo ni sobre la definición ni sobre el cuadro de trabajo descriptivo. lo que plantea enormes dificultades para resolver los fenómenos a los que está asociada.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ADAMS, C. y BISHOP, D. V. M. (1989). "Conversational Characteristics of children with semantic-pragmatic disorder. I: Exchange structure, turn taking, repairs and cohesion". *British J. of Disorders of Communication*, 24, 211-213.
- AUSTIN, J. (1962). *How to do things with words*. Cambridge, MA: Harvard University Press. (Traducción castellana: *Cómo hacer cosas con palabras*. Barcelona: Paidós, 1990)
- BATES, E. (1976). *Language in context*. N. York: Academic Press.
- BATESON, G. (1979). *Mind and Nature: a necessary unity*. N. York: E. P. Dutton.
- BISHOP, D. V. M. y ADAMS, C. (1989). "Conversational Characteristics of children with semantic-pragmatic disorders. II: What features lead to a judgement of inappropriacy?". *British J. of Disorders of Communication*, 24, 241-264.
- BLAGDEN, C. M. y McCONNELL, N. L. (1985). *The Interpersonal Language Skills Assessment (ISLA): A TEST of Pragmatic Behavior*. Moline, IL: Lingui Systems.
- CONTI-RAMSDEN, G. (1989). "Developmental Language Disorders", en GRUNDY, K. (Ed): *Linguistics in Clinical Practice*. London: Taylor y Francis.
- CRAGO, M. B. y COLE, E. (1991). "Using ethnography to bring Children's Communicative and Cultural Worlds into Focus", en GALLAGHER, T. M. (Ed): *Pragmatics of Language: Clinical Practice Issues*. San Diego, CA: Singular Publishing Group.
- CRAIG, H. K. (1983). "Applications of pragmatic language models for intervention", en GALLAGHER, T. y PRUTTING, C. (Eds): *Pragmatic Assessment and Intervention issues in language*. San Diego, CA: College-Hill Press.
- CRAIG, H. K. (1990). "Peer commentary on 'Clinical Pragmatics: Expectations and realizations' by Tania Gallagher". *J. of Speech Language Pathology and Audiology*, 14(1), 8-9.
- DAMICO, J.; MAXWELL, M. y KOVARSKY, D. (Eds) (1990). Ethnographic inquiries into communication sciences and disorders. *J. of Childhood Communication disorders*, 13(1).
- DAVIS, G. A. y WILCOX, M. J. (1985). *Adult Aphasia Rehabilitation: Applied Pragmatics*. San Diego, CA: College-Hill Press

- GALLAGHER, T. y PRUTTING, C. (1983). *Pragmatic Assessment and Intervention issues in Language*. San Diego, CA: College-Hill Press.
- GERARD, K. (1986). *The Checklist of Communicative Competence*. 113 Catford Hill, London
- McTEAR, M. F. (1985). *Children's Conversation*. Oxford: Blackwel.
- McTEAR, M. F. y CONTI-RAMSDEN, G. (1989). "Assessment of Pragmatics", en GRUNDY, K. (Ed): *Linguistics in Clinical Practice*. London: Taylor y Francis.
- PORCH, B. (1972). *The Porch index of Communicative ability in children*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- PRINZ, P. y WEINER, F. (1987). *The Pragmatics Screening Test*. OH: The Psychological Corporation.
- PRUTTING, C. (1979). "Process/processin/The action of moving forward progressively from one point to another on the way to completion". *J. of speech and hearing disorders*, 44, 3, 30
- PRUTTING, C. y ELLIOTT, J. (1976): *Toward a model of language*. Annual Convention of the American Speech and Hearing Association, Houston
- PRUTTING, C. y KIRCHNER, D. (1987). "A Clinical Appraisal of the pragmatics aspects of language". *J. of Speech and Hearing Disorders*, 52, 105-119.
- SCHIELFELBUSCH, R. L. y PIKAR, J. (1986). *Language Competence: Assessment and Intervention*. London: Taylor y Francis.
- SEARLE, J. (1969). *Speech Acts: AN essay in the Philosophy of Language*. Cambridge: Cambridge University Press (Traducción castellana: *Actos de habla*. Madrid: Cátedra, 1980).
- SEARLE, J. R. (1975). "Indirect Speech Acts", en COLE, P. y MORGAN, J. L. (Eds). *Syntax and Semantics 3: Speech Acts*. N. York: Academic Press.
- SHULMAN, B. (1986). *Test of Pragmatic Skills-Revised*. Tuscon, AZ: Communication Skill Builders.
- WETHERBY, A. y PRIZANT, B. (1990). *Communication and Symbolic behavior scales-Re-search edition*. Chicago, IL.: Riverside Publishing



Ansiedad-curiosidad y procesos cognitivos en contextos bilingües*

M^a TERESA PULIDO¹ y DOMINGO E. GÓMEZ²

¹Equipo Psicopedagógico de Apoio. Xunta de Galicia.
Santiago de Compostela. España

²Universidad de Santiago de Compostela. España

1. INTRODUCCIÓN

A través de una revisión de la literatura especializada, se advierte que desde finales del siglo pasado, se ha incrementado el número de trabajos interesados por las consecuencias del hecho de convertirse en bilingüe y/o bicultural. Desde una perspectiva cronológica, habría de destacarse que hasta la década de los años 30, predominó un cierto pesimismo respecto a los efectos del bilingüismo (Macnamara, 1967; Lambert, 1978). Fue a partir de los años 60, cuando en cierto modo, se despejó el horizonte, al presentar unas perspectivas más optimistas, fundamentadas más en el rigor, que en las posibles implicaciones emocionales y políticas que, en ocasiones han prevalecido sobre la objetividad de los datos. Y es, que «...las lenguas son realidades más vastas que las entidades políticas o históricas. Las lenguas nacen y crecen en un suelo, y las alimenta una historia.» (Paz, 1990). Las desventajas atribuidas a los bilingües en comparación con los monolingües, y que fueron excesivamente acentuadas por las investigaciones realizadas con anterioridad a la década de los años 30, en realidad no rebasaban el ámbito de supuestas desventajas, ya que en la mayoría de los casos, no superaban el umbral de la presunción; dada la escasa cautela en revisar los factores esenciales, antes de proceder a la comparación de grupos bilingües y monolingües (Hamers, J.; y Blanch, M., 1989; Gómez y cols. 1990). Por otra parte, ha resultado insuficiente, y en determinados casos ha sido prácticamente inexistente el control de factores como: *clase social, posibilidades educativas, estado lingüístico real de los grupos...*

* Este capítulo forma parte de una investigación subvencionada por la DGICYT.

Frente a una cierta ambigüedad, e inconsistencia predominante en el referido ámbito de investigación habrían de destacarse las investigaciones de Dornic, (1975, 1977, 1978), puesto que contribuyeron empíricamente a fundamentar que cuando los bilingües (*sueco-inglés*), recurrían a la lengua no dominante (L₂), se apreciaba una disminución en el rendimiento en una determinada tarea (*cantidad-calidad*). Se trataba por otra parte, de una disminución significativa, en comparación con los resultados obtenidos por los mismos sujetos, al recurrir a la lengua dominante (L₁); o en relación con sujetos monolingües que recurrían a la L₁ habitualmente. Estos mismos resultados se confirmarían en posteriores investigaciones de Dornic (1978). Como primera conclusión de las investigaciones en referencia, habría que indicar que cuando un sujeto tiene que realizar tareas escolares, recurriendo a la L₂, su rendimiento tiende a ser inferior que si recurre a la L₁, generándose además ciertos factores asociados, entre ellos el del «*sobre-esfuerzo*». Estos resultados, en la medida que se pudieran confirmar en los distintos contextos, plantearían la necesidad de revisar en su caso, determinados fundamentos de los correspondientes sistemas educativos; y a su vez, podrían suscitar la necesidad de esclarecer las posibles relaciones entre las políticas lingüísticas e índices de rendimiento escolar (*éxito-fracaso*); con las consiguientes repercusiones de carácter psicoemocional (Gómez, 1988).

La incidencia de dichas repercusiones emocionales en los contextos bilingües, han sido también objeto de las investigaciones de Dornic (1978, 1980), al determinar los efectos estresantes de la utilización de la L₂. En sus conclusiones, se destaca que los sujetos que recurren a la L₂ en ejecución de determinadas tareas, se muestran más ansiosos que los que recurren a la L₁; por lo que se sugiere avanzar ciertas hipótesis, sobre los «*posibles efectos de la ansiedad y procesos cognitivos en contextos bilingües*». Esta ha sido precisamente, la línea de investigación, que ha suscitado el interés de la presente investigación.

2. PLANTEAMIENTO EMPIRICO

2.1. Objetivos

Entre los objetivos propuestos en la presente investigación habrían de resaltarse los siguientes:

- Determinar la posible incidencia de las variables *sexo, edad y nacionalidad* en la modulación de los niveles de ansiedad y curiosidad,

- Precisar la incidencia de la ansiedad y curiosidad en los procesos cognitivos (*psicolingüísticos*).

Especificar el tipo de incidencia de la ansiedad y curiosidad en procesos cognitivos (*operaciones intelectuales de carácter no verbal*).

- Esclarecer la posible incidencia del «uso lingüístico» en la modulación de los niveles de ansiedad y curiosidad, y su posible afectación al comportamiento de sujetos «monolingües» (*castellano-parlantes*), «bilingües» (*castellano-gallego parlantes*), y «semilingües» (*castellano-sueco parlantes*).

- Clarificar en qué medida el «uso lingüístico» contribuye aisladamente, a modular las puntuaciones obtenidas por monolingües, bilingües y semilingües, precisamente en tareas en cuya ejecución se encuentran implicados procesos psicolingüísticos (*percepción, organización y expresión*).

- Precisar en qué medida, las variables seleccionadas resultan útiles en su conjunto, para diferenciar y/o discriminar entre distintos grupos (*monolingües, bilingües y semilingües*). Se pretende así mismo, determinar el peso específico de cada una de las referidas variables, y la configuración jerárquica de las mismas.

2.2. Método

2.2.1. La Muestra

Conforman nuestra muestra un total de 367 alumnos escolarizados en los niveles de Educación Primaria; procedentes de Centros Escolares de Suecia, Chile, Argentina y España (Galicia). De la muestra inicial se excluyeron 75 sujetos, por presentar datos incompletos, quedando reducida la muestra definitiva a 292 sujetos.

Tabla 1. Procedencia y configuración de la muestra

CENTRO ESCOLAR	COLEGIO RURAL		COLEGIO URBANO		COLEGIO PRIVADO		PARCIAL		TOTAL
Sexo	M	F	M	F	M	F			
USO LINGÜÍSTICO	B-M	B-M	B-M	B-M	B-M	B-M	B-M	B-M	
España	48-8	42-14	1-32	29	2	2	93	85	178
Suecia			25	15			40		40
Argentina					17	17		31	31
Chile					43		43	43	
							133	159	292

B-M= Bilingüe-Monolingüe

En función de la diversidad de situaciones generadas por el uso lingüístico, en el cuadro 1 se presenta una distribución de la muestra, en la que se espe-

ifican las características de los referidos grupos lingüísticos que han sido considerados en la investigación

Cuadro 1. Distribución de la muestra por grupos

INTERFERENCIAS	GRUPO	PROCEDENCIA	USO LINGÜÍSTICO	PRUEBAS APLICADAS
CON INTERFERENCIAS LINGÜÍSTICAS	1. Monolingüe	Galicia	Castellano	IDAREN, ICI, STROOP-DORMIC
	2. Bilingüe	Galicia	Gallego-Castellano	ITPA
	3. Monolingüe	Galicia	Castellano	IDATEN, ICI, STROOP-DORMIC
	4. Bilingüe	Galicia	Gallego-Castellano	RAVEN
SIN INTERFERENCIAS LINGÜÍSTICAS	5. Monolingüe	Chile-Argentina	Castellano	IDAREN
	6. Semilingüe	Suecia	Castellano-Sueco	IDAREN, ICI, STROOP-DORMIC ITPA

En la mayoría de las investigaciones sobre bilingüismo, el aislamiento es especialmente necesario, y el control particularmente difícil. En el análisis de los contextos bilingües, suelen ejercer una destacada influencia, entre otros los siguientes determinantes: *la convivencia de dos comunidades lingüísticas, inmigración, matrimonios entre miembros de grupos lingüísticos diferentes, sistema educativo...*, quizá tan sólo en este último caso sería posible asignar al azar, los sujetos a los grupos experimental y control. En otros supuestos, la única alternativa viable, lo constituye el aislamiento de las distintas explicaciones posibles, hipótesis testigo, y el rechazo de cada una de ellas; suscitándose un problema de aislamiento y control de variables extrañas.

2.2.2. Variables

De acuerdo con los objetivos propuestos, los problemas a resolver, y las diversas hipótesis formuladas, mediante la presente investigación, se ha considerado de interés integrar en un conjunto dinámico una diversidad de variables sociodemográficas (*sexo, edad, nacionalidad*), emocional (*ansiedad estado-rasgo, curiosidad estado-rasgo*) y de carácter cognitivo 1) psicolingüísticas (*comprensión auditiva y visual; asociación auditiva y visual; fluidez léxica; expresión motora; integración auditiva y visual; y, memoria secuencial auditiva y visomotora*). 2) Operaciones intelectuales no verbales (*regulación perceptiva, imaginación, intuición, clasificación... hasta el pensamiento formal: operaciones lógicas, reversibilidad*), 3) Procesos automáticos.

2.2.3. Hipótesis

De acuerdo con los objetivos propuestos, y la revisión de la literatura especializada, se han formulado las siguientes hipótesis.

H₁. Se atribuye a las variables sexo, edad y nacionalidad la función moduladora de los niveles de ansiedad-curiosidad.

H₂. Se espera que existan diferencias significativas en función de distintos niveles de ansiedad-curiosidad, con respecto a procesos cognitivos psicolingüísticos.

H₃. Se postula la existencia de diferencias significativas en función de distintos niveles de ansiedad-curiosidad, con respecto a procesos cognitivos (*operaciones intelectuales no verbales*).

H₄. Se espera atribuir al «uso lingüístico», el papel modulador de los niveles de ansiedad-curiosidad.

H₅. Se postula la existencia de diferencias significativas en función del «uso lingüístico», con respecto a procesos cognitivos psicolingüísticos.

H₆. Se espera encontrar diferencias significativas en función del «uso lingüístico», con respecto a procesos cognitivos (*operaciones intelectuales no verbales*).

H₇. Se postula que las variables de carácter psicoemocional (*ansiedad y curiosidad*), y las variables de carácter cognitivo (*comprensión, asociación, fluidez léxica, integración, expresión, memoria; niveles: semántico, y automático; flexibilidad cognitiva; operaciones intelectuales no verbales*), sean útiles para diferenciar y/o para discriminar entre los grupos de sujetos monolingües, bilingües y semilingües.

2.3. Instrumentos de evaluación

La evaluación directa de la competencia lingüística en una lengua plantea ciertas dificultades, puesto que como ya se ha indicado, una operacionalización con garantías de validez exige disponer de instrumentos estandarizados (Sineiro y cols., 1995). La escasez de instrumentos adecuados de evaluación en contextos bilingües, y la inexistencia de instrumentos estandarizados en gallego, constituye una dificultad considerable. A ello se añade la dificultad de lograr una similar operacionalización del nivel de habilidad en castellano, gallego y sueco. No obstante, ante las dificultades de las medidas directas, los investigadores han optado por el diseño de procedimientos de medidas indirectas (*inventarios, escalas de autoevaluación*), recurriendo preferiblemente a aquellos instrumentos que requieran el mínimo de instrucciones verbales.

En la presente investigación para la evaluación de la ansiedad y curiosidad se ha recurrido a la versión bilingüe del «*Inventario de Ansiedad Rasgo-Es-*

tado para Niños»: IDAREN (Spielberger, Bauermeister, Villamil, Díaz Guerrero 1976); el «*Inventario de Curiosidad Rasgo-Estado para Niños*»: ICI (Spielberger, 1976); mientras que para la evaluación de los procesos cognitivos se ha optado por el «*Test de Habilidades Psicolingüísticas de Illinois*»: ITPA (Kirk y Kirk, 1971); «*Escala de las Matrices Progresivas de Raven*»: MPRC (Raven 1938); y, por una adaptación especial de Dornic (1987) del «*Test Stroop de Colores*»: (TSCD) (Stroop, 1935).

3. ESTUDIOS

Dada la complejidad de los objetivos propuestos en la presente investigación, se han realizado dos estudios secuenciales, que a continuación se especifican

3.1. Estudio I: La Ansiedad, exploración de su naturaleza y determinantes

Mediante este primer estudio de carácter preliminar, se ha pretendido conseguir los siguientes objetivos: 1) *Determinar en qué medida las variables sociodemográficas: sexo, edad y nacionalidad contribuyen a modular los niveles de ansiedad y curiosidad*; 2) *Precisar la incidencia de la ansiedad y curiosidad en los procesos cognitivos (psicolingüísticos)*; 3) *Especificar el tipo de incidencia de la ansiedad y curiosidad en procesos cognitivos (operaciones intelectuales de carácter no verbal)*.

3.1.1. El constructo ansiedad como variable explicativa del comportamiento diferencial

Para la consecución del primer objetivo se ha recurrido al Análisis de Varianza, a fin de determinar la incidencia de las variables sexo, edad y nacionalidad en la modulación de los niveles de ansiedad y de curiosidad, cuyo resultado a continuación se presentan.

3.1.1.1. Estadísticos de distribución y Análisis de Varianza en función del sexo

Mediante los análisis efectuados se ha pretendido determinar si el sexo como variable sujeto, contribuye a modular los niveles de ansiedad y curiosidad (*en su doble acepción rasgo-estado*). A continuación se ilustran las tablas que presentan las puntuaciones medias y desviaciones típicas, «F» y «p», referidas a las distintas variables objeto de análisis en los diferentes grupos. Se contrastan las puntuaciones obtenidas en la variable sexo; advirtiéndose diferen-

cias significativas ($p < .001$) en ansiedad rasgo (R-Ansiedad), y diferencias significativas ($p < .001$) en ansiedad estado (E-Ansiedad).

Tabla 2. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza de la ansiedad y curiosidad en función de la variable sexo

Variables	Varones N=181		Mujeres N=111		F	P
	x	D.S.	x	D.S.		
Rasgo - Ansiedad	36.414	7.430	40.072	7.313	16.873	.0001
Estado - Ansiedad	31.784	6.906	34.540	7.156	10.659	.0012
Rasgo - Curiosidad	33.479	4.870	32.474	4.332	2.527	.1130
Estado - Curiosidad	33.057	5.769	32.927	4.121	.034	.8510

Dichas diferencias ponen de relieve una más acentuada vulnerabilidad del sexo femenino, en relación con el sexo opuesto, por cuanto a su predisposición relativamente permanente a emitir respuestas ante situaciones de tensión. Las referidas diferencias afectan tanto a ansiedad rasgo, como a ansiedad estado. Por lo que respecta a la curiosidad, y a pesar de que las diferencias entre los grupos no alcanzan la significación estadística, parece oportuno resaltar que el patrón tiende a invertirse, al menos moderadamente. Se advierte que los varones presentan tanto una disposición personal (*rasgo*), como una determinación situacional de las acciones (*estado*), más curiosa, (*implica hiperactividad, integración social...*) que las mujeres. Los referidos hallazgos parecen contribuir a avanzar la idea de que la ansiedad y curiosidad son variables que cualifican de un modo diferencial (*bien a nivel predisposicional, o bien situacional*), la personalidad de los varones frente a las mujeres. Esta constatación pone de relieve la necesidad de tener en cuenta el sexo, al analizar este tipo de variables. Diferencias, que por otra parte, tenderán a incrementarse, e incluso a consolidarse en directa proporción con la edad, según se comentará a continuación.

3.1.2. Estadísticos de distribución y Análisis de Varianza en función de la edad

Se ha pretendido determinar en qué medida la variable «edad», contribuye a modular los niveles de ansiedad y curiosidad (en su doble acepción de estado-rasgo).

Tabla 3. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza de la ansiedad-curiosidad en función de la variable edad

Variables	6 Años N=32		7 Años N=82		8 Años N=174		F	P
	x	D. S.	x	D. S.	x	D. S.		
Rasgo - Ansiedad	42.406	6.627	38.817	7.308	36.511	7.514	9.761	.001
Estado - Ansiedad	38.146	5.913	34.166	7.190	31.219	6.663	17.720	.000
Rasgo - Curiosidad	33.562	4.717	34.142	4.976	32.215	4.305	4.098	.017
Estado - Curiosidad	32.865	4.695	33.142	6.125	32.948	4.522	.042	.958

Los resultados obtenidos permiten destacar que las variables incluidas en el análisis, excepto *curiosidad-estado*, tienden a establecer diferencias significativas entre los tres grupos de edad. Desde una apreciación más precisa, habría de destacarse que la variable ansiedad muestra una relación inversa con la edad. Los resultados obtenidos, permiten resaltar que a medida que avanza la edad disminuyen las puntuaciones en ansiedad-rasgo y ansiedad-estado. En definitiva, cabría afirmar, que son los más jóvenes (6 años), los que puntúan más alto en esta variable demográfica. El patrón evidenciado para la ansiedad, no parece mantenerse para la curiosidad, siendo los sujetos pertenecientes al grupo de 7 años, los que obtienen las más elevadas puntuaciones. Diferencias que se establecen particularmente significativas, al compararlas con las obtenidas por el grupo de 8 años de edad, que muestran un cierto desinterés por los acontecimientos y hechos de su ambiente. En cualquier caso, nuestros resultados confirman el interés de tener en cuenta la edad en relación a la ansiedad y a la curiosidad, y lo que es más importante la necesidad de tener en cuenta la dimensión evolutiva, al investigar con variables demográficas.

3.1.3. Estadísticos de distribución y Análisis de Varianza en función de la nacionalidad

El objetivo es precisar en qué medida la variable “nacionalidad” contribuye a modular los niveles de ansiedad (*en su doble acepción de estado-rasgo*). En la tabla 4, se muestran los resultados del Análisis de Varianza, para la ansiedad, en función de la *nacionalidad* de los sujetos. Los resultados obtenidos, contribuyen a poner de relieve que la ansiedad (*en su doble acepción de estado-rasgo*), establece diferencias significativas entre las distintas nacionalidades consideradas (*suecos, españoles, argentinos y chilenos*).

Tabla 4. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza de la ansiedad en función de la variable nacionalidad

Variables	Españoles (Gallegos) N=178		Suecos N=40		Argentinos N=31		Chilenos N=42		F	P
	x	D. S.	x	D. S.	x	D. S.	x	D. S.		
Rasgo Ansiedad	29.31	5.02	32.36	4.12	27.96	5.46	27.76	6.70	6.54	.000
Estado Ansiedad	33.88	5.65	35.04	8.50	38.00	6.33	33.80	5.78	4.14	.006

Mientras los suecos son los que muestran puntuaciones más elevadas en el rasgo de ansiedad, los argentinos se muestran más susceptibles a la reactividad situacional de esta variable. Este hallazgo parece de interés, si se tiene en cuenta que, tal como se desprende de nuestros objetivos, la *nacionalidad* actúa como un factor modulador, cuando se analiza la ansiedad. No obstante, en un

segundo nivel de análisis, se confirma de nuevo, la adecuación del contraste en ansiedad entre distintas nacionalidades. De hecho, se constata que: 1) *los suecos son los que informan de una menor variabilidad entre las puntuaciones de rasgo y estado*, presentando las más altas puntuaciones en rasgo de ansiedad; 2) *los argentinos son los que presentan las mayores puntuaciones en el estado de ansiedad*; y, 3) *los españoles, al igual que los chilenos, obtienen moderadas puntuaciones* (cuando se los compara con el resto de nacionalidades), *en los dos componentes de la ansiedad*. Por último, reseñar que los hallazgos derivados de este análisis confirman de nuevo, la necesidad de estudiar las variables demográficas desde perspectivas transculturales, ya que el contexto sociocultural puede ser entre otros, un importante factor a tener en cuenta.

Tabla 5. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza de la curiosidad en función de la variable nacionalidad

Variables	Españoles (Gallegos) N=178		Suecos N=40		F	P
	$\bar{x}$	D.S.	$\bar{x}$	D.S.		
Rasgo - Curiosidad	32.75	4.40	33.53	6.14	.88	.34
Estado - Curiosidad	33.49	3.91	31.53	7.99	5.26	.02

En la tabla 5, se advierte que la curiosidad estado, afecta fundamentalmente a los sujetos de nacionalidad española; advirtiéndose diferencias significativas entre este grupo, y el grupo de nacionalidad sueca, sin que se adviertan diferencias significativas en curiosidad rasgo. Los resultados obtenidos en los análisis previos contribuyen a poner de relieve la preponderancia de las variables sexo, edad y nacionalidad, al pretender analizar la *«ansiedad, su naturaleza y determinantes»*. Si bien cada una de las referidas variables contribuye a modular los niveles de ansiedad-curiosidad, plantean sus propias peculiaridades. Al contrastar las puntuaciones obtenidas en los respectivos grupos atendiendo a la variable sexo, se advierte que las niñas presentan las más elevadas puntuaciones en la ansiedad, *(en su doble conceptualización de estado-rasgo)*. La tendencia se invierte al contrastar las puntuaciones obtenidas en curiosidad *(si bien se trata de diferencias estadísticamente no significativas)*; siendo los varones los que aventajan al sexo opuesto, tanto en predisposición personal *(rasgo)*, como una determinación situacional de las acciones *(estado)*. Los referidos hallazgos obtenidos, permiten contribuir a avanzar la idea de que la ansiedad y curiosidad son variables que cualifican de un modo diferencial *(bien a nivel disposicional, o bien situacional)*, la personalidad en consonancia con la dualidad de los sexos.

Se destaca la preponderancia de la edad, en cuanto variable moduladora de los niveles de ansiedad. Los resultados obtenidos en los análisis previos, per-

miten destacar *un punto de corte evolutivo* entre los 6 años y los sucesivos (7 y 8 años). Hay que tener en cuenta que la edad de los 6 años ha representado durante largo tiempo, el umbral de la educación formalizada, en otro tiempo la E.G.B., y en la actualidad la Educación Primaria. Al inicio de la referida etapa, los alumnos solían cambiar de centro escolar, de profesor, de sistema (*preescolar o familiar*), para adaptarse a las exigencias del nuevo currículum de contenidos y deberes; generándose en el alumno un “*sobre-esfuerzo*” de adaptación a los nuevos acontecimientos, al que parece habría de atribuirse el incremento de los niveles de ansiedad observados. Otro apunte de interés, en consonancia con los hallazgos obtenidos, se centra en el destacado influjo ejercido sobre la ansiedad (*en su doble acepción estado-rasgo*), la concomitancia del contexto cultural (*estilos de vida, sistema educativo, sentimientos personales...*), cuya expresión más señera es la nacionalidad de origen. Al contrastar las respuestas emitidas por los diferentes grupos de sujetos procedentes de Argentina, Chile, España (Galicia) y Suecia, se advierten diferencias estadísticamente significativas. Los argentinos son los que presentan las mayores diferencias entre el rasgo y el estado de ansiedad, siendo el grupo de sujetos suecos el que informa de una menor variabilidad entre las puntuaciones de rasgo y estado. El grupo de sujetos españoles (de Galicia), de forma similar a los chilenos, obtienen moderadas puntuaciones en la ansiedad (*en su doble acepción estado-rasgo*), al compararlos con el resto de nacionalidades. En un afán de integrar los diversos hallazgos obtenidos a través de los análisis efectuados, se destaca la incidencia de las variables sexo, edad y nacionalidad, sobre la variable ansiedad, y en menor medida con la variable curiosidad.

3.2. Ansiedad y procesos cognitivos

Para la consecución del segundo objetivo se ha recurrido a un doble procedimiento estadístico: Análisis de Correlación y Análisis de Varianza. Mediante el Análisis de Correlación se ha pretendido establecer el nivel de significación, y la dirección de las relaciones existentes entre ansiedad-curiosidad (*en su doble acepción de estado-rasgo*), y procesos cognitivos (*psicolingüísticos y operaciones intelectuales no verbales*).

3.2.1. Asociación estadística entre ansiedad-curiosidad y procesos psicolingüísticos

Se ha partido de 61.376 respuestas emitidas por 112 sujetos al IDAREN, ICI, ITPA y STC-D, cuyos índices de correlación pueden apreciarse en la tabla 6.

Tabla 6. Matriz de intercorrelaciones entre ansiedad-curiosidad y resultados obtenidos en habilidades psicolingüísticas

	Auditiva	Visual	Auditiva	Visual	Léxica	Motora	Auditiva	Visual	Sec. Aud.	Sec. Vis.	Cognit.
Rasgo Ansiedad	-.28 ••	-.18 •	-.16 •	-.05	-.23 ••	-.19 •	-.17 •	-.08	-.16 •	-.27 ••	.00
Estado Ansiedad	-.21 •	-.35 •••	-.10	-.31 •••	-.22 •	-.34 •••	-.19 •	-.06	-.13	-.19 •	-.17 •
Rasgo Curiosidad	-.11	-.11	-.10	-.10	.09	-.13	.05	.00	-.06	.00	-.11
Estado Curiosidad	.17 •	.26 ••	.21 •	.27 ••	.02	.25 ••	-.15	.36	.16	.37 •••	.06

••• = $p < .000$; •• = $p < .01$; • = $p < .05$

Los resultados obtenidos, permiten resaltar en primer lugar, la destacada tendencia de las correlaciones con signo negativo, aunque moderadamente bajas entre ansiedad rasgo y habilidades psicolingüísticas; resultando particularmente significativas las correlaciones negativas con «Comprensión auditiva» (-.28), «Memoria secuencial auditiva» (-.27), y «Fluidez léxica» (-.23). En segundo lugar, cabría destacar que entre las correlaciones más significativas referidas a la ansiedad estado, se encuentran «Comprensión visual» (-.35), «Asociación visual» (-.31), «Expresión motora» (-.34), y «Fluidez léxica» (-.22). En tercer lugar destacar que pese a no encontrarse correlaciones destacables entre curiosidad rasgo y habilidades psicolingüísticas, son de resaltar las significativas correlaciones de signo positivo entre curiosidad estado y «Comprensión visual» (.26), y «Comprensión auditiva» (.17), «Asociación visual» (.27), y «Asociación auditiva» (.21), «Expresión motora» (.25), «Integración visual» (.36); y «Memoria secuencial auditiva» (.37).

3.2.2. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza en función de la variable ansiedad relacionada con procesos psicolingüísticos

Mediante el Análisis de Varianza, se ha pretendido determinar en qué medida la variable ansiedad (*en su doble acepción de estado-rasgo*), contribuye aisladamente a establecer diferencias significativas en los procesos cognitivos, para los que se requieren habilidades psicolingüísticas. Se ha tenido en cuenta que el criterio para discernir los grupos de sujetos ansiosos y no ansiosos, habría de fundamentarse en criterios de rigor, ya que de lo contrario, podría incurrirse en conclusiones infundadas. En consonancia con esto, y a fin de obtener la máxima garantía en los resultados; en la presente investigación se ha optado por considerar sujetos ansiosos aquellos cuyas puntuaciones se situaban sobre el centil 75; mientras que se han considerado sujetos no ansiosos, a

aquellos cuyas puntuaciones se sitúan por debajo del centil 25. De acuerdo con el referido criterio se han establecido dos grupos, integrado uno de los mismos por 39 sujetos no ansiosos; y el otro por 24 sujetos extremadamente ansiosos, cuyo perfil psicolingüístico se contrasta en la tabla 7.

Tabla 7. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza en función del rasgo de ansiedad y resultados obtenidos en habilidades psicolingüísticas

Variables	No ansiosos N=39		Ansiosos N=24		F	P
	x	D.S.	x	D.S.		
Comprensión Auditiva.	16. 897	3. 408	15. 625	2. 280	2. 614	. 1110
Comprensión Visual.	30. 871	4. 652	24. 958	6. 918	16. 477	. 0001
Asociación Auditiva.	16. 435	2. 891	15. 291	3. 445	2. 009	. 1610
Asociación Visual.	20. 051	2. 383	16. 833	4. 280	14. 727	. 0003
Fluidez Léxica.	51. 256	14. 300	39. 125	11. 851	12. 123	. 0009
Expresión Motora.	18. 128	2. 830	15. 958	4. 175	6. 049	. 0168
Integración Auditiva.	14. 282	4. 273	12. 625	3. 727	2. 455	. 1220
Integración Visual.	39. 425	6. 068	37. 500	6. 028	1. 519	. 2220
Memoria Secuencial Auditi.	13. 102	4. 070	11. 000	3. 375	4. 493	. 0380
Memoria Secuencial Visom.	15. 846	3. 305	14. 291	3. 209	3. 358	. 0710
Semántico Auditivo.	33. 333	4. 748	30. 916	5. 102	3. 698	. 0590
N. Semántico Global.	153. 641	21. 791	127. 791	21. 883	20. 839	. 0000
Automático Visomotor.	55. 282	8. 281	51. 791	6. 613	3. 056	. 0850
N. Automático Global.	86. 666	12. 848	75. 416	8. 732	5. 934	. 0170
Automático Auditivo.	27. 384	6. 376	23. 625	6. 268	5. 231	. 0250
Semántico Visomotor.	120. 307	18. 652	96. 875	19. 587	22. 573	. 0000
Memoria Global.	28. 948	6. 065	25. 291	4. 894	6. 219	. 0150
Flexibilidad Cognitiva.	64. 783	12. 525	58. 208	12. 489	4. 020	. 0490

Los resultados permiten resaltar que la ansiedad rasgo, muestra un poder diferenciador importante entre los procesos psicolingüísticos característicos de los sujetos afectados por niveles diferenciados de ansiedad. Concretamente, cuando se compara a los respectivos grupos con un nivel claramente diferenciado en el rasgo de ansiedad, son los sujetos menos ansiosos los que obtienen mayores puntuaciones en el conjunto de las variables analizadas. Se advierte que las diferencias más significativas afectan muy particularmente al «*Nivel semántico*» ($p<.001$); y concretamente a «*Comprensión visual*» ($p<.001$) que evalúa

la capacidad del sujeto para identificar un objeto común, a partir de una representación visual incompleta. Dichas diferencias significativas ($p < .001$) se advierten también en «*Asociación visual*» que evalúa la capacidad del sujeto para relacionar conceptos representados visualmente. Diferencias que también afectan a «*Fluidez léxica*» ($p < .001$), que evalúa la capacidad del sujeto para expresar conceptos oralmente. Con respecto al «*Nivel automático*», ($p < .01$), las diferencias más destacadas afectan a la «*Memoria secuencial auditiva*» ($p < .03$), que evalúa la capacidad del sujeto para repetir de memoria, secuencias de figuras no significativas, que van aumentando progresivamente de dos a ocho por secuencia. Se destacan también las diferencias estadísticamente significativas en «*Flexibilidad cognitiva*», ($p < .04$) a favor del grupo de sujetos menos afectados por la ansiedad. De los referidos hallazgos, se desprende que los altos niveles en el rasgo de ansiedad, perturban el rendimiento en los procesos psicolingüísticos (*perceptivo, organizativo y expresivo*) implicados en la adquisición y producción del lenguaje. Hallazgo, que aunque esperado, contribuye a profundizar en uno de los aspectos más controvertidos en la literatura especializada: la relación entre ansiedad y rendimiento (Eysenck, 1985; Egido, Borm, y Sineiro, 1994; Pulido, 1994).

En la tabla 8, se presentan los estadísticos de distribución y análisis de varianza, en función del estado de ansiedad y procesos psicolingüísticos. En relación al perfil psicolingüístico, las diferencias más significativas entre sujetos ansiosos y no ansiosos en estado de ansiedad, se centran en el «*Nivel semántico auditivo*», y muy concretamente en «*Comprensión auditiva*» ($p < .002$) que evalúa la capacidad del sujeto para comprender el material presentado verbalmente. Aunque, más moderadas, se advierten también diferencias significativas en «*Fluidez léxica*» ($p < .05$), que evalúa la capacidad del sujeto para expresar conceptos oralmente. En el nivel automático, no se aprecian diferencias estadísticamente significativas, si bien se advierten moderadas diferencias a favor de los sujetos no ansiosos, afectando a la «*Memoria secuencial visomotora*» ($p < .05$), que evalúa la capacidad del sujeto para reproducir de memoria, secuencias de figuras no significativas, que van aumentando progresivamente de dos a ocho cada una.

Tabla 8. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza en función del estado de ansiedad y procesos psicolingüísticos

Variables	No Ansiosos N=22		Ansiosos N=27		F	P
	x	D.S.	x	D.S.		
Comprensión Auditiva.	17.590	3.202	15.074	2.302	10.219	.0025
Comprensión Visual.	28.409	6.723	25.555	8.303	1.692	.1990
Asociación Auditiva.	17.272	2.529	15.925	4.313	1.671	.2020
Asociación Visual.	18.227	4.162	19.111	4.281	.529	.4700
Fluidez Léxica.	52.454	16.537	44.444	11.852	3.890	.0540
Expresión Motora.	17.090	3.914	15.851	5.089	.878	.3530
Integración Auditiva.	15.681	4.324	13.407	4.551	3.164	.0810
Integración Visual.	38.136	10.421	37.777	9.337	.016	.8990
Memoria Secuencial Auditiva.	12.772	4.524	11.814	3.351	.724	.3990
Memoria Secuencial Visomot.	16.090	3.393	13.925	4.113	3.917	.0530
Semántico Auditivo.	34.863	5.064	31.000	5.349	6.631	.0130
N. Semántico Global.	151.045	28.603	135.963	24.182	4.002	.0510
Automático Visomotor.	54.227	12.043	51.703	12.642	.503	.4810
N. Automático Global.	82.681	16.822	76.925	13.341	1.785	.1870
Automático Auditivo.	28.454	7.320	25.222	6.494	2.678	.1080
Semántico Visomotor.	116.181	25.730	104.963	20.108	2.937	.0930
Memoria Global.	28.863	6.548	25.740	6.061	2.994	.0900
Flexibilidad Cognitiva.	61.444	9.574	61.307	10.410	.002	.9640

Del análisis y coordinación de los resultados, parece ratificarse el patrón de hallazgos obtenidos, al considerar la ansiedad como rasgo; advirtiéndose una relación inversa entre la ansiedad y procesos psicolingüísticos. En concreto, son los sujetos con puntuaciones más altas en el rasgo de ansiedad, los que presentan valores más bajos en habilidades psicolingüísticas y, en consecuencia, inferior rendimiento. En cuanto a la significación estadística, cabría señalar que las habilidades en las que alcanzan las más destacadas diferencias son «Comprensión auditiva» ($p < .002$), y «Semántico visomotor» ($p < .01$), si bien es cierto, que las variables «Fluidez léxica», y «Semántico visomotor», se sitúan en el límite estadísticamente aceptado. En definitiva, de nuevo tiende a confirmarse que la ansiedad conceptualizada como rasgo o estado, es una variable que incide en «Ejecución motora», y en las «Habilidades psicolingüísticas» de los sujetos. Hallazgo que, aunque se produce en el sentido esperado, parece acentuar la necesidad de considerar esta variable personal como «potencialmente moduladora», en el aprendizaje del alumno. Como tercer procedimiento, y a fin de establecer el correspondiente contraste de perfiles entre sujetos curiosos y no curiosos, de nuevo han sido seleccionados los sujetos cuyas puntuaciones se encontraban por encima del percentil 75, y por debajo del percentil 25, respectivamente.

En la tabla 9 se puede observar un perfil caracterizado por altas puntuaciones en los sujetos con una predisposición personal, tendente a la curiosidad, reflejando que son los sujetos predominantemente curiosos los que presentan puntuaciones más destacadas en las dimensiones «*Memorísticas*», «*Motoras*», «*Visuales*» y «*Semánticas*». Atendiendo a los niveles de significación estadística, las variables quedarían jerarquizadas del siguiente modo «*Memoria global*» y «*Memoria secuencial visomotora*» ($p < .002$); «*Nivel automático global*» ($p < .007$); «*Nivel automático visomotor*» ($p < .009$); «*Comprensión visual*» ($p < .02$); «*Expresión motora*» ($p < .03$); «*Integración visual*» ($p < .04$) «*Memoria secuencial auditiva*» ($p < .06$).

Tabla 9. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza en función del rasgo de curiosidad y resultados obtenidos en habilidades psicolingüísticas

Variables	No Ansiosos N=19		Ansiosos N=30		F	P
	$\bar{x}$	D.S.	$\bar{x}$	D.S.		
Comprensión Auditiva.	15.210	2.678	16.500	3.319	2.026	.161
Comprensión Visual.	22.736	8.451	27.733	6.632	5.328	.025
Asociación Auditiva.	15.789	4.848	17.000	3.162	1.123	.294
Asociación Visual.	17.473	5.274	19.233	3.025	2.209	.143
Fluidez Léxica.	48.421	14.311	47.166	16.621	.073	.787
Expresión Motora.	13.157	5.398	16.133	4.125	4.754	.034
Integración Auditiva.	13.263	4.107	13.200	4.971	.002	.963
Integración Visual.	32.368	13.166	39.233	10.125	4.228	.045
Memoria Secuencial Auditiva.	10.368	4.633	12.700	3.816	3.675	.061
Memoria Secuencial Visom.	13.052	3.894	16.300	3.142	10.309	.002
Semántico Auditivo.	31.000	6.497	33.500	5.463	2.102	.153
N. Semántico Global.	132.789	28.553	143.766	25.850	1.934	.170
Automático Visomotor.	45.421	15.432	55.533	10.896	7.232	.009
N. Automático Global.	69.052	15.661	81.433	14.915	7.712	.007
Semántico Visomotor.	101.789	24.573	110.266	22.389	1.546	.219
Memoria Global.	23.421	7.182	29.000	5.146	10.029	.002
Flexibilidad Cognitiva.	58.722	10.010	59.620	13.557	.058	.809

En función de nuestros hallazgos, cabe afirmar que el rasgo de curiosidad constituye un factor clave en las habilidades psicolingüísticas, por lo que previsiblemente se vincule al éxito, o logro académico. Así, y aunque es previsible que existan otras variables que influyan en esta dimensión personal (*edad, sexo,...*) lo cierto es que un alto nivel de curiosidad parece ser un «*predisponente*» del éxito escolar.

Tabla 10. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza en función del estado de curiosidad y resultados obtenidos en habilidades psicolingüísticas

Variables	No Ansiosos N=19		Ansiosos N=30		F	P
	x	D.S.	x	D.S.		
Comprensión Auditiva.	16. 875	2. 963	16. 000	3. 924	. 436	. 514
Comprensión Visual.	28. 062	5. 052	22. 272	10. 574	3. 639	. 068
Asociación Auditiva.	16. 562	3. 326	14. 272	6. 149	1. 570	. 221
Asociación Visual.	19. 375	3. 344	16. 000	6. 164	3. 888	. 077
Fluidez Léxica.	46. 522	13. 276	49. 636	17. 990	. 261	. 613
Expresión Motora.	16. 125	4. 064	13. 818	6. 615	1. 265	. 271
Integración Auditiva.	13. 625	3. 930	13. 363	4. 801	. 024	. 877
Integración Visual.	36. 000	11. 983	32. 727	12. 845	. 458	. 504
Memoria Secuencial Auditiva.	11. 875	5. 702	10. 272	13. 227	. 706	. 408
Memoria Secuencial Visomot.	14. 125	2. 552	13. 000	6. 016	. 448	. 509
Semántico Auditivo.	33. 437	4. 560	30. 272	8. 367	1. 612	. 215
N. Semántico Global.	143. 562	19. 889	132. 000	41. 109	. 954	. 338
Automático Visomotor.	50. 125	12. 553	45. 727	17. 521	. 580	. 453
N. Automático Global.	75. 625	15. 861	69. 363	17. 200	. 949	. 339
Automático Auditivo.	25. 500	7. 580	23. 636	5. 482	. 486	. 491
Semántico Visomotor.	110.125	17. 173	101. 727	34. 319	. 709	. 407
Memoria Global.	26. 000	7. 136	23. 272	7. 537	. 909	. 349
Flexibilidad Cognitiva.	63. 375	11. 182	57. 200	7. 495	2. 364	. 137

Con respecto al contraste entre los perfiles psicolingüísticos de sujetos curiosos y no curiosos, en función del estado de curiosidad, se advierten escasas diferencias, afectando fundamentalmente a las habilidades visuales, tanto a nivel de «*Comprensión*», como de «*Asociación*».

3.2.3. Asociación estadística entre ansiedad-curiosidad y procesos cognitivos (operaciones intelectuales no verbales)

Se ha partido de 17.888 respuestas emitidas por 86 sujetos al IDAREN, ICI, MPRC y TSC-D, cuya matriz de intercorrelaciones se ilustra mediante la tabla 11.

Tabla 11. Matriz de intercorrelaciones entre ansiedad-curiosidad y resultados obtenidos en operaciones intelectuales (*no verbales*)

	P.G. Raven	Percepción	Imaginación	Intuición	Clasificación	Operaciones Lógicas	Reversibilidad
Rasgo Ansiedad	.03	-.14	.01	-.08	.00	.05	.13
Estado Ansiedad	.09	.04	.14	.00	.12	.02	.09
Rasgo Curiosidad	-.16	.03	-.05	.00	-.08	-.19	-.12
Estado Curiosidad	.00	.13	.02	.09	-.04	-.02	-.01

••• = $p < .000$; •• = $p < .01$; • = $p < .05$

A partir de la tabla 11, se observa una escasa correlación entre ansiedad-curiosidad con las operaciones intelectuales (*no verbales*). Habría que destacar en primer lugar, las bajas correlaciones entre ansiedad rasgo con clasificación (.00); «Imaginación» (.01); «Inteligencia general» (Raven) (.03); «Operaciones lógicas» (.05), y la más destacada con «Reversibilidad» (.13). Se destaca así mismo, el signo negativo de las intercorrelaciones con «Percepción» (-.14), e «Intuición» (-.08). Las bajas correlaciones se confirman también entre ansiedad estado y las referidas operaciones intelectuales, si bien tienden a incrementarse moderadamente, sin que en ningún caso sean estadísticamente significativas: «Clasificación» (.12); «Imaginación» (.14); «Inteligencia general» (Raven) (.09); «Reversibilidad» (.09). Se destaca así mismo, los bajos valores de las intercorrelaciones con «Percepción» (.04), e «Intuición» (.00); «Operaciones lógicas» (.02). Las intercorrelaciones entre curiosidad estado-rasgo y las operaciones intelectuales, tienen como denominador común las bajas correlaciones, con signo negativo.

3.2.4. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza entre ansiedad-curiosidad y procesos cognitivos (operaciones intelectuales no verbales)

No se aprecian diferencias estadísticamente significativas a través de los resultados obtenidos, mediante los estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza, en función de la ansiedad (*en su doble acepción rasgo-estado*) y los procesos cognitivos (*operaciones intelectuales no verbales*).

Tabla 12. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza en función del rasgo de ansiedad y resultados obtenidos en operaciones intelectuales(no verbales)

Variables	No Ansiosos N=10		Ansiosos N=22		F	P
	x	D.S.	x	D.S.		
Raven Global.	24. 2000	. 5650	23. 4545	5. 2890	. 1479	. 7033
Percepción.	5. 0000	. 0000	4. 9545	. 2132	. 4464	. 5091
Imaginación.	3. 5000	. 8498	3. 7273	. 6311	. 7167	. 4039
Intuición.	3. 1000	. 7379	2. 5455	1. 4050	1. 3683	. 2513
Clasificación.	3. 0000	1. 1547	2. 6818	1. 5549	. 3326	. 5684
Op. Lógica.	3. 3000	1. 8886	2. 8636	1. 9590	. 3485	. 5594
Reversibilidad.	. 6000	. 9661	. 9091	1. 0193	. 6521	. 4257
Flexibilidad Cognitiva.	56. 1000	10. 3400	60. 4286	9. 7035	1. 2933	. 2447

Se advierte una moderada tendencia entre el grupo de los sujetos no ansiosos a nivel de rasgo, a superar al otro grupo en la puntuación global del Raven; tendencia que aunque se mantiene, se modera incluso más en intuición, clasificación, operaciones lógicas. Sin embargo se invierten las diferencias en flexibilidad cognitiva, a favor de los sujetos ansiosos.

Tabla 13. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza en función del estado de ansiedad y resultados obtenidos en operaciones intelectuales(no verbales)

Variables	No Ansiosos N=15		Ansiosos N=15		F	P
	x	D.S.	x	D.S.		
Raven Global.	21. 312	6. 019	21. 800	6. 315	. 048	. 827
Percepción.	4. 937	. 250	4. 866	. 351	. 421	. 521
Imaginación.	3. 375	. 718	3. 533	. 833	. 321	. 574
Intuición.	2. 625	1. 087	2. 400	1. 121	. 321	. 575
Clasificación.	2. 312	1. 740	2. 000	1. 772	. 245	. 624
Op. Lógica.	2. 312	1. 990	2. 666	2. 093	. 233	. 632
Reversibilidad.	. 625	. 885	. 933	1. 032	. 799	. 378
Flexibilidad Cognitiva.	52. 466	8. 305	58. 133	12. 040	2. 250	. 144

En el contraste de las puntuaciones obtenidas por los respectivos grupos (*ansiosos y no ansiosos*), en la acepción de «estado», predomina una notoria equiparación entre ambos grupos; no advirtiéndose ninguna diferencia estadísticamente significativa. A partir de los resultados que se ilustran en la tabla 14, se advierte una destacada equiparación en función de curiosidad (*en su acepción de rasgo*) y los procesos cognitivos (*operaciones intelectuales no verbales*), evaluados mediante el MPCR; no apreciándose diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 14. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza en función del rasgo de curiosidad y resultados obtenidos en operaciones intelectuales

Variables	No Ansiosos N=12		Ansiosos N=23		F	P
	x	D.S.	x	D.S.		
Raven Global.	23.0556	6.356	22.470	4.951	.0915	.7642
Percepción.	4.8330	.383	5.000	.000	3.2050	.0826
Imaginación.	3.7220	.751	3.705	.587	.0051	.9436
Intuición.	2.3330	1.188	2.352	1.271	.0022	.9627
Clasificación.	2.3880	1.685	2.176	1.509	.1536	.6976
Op. Lógica.	3.1110	1.996	3.117	2.027	.0001	.9924
Reversibilidad.	1.1110	1.022	.823	.635	.9840	.3284
Flexibilidad Cognitiva	61.5000	11.126	58.470	10.542	.6819	.4149

Los resultados que se ilustran en las tabla 15, contribuyen a destacar nuevamente la equiparación en función de curiosidad (*en su acepción de estado*) y los procesos cognitivos (*operaciones intelectuales no verbales*), evaluados mediante el MPCR, no apreciándose diferencias estadísticamente significativas

Tabla 15. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza en función del estado de curiosidad y resultados obtenidos en operaciones intelectuales

Variables	No Ansiosos N=12		Ansiosos N=23		F	P
	x	D.S.	x	D.S.		
Raven Global.	24.250	6.757	23.217	5.187	.2530	.6170
Percepción.	4.916	.288	4.913	.288	.0012	.9720
Imaginación.	3.916	.514	3.826	.576	.2089	.6506
Intuición.	2.250	1.484	2.652	1.112	.8178	.6506
Clasificación.	2.583	1.880	2.521	1.591	.0104	.9193
Op. Lógica.	3.416	1.975	2.739	1.912	.9680	.3322
Reversibilidad.	1.083	1.164	.913	.949	.2172	.6443
Flexibilidad Cognitiva.	62.250	13.798	59.272	9.627	.5451	.4657

4. ESTUDIO II: ANSIEDAD Y PROCESOS COGNITIVOS EN CONTEXTOS BILINGÜES

Uno de los principales problemas atribuible a los estudios referidos al bilingüismo radica en la dificultad de comparar grupos monolingües, bilingües, y semilingües, con las garantías de que se encuentran equiparados en todas sus características, dado que sus experiencias lingüísticas y culturales suelen ser de naturaleza diferentes. Esto plantea una cierta limitación asociada a la investigación, por lo que surge la necesidad de conseguir los siguientes objetivos.

1) Determinar en qué medida el «*uso lingüístico*» contribuye aisladamente, a modular los niveles de ansiedad y curiosidad, y afectando al comportamiento de sujetos «monolingües» (*castellano-parlantes*), «bilingües» (*castellano-gallego parlantes*), y «semilingües» (*castellano-sueco parlantes*).

Teniendo en cuenta que, existe una corriente de investigación que parte de la teoría de que el lenguaje origina una reestructuración de los procesos cognitivos tanto en función de su uso social, como en función de herramienta del pensamiento. Se plantea la necesidad de ponderar las ventajas del dominio y uso de una segunda lengua L₂. Se plantea así mismo, la posibilidad de que la L₂ pudiera proporcionar al usuario en general, y al alumno en particular un sistema simbólico más completo, para por su mediación, flexibilizar e incrementar tanto los «*procesos organizacionales*», como los «*procesos automáticos*». Con el fin de lograr el correspondiente esclarecimiento, es por lo que se plantea la necesidad de conseguir los siguientes objetivos.

2) Clarificar en qué medida el «*uso lingüístico*» contribuye aisladamente, a modular las puntuaciones obtenidas por monolingües, bilingües y semilingües, precisamente en tareas en cuya ejecución se encuentran implicados procesos psicolingüísticos (*percepción, organización y expresión*).

3) Precisar en qué medida, las variables seleccionadas resultan útiles en su conjunto, para diferenciar y/o discriminar entre distintos grupos (*monolingües, bilingües y semilingües*). Se pretende así mismo, determinar el peso específico de cada una de las referidas variables, y la configuración jerárquica de las mismas.

4.1. Incidencia del «*uso lingüístico*» en los niveles de «*ansiedad-curiosidad*»

Con el fin de determinar en qué medida el «*uso lingüístico*», podría contribuir aisladamente a modular los niveles de ansiedad-curiosidad en monolingües, bilingües y semilingües, se han determinado los estadísticos de distribución y Análisis de Varianza.

4.1.1. *Análisis de Varianza para determinar la incidencia del «uso lingüístico» en los niveles de ansiedad-curiosidad*

De acuerdo con lo esperado, a través de los resultados ilustrados en la tabla 16, se constatan diferencias estadísticamente significativas entre las puntuaciones obtenidas por sujetos monolingües, bilingües y semilingües. Se advierte que los sujetos bilingües se muestran más ansiosos (*en su acepción estado*), que los sujetos monolingües. Dichas diferencias se incrementan aún

más entre monolingües y semilingües, puesto que entre los referidos grupos se advierten diferencias estadísticamente significativas ($p < .015$). No obstante, el perfil de puntuaciones se invierte, cuando se considera el rasgo de curiosidad, ya que los sujetos monolingües aventajan a los otros grupos por cuanto a las puntuaciones obtenidas. Diferencias, que resultan de nuevo significativas ($p < .003$), entre monolingües y semilingües. Se destaca pues, que las puntuaciones más elevadas corresponden a los sujetos monolingües, mientras que a medida que se acentúan los efectos del bilingüismo (*biculturalismo, no interferencia entre L1 y L2*), tiende a disminuir las puntuaciones.

Tabla 16. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza en función del «uso lingüístico», en relación con los niveles de ansiedad-curiosidad

Variables	Monolingüe (Castellano) N=56		Bilingüe (Gallego-Castellano) N=30		Semilingüe (Castellano-Sueco) N=26		F	P
	$\bar{x}$	D. S.	$\bar{x}$	D. S.	$\bar{x}$	D. S.		
Estado de Ansiedad	28.80	4.81	29.40	5.08	32.00	3.74	4.36	0.151
Rasgo de Ansiedad	34.10	6.53	33.13	5.27	34.80	6.39	.52	.5937
Estado de curiosidad	32.87	4.55	32.83	5.29	32.42	6.06	.07	.9296
Rasgo de curiosidad	34.17	3.65	33.76	4.85	30.42	6.38	5.90	.0037

Los hallazgos previamente resaltados, contribuyen a confirmar los desatados índices de ansiedad que caracterizan a los alumnos bilingües, incrementándose incluso más en el grupo de sujetos semilingües. Estos grupos requieren hacer un «sobre-esfuerzo», para procesar la información, instrucción educativa, generalmente impartida en L₂, por cuyo motivo y, en consecuencia se incrementan en ellos, los niveles de ansiedad. Se resaltan y remarcan las diferencias entre grupos monolingües (*castellano-parlantes*), caracterizados por la monocultura, frente a los semilingües (*castellano-sueco parlantes*), caracterizados por el biculturalismo.

4.2. Incidencia del «uso lingüístico» en los procesos cognitivos

4.2.1. Análisis de Varianza para determinar la incidencia del «uso lingüístico» en los procesos psicolingüísticos

Mediante el segundo de los objetivos, se pretende determinar en qué medida el «uso lingüístico» contribuye aisladamente, a modular las puntuaciones obtenidas por monolingües, bilingües y semilingües, y ello precisamente en tareas, en cuya ejecución se encuentran implicados procesos psicolingüísticos (*percepción, organización, expresión*).

Tabla 17. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza en función del uso lingüístico y resultados obtenidos en las habilidades psicolingüísticas

Variables	Castellano N=56		Gallego-Castellano N=30		Castellano-Sueco N=26		F	P
	x	D. S.	x	D. S.	x	D. S.		
Comp. Auditiva	16.94	3.46	16.26	3.15	15.92	2.96	.99	.371
Comp. Visual	29.78	5.84	28.73	6.11	22.07	8.34	12.70	.000
Asociac. Auditiva	16.48	3.22	15.96	2.80	15.92	5.38	.28	.750
Asociac. Visual	19.64	2.65	18.60	4.49	17.65	4.68	2.64	.075
Fluidez Léxica	45.69	12.06	45.43	15.51	58.38	16.83	8.05	.000
Expresión Motora	18.17	3.09	17.70	2.15	10.23	2.99	74.52	.000
Integr. Auditiva	14.32	4.46	14.10	3.59	11.80	3.89	3.51	.033
Integr. Visual	39.05	5.82	38.20	6.52	36.69	16.11	.56	.570
Mem. Sec. Auditiva	12.87	3.09	11.93	3.41	13.15	6.32	.72	.488
Mem. Sec. Visomot	15.57	3.31	15.90	2.56	13.19	3.76	6.07	.003
N. Semánt. Global	146.73	22.82	142.70	24.87	140.19	31.00	.65	.523
Semánt. Auditivo	51.60	7.11	49.93	6.10	42.07	9.10	15.16	.421
Semánt. Visomotor	113.30	19.39	110.46	22.11	108.34	25.08	.49	.609
Autom. Visomotor	54.62	8.26	54.10	6.78	49.88	17.81	1.75	.177
N. Autom. Global	66.25	9.84	64.23	11.03	61.65	17.89	1.23	.116
Autom. Auditivo	27.19	6.52	26.03	6.05	24.96	7.11	1.08	.340

En relación al perfil psicolingüístico, predominan las diferencias estadísticamente significativas, entre los semilingües y bilingües; diferencias que se incrementan incluso más, con los monolingües; afectando a la «*Comprensión visual*» ($p > .000$), «*Fluidez Léxica*», ($p > .000$), «*Expresión motora*» ($p > .000$), «*Memoria secuencial visomotora*» ($p > .003$), e «*Integración auditiva*», ($p > .03$). A través de un minucioso análisis de los hallazgos, cabría destacar, que si bien se advierten las diferencias previamente resaltadas entre bilingües y semilingües, se aprecian también ciertas relaciones entre los respectivos grupos; debiendo destacarse los siguientes aspectos

1. En los respectivos grupos bilingües y semilingües, se advierte como constante, la tendencia a obtener inferiores puntuaciones que los monolingües en tareas, en cuya ejecución se encuentran implicados procesos psicolingüísticos de carácter «*representativo*». Se trata de uno de los niveles de organización de la conducta de comunicación, que se ocupa de la conducta que utiliza símbolos para representar conceptos.

2. En los respectivos grupos bilingües y semilingües, se advierte como constante, la tendencia a obtener inferiores puntuaciones que los monolingües en tareas, en cuya ejecución se encuentran implicados procesos psicolingüísticos de carácter «*automático*», y para el que se requiere la consecución de hábi-

tos de comunicación involuntarios, como velocidad de percepción, así como discriminación visual y auditiva. Las referidas observaciones podrían servir de fundamento para destacar que la práctica bilingüe, y el uso multilingüe en general, parece que origina en los sujetos afectados, una cierta desventaja en lo referente a los «procesos organizacionales» y «procesos automáticos».

No obstante, los resultados obtenidos en el contraste de perfiles psicolingüísticos entre monolingües, bilingües y semilingües, nos permite destacar que en «Fluidez verbal», se advierte que son los semilingües los que aventajan muy claramente a los demás grupos ($p<.0001$). Otros hallazgos de interés se refieren a las mayores puntuaciones que el grupo monolingüe obtiene en «Comprensión visual», y «Expresión Motora», alcanzando de nuevo, la significativa estadística ($p<.0001$).

4.2.2. *Análisis de Varianza para determinar la incidencia del «uso lingüístico» en los procesos cognitivos (operaciones intelectuales no verbales)*

Mediante el tercero de los objetivos, se ha pretendido determinar en qué medida el «uso lingüístico», contribuye aisladamente, a modular las puntuaciones obtenidas por monolingües y bilingües, en tareas, en cuya ejecución se encuentran implicadas operaciones intelectuales de carácter no verbal (percepción, imaginación, intuición, clasificación, operaciones lógicas, reversibilidad). En el contraste de las puntuaciones obtenidas por los grupos de sujetos monolingües y bilingües, en las referidas operaciones intelectuales, mediante la MPC-Raven, se advierten diferencias estadísticamente significativas ($p<.03$), a favor de los bilingües en la puntuación global. Superioridad, que se mantiene como tendencia moderada, en todas y cada una de las puntuaciones correspondientes a las operaciones intelectuales específicas (*percepción, imaginación, intuición, clasificación, operaciones lógicas, reversibilidad*), si bien no aparecen diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 18. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza en función del uso lingüístico y resultados obtenidos en operaciones intelectuales

Variables	Monolingüe N=33		Bilingüe N=53		F	P
	x	D.S.	x	D.S.		
T.M.P. Raven	21. 27	5. 71	23. 74	4. 97	4. 69	. 03
Perceptivo	4. 87	. 33	4. 96	. 18	2. 66	. 10
Imaginativo	3. 57	. 79	3. 72	. 69	. 93	. 33
Intuitivo	2. 24	1. 09	2. 67	1. 16	3. 08	. 08
Clasificación	2. 09	1. 60	2. 64	2. 41	2. 93	. 08
Op. Lógica	2. 54	1. 80	3. 00	2. 00	1. 17	. 28
Reversibilidad	. 81	1. 04	. 93	. 90	. 29	. 58

En definitiva, nuestros hallazgos contribuyen a apoyar estudios recientes, que consideran que el bilingüismo tiene repercusiones positivas en el funcionamiento intelectual, en contraposición a ciertas tesis tradicionales, que han venido sosteniendo que el bilingüismo producía déficit intelectuales. Nuestros resultados nos remiten a replantear la clásica cuestión ¿Son los bilingües más inteligentes (*a nivel general o de forma específica*) por el hecho de ser bilingüe; o es el hecho de ser originariamente más inteligente, lo que hace que esos sujetos se hayan convertido en bilingües?

En la tablas 19, se incluyen los resultados obtenidos por diversos grupos (monolingües y bilingües) en «*Flexibilidad cognitiva*». Si bien no existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos contrastados, se aprecia una relación directamente proporcional entre «*uso lingüístico*» y «*flexibilidad cognitiva*», ya que en los diferentes grupos, los monolingües son aventajados por los bilingües y semilingües respectivamente.

Tabla 19. Estadísticos de Distribución y Análisis de Varianza en función del uso lingüístico y resultados obtenidos en flexibilidad cognitiva

Variables	Monolingüe (Castellano) N=56		Bilingüe (Gallego-Castellano) N=30		Semilingües (Castellano-Sueco) N=26		F	P
	x	D. S.	x	D. S.	x	D. S.		
Flexibilidad Cognitiva (T. Stroop)	60. 23	12. 33	62. 73	12. 11	62. 96	11. 97	. 61	.543

Variables	Monolingüe (Castellano) N=33		Bilingüe (Castellano-Gallego) N=53		F	P
	x	D.S.	x	D.S.		
Flexibilidad Cognitiva (T. Stroop)	58. 60	12. 99	60. 00	8. 72	. 371	. 542

En definitiva, se constatan diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas por grupos monolingües y bilingües, frente al grupo de sujetos semilingües. Mientras que los monolingües obtienen puntuaciones significativamente inferiores en el estado de ansiedad frente a los bilingües y semilingües; sin embargo superan significativamente a los bilingües en las puntuaciones obtenidas en rasgo de curiosidad. A nivel general, se confirma que los grupos que establecen las mayores diferencias significativas son los monolingües y semilingües. Aunque también es necesario destacar que el grupo de bilingües presenta importantes comunidades con los monolingües. Hallazgo esperado, teniendo en cuenta que se trata de grupos en los que se comparte una misma

cultura, existiendo ámbitos comunes que propician la transferencia lingüística (Quilis y cols., 1992). Concretamente, el grupo castellano parlante establece diferencias altamente significativas en «*Comprensión visual*», «*Fluidez léxica*», «*Expresión motora*», «*Memoria secuencial visomotora*», e «*Integración auditiva*».

A través de un minucioso análisis de los hallazgos, cabría resaltar que si bien se advierten las diferencias previamente indicadas entre grupos de sujetos bilingües y semilingües, se aprecian también ciertas relaciones entre ambos grupos. Entre las coincidencias más representativas destaca como constante, la tendencia de los sujetos bilingües y semilingües a obtener inferiores puntuaciones que los sujetos monolingües, precisamente en aquellas habilidades psicolingüísticas que se requieren en los «*procesos organizacionales*» de la conducta de comunicación, y para los que se precisan símbolos para la representación de los conceptos. Dichas coincidencias entre los grupos bilingües y semilingües, a obtener inferiores puntuaciones que los monolingües, se extienden igualmente a las habilidades psicolingüísticas que se requieren en los «*procesos automáticos*», y para los que se requiere la consecución de hábitos de comunicación involuntarios (como *velocidad de percepción*), así como discriminación visual y auditiva. Las referidas observaciones podrían servir de fundamento para destacar que la práctica bilingüe, y el uso multilingüe en general, parece que origina en los sujetos afectados, una cierta desventaja en lo referente a los «*procesos organizacionales*», y «*procesos automáticos*». No obstante, los resultados obtenidos en el contraste de *perfiles psicolingüísticos* entre monolingües, bilingües y semilingües, permite destacar que en «*Fluidez léxica*», se advierte que son los semilingües los que aventajan muy claramente a los demás grupos.

Es de resaltar, que en el contraste de las puntuaciones obtenidas por diversos grupos en «*Flexibilidad cognitiva*» se advierte como constante, las destacadas puntuaciones que caracterizan a los sujetos bilingües y semilingües. Si bien no se aprecian diferencias estadísticamente significativas, cabría destacarse que aventajan a los monolingües en «*Flexibilidad cognitiva*». En definitiva, los hallazgos encontrados permiten determinar que el «*uso lingüístico*» contribuye aisladamente, en primer lugar, a modular los niveles de ansiedad (*estado*), y curiosidad (*rasgo*) afectando al comportamiento de sujetos monolingües (castellano parlantes), bilingües (*castellano-gallego parlantes*) y bilingües (*castellano-sueco parlantes*). En segundo lugar, los referidos hallazgos también permiten determinar que el «*uso lingüístico*», contribuye aisladamente a modular las puntuaciones obtenidas en habilidades psicolingüísticas por los grupos de sujetos monolingües, bilingües y semilingües.

4.3. Análisis de la relaciones establecidas entre grupos de sujetos (monolingües, bilingües y semilingües)

4.3.1. Análisis Discriminante para determinar en qué medida las variables seleccionadas resultan útiles para diferenciar y/o discriminar entre distintos grupos

Mediante el Análisis Discriminante, se ha pretendido clarificar en qué medida variables de carácter psicoemocional: ansiedad y curiosidad (*estado-rasgo*); y las referidas a procesos psicolingüísticos: comprensión (*auditiva y visual*); asociación (*auditiva y visual*); fluidez léxica; expresión motora; integración (*auditiva y visual*); memoria (*secuencial auditiva y visomotora*); nivel semántico (*visomotor y auditivo*) niveles automático (*visomotor y auditivo*); y «Flexibilidad cognitiva»; consideradas en su conjunto resultan útiles para diferenciar y/o discriminar entre grupos de sujetos monolingües, bilingües, y semilingües. La modalidad discriminante, por la que se ha optado en esta investigación, ha sido por la «stepwise»; mediante la que se seleccionan a través de «pasos sucesivos», las variables que mejor diferencian entre los diversos grupos, en función del respectivo «uso lingüístico», en sus diversas combinaciones. De acuerdo con los objetivos formulados, se ha procedido a la realización de una secuencia de diversos Análisis Discriminantes: 1) *para los monolingües, bilingües y semilingüe*; 2) *para los grupos monolingüe y bilingüe*; 3) *para los grupos monolingüe y semilingües*; y, 4) *para los grupos bilingüe y semilingüe*. En cada uno de los sucesivos análisis se han seleccionado las variables que entran en cada paso, determinándose los valores « λ » de Wilks observados, valor propio, correlación canónica, y resultados de clasificación asociados a la función discriminante.

4.3.2. Análisis Discriminante para los grupos monolingüe, bilingüe y semilingüe

Los resultados del Análisis Discriminante realizados entre los tres grupos (*monolingües, bilingües y semilingües*), se presentan en la tabla 22. Las variables que contribuyen a configurar la función discriminante se encuentran jerarquizadas del siguientes modo: 1) *semántico auditivo*; 2) *fluidez léxica*; 3) *nivel semántico general*; 4) *estado de curiosidad*; 5) *rasgo de ansiedad*; 6) *flexibilidad cognitiva*. Es importante destacar la preponderancia de la variable correspondiente al nivel semántico auditivo, presentando el mayor poder discriminativo entre los tres grupos. Si bien dicha variable considerada «aisladamente» en los Análisis de Varianza, no establecía diferencias entre los sujetos en función de su pertenencia a uno u otro grupo, al considerarla dentro del conjunto con el resto de las variables, se revela no solamente importante, sino fundamental (primer paso), para discriminar entre los tres grupos. En consonancia con el referi-

do resultado, en el segundo y tercer paso aparecen fluidez léxica y nivel semántico general. El poder discriminativo de fluidez léxica se encuentra precedido por los resultados obtenidos en el Análisis de Varianza, ya que al ser considerada aisladamente se pusieron de relieve diferencias estadísticamente significativas, tanto entre semilingües y monolingües, como entre semilingües y bilingües. En cuanto a las restantes variables (*rasgo de curiosidad, rasgo de ansiedad, y flexibilidad cognitiva*), se advierte una notoria diferencia entre la influencia ejercida por las mismas. Conviene recordar que la variable rasgo de curiosidad, ya establecía diferencias estadísticamente significativas, al ser considerada aisladamente mediante Análisis de Varianza, entre semilingües y monolingües; moderándose notoriamente dichas diferencias en el contraste entre semilingües y bilingües. Por otra parte, las variables rasgo de ansiedad y flexibilidad cognitiva (*5 y 6 paso respectivamente*), aunque no presentaban diferencias aisladamente, si lo hacen cuando se consideran sus efectos con los de las restantes variables.

En cuanto a los distintos parámetros estadísticos, el análisis muestra los siguientes valores: « λ » de Wilks = .429; valor propio (*eigenvalue*)=1.28; y correlación canónica=.98. El porcentaje promedio de sujetos clasificados correctamente, a partir de la consideración conjunta de las puntuaciones obtenidas en las cinco variables seleccionadas por este análisis, fue de 59,93%.

Tabla 20. Análisis discriminante para los grupos monolingüe (1), bilingüe(2) , y semilingüe(3). Variables que entran en cada paso y valor « λ »

Peso de cada variable independiente para definir la pertenencia al grupo

Pasos	Variables	Valor λ	N. S
1	Semántico Auditivo	.782	.0000
2	Fluidez Léxica	.560	.0000
3	M. Semántico Global.	.511	.0000
4	R - Curiosidad	.479	.0000
5	R - Ansiedad	.448	.0000
6	Flexibilidad Cognitiva.	.429	.0000
Valor Propio (Eigenvalue)		Correlación Canónica	
1.28		.98	

Número y porcentaje de sujetos clasificados en cada grupo.

(Los porcentajes de sujetos correctamente clasificados aparecen subrayados)

Grupos	N. T.	Grupo 1		Grupo 2		Grupo 3	
		N. P.	%	N. P.	%	N. P.	%
1. Monolingüe (Castellano)	56	29	<u>51.8</u>	26	46.4	1	1.8
2. Bilingüe (Galleg-Castell)	30	13	43.3	14	<u>46.7</u>	3	10.0
3. Semilingüe (Castell-Sueco)	26	0	0.0	3	11.5	23	<u>88.0</u>

Porcentaje total de casos clasificados correctamente. 59.93 %

4.3.3. Análisis Discriminante para los grupos monolingüe y bilingüe

En la tabla 21, se muestran los resultados del Análisis Discriminante realizado entre el grupo monolingüe y bilingüe. Se advierte que el número de variables que conforman la función discriminante queda reducido a tres (*ansiedad-estado*, *nivel semántico auditivo* y *flexibilidad cognitiva*), lo que representa una disminución del 50 %, en comparación con la función discriminante obtenida al contrastar los tres grupos. Desde una perspectiva más específica, cabría destacar que es la «*ansiedad-estado*», la variable con el más destacado poder discriminante entre los respectivos grupos (*monolingües* y *bilingües*), diferencias que ya se pusieron de relieve, aunque relativamente moderadas, a través de los Análisis de Varianza. En cuanto a las restantes variables (*nivel semántico auditivo* y *flexibilidad cognitiva*), aunque no presentaban diferencias, al ser considerados aisladamente, a través de los Análisis de Varianza, si lo hacen al ser considerados sus efectos con los efectos ejercidos por los restantes variables.

En un afán de comparar estos resultados con los de los análisis previos, es necesario acentuar el hecho de que la función discriminante es la más parsimoniosa en cuanto a la selección de variables (tres variables); resultando ser la menos efectiva: « λ » de Wilks =.956; valor propio (*eigenvalue*) =.045, y correlación canónica =.209. El porcentaje de sujetos correctamente clasificados alcanza el 58.54% para cada uno de los grupos.

Tabla 21. Análisis Discriminante para grupos monolingüe (1) y bilingüe (2)

Variables que entran en cada paso y valor « λ »

Peso de cada variable independiente para definir la pertenencia al grupo

Pasos	Variables	Valor λ	N. S
1	E - Ansiedad.	.98423	.2610
2	Semántico Auditivo.	.96977	.2975
3	Flexibilidad Cognitiva.	.95616	.3183

Valor Propio (Eigenvalue)	Correlación Canónica
.045	.209

Número y porcentaje de sujetos clasificados en cada grupo.

(Los porcentajes de sujetos correctamente clasificados aparecen subrayados).

Grupos	N. T.	Grupo 1			Grupo 3	
		N. P.	%		N. P.	%
1. Monolingüe (Castellano)	56	303	<u>57</u>		22	42,3
2. Bilingüe (Gallego-Castellano)	30	12	40		18	60,0

Porcentaje total de casos clasificados correctamente.	58.54 %

4.3.4. *Análisis Discriminante para los grupos monolingüe y semilingüe*

Los resultados obtenidos a partir del Análisis Discriminante por pasos, considerando los grupos monolingües y semilingüe se muestran en la tabla 22. De acuerdo con los resultados ilustrados en dicha tabla, se observa que son siete variables las que muestran el suficiente poder discriminante, para ser seleccionadas mediante el referido análisis: *fluidez léxica*, *nivel semántico visomotor*, *curiosidad estado*, *nivel semántico auditivo*, *curiosidad rasgo*, *ansiedad rasgo* y *flexibilidad cognitiva*. Este nuevo análisis, parece consolidar la importancia, de la dimensión semántica, en el lenguaje en general, y en el «uso» y la producción del lenguaje en particular. En los resultados se advierte de nuevo el destacado poder discriminante de la variable fluidez léxica, que aparece seleccionada (*en el primer paso*), marcando las diferencias entre los respectivos grupos de sujetos monolingües y semilingües. Dicha variable a su vez, cuando se considera aisladamente en el Análisis de Varianza, contribuye a establecer diferencias estadísticamente significativas entre semilingües y monolingües. Por otra parte, es de destacar la preponderancia de las variables correspondientes al nivel semántico (*visomotor y auditivo*), que aparecen seleccionadas en segundo y cuarto lugar respectivamente en el Análisis Discriminante, si bien no presentan diferencias estadísticamente significativas, al ser consideradas aisladamente en el Análisis de Varianza.

En cuanto a las restantes variables (*rasgo-estado de curiosidad*, *rasgo de ansiedad y flexibilidad cognitiva*), que aparecen seleccionadas en tercer, quinto, sexto y séptimo lugar respectivamente, habría de destacarse que la variable rasgo de curiosidad, al ser considerada aisladamente mediante Análisis de Varianza, ya establecía diferencias estadísticamente significativas entre semilingües y monolingües; diferencias que vuelven a reafirmarse, al considerarse sus efectos conjuntamente con los de las restantes variables, a través del Análisis Discriminante. Destacar finalmente, que las variables curiosidad-estado, ansiedad-rasgo y flexibilidad cognitiva, si bien no presentan diferencias aisladamente; se advierte que a través del Análisis Discriminante, tienen el poder discriminante suficiente, como para ser seleccionadas, contribuyendo a discriminar entre los respectivos grupos de sujetos monolingües y semilingües.

Tabla 22. *Análisis discriminante para los grupos monolingüe (1) y semilingüe (3)*
Variables que entran en cada paso y valor «λ»

Peso de cada variable independiente para definir la pertenencia al grupo

Pasos	Variables	Valor λ	N. S
1	Fluidez Léxica.	. 78389	. 0000
2	Semántico Visomotor.	. 34987	. 0000
3	R - Curiosidad.	. 32254	. 0000
4	Semántico Auditivo.	. 30731	. 0000
5	E - Curiosidad.	. 29378	. 0000
6	R - Ansiedad.	. 27375	. 0000
7	Flexibilidad Cognitiva.	. 26845	. 0000

Valor Propio(Eigenvalue)	Correlación Canónica
2. 72	. 85

Número y porcentaje de sujetos clasificados en cada grupo.

(Los porcentajes de sujetos correctamente clasificados aparecen subrayados)

Grupos	N. T.	Grupo 1		Grupo 3	
		N. P.	%	N. P.	%
1. Monolingüe (Castellano)	52	49	<u>94. 2</u>	3	5. 8
3. Semilingüe (Castella-Sueco)	26	0	. 0	26	<u>100. 0</u>
Porcentaje total de casos clasificados correctamente.					96. 10 %

En cuanto a los distintos parámetros estadísticos, el análisis muestra los siguientes valores: «λ» de Wilks =.269; valor propio (eigenvalue) = 2.72 y correlación canónica =.85. Al comparar estos valores con los obtenidos en los análisis anteriores, la función discriminante aparece como más efectiva. Por último, indicar que, en consonancia con estos datos, el porcentaje promedio de sujetos clasificados correctamente, a partir de la consideración conjunta de las puntuaciones obtenidas en las cinco variables seleccionadas por este análisis, es también más elevado (96.10%); correspondiendo el 94% para los sujetos del grupo monolingüe, y el 100.% para los del grupo semilingüe.

4.3.5. *Análisis Discriminante para los grupos bilingüe y semilingüe*

En la tabla 23, se presentan las variables seleccionadas en el Análisis Discriminante entre los grupos bilingüe y semilingüe. Atendiendo a los resultados obtenidos, habría que destacar que se advierte una disminución del número de variables seleccionadas, en comparación con el análisis anterior (*mono-*

lingües-semilingües), habiéndose reducido de siete a cinco las variables, de acuerdo con la siguiente jerarquía: fluidez léxica; nivel semántico visomotor; curiosidad estado; ansiedad estado; y nivel semántico general. Al correlacionar los distintos resultados obtenidos, se advierte una destacada sintonía con los resultados de análisis previos, al contrastar los grupos monolingües y semilingües. De nuevo se consolida la importancia de la fluidez semántica, en el lenguaje en general, y en el «uso» y la producción del lenguaje en particular entre semilingües y bilingües. Se confirma el destacado poder discriminante de la variable fluidez léxica, que vuelve a aparecer en el presente análisis con el mayor poder discriminante, al ser seleccionada (*en el primer paso*), marcando las diferencias entre los sujetos bilingües y semilingües. Dicha variable a su vez, al ser considerada aisladamente en el Análisis de Varianza, contribuye a establecer diferencias estadísticamente significativas, entre los respectivos grupos semilingües y bilingües. Es de resaltar por otra parte, la preponderancia de la variable correspondiente al nivel semántico (*en su modalidad visomotora*); y en su puntuación global, que aparecen seleccionadas mediante Análisis Discriminante, en segundo y quinto lugar respectivamente; si bien no presentan diferencias estadísticamente significativas al ser consideradas aisladamente, en el Análisis de Varianza.

En cuanto a las restantes variables (*estado de curiosidad, y estado de ansiedad*), que aparecen seleccionadas en tercer y cuarto lugar, habría de destacarse que mientras la variable estado de curiosidad considerada aisladamente mediante Análisis de Varianza, no establecía diferencias estadísticamente significativas entre semilingües y bilingües; en la variable estado de ansiedad por el contrario, se advierten ciertas diferencias entre semilingües y bilingües, resultando las referidas diferencias sensiblemente más moderadas que las diferencias estadísticamente significativas existentes entre semilingües y monolingües.

Tabla 23. Análisis discriminante para los grupos bilingüe(2) y semilingüe (3)
Variables que entran en cada paso y valor « λ »

Peso de cada variable independiente para definir la pertenencia al grupo.

Pasos	Variables	Valor λ	N. S
1	Fluidez Léxica.	. 83696	. 0022
2	Semántico Vismotor.	. 42362	. 0000
3	E - Curiosidad.	. 36431	. 0000
4	E - Ansiedad.	. 33532	. 0000
5	M. Semántico Global.	. 32369	. 0000
Valor Propio (Eigenvalue)		Correlación Canónica	
2. 08		. 82	

Número y porcentaje de sujetos clasificados en cada grupo.
(Los porcentajes de sujetos correctamente clasificados aparecen subrayados).

Grupos	N. T.	Grupo 2		Grupo 3	
		N. P.	%	N. P.	%
2. Bilingüe (Galleg-Castell)	30	26	<u>86.7</u>	4	13.3
3. Semilingüe (Castell-Sueco)	26	1	3.8	25	<u>96.2</u>
Porcentaje total de casos clasificados correctamente					91.07 %

En cuanto a los distintos parámetros estadísticos, el análisis muestra los siguientes valores: « l » de Wilks = .323, valor propio (eigenvalue) = 2.08 y correlación canónica = .82. Conviene indicar que, en consonancia con estos resultados el porcentaje promedio de sujetos clasificados correctamente, a partir de la consideración conjunta de las puntuaciones obtenidas en las cinco variables seleccionadas por este análisis, es también más elevado (91.07%); correspondiendo el 86,7% para los sujetos bilingües, y el 96,2% para los sujetos semilingües.

4.3.6. *Análisis Discriminante para los grupos monolingüe y bilingüe en función de las operaciones intelectuales (no verbales)*

En una primera fase, se han realizado los correspondientes Análisis Discriminantes con la finalidad de clarificar en qué medida variables de «*carácter psicoemocional*», y referidas a «*procesos psicolingüísticos*», resultaban útiles para diferenciar y/o discriminar entre grupos de sujetos monolingües, bilingües, y semilingües. En una segunda fase, y de acuerdo con los objetivos de la presente investigación, se han realizado nuevos Análisis Discriminantes, a fin de esclarecer en qué medida, variables de «*carácter psicoemocional*» (*ansiedad y curiosidad*), en su doble acepción (*estado-rasgo*), y variables referidas a «*procesos cognitivos no verbales*» (percepción, imaginación, intuición, clasificación, operaciones lógicas, reversibilidad, operaciones intelectuales a nivel general y flexibilidad cognitiva), resultan útiles para diferenciar y/o discriminar entre grupos de sujetos monolingües, y bilingües. Dando continuidad a análisis previos, la modalidad discriminante elegida ha sido «*stepwise*», mediante la que se ha seleccionado a través de «pasos sucesivos», las variables que mejor diferencian entre los diversos grupos, en función del respectivo «uso lingüístico» en sus diversas combinaciones (monolingües-bilingües). Se han determinado los valores « λ » de Wilks observados, valor propio (eigenvalue), correlación canónica, y resultados de clasificación asociados a la función discriminante.

En la tabla 24, se muestran los resultados del Análisis Discriminante realizado entre el grupo monolingüe (*castellano parlantes*) y bilingüe (*gallego castellano parlantes*). Es importante destacar que las operaciones intelectuales a nivel global, se presenta como la variable con un mayor poder discriminante entre grupos de sujetos monolingües y bilingües; contribuyendo a confirmarse su destacado poder, puesto que en análisis previos ya contribuían a establecer diferencias estadísticamente significativas entre los referidos grupos. En segundo lugar, aparece la variable operaciones lógicas, que pese a no establecer diferencias al ser considerada aisladamente en análisis previos, si lo hace cuando se consideran sus efectos con los de las restantes variables. En cuanto a los distintos parámetros estadísticos, el análisis muestra los siguientes valores: « λ » de Wilks = .939, valor propio (eigenvalue) = .064, y correlación canónica = .245. El porcentaje de sujetos correctamente clasificados alcanza el 59.78 % para cada uno de los grupos.

Tabla 24. Análisis Discriminante para los grupos monolingüe (1) y bilingüe(2)

Peso de cada variable independiente para definir la pertenencia al grupo.

Pasos	Variables	Valor λ	N. S
1	Raven Global	.95439	.0421
2	Opera. Lógica	.93971	.0648
Valor Propio (Eigenvalue)		Correlación Canónica	
.06416		.2455395	

Número y porcentaje de sujetos clasificados en cada grupo.

(Los porcentajes de sujetos correctamente clasificados aparecen subrayados).

Grupos	N. T.	Grupo 2		Grupo 3	
		N. P.	%	N. P.	%
1. Monolingüe (Castellano)	33	19	<u>57.6</u>	14	42.4
2. Bilingüe (Gallego-Castellano)	59	23	39.0	36	<u>61.0</u>

Porcentaje total de casos clasificados correctamente	59.78 %

En definitiva, de acuerdo con la tabla resumen que se adjunta, es de destacar en primer lugar, el papel preponderante de la variable «*Nivel semántico*», puesto que ha sido la más seleccionada en la discriminación de los diferentes grupos: monolingües (*castellano parlantes*), bilingües (*gallego-castellano*), y semilingües (*castellano-suecos*). En segundo lugar, la variable «*Fluidex léxica*» ha sido seleccionada con carácter preferente, para discriminar entre los

grupos semilingüe y bilingüe. Dicha preferencia en la selección se extiende también a la discriminación entre los grupos monolingüe y semilingüe. Así mismo, la referida variable «*Fluidez léxica*», ha sido seleccionada en segundo lugar, para discriminar entre los tres grupos: monolingüe, bilingüe y semilingüe. En tercer lugar, la variable «*Flexibilidad cognitiva*», ha sido seleccionada en tres ocasiones en la discriminación de los tres grupos monolingües, bilingüe y semilingüe; discriminación que se extiende también a los grupos: monolingüe y semilingüe, así como en la discriminación de los grupos: monolingüe y bilingüe. Finalmente, habría que destacar la preponderancia de la ansiedad (*estado-rasgo*), así como la curiosidad (*estado*), puesto que han sido seleccionadas en las cuatro ocasiones en la discriminación de los diferentes grupos: monolingüe, bilingüe, y semilingüe. Cabría resaltar que es entre los grupos monolingüe y bilingüe, donde confluye el mayor número de variables que contribuyen a su discriminación, advirtiéndose la máxima homogeneidad entre los grupos monolingüe y bilingüe, al confluir el mínimo número de variables discriminativas.

Tabla 25. Tabla resumen de hallazgos en los Análisis Discriminante

Variables	Grupos				Total
	1 - 2 - 3	1 - 2	1 - 3	2 - 3	
Ansiedad - Rasgo	5		6		2
Ansiedad - Estado		1		4	2
Curiosidad - Rasgo	4		3		2
Curiosidad - Estado			5	3	2
Comprensión Auditiva					
Comprensión Visual					
Asociación Auditiva					
Asociación Visual					
Fluidez Léxica	2		1	1	3
Expresión Motora					
Integración Auditiva					
Integración Visual					
Memoria Secuencial Auditiva					
Memoria Secuencial Visomotora					
Semántico Auditivo	1				1
Nivel Semántico Global	3	2	4	5	4
Automático - Visomotor					
Nivel Automático Global					
Automático - Auditivo					
Semántico - Visomotor		2	2	2	3
Flexibilidad Cognitiva	6	3	7		3

5. RESUMEN-CONCLUSIONES

La dualidad (*estado-rasgo*), constituye la clave explicativa de la dinámica de la conducta. A cada una de las referidas acepciones, se les ha conferido una función análoga, a la atribuida en Física a la *energía cinética* y a la *energía potencial*. La ansiedad-estado, considerada como energía cinética, hace referencia a un proceso empírico de reacción, que se ejecuta en un determinado momento, y con un determinado grado de intensidad. Mientras que la ansiedad-rasgo, considerada como energía potencial, indica las diferencias en grado, de una disposición potencial latente a manifestar un cierto tipo de reacción. Los sujetos afectados por un alto rasgo de ansiedad, tenderán a ser más vulnerables ante el estrés, al percibir como más peligrosas y amenazantes, un amplio rango de situaciones, y en consecuencia, reaccionarán con mayor intensidad.

Los hallazgos más representativos de la presente investigación se recogen a continuación en forma de síntesis.

1. *Se advierte cierto antagonismo entre respuestas de ansiedad y respuestas de curiosidad.*

Los resultados obtenidos destacan una relación inversa entre ansiedad y curiosidad. Se generaliza la tendencia a que en determinados grupos se compatibilicen las altas puntuaciones en ansiedad, y las bajas puntuaciones en curiosidad, o viceversa; de forma que los sujetos ansiosos resultan escasamente curiosos, y los sujetos curiosos resultan escasamente ansiosos. En estos términos se plantea un cierto antagonismo entre ansiedad y curiosidad. No obstante, ambos procesos (*ansiedad-curiosidad*), se encuentran psicofisiológicamente mediatizados, por un estado impulsivo, que evoca sentimientos subjetivos de alerta. En consonancia con los hallazgos obtenidos, podría explicarse que los sujetos afectados por crisis de ansiedad experimenten una fatiga generalizada; desencadenándose en los mismos el cansancio psicológico, que a su vez, les conduce al aburrimiento. Mientras que los sujetos, cuyo estado de ánimo se encuentra presidido por la curiosidad, tenderían a caracterizarse por un cierto «*instinto epistemológico*», que supone un incremento de interés por ampliar los conocimientos.

2. *El rasgo y el estado de ansiedad, y de curiosidad son variables intervinientes, o variables mediadoras, que contribuyen a establecer diferencias individuales (a nivel disposicional, y/o a nivel situacional).*

De acuerdo con diferentes estudios epidemiológicos, se ha puesto de relieve, que las niñas presentan las más elevadas puntuaciones en la ansiedad (*estado-rasgo*). Tendencia que se invierte en las puntuaciones obtenidas en

curiosidad (*estado-rasgo*); si bien resultan más moderadas, no alcanzando significación estadística. Los varones se muestran menos ansiosos que el sexo opuesto, con tendencia a aventajarles en curiosidad, tanto en predisposición personal (*rasgo*), como en la determinación situacional de las acciones (*estado*).

En futuras investigaciones habrían de esclarecerse, hasta qué punto las diferencias destacadas son atribuibles al género, o al rol social; que desde esta edad parece marcar a los respectivos sujetos.

Se destaca la preponderancia de la edad, en cuanto variable moduladora de los niveles de ansiedad. Los resultados obtenidos, permiten destacar un punto de corte evolutivo entre los 6 años y los sucesivos (7 y 8 años). Hay que tener en cuenta que la edad de los 6 años ha representado durante largo tiempo, el umbral de la educación formalizada, (*inicio de la escolaridad obligatoria*). Al inicio de la referida etapa, los alumnos solían cambiar de centro escolar, de profesor, de sistema (*preescolar o familiar*), para adaptarse a las exigencias del nuevo currículum. La excesiva presión ejercida sobre el alumno, que ya de por sí, ha de realizar un «sobre-esfuerzo» para lograr adaptarse a los nuevos eventos; cuando a la indefensión asociada a esa edad; podrían acelerar su vulnerabilidad ansiógena, reflejada en las altas puntuaciones emitidas al IDAREN.

Otro apunte a destacar, es el efecto transcultural ejercido por la ansiedad (*estado-rasgo*). En el contraste entre respuestas emitidas por sujetos procedentes de distintas nacionalidades (España, Suecia, Argentina, Chile), se advierten diferencias estadísticamente significativas. Los suecos son los que informan de una menor variabilidad entre las puntuaciones de ansiedad (*estado-rasgo*), aventajando a los demás grupos en rasgo de ansiedad; los argentinos son los que informan de una mayor variabilidad entre las puntuaciones de estado-rasgo, superando a los demás grupos en estado de ansiedad. El grupo de sujetos españoles (de Galicia), de forma similar a los chilenos, obtienen moderadas puntuaciones (*al compararlos con el resto de nacionalidades*), en los respectivos componentes de la ansiedad.

Los referidos resultados abren la posibilidad de considerar la ansiedad como un síndrome afectivo, en el que se fundan emociones diversas (miedo, vergüenza, culpa...), y contenidos significativos de origen cultural. Las diferencias culturales, del tipo que señalan los antropólogos, parecen ejercer un poderoso efecto en los niveles de ansiedad individual. Prolongando nuestro razonamiento, podría apuntarse que el niño nace en un tipo de sociedad integrada por agrupaciones heterogéneas de situaciones y de sujetos que la sustentan. Los contextos socioculturales (*en los que se incluyen los lingüísticos*), pueden determinar y condicionar en cierto modo, la armonía emocional de los sujetos; de tal forma

que cualquier proceso que suponga una nueva adaptación o integración, habría de considerarse más bien con carácter aditivo que sustractivo.

En un afán de integrar los diversos hallazgos obtenidos a través de los análisis efectuados, dentro del primer estudio; se destaca un cierto antagonismo predominante entre ansiedad *versus* curiosidad. Se advierte que los sujetos ansiosos tienden a no ser curiosos, y los curiosos tienden a no ser ansiosos; por cuyo motivo se apunta la posible conveniencia de incorporar contenidos de curiosidad (*específica*), en los programas de intervención de conductas ansiosas, en aquellos sujetos que requieran dicho tratamiento.

3. La ansiedad disminuye el rendimiento en tareas psicolingüísticas.

La ansiedad muestra una incidencia negativa en las habilidades psicolingüísticas, afectando fundamentalmente a las tareas de «Comprensión visual», «Asociación visual», «Fluidez léxica», y «Memoria secuencial auditiva». La referida incidencia se acentúa en ansiedad rasgo, y se minimiza en ansiedad estado; variando su incidencia en las tareas de memoria. Dada la afectación en las respectivas tareas de memoria, se plantea la necesidad de esclarecer en futuros trabajos, si la preocupación e inquietud (*ansiedad*), consume previamente una parte de la capacidad limitada de la memoria, produciendo un *sobre-esfuerzo*, que afectaría a la ejecución en la tarea. También habría de esclarecerse, si es que la ansiedad interviene decisivamente en el procesamiento y retención provisional de la información, con las consiguientes repercusiones cognitivas. Se confirma así mismo, la incidencia negativa de la ansiedad rasgo en la «Flexibilidad cognitiva», (*a nivel de plasticidad verbal y plasticidad perceptiva*); si bien resulta escasamente significativa, al tratarse de la ansiedad-estado.

4. El rasgo de curiosidad incrementa el rendimiento en tareas psicolingüísticas

Se ha puesto de relieve que la curiosidad constituye un predisponente favorecedor de las habilidades psicolingüísticas; incidiendo fundamentalmente en el rendimiento obtenido en tareas de «Comprensión visual», «Memoria secuencial visomotora», «Expresión motora» e «Integración visual»; por lo que habría de vincularse al éxito en el *aprendizaje por descubrimiento*. Este método requiere la motivación del alumno, para descubrir reglas y leyes que gobiernen las soluciones de incertidumbre y complejidad. Parece pues, que aunque es previsible que existan otras variables que influyan en esta dimensión personal (edad, sexo,...), se resalta el hallazgo de que un alto nivel de curiosidad resulta facilitador del éxito escolar.

5. *El «uso lingüístico» incide en las respuestas emitidas a los reactivos de estado de ansiedad y rasgo de curiosidad*

Se destaca la preponderancia de los niveles de ansiedad estado que caracteriza a los sujetos bilingües, frente a los monolingües. Dichas diferencias se maximizan entre monolingües y semilingües, acumulándose en este último grupo, las puntuaciones más elevadas. Las referidas diferencias, podrían atribuirse a los efectos asociados al cambio frecuente y brusco de código, al pasar de una lengua a otra. De confirmarse este supuesto, podría originar en los usuarios del doble código lingüístico un «sobre-esfuerzo», con tendencia a incrementarse incluso más, en la medida en que los referidos grupo de sujetos sean destinatarios de una instrucción educativa, en la que predomine la L₂, (*sueco para los semilingües, y castellano para los bilingües*). Por otra parte, dicho “sobre-esfuerzo”, tendería a afectar notoriamente al equilibrio emocional de los sujetos afectados, en este caso semilingües y bilingües, incrementándose las altas puntuaciones en ansiedad estado.

El signo de las diferencias tendería a invertirse, al contrastar las puntuaciones obtenidas en el rasgo de curiosidad. Mientras que los semilingües presentan las más bajas puntuaciones en rasgo de curiosidad, seguidos de los bilingües; son los monolingües los que presentan las mayores puntuaciones en el rasgo de curiosidad, seguidos de los bilingües. Una vez más, se pone de relieve el antagonismo entre ansiedad *versus* curiosidad; de manera que de nuevo los ansiosos tienden a no ser curiosos, y los curiosos tienden a no ser ansiosos; por cuyo motivo se reitera la posible eficacia de incorporar contenidos de curiosidad (*específica*), en los programas de intervención de conductas ansiosas.

6. *Existe un perfil diferencial en función del «uso lingüístico»*

En el contraste del perfil psicolingüístico entre los distintos grupos formados en función del “uso lingüístico” (*monolingües, bilingües y semilingües*), se advierte que los monolingües muestran una notoria ventaja sobre los semilingües, determinada por las puntuaciones obtenidas en tareas, para cuya ejecución se requieren procesos de comprensión de significados: nivel semántico (*Comprensión visual, Fluidez léxica y Expresión motora*). Dichas ventajas a favor de los monolingües respecto a los semilingües, se amplían también a las tareas, para cuya ejecución se requieren aptitudes comunicativas: nivel automático (*Memoria secuencial visomotora, e Integración auditiva*). Las diferencias observadas en «Memoria secuencial visomotora», quizás remitirían a plantear de acuerdo con una de las hipótesis predominante, la duplicidad de los sistemas de almacenamiento de memoria en los usuarios de varios códigos lingüísticos, y muy particularmente, cuando se trata de códigos notoriamente diferenciados.

Conviene recordar que los semilingües objeto de nuestro estudio, son usuarios de un doble código al ser castellano-sueco parlantes.

Se advierte una desventaja significativa en los semilingües, que afecta tanto al ámbito de comprensión de significados, como a determinadas aptitudes comunicativas; de las que habría que excluir «*Fluidez léxica*», en la que se aprecian las ventajas de los semilingües. La consistencia del referido hallazgo se fundamenta en la «*penetrabilidad*» de las diferentes lenguas, a nivel léxico semántico (Quilis, y cols. 1982). El préstamo del castellano al sueco, y del sueco al castellano resulta ventajoso a los propios usuarios del doble código.

Por otra parte, cuando se comparan los resultados obtenidos por monolingües (castellano parlantes), y bilingües (*gallego-castellano parlantes*), se advierte que las diferencias se atenúan y moderan en el perfil psicolingüístico obtenido en los respectivos grupos. Dichas diferencias se limitan a determinadas dimensiones del nivel semántico visomotor (*comprensión visual, y expresión motora*). De todos modos, entre los respectivos grupos predomina una cierta equivalencia en el rendimiento obtenido en las ocho tareas psicolingüísticas restantes. Por resultar tan atenuadas las diferencias existentes entre monolingües y bilingües; previsiblemente no habrían de considerarse como consecuencias negativas imputables al bilingüismo. A nivel tentativo, cabría esperar que sean las distintas formas de abordaje de la tarea, las que tiendan a originar estilos psicolingüísticos diferenciados entre los respectivos grupos.

Sin embargo, las diferencias estadísticamente significativas, entre semilingües y bilingües; incluso incrementadas entre semilingües y monolingües, podrían estar reflejando determinados efectos de carácter negativo, con expresa incidencia en los procesos cognitivos del semilingüe, dado el bajo nivel en el dominio alcanzado en las respectivas lenguas; por lo que se registra una afectación propia del «*bilingüismo sustractivo*». Mientras que la tendencia de equiparación en tareas psicolingüísticas entre bilingües y monolingües, podría contribuir a eludir en los bilingües objeto de estudio, las consecuencias negativas propias del «*bilingüismo sustractivo*». Al no advertirse a través de nuestros resultados las consecuencias claramente positivas, atribuibles al «*bilingüismo aditivo*», habría que deducir que al parecer, los bilingües incluidos en el presente estudio no han adquirido el dominio pleno de las respectivas lenguas (*castellano y gallego*), que sería requerido para que se pusieran de relieve los adecuados efectos positivos derivados del referido «*bilingüismo aditivo*».

7. El «*uso lingüístico*», incide en el desarrollo de la *Flexibilidad cognitiva*, y en las operaciones intelectuales (no verbales).

Se establecen moderadas ventajas de los semilingües y bilingües, frente a monolingües en flexibilidad cognitiva. Ventajas que se confirman en la misma

dirección, a través de las puntuaciones obtenidas en operaciones intelectuales (*no verbales*), tanto a nivel de puntuación global, como en pensamiento lógico, intuición e imaginación; advirtiéndose un funcionamiento intelectual diferenciado entre los respectivos grupos. En todo caso, los referidos resultados no parecen confirmar la superioridad, que desde determinadas corrientes de investigación se han venido atribuyendo a los monolingües; si bien es cierto que nuestros resultados no alcanzan la significación estadística. No obstante, la tendencia de nuestros resultados parecen consolidarse, cuando se establece una nueva comparación únicamente entre los grupos monolingües y semilingües. La coordinación de nuestros hallazgos, contribuye a destacar la tendencia de la equiparación de bilingües a los monolingües, superándoles incluso, en determinadas áreas del desarrollo cognitivo, como previamente se ha indicado. Desde esta perspectiva, cabría afirmar que dos lenguas son mejores que una, ya que una segunda lengua proporciona al niño un sistema simbólico particularmente fluido; flexibilizando e incrementando por su mediación, la capacidad para expresar conceptos verbalmente, que es lo que constituye la «*fluidez léxica*». No obstante, para que dicho principio tuviera similares repercusiones en el resto de las habilidades psicolingüísticas, probablemente habría que insistir en la conveniencia de que en las respectivas lenguas se debería haber adquirido; al menos, un umbral mínimo de dominio. Habrá de ser cometido del sistema educativo, potenciar mediante los adecuados programas, el umbral máximo de dominio en las respectivas lenguas de los referidos sujetos bilingües; y ello, en sintonía con los factores sociales y motivacionales requeridos, dentro de nuestro peculiar contexto educativo. Por esta mediación, se potenciaría una reestructuración de los procesos cognitivos; tanto en función de su uso social, como en función de herramienta del pensamiento.

8. *La variables cognitivas y las psicoemocionales son útiles para discriminar entre distintos grupos de sujetos, en función del «uso lingüístico».*

A través del Análisis Discriminante, se ha puesto de relieve la utilidad de las variables cognitivas (*comprensión, asociación, fluidez léxica, integración, expresión, memoria, flexibilidad cognitiva; niveles: semántico, y automático; operaciones intelectuales no verbales*); así como de las variables psicoemocionales (*ansiedad y curiosidad*), para diferenciar válidamente entre los grupos. A nivel general, y en un afán de sintetizar los resultados de los distintos análisis, se destaca que las variables con capacidad discriminante se jerarquizan (*de mayor a menor*), del siguiente modo: nivel semántico, fluidez léxica, flexibilidad cognitiva, ansiedad (*estado-rasgo*), y curiosidad (*estado*).

Cuando se comparan los tres grupos (*monolingües, bilingües y semilingües*), es la variable «nivel semántico», la que se muestra más relevante; mien-

tras que cuando se comparan los grupos monolingües y bilingües, es la dimensión psicoemocional (*estado de ansiedad*), la que presta una mayor potencia discriminativa. Los referidos resultados contribuyen a confirmar nuestros hallazgos previos, acentuando la necesidad de la consideración conjunta de todas estas variables (*cognitivas y psicoemocionales*), para aproximarnos al esclarecimiento del papel que juega la ansiedad y los procesos cognitivos en los diferentes grupos de sujetos afectados por los contextos bilingües. Precisamente, a través de los resultados obtenidos, se tienden a validar los grupos (*monolingües, bilingües y semilingües*), objeto de análisis; resaltándose por una parte, determinadas afinidades entre bilingües y monolingües; escasas afinidades entre bilingües y semilingües; y notorias diferencias entre semilingües y monolingües.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DORNIC, S.; BRATFISCH, y LARSSON, T. (1975). Dificultad percibida en el aprendizaje verbal. *Rev. Psic. Gral. y Aplicada*, pp. 521-523.
- DORNIC, S. (1977). *Information processing and bilingualism*. Report of Department of Psychology. University of Stockholm.
- DORNIC, S. (1978). The bilingual's Performance: Language Dominance, Stress, and Individual Differences. En D. Gerver y H.W. Sinaiko (Eds.). *Language Interpretation and communication*. N.York. Plenum Press. 259-270.
- DORNIC, S. (1980). Language dominance, space capacity and perceived effort bilingües. *Ergonomics*. Vol. 23; nº 4, pp. 369-377.
- DORNIC, S. (1987). A high-load information processing task for stress research. *Perceptual and Motor Skill*, 65, pp. 712-714.
- EGIDO, A., BORN, M., y SINERO, C. (1994). Ansiedad y rendimiento académico. *Revista Galega de Psicopedagogía*. Nº, 8 y 9, pp.157-168.
- EYSENCK, M.W. (1985). *Atención y activación*. Barcelona. Herder.
- EYSENCK, M.W. (1990). *Cognitive Psychology*. York. John Wiley.
- GOMEZ, D.E.; (1988). *Implantación de Programas de Lenguaje Compensatorio en el Contexto Bilingüe de Galicia*. Madrid. Centro de Publicaciones de la Secretaría General Técnica del Ministerio de Educación y Ciencia.
- GOMEZ, D.E.; y PULIDO, M.T. (1989). Cuestionario de Ansiedad Infantil. Adaptación española del CAS. Madrid. TEA Ediciones.
- GOMEZ, D.E.; SINEIRO, C.; NOGUEIRA, A.; y PULIDO, M.T. (1990). The Differential Evaluation of Psycholinguistic Abilities of Bilingual Children. *Journal of Multilingual and Multicultural Development*, Vol 11, Núm. 3 pp. 191-198.
- GOMEZ, D.E. y SPIELBERGER, C.D. (1990). Assessment of Anxiety in Spanish Elementary School Children. En C.D. Spielberger y R. Díaz-Guerrero, (Eds.). *Cross-cultural Anxiety*. N.York. Hemisphere Publishing Corp. vol 4, pp. 193-203.
- GOMEZ, D.E.; y PULIDO, M.T. (1992). *Estrés en escola: Avaliación da ansiedade no contexto escolar*. Sada. A Coruña, Edicións do Castro.

- KIRK, S. y KIRK, W. (1971). *Psycholinguistic learning disabilities diagnosis and remediation*. Champaign. University of Illinois Press. Urbana.
- HAMERS, J. y BLANCH, M. (1989). *Bilinguality and bilingualism*. Cambridge Cambridge University Press.
- LAMBERT, W.E. (1978). Psychological approaches in bilingualism, traslation and interpretation. En D.Gerver y H.W. Sinaiko (Eds.). *Language, Interpretation and Communication*. N. York. Plenum Press.
- MacNAMARA, J. (1967). The bilingual's linguistic performance: A psychological overview. *JSI*, 23, 58-77.
- MAYOR, J. (1984). El Concepto de Pensamiento. En J.L. Fernández Trespalacios. *Psicología General II*, Madrid.UNED.
- PAZ, O. (1990). *Discurso en la Academia Sueca*. Estocolmo.
- PULIDO, M.T. (1994). La Evaluación de la ansiedad. En D.Gómez y X.L. Saburido. *Salud y Prevención: Alternativas desde la Evaluación Psicológica*. Santiago Xunta de Galicia. Santiago de Compostela. 285-356.
- PULIDO, M.T. (1996). *Ansiedad y procesos cognitivos en contextos bilingües*. Santiago. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Santiago de Compostela. Tesis Doctoral.
- QUILIS, A. y cols. (1982). Interferencias lingüísticas en el habla de los niños españoles emigrantes en Francia Estudios de Educación. Monográfico. Madrid. MEC.
- RAVEN, J.C. (1938). *Progressive Matrices*. Londres: H.K. Lewis Co. Ltd.
- SINEIRO, C.; LUQUE, N.; y GONZALEZ, Y. (1995). L' évaluation neuropsychologique du langage. En M.Th. Neuilly. *Gestion de Crise. Crise technologiques et crise sociales*. París, L' Harmattan. pp. 87-105
- SINEIRO, C. (1994). Evaluación del lenguaje. En D.E. Gómez y X.L. Saburido. *Salud y Prevención. Alternativas desde la Evaluación Psicológica*. Santiago de Compostela, Consellería de Cultura. Xunta de Galicia pp. 187-204
- SPIELBERGER, BAUERMEISTER, VILLAMIL y DIAZ GUERRERO, (1976). *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo para niños (IDAREN)*. Palo Alto. California.Consulting Psychologist Press.
- SPIELBERGER, C.D. (1976). The nature and measurement of anxiety. En C.D. Spielberger y R. Díaz-Guerrero (Eds.) *Cross Cultural Anxiety*. Washington. D.C. Hemisphere.
- SPIELBERGER, C.D. (1994). Trastornos de ansiedad. En D.E. Gómez y X.L. Saburido (Eds.) *Salud y Prevención: alternativas desde la evaluación psicológica*. Xunta de Galicia. pp. 539-573.



Factores psicolingüísticos predictores de alteraciones en autoconcepto

¹CLOTILDE SINEIRO; ¹NURIA LUQUE; y ²ÁNGEL EGIDO

¹Universidad de Santiago de Compostela. España

²Universidad "Catholique de l'Ouest". Angers. Francia

1. INTRODUCCIÓN

Las relaciones entre trastornos de la comunicación y alteraciones en otras áreas comportamentales, constituyen el centro de interés de la mayor parte de las investigaciones realizadas desde hace poco más de una década. Implícito en todas ellas, está una consideración interactiva del desarrollo y de que la ejecución lingüística no es sólo el producto de competencias lingüísticas sino también de competencias afectivas, cognitivas y sociales. Debido a ello, potencialmente, cualquiera de esas áreas pueden estar afectadas.

La experiencia y la investigación clínicas confirman también que problemas de lenguaje persistentes no existen independientemente de otros problemas en el desarrollo cognitivo y social. El lenguaje es, ante todo, instrumento de comunicación y, conforme el sistema lingüístico se va desarrollando, será también, medio de expresión e intercambio de pensamiento, y va a ser finalmente, medio para organizar, comprender y representar experiencias ya que el diálogo con los otros establece nuevas representaciones, nuevos conocimientos, y en definitiva, nuevas posibilidades dentro del sistema representacional.

Tanto el lenguaje como el autoconocimiento se ven muy influenciados por las reacciones de los otros; reacciones que son emocionales, gestuales y verbales. Desde los primeros desarrollos teóricos del autoconcepto se resalta el papel que el paralenguaje y el lenguaje tienen sobre este proceso. Estudios realizados en la última década en niños con trastornos del lenguaje han permitido constatar la asociación esperada en base a las relaciones que, desde el comienzo de la vida, existen entre *autoconcepto* y lenguaje. En un trabajo de Brandell y Wirhanowicz (1985) se señala retraso en el desarrollo de autoconcepto en

preescolares con alteraciones del lenguaje y habla. Wylie (1990), por otro lado, destacó la importancia del entorno verbal en la adquisición del *autoconcepto* en un estudio con niños de edades comprendidas entre 25 y 39 meses.

El trabajo que presentamos se sitúa en esta línea de clarificación de relaciones entre ambos sistemas por su importancia esencial, no sólo a nivel teórico, sino desde su vertiente aplicada preventiva y de intervención. Constituye un primer estudio exploratorio, y forma parte de un trabajo más amplio en el que se examinan diferencias en autoconcepto en niños con y sin trastornos lingüísticos.

Partimos del modelo, multidimensional y jerárquico, de autoconocimiento de Damon y Hart (1988), que define el *autoconcepto* como la representación cognitiva de uno mismo del yo, del *autointerés* y de la identidad personal, cuyo proceso de construcción ocurre dentro de una red de relaciones, en la que diferentes individuos, intencionalmente modifican sus acciones en reacción a las acciones de otros (Figura 1).

Figura 1. Dimensiones horizontales del autoconcepto basado en el modelo de Damon y Hart

	DIMENSIONES	COMPONENTES
Autoconcepto	Yo como objeto	FISICO (<i>Cuerpo físico o posesiones materiales</i>). ACTIVO (<i>Habilidades o actividades</i>). SOCIAL (<i>Características sociales, interacción social</i>). PSICOLOGICO (<i>Estados de ánimo, pensamiento, sentimiento</i>).
	Yo como sujeto	DISTINTIVIDAD (<i>Sentido de distintividad en relación con los demás</i>). CONTINUIDAD (<i>Sentido de autocontinuidad a lo largo del tiempo</i>). AGENCIA (<i>Formación, existencia o control del yo</i>).

Nuestro objetivo fue determinar la asociación potencial entre habilidades psicolingüísticas y autoconcepto.

2. MÉTODO

2.1. Sujetos

La muestra está constituida por 25 niños/as de edades comprendidas entre 6 y 8 años afectados por dificultades lingüísticas según informe de sus profesores y, confirmados posteriormente a partir de sus puntuaciones en el ITPA. Todos ellos cursan 1º y 2º de Educación Primaria en centros públicos de Santiago.

2.2. Instrumentos y procedimiento

Como previamente se ha indicado para evaluar lenguaje se utilizó el autoconcepto se ha evaluado a través de la *Entrevista de Damon y Hart*, basada en el modelo antes mencionado.

Este modelo implica dos componentes, el *yo como objeto* y el *yo como sujeto*, ambos se sitúan en la dimensión horizontal del modelo. El primero se divide en cuatro autoesquemas, el físico, el activo, el social y el psicológico. La dimensión horizontal del *yo como sujeto* se divide en tres procesos; continuidad, distintividad y agencia. En la dimensión vertical, se representan las progresiones evolutivas del *yo* desde los primeros años hasta el final de la adolescencia. Las del *yo como objeto* están constituidas por descripciones superficiales del *yo* con valor en y por sí mismas, evaluaciones comparativas, las implicaciones de tales autodescripciones en las relaciones interpersonales y creencias o filosofías personales determinadas por éstas. Mientras que para el *yo como objeto* estas progresiones integran una secuencia general de desarrollo, para el *yo como sujeto* ésta no se puede establecer aunque también existe cierta comunalidad entre los sentidos de continuidad y distintividad.

La entrevista tiene una serie de cuestiones fundamentales que tienen que ser contestadas, su carácter flexible permite la variación de muchas de ellas si así lo requieren las necesidades de comprensión del sujeto e incluso se permite que se añadan cuestiones pruebas si se considera imprescindible. Todas ellas se administran conforme a los principios del método clínico de Piaget, en el que el evaluador motiva a los sujetos a explicar sus respuestas con el fin de llegar a una verdadera comprensión de las mismas. La presentación de estas cuestiones finaliza cuando se dan respuestas del tipo “no sé” o existen indicios de disminución de la atención. Todo este proceso se grabó en magnetofón ya que de esta forma era posible, por un lado, que el sujeto no se inhibiera a la hora de expresar sentimientos y vivencias, por el hecho de vernos tomar notas constantemente, y por otro lado posibilitó que una vez transcritas las entrevistas dispusiéramos textualmente de las expresiones verbales de los sujetos.

Su administración es individual y está diseñada para aplicar a sujetos de entre 4 y 18 años. Su duración oscila entre 35 y 60 minutos. Consta de 7 ítems centrales, 4 exploran aspectos del *yo* como objeto en las siguientes manifestaciones; *autodefinición*, *autoevaluación*, *autoproyección* y *autointerés*, y tres exploran aspectos del *yo* como sujeto centrados en *continuidad*, *distintividad* y *agencia* de ese *yo*.

Su corrección, una vez transcritas se realizó de acuerdo con las instrucciones del Manual del test. Intervinieron tres evaluadores, con el objeto de alcanzar una objetividad interjueces. En los casos en los que ésta no se alcanzó, se optó por descartar a los sujetos con los que se discrepaba en su puntuación como parte de la muestra.

Nuestra unidad de puntuación se define como un “*chunk*” de razonamiento, que se corresponde con una autocaracterística mencionada por el sujeto. Dicho Manual se encuentra dividido en secciones que se corresponden con los ítems de la entrevista; los cuatro autoesquemas del *yo* como objeto, y los tres *procesos del yo como sujeto*. Cada una de estas secciones tiene una secuencia de niveles evolutivos junto con afirmaciones que ilustran cada nivel. La puntuación se obtiene determinando en primer lugar a qué sección pertenece cada “*chunk*”, para posteriormente equiparar el “*chunk*” a un nivel evolutivo dentro de esa sección. Solamente se puntuaron aquellos “*chunks*” en los que el sujeto explicara su razonamiento.

3. RESULTADOS

La relación de *lenguaje* con *autoconcepto* fue realizada por medio del Análisis de Regresión Múltiple habiendo recurrido al procedimiento “stepwise”. Con este análisis se ha pretendido determinar la jerarquía de las variables independientes predictoras —*Comprensión auditiva y visual*, *memoria secuencial auditiva y visual*, *asociación auditiva y visual*, *integración gramatical*, *auditiva*, *visual y fluidez léxica y expresión*— por cuanto al autoconcepto se refiere en cuanto variable dependiente.

La variable *dependiente*, autoconcepto, se desdobló en primer análisis en *yo como objeto* y *yo como sujeto*. Como variable predictora de *autoconcepto* objetivo se encontró la expresión manual, mientras que el resto de variables independientes quedaron fuera de la ecuación de regresión. Tampoco hubo ninguna variable independiente que predijera el autoconcepto subjetivo.

En un segundo análisis de regresión se tomaron como variables dependientes los diferentes componentes del *yo como objeto*, el físico, el activo, el

social y el psicológico, obteniéndose como variables predictoras del yo físico, la expresión motora y comprensión visual las cuales explican aproximadamente el 34% de la varianza y del yo activo la integración visual que explicaría el 44% de la varianza.

Como podemos ver en la tablas 1, 2 y 3 en relación con las variables predictoras, todas ellas pertenecen al canal viso-motor del ITPA lo que podría estar indicando la posibilidad de que los problemas en la modalidad escrita sean los que estén afectando al autoconcepto.

En relación con la variable independiente comprensión visual, su predicción negativa sobre el componente físico, podría justificarse en base a un predominio funcional, en niños con problemas lingüísticos, de los componentes sociales y afectivos frente a un predominio cognitivo en el sistema lingüístico.

Tabla 1. Dimensión «yo» como objeto; los Resultados del Análisis de Regresión

Variable Independiente	R2	BETA
Expresión Manual	.436272	.19033

Tabla 2. Componente físico de la dimensión «yo» como objeto; los Resultados del Análisis de Regresión

Variable Independiente	R2	BETA
Expresión Manual	.18308	.427876
Comprensión Visual	.33719	-.392597

Tabla 3. Componente activo de la dimensión «yo» como objeto; los Resultados del Análisis de Regresión

Variable Independiente	R2	BETA
Integración Visual	.436272	.19033

4. CONCLUSIONES

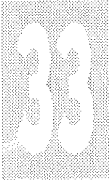
Con relación a los componentes físico y activo de la dimensión objetiva, la fuerza predictora de las variables psicolingüísticas, *comprensión visual*, *expresión motora e integración visual*, justifican la necesidad de seguir investigando en esta dirección ampliando la muestra e incluyendo además sujetos con

diagnósticos de trastornos lingüísticos específicos. Nuestros resultados ponen de relieve la necesidad de incluir en los programas de intervención estrategias que incidan en la recuperación de estas habilidades.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRANDELL, M. y WIRHANOWICZ, J. (1985). Relationship between communication disorders and self-concept among preschool children. Comunicación presentada en *Annual Convention of the American Speech-Language-Hearing Association*. Washington, DC
- DAMON, W. y HART, D. (1988). *Self-Understanding in Childhood and Adolescence*. Nueva York: Cambridge University Press.
- WYLIE, R.C. (1990). Mothers' attributions to their young children. the verbal environment as a resource for children's Self-concept Acquisition. *Journal of Personality*, 58:2,419-441.





La representación objetiva de uno mismo en niños con trastornos del lenguaje

CLOTILDE SINEIRO; NURIA LUQUE; y M^a JOSÉ IGLESIAS
Universidad de Santiago de Compostela. España

1. INTRODUCCIÓN

Desde la década de los cincuenta tema de debate importante, especialmente en clínica, ha sido la naturaleza de la asociación entre trastornos de la comunicación y trastornos emocionales y conductuales. En una primera etapa, el interés se ha centrado en relaciones etiológicas entre personalidad y trastornos del lenguaje pasando posteriormente al plano de las relaciones entre trastornos de la comunicación y trastornos emocionales y/o conductuales. A este cambio de interés subyace la asunción de que los desarrollos inter o intra intraindividual suceden dentro de una compleja red de relaciones horizontales y jerárquicos. Por tanto, y puesto que son interdependientes, ningún aspecto o áreas del desarrollo intraindividual pueden ser entendidos totalmente de manera aislada.

El desarrollo lingüístico es especialmente dependiente de todos los otros aspectos del desarrollo. De igual modo, cualquier aspecto del desarrollo inter o intrapersonal recibe la influencia formativa del desarrollo lingüístico. Esto tiene su reflejo en el área de la patología como han señalado Baker y Cantwell (1987) al afirmar que “los niños con retraso o trastorno del desarrollo en habla o lenguaje están en riesgo tanto de alteraciones psicopatológicas como del aprendizaje” (p.546), y en consecuencia, “*la intervención temprana en el área del lenguaje y habla pueden evitar trastornos psiquiátricos*” (p. 509).

En la década pasada, los investigadores en el área de la patología de la comunicación comenzaron a explorar las consecuencias potenciales de los trastornos de la comunicación en áreas determinadas del desarrollo del niño. Como Baker y Cantwell (1983) destacan “*puesto que el lenguaje es una cualidad*

exclusivamente humana, se puede esperar que un trastorno en el desarrollo del lenguaje tenga consecuencias de amplio alcance para otras áreas del desarrollo infantil temprano. De hecho, la investigación sistemática ha sugerido que el lenguaje está especial e intrínsecamente relacionado con el desarrollo del pensamiento, juego, desarrollo social y emocional, y aprendizaje” (p. 51-52). El lenguaje sirve a funciones propositivas, sociales y comunicativas (Cazden, 1988). Por lo tanto: a) se usa para representar y analizar conocimiento e información acerca de sí mismo y del mundo; b) facilita, las relaciones sociales y culturales y c) proporciona la oportunidad de expresar actitudes, creencias, sentimientos y valores. A través de su adquisición y uso, el niño es capaz de desarrollar un sentido de identidad personal y capacidad para sentirse seguro. El lenguaje le proporcionará una forma adaptativa de autorregular conducta.

El lenguaje que oyen en el entorno les ayuda a clasificar y modificar su conducta (Luria, 1982). El diálogo con otros establece efectivamente nuevas representaciones, conocimientos y nuevas posibilidades dentro del sistema representacional que inicialmente estaba delimitado a la representación de la experiencia directa. Y, en consecuencia, el lenguaje evoluciona, en primer lugar, como un sistema comunicativo y las funciones adicionales a las que sirve, cognitivas, por ejemplo, emergen conforme se va elaborando el sistema lingüístico, y es en ese marco comunicativo social donde se va efectuando el aprendizaje sobre el yo/otros que conducirá finalmente a la autoconsciencia.

En definitiva, lenguaje y autoconcepto son probablemente tanto una causa como un efecto de procesos que ocurren en otros dominios de conducta y a través de los distintos niveles de desarrollo humano. Así mismo el aislamiento de factores de riesgo, los problemas o déficits surgidos en la interacción social, el detectar posibles factores asociados a un problema de comunicación; en definitiva, el considerar los aspectos psicológicos, biológicos y sociales del desarrollo del niño en evaluación e intervención puede mejorar comportamientos y ayudar a resolver, al menos, algunas de sus dificultades emocionales o comportamentales. En este intento por el clarificar relaciones entre sistemas se sitúa nuestra investigación la cual tiene como objetivo principal analizar las implicaciones de los problemas lingüísticos en el desarrollo de los componentes evaluativos del autoconcepto.

2. MÉTODO

2.1. Sujetos

La muestra esta constituida por 50 sujetos con edades comprendidas entre los 6 y 7 años, todos ellos escolarizados en el primer ciclo de Educación Primaria en Centros Públicos de Santiago de Compostela.

La selección de los alumnos integrantes de dicha muestra fue realizada en base al parámetro de la inexistencia de déficits intelectuales generales para la totalidad de la misma, y la presencia de algún tipo de alteración del lenguaje en solamente la mitad de los casos.

2.2. Procedimiento

Una vez aceptada nuestra solicitud de recoger datos en los centros de educación señalados, se presentaba a la dirección de los mismos y a los profesores implicados, los objetivos perseguidos con nuestra investigación con el fin de fomentar su participación. Al mismo tiempo, se informaba sobre las pruebas y el tiempo requerido para hacerlo.

Ya que nuestro propósito era comprobar que sucede en el autoconcepto objetivo cuando existen alteraciones lingüísticas no asociadas o causadas por déficits intelectuales se descartó la presencia de los mismos gracias a la aplicación del test de Vocabulario en imágenes (*Peabody Picture Vocabulary Test*).

La presencia de problemas en el procesamiento lingüístico se evaluó a través de las puntuaciones obtenidas en el Test de Illinois de Habilidades Psicolingüísticas (ITPA). A partir de este momento la muestra quedo desdoblada en dos grupos; 25 sujetos con problemas lingüísticos y 25 sin problemas.

Posteriormente para conocer las diferencias que se presumían existían en autoconcepto entre ambos grupos se les administró la *Entrevista de Damon y Hart*, basada en su modelo autoconocimiento, referidos ambos en el capítulo 2 de este mismo volumen.

Mientras que la corrección de la Prueba del Peabody y el ITPA fue llevada a cabo por un sólo evaluador con gran conocimiento de las normas de puntuación y siguiendo estrictamente las instrucciones de los manuales correspondientes, en la corrección de la entrevista de autoconcepto participaron tres investigadores, ya que se trataba de constatar que los resultados no dependían de la persona que los obtenía. En aquellos casos en los que no se alcanzó una objetividad interjueces, se optó por descartar, a los sujetos con los que se discrepaba en su puntuación, como parte de nuestra muestra.

Además, hay que señalar, también en referencia a la entrevista, que se consideró oportuno grabarlas con un magnetofón ya que esto permitió, por un lado que no se entorpeciera o desatendiera la relación entrevistado-entrevistador, ya que el tomar notas constantemente en una entrevista puede inhibir a los niños a la hora de expresar sus sentimientos, y por otro posibilitó, que una vez transcrita la cinta se dispusiera textualmente de las expresiones verbales del niño para que fueran posteriormente analizadas.

Por lo que se refiere al tiempo de aplicación de estas pruebas, este fue, aproximadamente, de cuatro meses desde enero a mayo de 1993. Una vez aceptada nuestra solicitud de recoger datos en los centros de educación señalados, se presentaba a la dirección de los mismos y a los profesores implicados, los objetivos perseguidos con nuestra investigación con el fin de fomentar su participación. Al mismo tiempo, se informaba sobre las pruebas y el tiempo requerido para hacerlo.

Entre las variables contextuales que se tuvieron en consideración a la hora de realizar la evaluación, estaban, el lugar y la hora del día, ya que se consideró que ambas podían afectar a los resultados finales. Los lugares se procuraba que fueran aislados y a cubierto de cualquier posible interrupción, y en cuanto a la hora del día se eligió o la primera de la mañana o de la tarde evitando, en la medida de lo posible, la solapación de nuestro trabajo con cualquier actividad gratificante para los niños/as —recreo, una clase esperada ...— y siempre teniendo en cuenta factores que tienen que ver con el estado de los niños/as —fatiga, sueño, hambre ... —.

En el plan de organización del proceso de recogida de datos quedo establecido el número de sesiones en las que ésta se llevaría a cabo de la siguiente manera; la primera se aplicó el *Peabody* y algunas pruebas de ITPA, en la segunda se finalizaría con el test de habilidades psicolingüísticas y en la última el evaluador recogió información en relación con el autoconcepto a través de la entrevista, controlándose que las sesiones no se realizaran demasiado espaciadas unas de otras. A pesar de ello, esta planificación de intervención no era rígida sino que se alteró en aquellos casos en los que se consideró oportuno, concediendo descansos cuando se observaba falta de atención.

3. RESULTADOS

Las diferencias globales en autoconcepto objetivo entre ambas muestras se estudio a través de Análisis de Varianza Unidireccional. Las puntuaciones directas en autoconcepto muestran que el mayor número de autodescripciones

de los sujetos de ambos grupos son de carácter físico y activo, pero también se describen a sí mismos en términos psicológicos y sociales.

Tabla 1. Puntuaciones directas en autoconcepto

		Yo como objeto		
	Físico	Activo	Psic.	Social
(1)	193	129	83	28
(2)	162	103	47	20

(1) Sin problemas. (2) Con problemas.

El Análisis de Varianza se aplicó con el fin de estudiar las diferencias significativas existentes entre ambas muestras, primero, en el autoconcepto objetivo a nivel global, segundo, en los diferentes componentes de esta dimensión del autoconcepto, es decir, en el autoesquema físico, activo, social y psicológico, y por último en los diferentes niveles evolutivos que configuran estos autoesquemas.

De esta manera, en ese primer Análisis de Varianza se confirmaron las diferencias globales en el autoconcepto objetivo entre el grupo sin problemas lingüísticos y el grupo con problemas ($F(1,2) = 5.57$; $p < .05$). En una segunda fase del análisis se verificó la existencia de diferencias intergrupo entre en el componente psicológico ($F(1,2) = 5.09$; $p < .05$). Posteriormente, y como ya explicamos, fueron objeto de estudio los diferentes niveles evolutivos que configuran la dimensión objetiva del autoconcepto, obteniéndose significación en el nivel 1 del autoesquema psicológico ($F(1,2) = 9.28$; $p < .01$).

4. CONCLUSIONES

En este estudio comparamos las descripciones dadas por niños de entre 6 y 8 años, con y sin problemas de lenguaje, en relación con el autoconcepto objetivo global como con sus diferentes componentes y niveles.

Estos resultados a nivel global confirman los efectos de los problemas lingüísticos sobre el desarrollo del autoconcepto encontrados también en estudios anteriores llevados a cabo con niños más pequeños (Brandell y Wirhanowicz, 1985 y Wylie, 1990).

Los datos obtenidos ponen de relieve un autoconcepto más desarrollado en el grupo de sujetos sin problemas en el procesamiento lingüístico, aunque

ambos grupos muestran la misma tendencia organizativa para los diferentes autoesquemas; es decir, teniendo en cuenta que ambas muestras pertenecen al mismo grupo de edad y a los mismos cursos escolares, se observa retraso pero no desvío en el desarrollo del autoconcepto para los niños con déficits en habilidades psicolingüísticas. Y además se ve que este retraso evolutivo que presentan los niños con alteraciones lingüísticas en autoconcepto es más evidente en la forma psicológica de construir el yo, por lo tanto tiene que ver con su identidad, con sus sentimientos, afectos, habilidades sociales y comunicativas, creencias y pensamientos. Todo ello parece ser significativo si tenemos en cuenta las funciones comunicativas del lenguaje.

El autoconcepto, a diferencia de otros conceptos interpersonales, ayuda a diferenciar al sujeto de los otros y, en esa diferenciación, el lenguaje representa un medio esencial, sin él, el sujeto es incapaz de expresar ideas, sentimientos, pensamientos, de compartirlos; en definitiva, de ver como la conducta de los otros es modificada por sus propias acciones a la vez que éstas se ven modificadas por las suyas. El lenguaje es, pues, un instrumento importante que modifica el entorno. Por tanto, es el niño con problemas lingüísticos el que fracasa repetidamente a la hora de expresar estos deseos, sentimientos, emociones... y esto es lo que disminuye sus niveles de autoconfianza que como la autoimagen, y tal como muchos autores han puesto de manifiesto, se adquieren a través de las interacciones sociales.

El cómo se percibe a sí mismo, el cómo le valoran los otros, cuáles son las actitudes de los otros hacia sí mismo están, en gran parte, mediatizadas por el lenguaje. Tal y como venimos explicando, ambos procesos ocurren dentro de una red social y tienen antecedentes conceptuales y sociales comunes. En otras palabras, ambos están organizados y regidos por las alternancias funcionales; de ahí la reorganización conceptual que se observa tanto en el desarrollo del autoconcepto como en el sistema lingüístico.

Para finalizar, decir en primer lugar, que nuestros resultados se pueden añadir a los de los cada vez más numerosos estudios que apoyan la existencia de co-ocurrencia de trastornos lingüísticos con alteración en otras áreas comportamentales, y que, sin duda, hace falta más investigación en la que se utilice una muestra más amplia y se incluyan niños de diferentes marcos, clínico, escolar, con trastornos específicos de lenguaje... explorando también los efectos de variables demográficas y socioculturales.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BAKER, L. Y CANTWELL, D. (1983) "Developmental and behavioral characteristics of speech and language disordered children". En CHESS, S. y THOMAS, T.(Eds): *Annual Progress in Child Development*. N.Y.: Brunner-Mazel.
- BAKER, L. Y CANTWELL, D. (1987) "A prospective psychiatric follow-up of children With speech/language disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 546-553.
- BRANDELL, M. y WIRHANOWICZ, J. (1985)., "Relationship between communication disorders and self-concept among preschool children". *Paper presentes at the annual Convetion of the American speech-language-hearing association*. Washington DC.
- LURIA, A. (1982). *Language and Cognition*. Washington, DC.: Winston.
- WYLIE, R.C. (1990). Mother's attributions to their young children the verbal environment as a resource for children's self-concept acquisition. *J. of Personality*, 58, 419-441.





Perfil psicolingüístico en niños y adolescentes depresivos

CLOTILDE SINEIRO; NURIA LUQUE; y M^a JOSÉ IGLESIAS
Universidad de Santiago de Compostela. España

1. INTRODUCCIÓN

Las investigaciones realizadas en la pasada década sobre depresión en niños y adolescentes, han permitido constatar dos tipos de hechos: en primer lugar su adecuabilidad diagnóstica (Emde y cols., 1986; McCauley y Teri, 1990; Wiener y Hendren, 1983), y en segundo lugar su co-ocurrencia con trastornos de la comunicación (Alessi y Loomis, 1988; Camaratta y cols., 1988; Grunnell y cols., 1983; Gualtieri y cols., 1983).

La existencia de esta asociación plantea la cuestión de la naturaleza de tales relaciones. Las opiniones al respecto difieren. Las interacciones verbales y sociales de los niños con trastorno distímico, podrían limitar su lenguaje y experiencias sociales, lo que podría resultar en retraso lingüístico y alteraciones pragmáticas (Prizant y cols., 1990). También podría suceder lo contrario, ser el trastorno lingüístico la condición primaria, que ocasiona déficits psicosociales, posibilitando la alteración afectiva (Baltaxe y Simmons, 1988; Baker y Cantwell, 1990; Cantwell y Baker, 1980); teniendo en cuenta sobre todo el papel que el lenguaje juega en otras áreas del desarrollo infantil. Sin embargo, la utilidad de estos modelos unidireccionales, se ve limitada por las complejidades transaccionales del desarrollo.

Una tercera posibilidad es que ni el trastorno lingüístico, ni la depresión, sean primarios, sino que ambos compartan el mismo factor etiológico (Baker y Cantwell, 1982). Otra alternativa es la planteada por los modelos interactivos, que toman en cuenta las influencias mutuas entre niño y entorno desde una perspectiva longitudinal y evolutiva, las transacciones continuas entre los niños y sus contextos sociales (McCauley y Swisher, 1987).

Inicialmente niños y cuidadores comparten estados emocionales y a partir de las interacciones tempranas de afecto y atención compartidas, al que se van a ir incorporando objetos y acontecimientos, y donde se busca información afectiva a partir del cuidador, va a iniciarse el desarrollo psicológico del futuro adulto. Esta referencia social es una de las formas más tempranas de comunicación intencional (Bates y cols., 1979; Walden y Ogan, 1988); que es considerada básica para la comprensión de las funciones lingüísticas. El lenguaje emerge como un sistema comunicativo, y es su función comunicativa, la que lo relaciona con otros dominios comportamentales. La relación entre depresión y alteración lingüística puede constituir un ejemplo de un proceso transaccional, ya que la inseguridad, la resistencia a jugar, la timidez, la autodesvalorización, la soledad, la falta de interés y energía e incluso las quejas psicósomáticas obstaculizan, y/o perturban su funcionamiento interpersonal y, por ello y en definitiva impiden o alteran la adquisición y uso del lenguaje. Por último, cabe también la posibilidad, en casos específicos, de la no existencia de relación causal entre trastornos de comunicación, y trastorno afectivo. Además, y aún por lo que se refiere a la naturaleza de esta asociación, están todavía sin identificar relaciones específicas entre trastornos afectivos y trastornos específicos del lenguaje. Conscientes de que la especificación de tales direccionalidades, requiere el empleo de un método de evaluación más sofisticado, y el uso de procedimientos y técnicas experimentales que abarquen el espectro total de los diversos componentes y funciones que el lenguaje abarca.

Nuestro trabajo se centra en la determinación de discrepancias intergrupales en el funcionamiento psicolingüístico; planteándonos como objetivo realizar un análisis descriptivo de diferentes aspectos del procesamiento lingüístico de un grupo de niños y adolescentes depresivos, que viven internos en el centro donde cursan sus estudios, y que proceden de un entorno sociofamiliar problemático. Los niños de este tipo de extracción social, tienen un mayor riesgo de problemas emocionales y conductuales y de déficits cognitivos (Davie y col., 1984; Harrington y cols., 1991; Ninio, 1980; Zoccolillo, 1992; Wachs, 1979).

Con el fin de clarificar el impacto de la depresión sobre el funcionamiento lingüístico y cognitivo, se comparó la ejecución de los depresivos en el Test de Habilidades Psicolingüística de Illinois (ITPA) con la de un grupo de control de sujetos normal.

2. METODOLOGÍA

2.1. Sujetos

Los sujetos participantes en el estudio fueron 30 niños y niñas escolarizados, entre 5° y 7° curso de E.G.B. Todos ellos, a su vez se encontraban en régimen de internado.

La mayor parte de ellos eran repetidores de dichos cursos por primera, segunda e incluso tercera vez. La distribución por cursos se presenta en la tabla 1.

Tabla 1. Distribución por cursos de la muestra

5° EGB	6° EGB	7° EGB	Otros	Total
6	13	5	6	30

Sus edades estaban comprendidas entre 9 años y 10 meses y 16 años y 9 meses, cuya distribución por edad y sexo se ilustra en la tabla 2.

Tabla 2. Distribución por edad y sexo

Sexo	Edades									Total
	9	10	11	12	13	14	15	16	17	
V	1	—	3	5	5	1	2	—	13	30
H	-	—	3	3	2	3	1	1		

Estos sujetos componen los grupos experimental y control de nuestro estudio. En la selección del grupo experimental se tuvo en cuenta la información aportada por el psicólogo del centro quien, dada su problemática familiar, y su comportamiento había tenido que intervenir en diversas ocasiones. Está compuesto por 15 niños diagnosticados como depresivos, en base a sus puntuaciones en el Cuestionario Español de Depresión Infantil (CEDI), que oscilaban entre 9 y 30. En concreto, 6 experimentaban depresión leve o ligera, 2 depresión moderada y 7 depresión severa.

El grupo control fue seleccionado al azar encontrándose integrado por 15 niños, cuyas puntuaciones en el CEDI fueron inferiores a 7. Ambos grupos fueron equiparados por C.I. en el WISC, y compartían así mismo unos problemas familiares (ruptura, abandono...) y origen socioeconómico similar.

2.2. Material

En una primera fase, se aplicó CEDI, adaptado por Rodríguez Sacristán y cols. (1984) de la escala *Children's Depression Inventory* (CDI) (Kovacs, 1979).

Puesto que son niños, como señalan Cytryn y cols (1980) los que mejor pueden informar de su estado, y con el fin de garantizar el adecuado diagnóstico, y ajustarse a los criterios diagnósticos del DSM-III-R, a todos los niños del grupo experimental se les pasó la Entrevista Semiestructurada de Proznaski y cols. (1984), *Children Depression Rating Scale Revised*.

Para evaluar como reciben, recuperan, organizan y manipulan lenguaje se utilizó el (ITPA) (Adaptación experimental; Sineiro 1983).

2.3. Procedimiento

A los niños se les administraron las pruebas individualmente en el centro donde residían, y en varias ocasiones, debido al tipo de sujetos, longitud de la prueba psicolingüística, y al tiempo limitado del que disponían.

Dado que las edades para las que el ITPA está estandarizado son las comprendidas entre los dos años y seis meses, hasta los diez años y seis meses y las de los niños de las muestras abarcan desde los nueve años a los 16 años, fue necesario recurrir a un procedimiento de puntuación que permitiera comparar los resultados de los grupos en cada subtest, y de cada grupo en todos los subtest del ITPA. Se transformaron así las puntuaciones directas en estandar, obteniendo la gran media para cada uno de los grupos en cada subtest; y expresándose cada puntuación en términos de una desviación de la media común; a su vez, estas desviaciones se dividieron por una desviación estandar, obtenida por medio de la fórmula siguiente: en la que la suma de cuadrados para cada grupo se obtiene sobre la media para ese grupo. Las puntuaciones estandar aparecen en la tabla 3. Se realizó después un análisis de varianza unidireccional, cuyos resultados se presentan en la Tabla 4.

Para verificar a qué eran debidas las diferencias entre los grupos se recurrió a la Prueba "t" de Student (tabla 3)

Tabla 3. Resultados de los grupos en los subteste del ITPA

TESTS	Depresivos (N=15)	Controles (N=15)	Prueba t
Recepción auditiva	-1.10	1.16	
Recepción visual	-.39	-.34	
Memoria visual	-1.95	2.19	3.33 **
Audición auditiva	-.97	1.06	
Memoria auditiva	1.25	-.99	
Asociación visual	-1.14	1.09	
Cierre visual	-1.22	.90	
Expresión verbal	-3.05	3.32	11.9 **
Cierre gramatical	-1.30	1.81	2.6 *
Expresión motora	-2.45	-.39	

* $p < .05$ ** $p < .01$

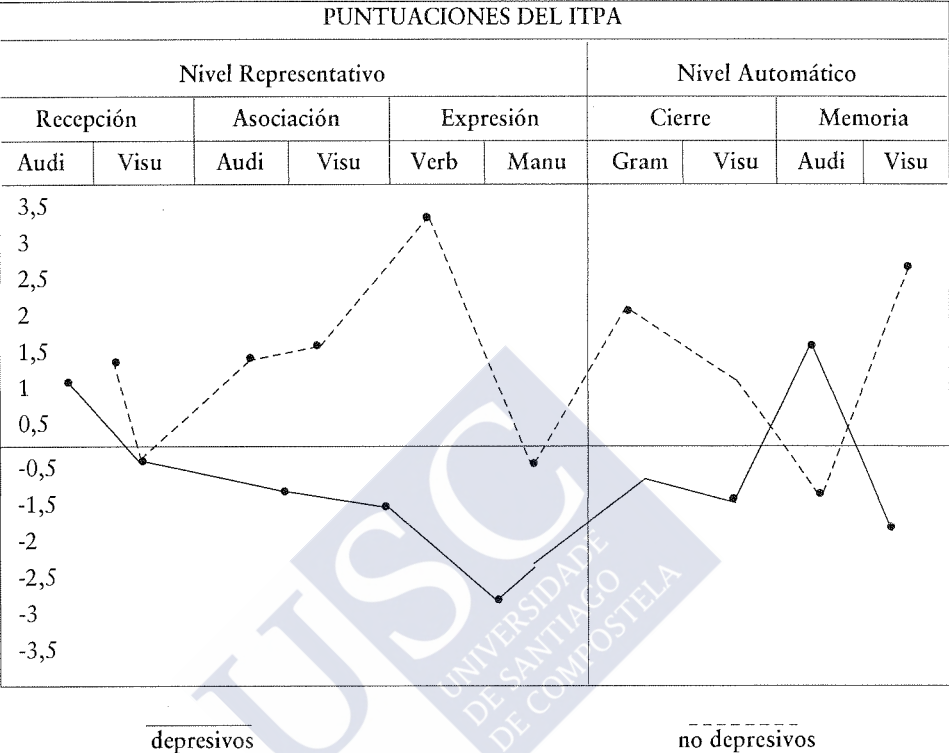
Tabla 4. Análisis de Varianza

FUENTE	SC	GL	MC	F	P
ENTRE GRUPOS	0716,3	1	10716,3	8,827	<.01
DENTRO GRUPOS	33992	28	1214		
TOTAL	44708,3	29			

3. RESULTADOS

El análisis de los resultados obtenidos, permiten destacar que los sujetos depresivos obtienen puntuaciones inferiores a los no depresivos en las puntuaciones globales del ITPA, y en todos sus subteste, excepto en *memoria auditiva* en el que son superiores. No obstante, conviene destacar que las diferencias estadísticamente significativas entre los respectivos grupos (grupo depresivo y grupo control) se encuentran en memoria visual, expresión verbal, y cierre gramatical. (Figura 1).

Figura 1. Perfil de los sujetos depresivos y no depresivos



4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La ejecución lingüística global de nuestro grupo de niños y adolescentes depresivos, fue inferior a las de los controles equiparados por C.I., y condición socio familiar. Sin embargo, el análisis de ambos grupos en los diferentes subtest del ITPA, pone de manifiesto que esta inferioridad implica solamente al nivel automático y al proceso expresivo. La inferioridad a nivel automático, ocurre cuando a los sujetos se les pide que reproduzcan dibujos de memoria. Esta tarea requiere coordinación de actividades perceptivas y motrices. Es decir, en la reproducción de dibujos que aparentemente, al menos, han percibido correctamente. El hecho de que en el subtest de *memoria auditiva* los depresivos, no tengan más dificultades que los del grupo central, parece indicar que las habilidades perceptivas son normales y el déficit podría afectar al proceso de recuperación. Estos sujetos podrán tener dificultades con *memoria visual*, porque falla la organización y recuperación de un mensaje visual que no tiene significado (líneas horizontales y verticales), mientras que en *memoria auditiva*

tiene que reproducir dígitos que poseen más significado y que, en consecuencia, son más fáciles de recuperar. Los estudios con deprimidos adultos apoyan la posibilidad de que tienen déficits en tareas que requieren gran capacidad de atención (Harher y Zacks, 1979; Weingartner, 1986; Jorm, 1986; Rohling y Scogin, 1993).

Los deprimidos fueron significativamente inferiores en el lenguaje expresivo. El hecho de que pertenezcan a un medio socioeconómico bajo, con lo que supone de limitación de habilidades verbales y falta de expresiones con la tarea, no justifica su baja puntuación en el subtest de *expresión verbal*, puesto que los no depresivos tienen la misma procedencia social, obtienen en este subtest precisamente los mejores resultados. Por lo tanto, el déficit en *lenguaje expresivo* pudiera ser consecuencia de su depresión, que causa deterioro en sus relaciones interpersonales (Kazdin y cols., 1985; y Gotlin, 1978), empleando menos tiempo en actividades sociales, o participando menos en ellas, lo que pudiera afectar el desarrollo del lenguaje, ocasionando problemas lingüísticos específicos.

Las habilidades verbales y simbólicas tal como la investigación del riesgo en trastornos del lenguaje ha puesto de relieve, están predominantemente relacionadas con factores ambientales (Gottfried y col., 1984; Pfeiffer y col., 1990; Siegel, 1984; Stanton y col.: 1991), aunque el niño no los experimenta directamente, sino por su impacto sobre variables contextuales próximas, como cualidad de las interacciones sociales con pares y adultos próximos.

La expresión lingüística se relaciona con la cantidad de interacciones y con cualidad de estimulación verbal. El desarrollo y uso del lenguaje están relacionados con la familiaridad del niño con su código lingüístico (Bloom y Lahey 1978). Esta falta de familiaridad que se refleja también en nuestra muestra de depresivos, que presenta también bajas ejecuciones en *cierre gramatical*, es decir, dificultades para combinar los diferentes elementos lingüísticos estructurales, y formar frases gramaticales correctas. Aunque estos resultados están limitados por el tipo de diseño y método utilizado, las deficiencias mostradas por nuestra muestra depresiva en el ITPA, parecen apuntar que las conductas depresivas limitan sus posibilidades de interacción social con los efectos que esto conlleva en el desarrollo del lenguaje. A efectos de interpretación la planificación de programas tiene que tener en cuenta estos hechos y tener como base un modelo multidisciplinar con planificación coordinada.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALESSI, N. E. y LOOMIS, S (1988). "The frequency and severity of language distinhances in deprened children". Paperpresented at the 35th Annual Mecting of the Academy of child and Adolescent Psychatry. Seattle, WA.
- BAKER y CANTWELL, (1982). "Psychiatric disorder in children with different types of communication disorders". *Journal of Communication disorders*, 15, 113-126.
- BALTAXE, C. A. M. y SIMMONS, J. Q. (1988). "Communication deficits in preschool children with psychiatric disorders". *Seminars in Speech and Language*, 8, 81-90.
- BATES, E. ; BENIGNI, L.; BRETHERTON, I.; CAMAIONI, L. y VOLTERRA, V. (1979). *The emergence of symbols: Cognition and communication in infancy*. N. York: Academic Press.
- BLOOM, L. y LAHEY, M.(1978). *Language development and language disorders*. N. York: Wiley.
- CAMARATTA, S.; HUGHES, C y RUHL, K (1988). "Mild/Moderate behavioralty disordered students: Apopulation at-risk for language disorders". *Language, Speech and Hearing Services in Schools*, 19, 191-200.
- CANTWELL, D. y BAKER, L. (1980). "Psychiatric and behavioral characteristics of children with communication disorders". *Journal of Pedriatric Psychology*, 5, 161-178.
- CANTWELL, D. y BAKER, L. (1991). *Psychiatric and developmental disorders in children with Communication disorder*. Washington: American Psychiatric Press.
- CYTRYN, L.; McKNEW, D. M. y BUNNEY, W. E. (1980). "Diagnosis of Depression in children: Assessment". *American Journal of Psychiatric*, 137, 22-25.
- DAVIE, C. E.; HUTT, S. J.; y VINCENT, E. (1984). *The young child at home*. Windsor, Ontario: NFER-Nelson.
- EMDE, R. N.; HARMON, R.J. Y GOOD, W. V. (1986). *Depressive feelings in children: A transactional model for research*. En *Journal of the American Academy of child Psychiatric*.
- RUTTER, M.; IZARD, C. E y READ, P. B. (Eds). *Depression in young people*. N. York: Guilford.
- GOTTFRIED, A. W. y GOTTFRIED, A. E. (1984) "Home environment and cognitive development in young children of middle-socioeconomic-status families" En GOTTFRIED, A. W. (Eds): *Home environment and cognitive development longitudinal research*. Orlando: Fl: Academic Press.
- GRUNNELL, S. W.; SCOTT HARTNETT, D. y GLASIER, J. L. (1983). Language disorders. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 22, 580-581.
- GUALTIERI, C. P., KORIATH, V. ; VAN BOURGONDIE, M. y SALEBI, N. (1983). "Language disorders in children refered for psychiatric services". *Journal of the American Academy of child Psychiatric*, 22, 165-171.
- HARRINGTON, R.; FUDGE, H.; RUTTER, M.; PICKLES, A. y HILL, J. (1991). "Adult outcomes of childhood and adolescent depression: II links with antisocial disorders". *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 30, 434-439.
- HASHER, L. y ZACKS, R. T. (1979). "Automatic and effortfue processes in memory" *Journal of Experimental Psychology: General*, 108, 356-388.
- JORM, A. F. (1986). "Controlled and automatic information processing in servile dementie: A review". *Psychological Medicine*, 16, 77-88.

- KOVACS, M. (1979). *Children's depression inventory*. Pittsburgh, P. A.:University of Pittsburgh School of Medicine.
- LEWIS, M. y BENDERSKY, M. (1989). "Cognitive and motor differences among low birth weight infants". *Pediatrics*, 83, 187-192
- MCCAULEY, R. Y SWISHER, L. (1987). "Are maltreated children at risk for speech and language impairments?. An unanswered question." *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 52, 301-303.
- MCCAULEY, E. y TERI, L. (1990). "Child and geriatric mental health: Shared issues and directions". *Psychiatric Annals*, 20, 259-265.
- NINIO, A. (1980). "Picture-Book Reading in Mother-Infant Dyads belonging to two subgroups in Israel". *Journal of Child Development*, 51, 587-590.
- PFEIFFER, S. y AYLWARD, G. (1990). "Outcome for preschoolers of very low birthweight: sociocultural and environmental influences". *Perceptual and motor skills*, 70, 1367-1378.
- PRIZANT, B. M.; Audet, L.; BURK, G.; HUMMEL, L.; MAHER, S. y THEADORE, G. (1990). "Communication disorders and emotional/behavioral disorders in children and adolescents". *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 55, 179-192.
- RODRIGUEZ SACRISTAN, J.; CARDOZE, D.; RODRIGUEZ, J.; GOMEZ-AÑON, M.L.; PEREZ, J. (1984). "Sistemas objetivos de medida: experiencias con el inventario español de depresiones infantiles (C.E.D.I.) modificado de KOVACS y BECK". *Revista de Neuropsiquiatría Infantil*, 2, 65-74.
- ROHLING, M. L. y SCOGIN, F. (1993). "Automatic and effortful memory processes in depressed persons". *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 48, 87-95.
- SIEGEL, L. S. (1984). "Home environmental influences on cognitive development in Preterm and Full-term children during the first 5 years", en GOTTFRIED, A. W. (Eds): *Home environment and early cognitive development*. Nueva York: Academic Press.
- SINEIRO GARCIA, C. (1983). *Evaluación del lenguaje infantil a través de la adaptación castellana del ITPA* - Kirk, McCarthy y Kirk. Tesis Doctoral. Madrid: Editorial de la Universidad Complutense.
- STANTON, W.; MCGEE, R. y SILVA, P. (1991): "Indices of perinatal complication, family background, child rearing, and health as predictors of early cognitive and motor development". *Pediatrics*, 88, 954-955.
- WACHS, T.D (1979). "Proximal experience and early cognitive intellectual development: The physical environment" *Merrill Palmer Quarterly*, 25, 3-41
- WALDEN, T. A. y OGAN, T. A. (1988). "The development of social referencing". *Child Development*, 59, 1230-1240.
- WIENER, J. M. y HENDREN, R. L. (1983). "Childhood Depression". *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 4, 43-49.
- ZOCCOLILLO, M. (1992). "Cooccurrence of conduct disorder and its adult outcomes with depressive and anxiety disorders: A review". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 547-556.



SEXTA PARTE

Adaptación y diseño de instrumentos de Evaluación Psicológica



Sexta Parte

DISEÑO Y ADAPTACIÓN DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

Los test psicológicos han de considerarse como instrumentos indirectos, mediante los que se puede medir algún constructo no observable directamente, por medio de indicadores, o índices (combinación ponderada de indicadores), observables. Para este tipo de medición, se requiere un modelo que establezca sistemas de relaciones entre ambas partes del constructo, y los correspondientes indicadores. Mediante estos instrumentos se obtienen valores numéricos, que reflejan diferentes grados de la propiedad, o atributo objeto de estudio. Las propiedades de la escala numérica, así obtenida, no se examinan bajo el punto de vista de los axiomas que definen los diferentes teoremas de representación, sino que habrá de observarse la correspondencia entre el sistema relacional empírico, y el sistema relacional numérico, para establecer dichas propiedades. A lo largo de las últimas décadas, se dispone de una teoría psicométrica muy elaborada, y pese a sus antecedentes en la teoría clásica de la medida, se ha alcanzado, según señala Martínez Arias (1995), una destacada fundamentación en modelos matemáticos altamente desarrollados.

Como contribución en el marco del «Diseño y Adaptación de Instrumentos de Evaluación Psicológica», en la sexta parte del presente libro, se presentan diferentes informes de investigación de Gómez y cols., y Fariña y col., que han contribuido a poner a disposición de los psicólogos españoles cuatro nuevos instrumentos de evaluación: 1) El STAXI para evaluar las manifestaciones de la ira, 2) El EMJD, para evaluar dependencias a los juegos de azar, 3) El EMPE, para evaluar los prejuicios étnicos; y 4) El EPSFOJ, para predecir sesgos en formación de juicios.



El STAXI un nuevo cuestionario para evaluar las manifestaciones de la ira

DOMINGO E. GÓMEZ¹; ANGEL EGIDO²; XOSÉ L. SABURIDO¹; y M^a TERESA PULIDO³

¹Universidad de de Santiago de Compostela. España

²Universidad "Catholique de l'Ouest". Angers. Francia

³Equipo Psicopedagógico de Apoyo. Xunta de Galicia. Eantiago de Compostela. España

1. INTRODUCCION

La evaluación de los repertorios de conductas de agresividad-hostilidad e ira (AHI), se ha llevado a cabo en una primera etapa, recurriendo a entrevistas clínicas y técnicas proyectivas. Mediante las entrevistas estructuradas se puede seleccionar la información relevante, cuestionándose la objetividad, y el rigor de dicha información (Morris, 1976; Wiggins, 1976). Las técnicas proyectivas especialmente el Rorschach y TAT, han permitido determinar un cierto contraste en la orientación de las respuestas emitidas por sujetos pertenecientes a grupos considerados extremadamente violentos, y pacíficos respectivamente. No obstante, su escasa fiabilidad y validez, han suscitado ciertas reservas sobre su precisión, exactitud y utilidad para la evaluación de conductas agresivas y hostiles, y particularmente la ira (Anastasi, 1988; Buss, 1961; Spielberger y col., 1988). Las referidas cautelas podrían extrapolarse a los procedimientos semiproyectivos de complementación verbal, incluso al Test de la Frustración (Rosenzweig, 1945), al igual que a otros de interpretación de formas, elección de color, imagen...

En respuesta a la demanda de objetividad en la evaluación del repertorio de conductas AHI, a partir de la década de los años cincuenta comienzan a aparecer una diversidad de cuestionarios; algunos de los mismos inspirados en el cuestionario MMPI. Entre ellos habrían de destacarse el *Inventario de Hostilidad de Iowa* (IHI: Moldawki, 1953); *Escala de Hostilidad* (HS: Cook y Medly, 1954); *Cuestionario de Hostilidad y Dirección de la Hostilidad* (HDHQ: Creasy, 1960), y otros. No obstante, las investigaciones efectuadas sobre IHI, HS, y MHS, (Buss, Durke y Baer, 1956; Youseff, 1968) han coinci-

dido en poner de relieve la insuficiente garantía psicométrica, como para justificar su utilidad, precisión y exactitud; si bien entre los mismos, la *Escala de Hostilidad Manifiesta* (MHS) (Siegel, 1956), es considerada como una de las más apropiadas, de las derivadas del MMPI; presentando propiedades psicométricas relativamente aceptables para la evaluación de la ira. Asimismo se consideran aceptables las propiedades psicométricas del HDHQ, al tiempo que se considera esta escala, como la más apropiada de las múltiples derivadas del MMPI. La escala HDHQ, está basada en la concepción de Foulds de la hostilidad como una entidad única que puede dirigirse hacia dentro (*intrapunidad*) hacia fuera (*extrapunidad*).

El *Inventario de Hostilidad de Buss-Durke* (BDHI) (Buss y Durke 1957), considerado por Spielberger (1983) como el procedimiento de evaluación más preciso de su época, fue el precursor de los procedimientos de evaluación específica de la ira. En el referido inventario BDHI, se diferenciarán distintos niveles de conductas agresivas mediante las siguientes escalas: 1) *sospecha* (desconfianza); 2) *asalto* (violencia); 3) *verbal* (grosería); 4) *indirecta* (pasividad); 5) *impulsividad* (intensidad agresiva), 6) *molar y resentimiento* (globalidad agresiva). En las referidas escalas se evalúan sentimientos de ira derivados del maltrato real o ficticio; siendo susceptible de verbalización en la modalidad de *disgusto, gemido, queja y exigencia*. Se trata de una dimensión comportamental que será más esclarecida a partir de los resultados factoriales obtenidos por el propio Buss. En dichos resultados, se incluye la *irritabilidad*, como una de las variables configuradoras en la que obtiene las más elevadas saturaciones (.57 y .47) en varones y en mujeres respectivamente; oscilando sus índices de estabilidad en torno a .65. La *irritabilidad*, desde una perspectiva empírica ha sido definida como “... la manifestación de la ira, en sus diversa intensidad y frecuencia: *arrebato, impaciencia, enfado...*” (Buss, 1961; p. 258).

En una cuarta etapa cabría mencionar la contribución de las escalas «L», «O» y «Q₄» (Cattell, 1970), así como la «Escala de Irritabilidad» de Caprara y cols. (1985). Mediante las escalas «LOQ₄» se evalúan un repertorio de conductas AHI. La escala «L», (*susplicacia*), puede ser considerada como una de las más adecuadas para evaluar la conducta oposicionista, proporcionando un adecuado índice indicativo de *conflicto*. La escala «O» (*tendencia a la culpabilidad*) permite evaluar los índices de *preocupación de los sujetos*, como consecuencia de provocaciones ajenas; obteniéndose índices que oscilan desde la *extrema indiferencia*, pasando por la *culpabilidad obsesiva*; hasta llegar a la *culpabilidad abrumadora*. La escala «Q₄», (*ansiedad flotante*), permite evaluar los índices de *tensión*, dificultad para la *tranquilidad* y capacidad para tolerar la crítica ajena; desde el pasotismo a la preocupación más susceptible. La esca-

la de "*Irritabilidad*"; proporciona una autoevaluación de sentimientos relacionados con el *enfado* o *excitación violenta*, *ira*, *furor*, *agresividad impulsiva*, *pérdida de control*...; al mismo tiempo, proporciona índices que permiten determinar los niveles de la *actitud ofensiva* de los sujetos.

Una quinta etapa se encuentra representada por la aparición de procedimientos específicos de evaluación de la ira, entre los que cabría destacar el *Inventario de Reacción de Ira* (I-R: Evans y Stangeland, 1971) integrado por 76 elementos que evalúan graduación iracunda en diferentes situaciones específicas. El *Autoinforme de la Ira* (ASR: Zalin, Adler y Myerson, 1972) consta de 64 elementos, mediante los que se evalúan *sentimientos* y *expresión* de ira. El *Inventario de Ira* (AI: Novaco, 1974), integrado por 90 elementos, evalúa el grado en que una gran diversidad de situaciones provocan reacciones de ira.

Las investigaciones de Biaggio y col. (1980) sobre los inventarios: I-R, ASR, AI y BDHI, tienden a destacar que las propiedades psicométricas son fragmentarias, y ello quizá debido a la heterogeneidad de las escalas integrantes de las mismas. A su vez, Spielberger (1983) considera que las medidas de ira y hostilidad proporcionadas por gran número de instrumentos confunden con frecuencia las experiencias específicas de ira, con los determinantes situacionales de las reacciones de ira. Por otra parte, también destaca Spielberger que ninguno de los referidos inventarios distingue de forma explícita entre estado y rasgo. Admite no obstante, que la subescala de conciencia del ASR, se aproxima a examinar el grado en que los sujetos experimentan sentimientos de ira, pero no evalúa la intensidad de esos sentimientos en un momento determinado. En referencia al BDHI, Spielberger asume que mediante el mismo, se evalúan de forma implícita las diferencias individuales de la ira como un rasgo de personalidad. Sin embargo considera que la mayoría de los elementos del BDHI evalúan actitudes hostiles (*resentimiento*, *negativismo*, *sospecha*); pero no existe evidencia de que precisamente evalúen los *sentimientos* de ira. Ante esta perspectiva, surge la necesidad de diseñar una prueba psicológica específica, a partir de una concepción actualizada de la ira, y con las garantías psicométricas que han de exigirse a los instrumentos psicológicos. Este fue precisamente, el objetivo que se propuso Spielberger y cols. (1988) al diseñar el State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI).

2. FUNDAMENTACION TEORICA DE LA VERSION ORIGINAL DEL STAXI

La investigación que sirvió de base al *Inventario de Expresión Rasgo-Estado de Ira* (STAXI), constituye la confluencia de resultados obtenidos en etapas previas. En un primer momento, la investigación se orientó a delimitar conceptos y diseñar instrumentos para la evaluación de la ansiedad, curiosidad e ira, en su doble acepción de estado emocional y rasgo de personalidad, (Spielberger, 1966, 1972, 1975, 1976, 1977, 1979, 1981, 1983, 1985, 1988, 1990). El STAXI desde esta perspectiva tiene como antecedentes al *Inventario Estado-Rasgo de Ansiedad*: STAI (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970; Spielberger, Peters y Frain, 1981); al *Inventario Estado-Rasgo de Personalidad*: STPI (Spielberger, 1979b); y al *Cuestionario Estado-Rasgo de Curiosidad*: ICS-1; ICT-2 (Spielberger, 1981). El análisis de las respuestas emitidas a los referidos cuestionarios sirvió de punto de partida para la elaboración de un repertorio de elementos, de entre los que se seleccionaron los integrantes del STAXI.

La segunda fase de los estudios, se centró en precisar el tipo de incidencia e índices de correlación, entre las respuestas emitidas al STAXI por una diversidad de sujetos afectados por trastornos psicosomáticos: *hipertensión, enfermedades cardiovasculares y cáncer* (Crane, 1982; Kearns, 1985; Krasner, 1986; Russell, 1983; Solomon, 1987; Spielberger y col. 1982; Spielberger, Jacobs, Russell y Crane, 1983; Spielberger y col., 1985). El análisis de las respuestas emitidas en esta segunda fase, ha permitido plantear la posibilidad del uso clínico del STAXI, y su evaluación con criterios de rigor la experiencia (*estado-rasgo*) y la expresión (*interiorizada, exteriorizada, controlada*) de la ira.

En la experiencia de la ira, evaluada mediante el STAXI, se distinguen dos niveles: *estado y rasgo*. El estado de ira (I-E), se define por sentimientos subjetivos que varían en intensidad, desde la más insignificante molestia o irritación (*enfado*) hasta la más intensa furia (*cólera*). El I-E generalmente va acompañada por una tensión muscular y sistema de alerta (*arousal*) del sistema nervioso autónomo (SNA). Al mismo tiempo, la intensidad del I-E, varía en función de diversos factores, del tipo de situación percibida (*justa-injusta, provocación...*), y la frustración (*considerada como un factor básico en la variabilidad humana*), que surge cuando la conducta es obstruida por obstáculos, que impiden la consecución de los comportamientos dirigidos hacia un objetivo, provocando en el sujeto, una perturbación irracional, acompañada por una actividad un tanto desorganizada.

El rasgo de ira (I-R) se define por su referencia a la predisposición para percibir una amplia variedad de situaciones desagradables o frustrantes, y la

tendencia a responder a las mismas, con exaltación frecuente. Los sujetos que obtienen elevadas puntuaciones en la escala I-R experimentan ira con más frecuencia e intensidad, que los que obtienen bajas puntuaciones. Spielberger (1988) diferenciará dos niveles en I-R: *temperamento iracundo* (IR-T) y *reacción iracunda* (IR-R).

La expresión de la ira (EXI) se conceptualiza a partir de tres componentes: *ira-interiorizada* (I-In), mediante la que se hace referencia a las vivencias y represión de sentimientos iracundos; *ira-exteriorizada* (I-Ex), que hace referencias a las manifestaciones iracundas referidas a personas y objetos; e *ira-controlada* (I-Con), que hace referencia a las diferencias individuales en el control de las distintas formas de manifestación de los sentimientos iracundos.

2.1. Aspectos descriptivos

El STAXI está integrado por 44 elementos de configuración enunciativa, mediante los que se pretende recabar información, fijando como referente, un “*continuum*” (del 1 al 4), en relación con el estado (*intensidad*) y en relación con el rasgo (*frecuencia*) de la ira. Las partes en las que se encuentran estructurados los elementos, configuran 3 escalas independientes, y 5 subescalas de acuerdo con la descripción que a continuación se ofrece.

• Las Escalas configuradoras del STAXI

1. La Escala I-E está integrada por 10 elementos, con los que el sujeto puede evaluar la *intensidad* de los sentimientos de ira, en un período específico de tiempo: el *momento presente* (estado de ira).

2. La Escala I-R consta de 10 elementos, que evalúan la *frecuencia* de predisposición para experimentar la ira a través del tiempo: generalmente (*rasgo de ira*). La referida escala, a su vez, incluye:

- La Subescala IR-T integrada por 4 elementos, que evalúan la predisposición general a experimentar y expresar la ira en cuanto provocación específica (*temperamento iracundo*).
- La Subescala de IR-R integrada por 4 elementos evalúa las diferencias individuales, en cuanto a la predisposición para afrontar y responder a estímulos irascibles (*reacción iracunda*).

3. Escala EXI, se encuentra configurada por 24 elementos que proporcionan un índice general de la frecuencia con que se manifiesta la predisposición iracunda. Incluye las subescalas I-In, I-Ex, I-Con.

- La Subescala I-In, consta 8 elementos, mediante los que se evalúa la *frecuencia* del sujeto para suprimir sus manifestaciones iracundas u orientarlas hacia sí mismo (*ira interiorizada*).
- La Subescala I-Ex, se configura por 8 elementos, y evalúa la *frecuencia* con que un sujeto orienta sus manifestaciones iracundas hacia personas u objetos dentro de su entorno (*ira exteriorizada*).
- La Subescala I-Con, está integrada por 8 elementos; mediante los que evalúa la frecuencia con que un sujeto logra el adecuado dominio de sus propias manifestaciones iracundas, en situaciones adversas y frustrantes (*ira controlada*).

Al responder a cada uno de los 44 elementos del STAXI, los sujetos se autoevalúan según una escala de cuatro puntos, que registra la intensidad I-E y/o la frecuencia I-R con que la ira es experimentada (*temperamento-reacción*), expresada, (*exteriorizada, interiorizada, controlada*).

2.2. Fundamentación psicométrica

La edición original del STAXI acumula información sobre un amplio número de casos representativos de los diferentes grupos de edad, sexo, índices de salud y niveles profesiográficos. A partir de las respuestas emitidas por la referida muestra heterogénea se efectuó un Análisis Factorial, obteniéndose la siguiente configuración: un factor "*estado de ira*"; dos factores "*rasgo de ira*" (temperamento y reacción de ira), resultando escasamente definidos estos dos últimos factores, al encontrarse configurados por tan solo cuatro dimensiones cada uno de ellos, por lo que no dejan de suscitar dudas sobre las posibles garantías para realmente asumir como tales los referidos factores de *temperamento de ira* y de *reacción de ira*, dada su escasa consistencia. Finalmente es de destacar la triple configuración factorial de la escala EX-I, habiéndose aislado los factores de *ira interiorizada, ira exteriorizada, e ira controlada*.

Entre las propiedades psicométricas de la versión original del STAXI, habría que destacar que la validez determinada mediante los coeficientes de correlación con las escalas BDHI osciló entre .66 y .73; con las de MMPI-Ho (Cook y Medley 1954), entre .40 y .59; y con las de MMPI-Hv (Schultz, 1954) entre, .27 y .32. Las correlaciones obtenidas entre EX-I y presión sanguínea sistólica osciló entre .27 (mujeres), y .47 (varones); mientras que con presión sanguínea diastólica fueron de .16 (mujeres), y .29 (varones). La correlación de EX-E con PSS fue de -.13 para ambos sexos; con PSD fue de -.09 (varones); y .05 (mujeres). Finalmente la correlación de EX-C con PSS fue -.30 (mujeres), y

-.45 (varones); mientras que con PSD fue de -.27 (varones) y -.16 (mujeres). La consistencia interna obtenida mediante los coeficiente α oscilaron entre .87 - .93 en I-E; .82 - .84 en I-R; .85 - .89 en IR-T; .65- .71 en IR-R; .73 - .86 en EX-I; .73 - .78 en EX-E; y .81 - .83 en X-C .

3. ADAPTACION ESPAÑOLA DEL STAXI

3.1. Criterios de Adaptación

En el proceso de adaptación de cualquier prueba psicológica intervienen dificultades no sólo de carácter lingüístico, sino también de comunicación. Con frecuencia una misma expresión adquiere significados específicos, en consonancia con el contexto del sujeto que lo percibe, el bagaje cultural, vivencial y experiencial del mismo. La tarea de adaptación de una prueba psicológica supone no sólo la traducción del texto original, sino la adecuación a un determinado entorno sociocultural, así como la fundamentación estadística al contexto en el que se pretende administrar (Gómez y Pulido, 1989; Sharma y Rao, 1984; Wrzsniewski, 1984; Schwarzer y Kim, 1985). En la adaptación española del STAXI, además de tener en cuenta los aspectos sociolingüísticos relacionados con la versión original, se atendieron a los aspectos internos, contenido de los elementos, hasta lograr presentar situaciones similares a las propuestas por el autor de la versión original. Ello ha supuesto que los autores de la presente adaptación hayan asumido la labor de iniciar la fase de adaptación en el país en el que se realizó la versión original, y en contacto directo con el autor de la referida prueba se ha requerido a su vez, conocer no sólo el contexto sociocultural al que se dirigía la versión original, sino también los procedimientos, métodos y fundamentación teórica que sustentaban los estudios originales del STAXI.

Después de múltiples revisiones efectuadas por una red multidisciplinar de investigadores, integrada por psicólogos, psiquiatras, lingüistas, se elaboró una edición preexperimental. El enfoque ideal para garantizar el rigor del proceso de adaptación de una prueba de las características del STAXI suponía contar con muestras bilingües, predispuestas a contestar al mismo cuestionario en sendas versiones (*inglés-castellano*). Esta exigencia se ha conseguido en el proceso de adaptación del STAXI. Las respuestas proporcionadas por una muestra bilingüe, así como las observaciones proporcionadas por los mismos constituyeron la base de la edición experimental.

Con el fin de someter a prueba la adaptación de los 44 elementos de la versión original del STAXI, y con la previsión de introducir posibles sustituciones, en la edición preexperimental se añadieron cuatro elementos: (1 a la esca-

la de I-E; 2 a la escala de I-R, y finalmente el otro a la escala E-I), completando de este modo un total de 48. Esta versión se administró a una muestra cuya configuración se describe en la tabla 2. Las respuestas emitidas por la referida muestra fueron objeto de diferentes análisis: 1) exploratorios (*análisis de elementos y factorial*); y 2) convergentes (*análisis cluster*). Los sucesivos análisis de resultados sugirieron la necesidad de introducir sustituciones en algunos de los elementos, bien porque sus correlaciones con los de su respectiva escala o subescala, resultaban excesivamente bajas, o porque las saturaciones factoriales así como las distancias euclídeas, los definían como marginales. Con anterioridad, en la versión experimental, se añadieron una secuencia de elementos a los 44 de la versión original, de acuerdo con el criterio que se especifica en la tabla 1.

Tabla 1. Distribución de los elementos en las diferentes fases de la adaptación española del STAXI

	Fase Preexperimental			Fase definitiva		
	I-E	I-R	EX-I	I-E	I-R	EX-I
Original	10	10	24	9	8	16
Preexperimental	11	12	25		1	1
Experimental	14	17	34	1	1	7

La nueva edición experimental previamente descrita, fue administrada a una muestra heterogénea cuyas respuestas permitieron realizar un exhaustivo análisis de elementos, entre los que se seleccionaron los 44 que presentaban los índices discriminativos más apropiados, con los que se confeccionó la edición definitiva del STAXI.

3.2. Descripción de la muestra

Con el fin de conjugar la influencia del habitat, sexo y edad en la experiencia y expresión de la ira, se ha administrado el STAXI a una muestra heterogénea, integrada por un total de 592 sujetos, y que cubre los cortes de edad que oscilan entre los 17 y 42 años , procedentes de las distintas Comunidades Autónomas de España, cuya configuración se ilustra en la tabla 2

Tabla 2. Descripción de la muestra española

	FP	BUP	Facultades Universitarias	Escuelas Politécnica	Universidad Pontificia	Conventos	Centros Hospital	Centros Penitenciarios
	Centros Públicos	Centros Público Privado	Filosofía Psicología Derecho	Caminos Navales Aeronaut.	Teología Espiritualidad	Clausura	Crónicos	Régimen cerrado
N=	119	143	85	65	50	45	20	65
̄edad	17	18	21	23	35	40	42	38

3.3. Estadísticos de distribución

A partir de la tabla 3, se contrastan las puntuaciones medias emitidas a las escalas en función de los distintos grupos muestrales. Se advierte la influencia de la edad en la modulación de algunas puntuaciones medias obtenidas en los grupos contrastados; y que se amplian en las investigaciones de Saburido y cols. (1996). Remitiéndonos a los resultados de la tabla 3, se advierte que el grupo de adultos aventaja significativamente al grupo de adolescentes, en las puntuaciones correspondientes a “control de ira”; mientras que el grupo de adolescentes obtiene puntuaciones más elevadas en “estado de ira”; “rasgo de ira”; y “reacción de ira”. Parece que también los márgenes de libertad disponibles podrían ejercer un cierto influjo en la expresión de la ira, según se deduce de los resultados obtenidos por Saburido y cols. (1996); y que en los resultados que se ilustran se pone de relieve puesto que es el grupo de sujetos procedentes de los Centros Penitenciarios (en régimen cerrado), el que presenta puntuaciones más elevadas en “ira exteriorizada”. Así mismo, parece ponerse de relieve el posible influjo ejercido por la enfermedad en la manifestación de la ira, por cuanto que es el grupo de enfermos crónicos el que presenta las más elevadas puntuaciones en “ira interiorizada” y “temperamento de ira”; mientras que en “ira exteriorizada”, es el grupo que presenta las más bajas puntuaciones.

El influjo de la variable sexo se pone de relieve a través de las puntuaciones obtenidas en “estado de ira”, e “ira controlada” a favor de los varones; mientras que las mujeres obtienen las más elevadas puntuaciones en “reacción de ira”. Se advierte pues que las distintas variables analizadas ejercen un determinado influjo en “estado-rasgo de ira”, así como en sus manifestaciones expresivas (*interiorizada, exteriorizada, controlada*).

Tabla 3. Estadísticos de contraste entre los diferentes grupos

		Adultos n=95	Presos n=65	Adolescentes n=412	Enfe. crónico s n=20	Varones n=304	Mujeres n=288
Estado de ira	$\bar{x}$	11,54	16,62	16,27	12,05	14,01	13,24
	$s_{\bar{x}}$	3,32	6,10	7,51	2,80	5,28	4,52
Rasgo de ira	$\bar{x}$	20,32	20,43	23,04	21,10	21,07	21,40
	$s_{\bar{x}}$	5,47	6,50	6,07	5,34	5,13	4,91
Temper. de ira	$\bar{x}$	7,90	8,37	8,75	9,30	7,84	7,98
	$s_{\bar{x}}$	2,42	2,93	2,68	2,79	2,28	2,28
Reacción de ira	$\bar{x}$	7,81	8,65	10,11	8,70	10,94	11,26
	$s_{\bar{x}}$	2,41	3,15	3,06	1,9	3,15	3,01
Ira interiorizada	$\bar{x}$	17,62	17,93	18,75		18,97	18,93
	$s_{\bar{x}}$	3,57	3,22	4,01		4,32	4,11
Ira exteriorizada	$\bar{x}$	16,40	18,53	17,63	15,70	16,56	16,63
	$s_{\bar{x}}$	3,15	3,95	3,17	4,06	3,62	3,56
Ira controlada	$\bar{x}$	20,60	16,93	16,56	19,25	17,05	16,52
	$s_{\bar{x}}$	5,40	3,05	3,37	5,10	3,42	3,79

3.4. Propiedades Psicométricas del STAXI

El test psicológico, tanto cuando se utiliza con fines de investigación, como cuando se administra con finalidad diagnóstica, se encuentra determinado por las correspondientes propiedades psicométricas, entre las que se destacan la fiabilidad y la validez.

3.5. Fiabilidad

Desde las diversas perspectivas que sirven de fundamento para el estudio y determinación de la fiabilidad, suele diferenciarse entre la univariada y la multivariada (Wittman, 1988). La primera se refiere a fiabilidad desde el punto de vista de un test único; y en su determinación se asignan pesos diferentes a las distintas medidas (Stanley, 1971). La perspectiva multivariada implica una reordenación de la información recogida previamente, a fin de obtener un nuevo conjunto de medidas múltiples, descartándose la imprecisa. En este proceso, se suele prestar una notoria atención a la intercorrelación interescalas e intersubescalas. La fiabilidad se plantea en términos de poder discriminante, y entre sus técnicas se incluyen la consistencia interna, y comparación de mitades, formas paralelas y test-retest.

• Consistencia Interna

En la investigación que ha servido de base en la adaptación española del STAXI, se han determinado: 1.) los índices de consistencia interna mediante los coeficientes " α " (Cronbach, 1951); 2) los índices de comparación de mitades (*pares-impares*) de las escalas I-E, I-R, EX-IEC e IEREX, aplicando la corrección de Spearman-Brown; y, 3.) las correlaciones interescalas e intersubescalas del STAXI.

Tabla 4. Coeficiente " α " mediante la fórmula de Cronbach

Escala	Nº Elementos	Coeficiente " α "		
		V	M	V+M
Estado+Rasgo+Expresión de ira	44	.84	.84	.84
Ira estado de ira	10	.85	.88	.87
Ira rasgo de ira	10	.69	.69	.69
Temperamento de ira	3	.68	.60	.64
Reacción de ira	7	.61	.64	.63
Expresión de ira	24	.73	.76	.72
Ira interiorizada	12	.72	.74	.73
Ira exteriorizada	5	.70	.58	.63
Ira controlada	7	.53	.62	.59

Los índices de consistencia interna (*coeficientes α*) de las escalas y subescalas del STAXI, ilustradas en la tabla 4 presentan valores que oscilan entre .90 y .63 con un promedio de .73. Estos resultados permiten resaltar la homogeneidad de las diferentes escalas y subescalas, de forma que los elementos integrantes de las mismas contribuyen a evaluar con precisión y rigor las respectivas dimensiones de ira estado, (*rasgo, temperamento iracundo, reacción iracunda, así como interiorización, exteriorización y control de la ira*). En el contraste de los valores correspondientes a cada una de las escalas y subescalas representadas en la tabla 4, se advierte una cierta relación directamente proporcional entre el elevado número de elementos, e incremento en los valores obtenidos. Se aprecia igualmente, una destacada similitud entre los resultados obtenidos en la adaptación española con los de la versión original; garantizándose también desde esta perspectiva la utilidad evaluativa del STAXI.

• *Procedimiento de las dos mitades*

En la tabla 5 se representan los coeficientes de consistencia interna que caracterizan a las escalas I-E, I-R, y EX, habiendo sido determinandos mediante las correlaciones de las respuestas emitidas a los elementos (*pares-impares*) de las referidas escalas. Para subsanar los posibles efectos que supone la disminución del número de elementos en el resultado final, se aplicó la fórmula de corrección de Spearman-Brown.

Tabla 5. Descripción de la muestra general. Coeficiente de las dos mitades mediante la fórmula de Spearman-Brown

Escalas	Nº de Elementos	C. Spearman-Brown
Estado de ira	5 x 5	.88
Rasgo de ira	5 x 5	.78
Expresión de ira	12 x 12	.81
Estado+Rasgo+Expresión de ira	22 x 22	.89

Los valores obtenidos que oscilan entre .89 y .78, con promedio de .84, resultan significativamente elevados, como para fundamentar la adecuada organización de los elementos integrantes de las respectivas escalas objeto de análisis. Se confirma al mismo tiempo, mediante este procedimiento, la homogeneidad de los elementos ya resaltada con anterioridad, a partir de los resultados obtenidos mediante los coeficientes " α ".

• *Correlaciones interescalas y subescalas*

Con el fin de aportar una perspectiva multivariante de la fiabilidad del STAXI, en la tabla 6 se ilustra un conjunto de medidas múltiples, derivadas de

las correlaciones interescalas e intersubescalas. Los moderadamente bajos valores obtenidos entre las escalas I-E e I-R, así como las diferencias más acentuadas con la escala de EX-I contribuyen a resaltar la independencia psicométrica entre las respectivas escalas del STAXI. Destacan por otra parte, los elevados coeficientes de correlación entre las subescalas y la escala pertinente, reconfirmándose la homogeneidad de la escala I-R integrada por IR-T y IR-R, mientras que la escala EX, integrada por E-In, E-Ex, E-Con, se configura sensiblemente más compleja que la anterior, sin existir fundamentos de heterogeneidad.

Tabla 6. Matriz de intercorrelaciones de las escalas del STAXI

Ira-Estado	Ira-Rasgo	Temp-Ira	Reacc-Ira	Ira inter	Ira exterior	Ira control	Expre-ira
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(8)
(2)	.26						
(3)	.19	.82					
(4)	.27	.87	.53				
(5)	.16	.33	.20	.33			
(6)	.13	.20	.18	.16	.32		
(7)	.16	.52	.47	.44	.41	.20	
(8)	.09	.02	-.03	.05	.59	.74	

Los resultados obtenidos mediante los diferentes procedimientos, permiten considerar a las diferentes escalas y subescalas del STAXI como adecuados estimadores de precisión evaluativa de estado, rasgo y expresión multiforme de la ira.

3.5.1. Validez

La validez, definida como el grado en que un test mide o predice el criterio de interés (Lord y Novick, 1968), ha sido objeto de múltiples formulaciones, mediando en su esclarecimiento las clásicas polémicas. Matesanz (1975), señaló que ningún test tiene un grado de validez único, sino diferentes grados, según el tipo de muestra, criterios de validación, finalidad, y uso a que se dedique. Suele ocurrir que determinados tests, que miden varios comportamientos o rasgos, requieran diversos tipos de validez para cada uno de los rasgos o dimensiones. De acuerdo con estos planteamientos en la adaptación del STAXI, se ha optado por recurrir a varios procedimientos de validez para cada una de las escalas y subescalas.

- *Validez concurrente (naturalidad-artificialidad)*

La validez concurrente, es considerada por Messick (1980) como una de las posibles modalidades de validez empírica o validez referida al criterio. Suele

representarse por la correlación entre un test y un criterio externo, con otro test que se supone mide las mismas, o parecidas funciones, cuya validez, ha sido determinada, confirmada, y admitida dentro de la comunidad científica. Cattell (1973), se refirió al concepto de concurrencia *empírica*, adoptando la denominación de “*validez indirecta: naturalidad-artificialidad*”; incluso con anterioridad ya había desarrollado la *técnica dR* (Cattell, 1966), con objeto de obtener una matriz de correlaciones basada en la diferencia entre puntuaciones obtenidas por los mismo sujetos, a los que se les aplica, además de la prueba objeto de estudio, otra (*criterio externo*) de características evaluativas relativamente similares o incluso opuestas (*en espera de obtener valores con signo positivo o negativo*). Otros autores prefieren la denominación de *validez empírica correlacional*.

En el proceso de validación de la versión original del STAXI Spielberger, (1988) , recurrió a las correlaciones con otros inventarios (Buss, Durkee, *Hostility Inventory*: BDHI; MMPI-Ho y MMPI-Hv). En los estudios de la adaptación española, al no disponer de inventarios estandarizados en castellano para evaluar específicamente la ira, se recurrió a la tríada evaluativa, “LOQ₄”, del 16 PF (Cattell y col., 1970) que permite evaluar repertorios de conducta oposicionista con ciertas connotaciones iracundas (*susplicacia, culpabilidad, y ansiedad flotante*). Se administraron al mismo grupo de sujetos las referidas escalas, y las del STAXI. Y a partir del análisis de las respuestas emitidas se obtuvieron los resultados que se ilustran en la tabla 7.

Tabla 7. Correlaciones del LOQ₄ (16PF) con escalas del STAXI

Ira-Estado	Ira-rasgo	Temp-Ira	Reacc-Ira	Ira inter	Ira exterior	Ira control	Expre-ira
.30** (1)	.43 ** (1)	.44*** (1)	.40*** (1)	.44*** (1)	.11 (1)	-.26* (1)	-.05 (1)
.23** (2)	.23 ** (2)	.32*** (2)	.19* (2)	.42*** (2)	.08 (2)	-.17* (2)	.04 (2)

* = $P < .05$; ** = $P < .01$; *** = $P < .001$. (1) Grupo de 44 sujetos; (2) Grupo de 76 sujetos

En consonancia con las expectativas, en la tabla 7 aparecen índices de correlación relativamente moderados entre las diversas subescalas del STAXI y “LOQ₄”. No habría que esperar la obtención de valores excesivamente altos al correlacionar escalas, de contenido *relativamente* similar. No obstante, los resultados obtenidos permiten destacar que existe una cierta base empírica para afirmar que mediante el STAXI se pueden evaluar conductas relacionadas con las que se evalúan mediante las escalas “LOQ₄” (16PF); siendo el valor promedio de la correlación .38. Si bien este valor no supone la generalización de la validez del STAXI, permite destacar que se encuentra dentro de los denomina-

dos niveles críticos de aceptación, (Cattell, 1973), pudiéndose considerar como un adecuado estimador de la utilidad del STAXI, para evaluar algunos de los aspectos que también se evalúan mediante la referida tríada evaluativa “LOQ₄”, si bien se advierte independencia.

• *Validez indirecta (naturalidad-artificialidad): Generabilidad de los elementos de la adaptación española del STAXI*

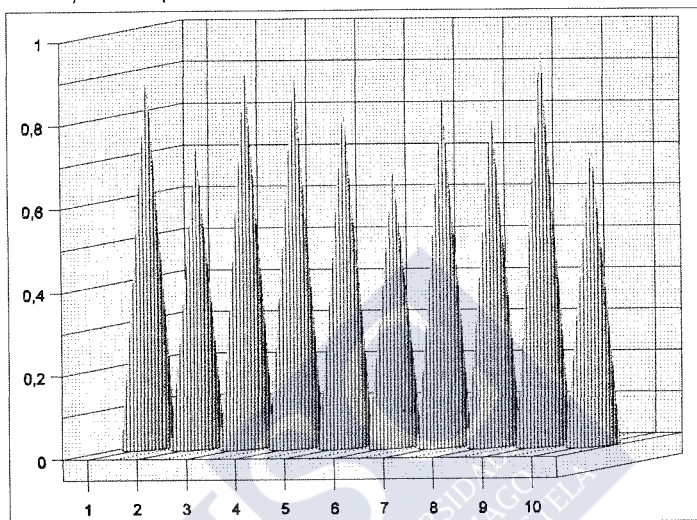
Se trata de dar respuesta a la siguiente cuestión ¿Hasta qué punto las respuestas emitidas al contenido de los elementos de la adaptación española del STAXI, son representativos del amplio universo de elementos implicados en el mismo ámbito de contenidos? (*estado-rasgo-expresión de ira*). A los efectos del adecuado tratamiento de carácter empírico, y de acuerdo con los planteamientos de Kuder-Richardson (1937), se procedió a la dicotimización de los elementos, cuyo formato inicial así lo requería. Posteriormente, y mediante un programa de ordenador extraído de la biblioteca del “*Teacher College Computer*”, de la Universidad de Columbia (N. York), se determinaron las puntuaciones “z”, de la correlación biserial puntual, que se ilustra en la tabla 9.

Tabla 8. Puntuaciones “z” de la correlación biserial puntual, correspondiente a cada uno de los elementos de la adaptación española del STAXI

Estado		Rasgo		Expresión	
Elemento	rbp.	Elemento	rbp.	Elemento	rbp.
1	.89	11	.55	21	.42
2	.72	12	.35	22	.30
3	.90	13	.56	23	.37
4	.90	14	.49	25	.33
5	.81	15	.35	26	.22
6	.66	16	.61	27	.30
7	.83	17	.51	27	.30
8	.80	18	.52	28	.40
9	.95	19	.55	29	.28
10	.72	20	.43	30	.38
				31	.32
				31	.32
				32	.30
				33	.38
				34	.37
				35	.35
				36	.27
				37	.32
				38	.36
				39	.33
				40	.30
				41	.23
				42	.33
				43	.42
				44	.48

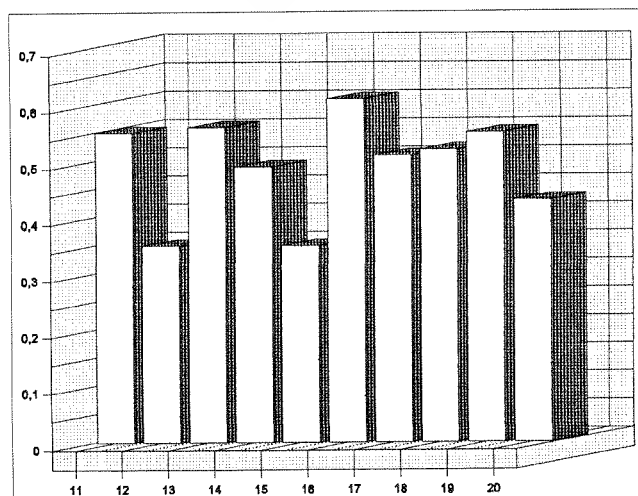
El promedio de los coeficientes de correlación correspondientes al estado de ira es de .82.

*Figura 1. Escala de Estado de ira
Perfil de las puntuaciones "z" de la correlación biserial puntual*



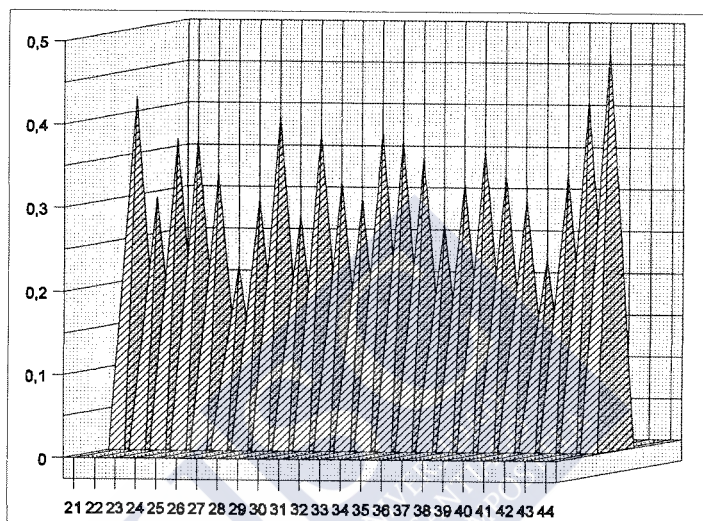
En un análisis más pormenorizado, como puede observarse en la figura 1 correspondiente al "estado de ira", se advierte una destacada armonía en los valores obtenidos, oscilando entre .72-.95.

*Figura 2. Escala de Rasgo de ira.
Perfil de las puntuaciones de "z" de la correlación biserial puntual*



En el contexto de los coeficientes obtenidos en los diversos elementos de la escala “*rasgo de ira*” se advierte un coeficiente promedio de .49, oscilando los valores entre .35-.61.

Figura 3. Escala de Expresión de ira
Perfil de las puntuaciones “z” de la correlación biserial puntual



El promedio de los coeficientes de correlación correspondientes a la “expresión de ira” es de .34; oscilando los valores entre .22-.48; aunque resultan moderados, se mantienen dentro de los niveles críticos de aceptación establecido por Cattell (1971).

- *Validez factorial*

Otro posible referente para determinar el grado en que la estructura configuradora del STAXI contribuye a evaluar I-E, I-R y EXI, podría ser mediante la *validez factorial*, considerada por Messick (1980), como una de las múltiples modalidades de la validez de constructo, y que Cattell (1973), asoció con la *validez conceptual*. Se trata “*de un proceso de clasificar las pruebas que soporten la inferencia de que una consistencia de respuesta observada en los tests, tiene un significado particular, valorando el grado en que la relación empírica con otras medidas o la falta de ellas, es consistente con este significado*” (Messick, 1980, p. 1.015). Las referidas relaciones empíricas, pueden valorarse mediante múltiples estrategias; entre otras, mediante el análisis de consistencia de patrones correlacionales y estructuras factoriales. Esta ha sido precisamente, una de las opciones elegidas en las investigaciones de la adaptación española del STAXI.

De entre los diversos diseños estadísticos disponibles para reducir factorialmente la matriz de correlaciones entre los paquetes de variables del STAXI, se ha recurrido al método de Componentes Principales. De acuerdo con los planteamientos de Cattell (1980), mediante el método de Componentes Principales: 1) Un determinado número de variables, es susceptible de ser transformado lineal y ortogonalmente, en un número equivalente de nuevas variables, con la peculiaridad de no encontrarse correlacionadas; 2) El origen de aparición de los componentes, se encuentra en relación directa con la varianza explicada; 3) Se efectúa una transformación a partir de los *autovalores* pertinentes; obteniéndose unos componentes que son funciones lineales de las variables originales; 4) La matriz de la correlación se centra fundamentalmente en la varianza obtenida. En la determinación del número de factores de la versión española se han tenido en cuenta tanto el criterio de Guttman (1954), como el de procedimiento de *Scree test* (Cattell, 1966).

A partir de las respuestas emitidas por una muestra heterogénea a la escala I-E se obtuvo una matriz de correlación configurada (10 x10), utilizando los elementos como variables (*con una escala de 0-4*). En la tabla 9 se representan las correspondientes intercorrelaciones.

Tabla 9. Matriz de intercorrelaciones de las variables de la escala I-E de la adaptación española del STAXI

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2.	57								
3.	53	63							
4.	43	26	38						
5.	12	18	21	37					
6.	23	24	15	37	55				
7.	19	35	34	51	46	37			
8.	10	09	24	25	38	43	30		
9.	40	47	55	49	32	40	52	38	
10	09	14	30	20	43	28	36	19	24

El valor promedio de los índices de correlación de los elementos (variables) que configuran la escala I-E, y que se representan en la tabla 10, es de .34. Se trata de un valor dentro de los niveles críticos de aceptación, Cattell (1971), y por tanto podría considerarse que contribuye a garantizar que los 10 elementos integrantes de la referida escala pueden ser considerados útiles para evaluar I-E. Como procedimiento exploratorio de validez, a partir de la referida matriz de *inter-correlaciones* se realizó un análisis factorial, optándose por la solución que se ilustra en la tabla 9, y en la que aparece un solo factor, cuyo

contenido permite interpretarlo como “*estado de ira*”; equiparándose en cuanto a su contenido, y a las saturaciones, con el también “*estado de ira*”, identificado por Spielberger (1988).

Tabla 10. Matriz de la estructura factorial rotada de los elementos de la escala estado ira, en la adaptación española del STAXI

Variables I-E	Saturaciones		
	Varones	Mujeres	Todos
1. Estoy furioso	60	68	64
2. Me siento irritado	49	67	60
3. Estoy enfadado	68	82	76
4. Tengo ganas de gritar a alguien	72	78	75
5. Tengo ganas de romperlo todo.	73	71	71
6. Estoy como enloquecido	63	54	57
7. Tengo ganas de dar puñetazos en la mesa	74	72	73
8. Tengo ganas de golpear a alguien	71	70	70
9. Estoy que ya no aguanto más	71	78	75
10. Estoy a punto de explotar	50	58	54
Autovalor	4,33	4,93	4,65

La configuración factorial y la distribución de las saturaciones factoriales obtenida en la adaptación española, resulta relativamente coincidente con las soluciones obtenidas por Spielberger (1988), en las investigaciones en las que se fundamentó para diseñar la versión original de la escala I-E, que incorporó en el STAXI. El valor promedio de los índices de correlación de los elementos (*variables*) que configuran la escala I-R, y que se representan en la tabla 10, es de .23. El significado atribuible al referido valor permite considerarlo relativamente moderado en sí mismo, y relativamente alto si se tiene en cuenta que la referida escala, se encuentra a su vez configurada por las subescalas IR-T e IR-R. En consonancia con la destacada intercorrelación previamente resaltada, existe base como para considerar que la estructura de los elementos configuradores de las respectivas escalas contribuyen a evaluar temperamento y reacción de ira. Como procedimiento confirmatorio de validez, a partir de la matriz de correlaciones (10 x 10), que se presenta en la tabla 11, se realizó un segundo análisis factorial, considerando como variables las respuestas emitidas a los elementos (del 11 al 19) integrantes de la escala I-R.

Tabla 11. Matriz de intercorrelaciones de las variables de la escala I-R de la adaptación española del STAXI

	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19
12.	44								
13.	32	27							
14.	28	30	30						
15.	33	38	10	35					
16.	30	13	09	32	24				
17.	32	53	11	38	47	24			
18.	27	17	21	41	09	38	11		
19.	26	15	24	28	08	23	15	15	
20	25	18	35	28	27	20	15	29	05

De acuerdo con el procedimiento efectuado por Spielberger se extrajeron los dos factores que se incluyen en la tabla 12. El análisis del contenido de las variables configuradoras de los mismos, permiten interpretar un primer factor de IR-R (*reacción de ira*), y un segundo como factor IR-T (*temperamento de ira*). A partir del correspondiente análisis se advierte que todas las variables se alinean, alternativamente en uno u en otro factor. A diferencia de las puntuaciones obtenidas por Spielberger (1988), mediante la versión española del STAXI se ha logrado una configuración factorial lo suficientemente clara como para confirmar la bidimensionalidad de la escala I-R.

Tabla 12. Matriz de la estructura factorial rotada de la escala I-R en la adaptación española del STAXI

Variables que saturan en I-R	Fac. I			Fac. II		
	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total
11. Me enfado enseguida				-72	80	78
12. Tengo mucho genio				-82	73	76
13. Me acaloro facilmente				-75	57	65
14. Me enfurezco cuando me retraso por culpa de los demás	48	47	50			
15. Me fastidia cuando no se aprecia el éxito de mi trabajo		48	41	-30		
16. Pierdo la paciencia	60		54		50	
17. Cuando me enfado digo cosas crueles	32	66	59			
18. Me revieta que me critiquen	58	61	62			
19. Cuando me salen mal las cosas me entran ganas de pegar	77	69	72			
20. Me enfurezco cuando no se me valora suficientemente	60		38		35	
Autovalor:	2,71	2,77	2,73	1,48	1,40	1,37

El valor promedio de los índices de correlación de los elementos (variables), que configuran la escala EXI, y que se representan en la tabla 13 se aproxima a .20 . A través de un análisis más pormenorizado, se advierte que si bien el referido valor promedio resulta en sí mismo atenuado, moderadamente

bajo, sin embargo habrá de considerarse psicométricamente adecuado, si se tiene en cuenta que en la referida matriz se intercorrelacionan elementos que configuran tres diferentes subescalas de expresión de ira: EX-In, EX-Ex y Ex-Con. Por otra parte, se advierte un cierto contraste entre los destacados índices de elementos (*variables*) intraescala y los moderados coeficientes de correlación que caracteriza a los elementos interescalas.

Tabla 13. Matriz de intercorrelaciones de las variables de la escala EXI del STAXI

	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44
22.	06																							
23.	25	19																						
24.	03	10	05																					
25.	21	31	22	39																				
26.	10	19	33	22	26																			
27.	-0	27	06	34	33	13																		
28.	18	28	16	04	21	32	08																	
29.	24	14	42	13	30	30	09	23																
30.	12	09	11	22	07	15	37	21	17															
31.	11	09	13	10	23	00	06	-0	26	07														
32.	09	14	20	26	41	13	20	07	28	17	38													
33.	09	21	12	01	25	05	15	16	22	-0	19	42												
34.	28	14	20	27	21	03	18	04	14	09	07	16	28											
35.	02	12	17	29	32	13	21	09	32	27	28	38	27	37										
36.	17	35	15	12	20	-0	06	18	11	-0	14	05	19	33	21									
37.	23	13	26	12	01	14	05	23	21	23	37	29	19	19	33	21								
38.	12	23	16	02	16	03	03	24	29	-0	29	19	22	15	39	31	24							
39.	33	16	31	97	29	11	96	15	29	00	24	36	47	22	35	18	35	29						
40.	13	00	22	19	02	13	08	10	05	31	03	11	03	30	18	11	31	-0	08					
41.	06	29	14	31	18	04	18	-0	16	08	09	27	35	28	20	33	04	18	27	09				
42.	19	-0	18	07	11	09	08	07	21	14	02	24	19	22	22	01	08	13	26	43	21			
43.	14	11	17	16	05	19	17	03	33	08	25	34	33	31	22	38	11	15	44	12	21	15		
44.	12	21	15	27	42	19	24	19	09	15	-0	29	33	35	28	26	08	14	19	29	44	21	43	

Como procedimiento exploratorio, y con el fin de identificar las dimensiones o componentes explicativos de la matriz de intercorrelaciones previamente presentada, se recurrió al Análisis Factorial, cuya matriz de intercorrelaciones se ilustra en la tabla 14. De acuerdo con los estudios efectuados por Spielberger (1988), se optó por extraer sucesivamente 5, 4, y 3 factores, definiendo su estructura e interpretando cada uno de los mismos.

En la configuración factorial, se advierte que las saturaciones son relativamente inferiores a las obtenidas en los análisis factoriales de las otras dos escalas, si bien en ningún caso existen saturaciones inferiores a .30. Se advierte la suficiente base, como para fundamentar una clara definición de los tres factores, pese a que algunas variables aparecen un tanto ambiguas por presentar saturaciones similares en los dos factores. Un análisis del contenido de las varia-

bles configuradoras de cada uno de los factores, permite interpretar el primero como factor (*ira-interiorizada*); el segundo como factor (*ira-exteriorizada*), y el tercero como (*ira controlada*).

Tabla 14. Matriz de la estructura factorial rotada de la escala EXI en la adaptación española del STAXI

Variables que saturan en la escala Expresión de ira	F.I			F.II			F.III		
	V	M	T	V	M	T	V	M	T
22. Se me nota el enfado	68	63	66						
23. Me agunto	36		41						
25. Comienzo a hacer gestos y muecas de desagrado	55	61	52						
26. Todos me estorban	63	52	64						
27. Hago comentarios despectivos hacia los demás	58	62	53						
28. Me mantengo tranquilo	50	36	59						
30. Aunque esté a punto de estallar no se me nota	38		46		39				
33. Suelo guardar rencor, sin decirselo a nadie	45	41	41						
36. Privadamente, suelo ser muy crítico con los demás	51	41	59						
37. Me afecta el enfado más de lo que quisiera	34	36				33			
39. Digo groserías	42	43	44						
41. Me irrita más de lo que la gente piensa	46	64							42
29. Me pongo a dar portazos				62	65	60			
32. Me pongo a discutir con los demás				58	68	50			
34. Reacciono contundentemente contra lo que me enfurece				51	62	47			
42. Pierdo la calma				64	65	61			
43. Se me escapan ciertas palabras que después lamento				65	61	65			
21. Controlo mis impulsos							53	43	58
24. Tengo paciencia con los demás							53	70	44
31. Me controlo		41					39		49
35. Soy capaz de mantener la calma							55	70	48
38. Recupero la calma con mayor rapidez que los demás							48	49	42
40. Suelo ser comprensivo y tolerante con los demás		43					48		59
44. Controlo mis sentimientos de enfado		36					56		64
Autovalor	3,6	3,9	3,5	2,3	2,6	2,3	1,8	1,8	2,2

La validez convergente considerada por Messick (1980), como otra de las múltiples variedades de la validez de constructo, representa un estimador de la coherencia de los elementos integrantes de una prueba psicológica. Entre los procedimientos más representativos, y que permiten estimar la validez convergente se encuentra el análisis de conglomerados o cluster analysis. El objetivo básico de esta técnica es encontrar agrupamientos naturales de entre un conjunto de variables (en este caso de los elementos del STAXI), asumiendo como criterio las distancias euclídeas que permiten determinar los coeficientes de semejanza métrica o desigualdad ultramétrica. Como resultado habrá de constataarse hasta qué punto la estructura del dendrograma configurado por una secuencia anidada de variables (elementos) resulta o no coincidente (*convergencia-divergencia*) con la configuración de las diferentes escalas y subescalas que integran el STAXI.

El dendrograma representado en la fig. 4 constituye el resultado de un tipo de análisis basado en el supuesto de asimetría. Se calcularon los coeficientes de similitudes euclídeas de la matriz binaria de 44 variables (*elementos del STAXI*), mediante el programa “Proximities-Cluster” del paquete informático SPSS-X Release 3.1. (1988), instalado en el Centro de Cálculo de la Universidad de Santiago de Compostela. Se trata de un programa diseñado para análisis de conglomerados que permite la elección de diversos métodos de agrupamiento. En este caso se optó por la agrupación de variables a partir de los valores absolutos de la correlación, recurriendo al método jerárquico en función de las distancias euclídeas de similitud.

En el dendrograma adjunto se ilustra una aglomeración jerárquica de $n = 592$ patrones y $n-1$ niveles, en una primera fase (nivel $K = 0$), y adoptando como referente la distancia con valor promedio 5. Se aprecia una configuración trimodal. El primero de los Cluster se encuentra configurado por la secuencia de 10 patrones (*desde el 5 al 4*). En la referida convergencia, y teniendo en cuenta el contenido de los patrones conformantes, se advierte que todos y cada uno de ellos, tienen como denominador común las características propias del “*estado de ira*”. Dicha interpretación corresponde con el conjunto de elementos configurados de la escala IE (*estado de ira*), que incluye en su secuencia ordinal del elemento 1 al 10.

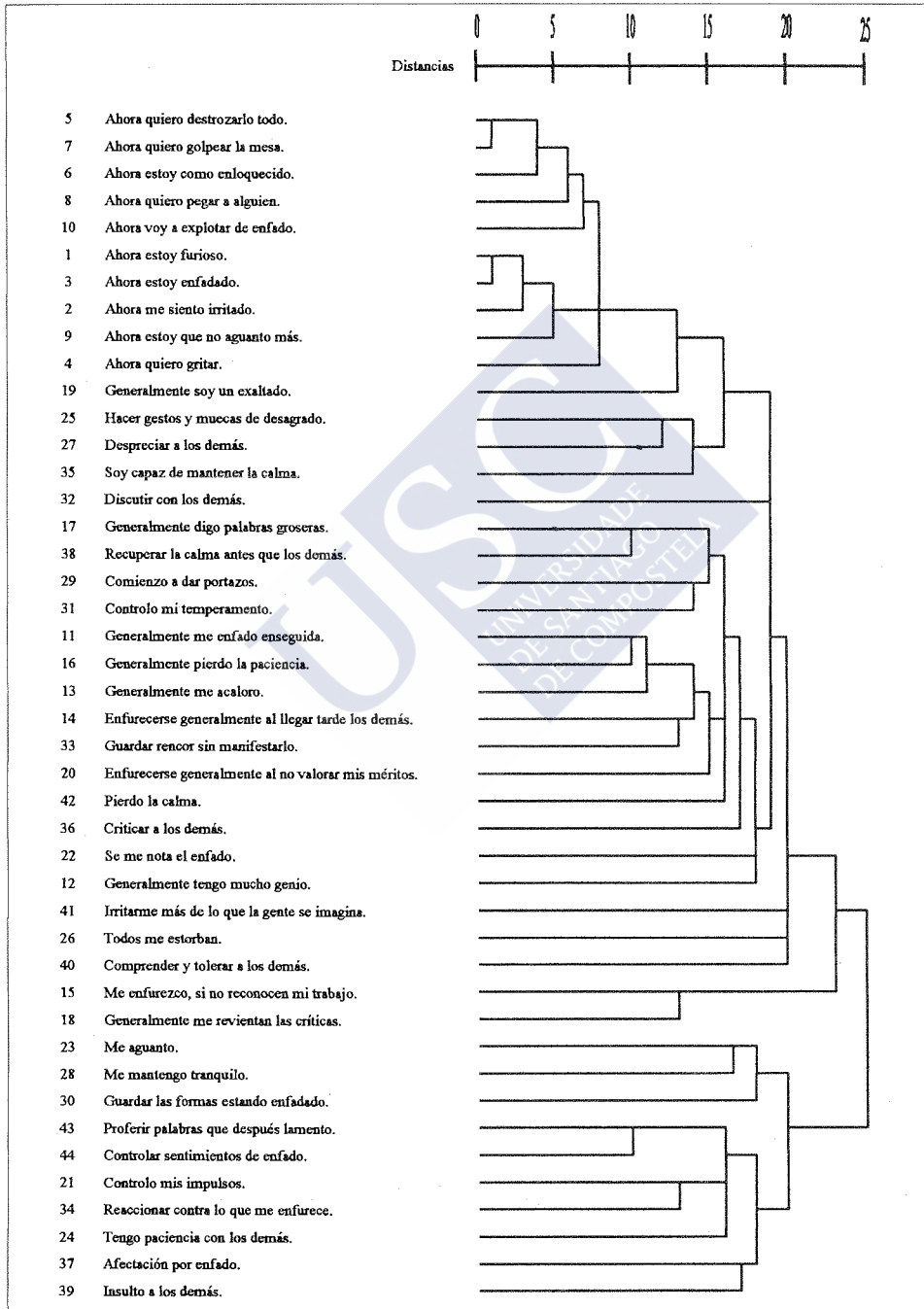
El segundo de los Clusters, se encuentra cofigurado por la secuencia de 23 patrones (*desde el 1a al 15*). En la convergencia del referido Cluster, y teniendo en cuenta el contenido de los patrones conformantes, se advierte que todos ellos tienen como denominador común las características propias del “*rasgo de ira*”; si bien predomina una cierta complejidad, no diferenciándose suficientemente “*rasgo y expresión de ira*”.

El tercero de los Clusters se encuentra asignado por la secuencia de 11 patrones (*desde el 18 al 39*). En su convergencia, y teniendo en cuenta el contenido de los patrones conformantes, se advierte que todos ellos tienen como denominador común las características propias de “*expresión de ira*”, si bien predomina el “*control de ira*”.

3.6. Normas

El STAXI puede autoaplicarse sin requerir personal cualificado, si bien su presencia puede contribuir a una mejor comprensión de las instrucciones. Estas se encuentran impresas en el mismo ejemplar de las preguntas de la prueba. Cuando se trata de aplicaciones colectivas, el examinador habrá de leer las instrucciones en voz alta mientras los sujetos las siguen mentalmente. En las apli-

Figura 3. Dendograma del Análisis Cluster,
a partir de respuestas emitidas a los reactivos del STAXI



caciones individualizadas el sujeto deberá de leer con la máxima atención tanto las instrucciones de carácter general, como las específicas para cada una de las tres escalas.

En la escala I-E las columnas de respuesta (1 a 4) indican la intensidad con que se presentan los sentimientos iracundos, consignando sus titulares: en absoluto, un poco, moderadamente, muchísimo. Mientras que las escalas I-R, y EX las respuestas (1 a 4), se expresan en frecuencia bajo los titulares: casi nunca, algunas veces, con frecuencia y casi siempre.

Para la corrección y obtención de puntuaciones directas el examinador habrá de comprobar, como medida previa las posibles anotaciones efectuadas en la hoja de respuesta (*marcar varias alternativas de un mismo elemento, o dejar sin contestar...*); en el caso de presentarse alguno de estos supuestos el examinador realizará las correcciones oportunas con los sujetos interesados.. Cuando el proceso de corrección se realice de forma manual se tendrá en cuenta la configuración de cada una de las partes del STAXI. Las contestaciones anotadas en la hoja de respuesta, se puntúan mediante el cómputo de los valores asignados a cada una de las opciones elegidas por el sujeto que en cada uno de los 44 elementos integrantes del STAXI, oscila entre los valores 1 al 4.

La primera parte está integrada por los 10 primeros elementos de la escala I-E, con alternativas que oscilan entre el 1 y 4, la máxima puntuación a alcanzar será 40.

La segunda parte integrada por los elementos del 11 al 20 conforman la escala I-R, que a su vez incluye dos subescalas IR-T e IR-R. Para cada una de ellas está previsto su peculiar sistema de puntuación; la máxima puntuación a obtener en I-R será 40, (10 elementos), mientras que IR-R será de 24 (elementos 13, 14, 16, 18, 19, 20) y en IR-T de 16 (elementos 11, 12, 15, 17).

La tercera parte se encuentra integrada por los elementos del 21 al 44 que conforman la escala EX, y que a su vez incluye tres subescalas: EX-I, EX-E y EX-C. Mediante el sistema de puntuación previsto, en la escala EX se obtendrá un valor máximo de 96 (24 elementos), mientras que la puntuación máxima en la escala EX-E será de 48 (elementos 21, 24, 25, 26, 28, 31, 35, 36, 38, 39, 42), y la puntuación máxima en la escala EX-C será de 24 (elementos 27, 30, 31, 33, 37 y 43); finalmente la puntuación de la escala EX-I será de 16 (elementos 22, 34, 41, 44). Si se trata de un proceso de corrección mecanizado, y se han observado las exigencias del mismo, (*utilización de hoja de respuesta especial, marcas con lápiz, cumplimentación de los códigos de identificación*), la máquina realizará todo el proceso hasta determinar las puntuaciones para cada una de las escalas y subescalas.

3.6.1. Conversión y puntuaciones directas en centiles

Las puntuaciones directas obtenidas en la fase anterior no son susceptibles de interpretación por sí mismas, se requiere transformarlas en valores de más amplia significación. Esta transformación se efectuará mediante la comparación con los datos o puntuaciones obtenidas por muestras normativas de la población general a la que pertenecen los sujetos cuyas puntuaciones directas se pretende interpretar.

3.7. Baremos

En la tipificación española (N=592 casos), se ha pretendido obtener una especificación de la población general, habiéndose conjuntado criterios de significación estadística (*edad, sexo, grupo nacional*), y de utilidad práctica. Para cada uno de los referidos criterios se han elaborado tablas de baremos específicos. En la base de las tablas de baremos se han indicado la media aritmética y la desviación típica.

Tabla 15. Adaptación española del Inventario de manifestación de la Ira STAXI

Tabla de baremos para hombres

	Estado de Ira	Rasgo de ira	Expresión de ira	Ira interiorizada	Ira exteriorizada	Ira control
99	29	32	68	24	60	26
95	-		64	-	56	-
90	27	31	60	23	25	25
85	-	-	56	-	24	-
80	51	44	51	49	75	24
30	55	22	23	24		
70	22	28	53	21	22	23
65	-	26	47	20	21	21
60	20	25	41	18	20	19
55	-	23	35	17	19	18
50	18	21	33	16	18	17
45	-	20	30	15	17	16
40	17	19	28	14	16	15
35	-	18	26	13	15	14
30	15	17	24	12	14	13
25		16	-	11	13	12
20	14	15	23	10	12	-
15	13	14	-	9	-	-
10	12	12	20	-	11	11
5	11	11	15	-	-	
1	1-10	1-10	1-14	1-8	1-10	1-10
Nº	304	304	304	304	304	304
x	18,10	20,52	33,47	16,43	17,33	16,56
Ss	3,66	5,68	10,80	3,22	3,17	3,37

Tabla 16. Adaptación española del Inventario de Manifestaciones de Ira STAXI

Tabla de baremos para mujeres

Estado de Ira		Rasgo de ira	Expresión de ira	Ira interiorizada	Ira exteriorizada	Ira control
99	25	34	68	25	25	26
95	-	-	64	-	-	-
90	23	32	60	24	24	25
85	-	-	56	23	-	-
80	51	44	51	49	75	22
30	55	22	21	24	-	-
70	20	28	52	21	20	22
65	-	-	48	20	-	-
60	18	26	42	19	19	19
55	-	24	35	18	18	18
50	16	22	33	17	17	17
45	-	21	30	16	17	16
40	15	20	27	15	16	15
35	-	19	26	14	15	14
30	14	18	25	13	14	13
25	-	17	-	12	13	12
20	13	16	23	11	12	-
15	12	15	-	10	-	-
10	11	13	21	-	11	11
5	10	12	15	-	-	-
1	1-9	1-11	1-14	1-9	1-10	1-10
Nº	288	288	288	288	288	288
x	16,18	21,52	33,17	16,43	17,33	16,87
Ss	3,66	5,68	10,40	3,22	3,17	3,97

4. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ANASTASI, A. (1982). *Psychological Testing*. New York: MacMillan. (5a, Edic.)
- BIAGGIO, M.K.; SUPPLEE, K. y CURTIS, N. (1981). Reliability and validity of four anger scales. *Journal of Personality Assessment*, 45, 639-648.
- BLASHFIELD, R.K. Y ALDENDERFER, M.S.(1988). The methods and problems of Cluster Analysis. En J.R. Nesselroade y R.B. Cattell. *Handbook of Multivariate Experimental Psychology*. New York: Pergamon Press.
- BUSS, A.H. (1961). *The psychology of aggression*. New York: Wiley.
- BUSS, A.H. y DURKEE, A. (1957). "An inventory for assessing different kinds of hostility". *Journal of Consulting Psychology*. 21, pp. 342-349.
- CAPRARA, G.V; CINANNI,V.D.; IMPERIO, G.; PASSERINI, S.; RENZI,P. y TRAVAGLIA, G. (1985). Indicators of impulsive aggression: present status of research on irritability and emotional susceptibility scales. *Person. Individ. Diff.* Vol. 6, pp. 665-674
- CATTELL, R. B. (1944). A note on correlation clusters and cluster search methods. *Psychometrika*, 9, 373-380.
- CATTELL, R.B. (1971). *Handbook of Multivariate Experimental Psychology*. Chicago: Rand McNally.

- (1973). *Personality and Mood by Questionnaire*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- (1978). *The scientific use of factor analysis in behavioral and life sciences*. N.Y.: Plenum Press.
- CATTELL, R.B.; EBER, H.W., y TATSUOKA, M.M. (1970): Handbook for the Sixteen Personality Factor Questionnaire (16 PF). Champaign, Ill.: Institute for Personality and Ability Testing.
- CATTELL, R.B. (1988). The Meaning and Strategic Use of Factor Analysis. En Nesselroade, J. y Cattell, R.B.(Eds), *Handbook of Multivariate Experimental Psychology*. New York: Plenum Press.
- COOK, W.W y MEADLEY, D.M. (1954). "Proposed hostility and pharisaic-virtue scales for the MMPI". *The Journal of Applied Psychology*. 38, pp. 414-418.
- CRANE, R.S. (1981). The role of anger, hostility, and aggression in essential hypertension. (Doctoral dissertation, University of South Florida, Tampa, 1981). *Dissertation Abstracts International*, 42, 2982b.
- CRONBACH, L. (1951). Coefficient Alpha and the Internal Structure of Test. *Psychometrika*. 16, 297-334.
- CRONBACH, L.J. y MEEHL (1955): Construct validity in psychological test. *Psychological Bulletin*, 52, 281-302.
- EGIDO, A.; VALLE, A. y SABURIDO, X.L. (1991). "Mensajes televisivos y pautas de comportamiento agresivo". En Gomez Fernandez, D.E. (Coord.) *El Cambio: Libertad de Expresión y Medios de Comunicación Social*. Santiago. Conselleria da Presidencia e Administración Pública. Xunta de Galicia.
- EVANS, D.R. y STANGELAND, M. (1971). "Development of the reaction inventory to measure anger". *Psychological Reports*, 29, 412-414.
- FRIEDMAN, M., y ROSENMAN, R.H. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood cardiovascular finding. *JAMA*. 1286-1296.
- (1974). *Type A behavior and your heart*. Greenwich, CT: Fawcett Publications.
- GOLDENBERG, M.; PINES, K.L.; BALDWIN, E.; GREEN, D.G. y ROH, C.D. (1948). The hemodynamic response of man to norepinephrine and epinephrine and its relation to the problem of hypertension. *Amer. J. Med.*, Vol. 5, pag. 792.
- GOMEZ FERNANDEZ, D.E. y PULIDO PICOUTO, M.T (1989). *Cuestionario de Ansiedad Infantil*: CAS. Madrid. TEA: Ediciones.
- GOMEZ FERNANDEZ, D.E. y SPIELBERGER, C.D (1990) Assessment of Anxiety in Spanish Elementary School Children. En C, D Spielberger, R. Diaz Guerrero. *Cross-Cultural Anxiety*. N. York: Hemisphere Publishing Co. pgs. 193-203.
- GOMEZ FERNANDEZ, D.E. y PULIDO PICOUTO, M.T. (1992). *Estrés na Escola: Análise e Avaliação da Ansiedade no contexto Escolar*. Sada-La Coruna: Edición do Castro.
- GUTTMAN. (1954). Some necessary conditions for common-factor analysis. *Psychometrika*, 19, 49-161
- (1956). Best possible systematic estimates of communalities. *Psychometrika*, 21, 273-289.
- JACOBS, G.A.; PHELPS, M.; y ROHRS, F.B. (1989). Assessment of Anger in Children: The Pediatric Anger Expression Scale. *Personality and Individual Differences*, 10, 59-65.
- HOSHMAND, L.T. y AUSTIN, G.W. (1987). Validation studies of a multifactor cognitive-behavioral Anger Control Inventory. *J. Pers. Assess.* 51 (3). 417-432
- JOHNSON, E.H. y BROMAN, C.L.(1987). The relationship of anger expression to health problems among Black Americans in a national survey. *Journal of Behavioral Medicine*. 10, 103-169.

- JOHNSON-SAYLOR, M.T. (1984). *Relationship among anger expression, hostility, hardiness, social support, and health risk*. Tesis Doctoral (no publicada), University of Michigan, Ann Arbor.
- KRASNER, S. S. (1986). *Anger, anger control, and the coronary prone behavior pattern*. Tesis de Master no publicada. University of South Florida. Tampa.
- KEARNS, W.D. (1985). *A laboratory study of the relationship of mode of anger expression to blood pressure*. Tesis de Master no publicada, University of South Florida, Tampa.
- LORD, F. M. y NOVICK, M. R. (1968). *Statistical theories of mental test scores*. Reading, Mass: Addison Wesley.
- McCANN, B.C. ; WOOLFOLK, R.L.; LEHRER, P.M.; SCHWARCZ, L. (1987). Gender differences in the relationship between hostility and the type A behavior pattern. *J. Pers. Assess.* 51 (3), 355-66.
- MESSICK, S. (1980). Test validity and the ethics of assessment. *American Psychologist*, 35, 1012-1027
- MORRIS, C.J. (1976). *Psychology: An introduction* (2nd, ed.) Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- MURRAY, H.A. (1943). *Thematic Apperception Test*. Cambridge: Harvard University Press.
- NOVACO, R.W. (1974). *Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment*. Heath: D.C. Lexington, Mass.
- RORSCHACH, H. (1921). Psychodiagnostik. Bern, Switzerland: Bircher.
- ROSENZWEIG, S. (1945). The picture association test and its application in a study of reaction to frustration. *Journal of Personality*, 14, 3-23
- RUSSELL, S.F. (1983). *Anger, hostility, aggression in myocardial infarction and essential hypertension*. (Doctoral dissertation, University of South Florida, Tampa, Dissertation Abstracts International, 44, 2906B.
- SABURIDO, X.L. y GOMEZ, D. E. (1990). *O Comportamento Agresivo na Mocidade*. Santiago de Compostela: Sotelo Blanco.
- SCHULTZ, S.D. (1954). A differentiation of several forms of hostility by scales empirically constructed from significant items on the MMPI. *Dissertation Abstracts*, 17, pp. 717-720.
- SCHAWARZER, C. y KIM, M.J. (1985). Adaptation of the Korean form of the Test Anxiety Inventory: A research note. En Van der PLOEG; R. SCHAWARZER y C.D. SPIELBERGER; *Test Anxiety Research*, N. J.: Laurence Erlbaum Ass. Hillsdale. p 277-285.
- SHARMA, S. y RAO, U. (1984). Test Anxiety Research in India: A Review. En Van Der PLOEG; R. SCHAWARZER y C.D. SPIELBERGER: *Test Anxiety Research*. N.J.: Lawrence Erlbaum Ass. Hillsdale. p. 255-265.
- SIEGEL, S. (1956). "The relationship of hostility to authoritarianism". *Journal of Abnormal And Social Psychology*, 52, pp. 368-373.
- SOLOMON, E.P. (1987). *An examination of personality characteristics and coping mechanisms identified as risk factors for cancer*. Unpublished master's thesis, University of South Florida. Tampa.
- SPEARMAN, C (1904). The proof and measurement of association between two things. *American Journal of Psychology*, 15, 72-101.
- SPIELBERGER, C.D. (1966). Theory and research on anxiety. In C.D. Spielberger (Ed.). *Anxiety and behavior* (pp. 3-20). N. York: Academic Press.
- (1972). Anxiety as an emotional state. In C.D. Spielberger (Ed.), *Anxiety: Current trends in theory and research* (Vol. 1, pp. 23-49). N. York: Academic Press.
- (1975). Anxiety: State-trait process. En C.D. Spielberger y Sarason I. (Eds), *Stress and anxiety* (Vol. 1 pp. 115-141). Washington, D.C.: Hemisphere/Wiley.

- (1976). The nature and measurement of anxiety. En C.D. Spielberger & R. Diaz Guerrero (Eds), *Cross-cultural anxiety* (Vol.2 pp. 3-11). Washington, D.C.:Hemisphere/Wiley.
- (1977). State-trait anxiety and interactional psychology. In D. Magnuson y N.S Endler (Eds). *Personality at the crossroads: Current issues in interactional psychology* (pp. 173-183). Hillsdale, N.J.: LEA.
- (1979a). *Understanding stress and anxiety*. New York: Harper -Row.
- (1979b). *Preliminary manual for the State-Trait Personality Inventory (STPI)*. Unpublished manuscript. University of South Florida. Tampa.
- (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- (1985). Assessment of state and trait anxiety: Conceptual and methodological issues. *The Southern Psychologist*, 2, 6-16.
- SPIELBERGER, C.D.; ANTON, W.D., y BARKER, L.R. (1979). *The effects of stress and anxiety on complex learning and performance for college students and Navy and Air Force recruits*. (Monograph Series Three: No.2). Human Resources Institute, University of South Florida, Tampa.
- SPIELBERGER, C.D.; CRANE, R.S.; KEARNS, W.D.; PELLEGRIN, K.L. ; RICKMAN, R.L. y JOHNSON, E.H. (1991). Anger and Anxiety in Essential Hypertension. En C.D. Spielberger y Sarason I. (Eds), *Stress and anxiety*.
- SPIELBERGER, C.D; GORSUCH, R.L y LUSHENE, R.E., (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory: STAI ("Self-Evaluation Questionnaire")*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- SPIELBERGER, C.D.; JACOBS, G.A.; RUSSELL, S.F. y CRANE, R.S. (1983) Assessment of anger: The State-Trait Anger Scale. In J.N. Butcher y C.D. Spielberger (Eds), *Advances in personality assessment* (Vol. 2). Hillsdale, N.J.: LEA.
- SPIELBERGER, C.D.; JOHNSON, E.H.; RUSSELL, S.F.; CRANE, R.S; JACOBS, G.A. y WORDEN, T.J. (1985). The experience and expression scale. In M.A. Chesney y R.H. Rosenman (Eds), *Anger and Hostility in cardiovascular and behavioral disorders* (pp. 5-30). New York: Hemisphere/McGraw-Hill.
- SPIELBERGER, C.D.; KRASNER, S.S. y SOLOMON, E.P. (1988). The experience, expression and control of anger. In M.P. Janisse (E.d.), *Health psychology: Individual differences and stress*. New York: Springer/Verlag.
- SPIELBERGER, C.D. y LONDON, P. (1982). Rage boomerangs. *American Health*. 1, 52-56.
- (1990). *Blood Pressure and Injustice*. *Psychology Today*, Jan.-Feb. pp.48-51
- SPIELBERGER, C.D.; PETERS, R.A. y FRAIN, F. (1981). Neugier und angst (Curiosity and anxiety). In H.G. Voss y H. Keller (Eds). *Neugierforschung: Grundlagen-theorien-und-wendungen* (pp. 197-225). Weinheim, Federal Republic of Germany: Beltz.
- SPIELBERGER, C.D. y RICKMAN, R.L. (1990). Assessment of State and Trait Anxiety in Cardiovascular Disorders. En Byrne, D.G. y Rosenman, R. H. (Eds). *Anxiety and the Heart*. New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- (1990). Assessment of State and Trait Anxiety. En A.A.V.V. (Ed.s). *Anxiety: Psychobiological and Clinical Perspectives*. New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- STEARNS, F.R. (1972). *Anger: Psychology, Physiology, Pathology*. Springfield: Ch. Thomas Publishers.
- STONER, S.B. y SPENCER, W. B. (1987). Age and gender differences with the Anger Expression Scale. *Educational and Psychological Measurement*, 47, 487-492.
- VERRIER, R.L. ; HAGESTAD, E.L. y LOWN, B. (1987). Delayed myocardial ischemia induced by anger. *Circulation*, 75 (1), 249-254.

- VITALIANO, P.P.; MAIURO, R.D.; RUSSO, J.; MITCHELL, E.S.; CARR, J.E. y VAN CIT-TERS, R.S. (1986). A biopsychosocial model to explain personal sources of medical student distress. *Proceedings of the 26th Annual Conference on Research in Medical Education*. Association of American Medical Colleges, Washington, D.C., 26, 228-234.
- VON EULER, U.S. (1955). Noradrenaline in adrenergic nerves. En Elliot, K.A.C., Page, M., y Quastel, J.H. (Eds), *Neurochemistry*. Springfield, Ill.: Thomas.
- (1959). Autonomic neuroeffector transmission. En John Field (Ed.), *Handbook of physiology: Section 1, Neurophysiology*. Washington, D.C.: American Physiological Society.
- WIELGOSZ, A.T.; WIELGOSZ, M.; BIRO, E; NICHOLLS, E.; MACWILLIAM, L. y HANEY, T. (1976): Risk factors for myocardial infarctions: the importance of relaxation, *Br. J. Med. Psychol.*, 61, 209-217. 1988.
- WIGGINS, J.S. (1973). *Personality and prediction: Principles of Personality assessment*. Reading, Mass.: Addison-Wesley.
- WITMANN, W.W. (1988). Multivariate Reliability Theory: Principles of Symmetry and successful Validation Strategies., En J.R. Nesselroade y R.B.Cattell. *Handbook of Multivariate Experimental Psychology*. New York. Plenum Press. pgs. 505-557.
- WRZSNIIEWSKI, K. (1984) Development of the Polish form of the State-Trait Personality Inventory. En Van Der PLOEG; R. SCHAWARCER y C.D. SPIELBERGER. *Test Anxiety Research*. N.J.: Lawrence Erlbaum. Ass. Hildale p. 265-277.
- ZELIN, M.L. ADLER, G. y MYRERSON, P.G. (1972). "Anger self-report: An objective questionnaire for the measurement of aggression". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39, 340.

APÉNDICE

STAXI

INVENTARIO DE MANIFESTACION DE LA IRA RASGO-ESTADO STAXI

Nombre ----- Sexo ----- Edad ----- Fecha -----

Estudios realizados ----- Estado Civil ----- Profesión -----

INSTRUCCIONES

El inventario de Autoevaluación STAXI consta de 3 partes con instrucciones específicas para cada una. Lea con atención las directrices antes de responder a las cuestiones que se le plantean. Tenga en cuenta que aquí no hay respuestas correctas ni equivocadas. No borre, si necesita cambiar alguna respuesta, ponga una X en el lugar de la respuesta equivocada.

PARTE I. DIRECTRICES

A continuación encontrará una serie de expresiones que las personas suelen utilizar para describirse a sí mismas. Marque con un círculo el número de las respuesta que refleje mejor COMO SE SIENTE Vd. EN ESTE PRECISO MOMENTO. No debe emplear excesivo tiempo en cada expresión, pero asegúrese que está eligiendo la respuesta que mejor refleje sus sentimientos EN EL MOMENTO PRESENTE.

	En absoluto	Un poco	Moderadamente	Muchísimo
COMO ME ENCUENTRO AHORA:	1	2	3	4
1. Estoy furioso	1	2	3	4
2. Me siento irritado	1	2	3	4
3. Estoy enfadado	1	2	3	4
4. Tengo ganas de ponerme a gritar	1	2	3	4
5. Tengo ganas de romperlo todo	1	2	3	4
6. Estoy como enloquecido	1	2	3	4
7. Tengo ganas de dar puñetazos en la mesa	1	2	3	4
8. Tengo ganas de golpear a alguien	1	2	3	4
9. Estoy que ya no aguanto más	1	2	3	4
10. Estoy a punto de explotar	1	2	3	4

PARTE 2. DIRECTRICES

A continuación encontrará una serie de expresiones que las personas suelen utilizar para describirse a sí mismas. Lea cada una de las expresiones y rellene con el lápiz el círculo donde se encuentre el número de la respuesta que refleje mejor COMO SE ENCUENTRA Vd. NORMALMENTE. Aquí no hay respuestas correctas o incorrectas. Aunque no debe perder excesivo tiempo en ninguna de las expresiones, ha de asegurarse que está eligiendo la respuesta que mejor refleja como se encuentra Vd. normalmente.

COMO ME SIENTO NORMALMENTE:	Casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre
11. Me enfado enseguida.	1	2	3	4
12. Tengo mucho genio.	1	2	3	4
13. Me acaloro fácilmente.	1	2	3	4
14. Me enfurezco cuando me retraso por culpa de los demás	1	2	3	4
15. Me fastidia cuando no se me aprecia el éxito en el trabajo	1	2	3	4
16. Pierdo la paciencia	1	2	3	4
17. Cuando me enfado digo cosas crueles	1	2	3	4
18. Me revienta que me critiquen	1	2	3	4
19. Cuando me salen mal las cosas me entran ganas de pegar a cualquiera	1	2	3	4
20. Me enfurezco cuando no se me valora suficientemente un trabajo bien hecho	1	2	3	4

PARTE 3. DIRECTRICES

Todas las personas se enfadan y se ponen de mal humor de vez en cuando, pero cada una reacciona de manera muy peculiar. A continuación, va encontrar una serie de expresiones que se utilizan para describir las diferentes reacciones cuando se está enfadado o del mal humor. Lea cada una de las mismas, y rellene con el lápiz el círculo donde se encuentre el número de la respuesta que corresponda mejor con sus reacciones habituales y su forma de comportarse cuando se encuentra enfadado o del mal humor. Recuerde que no haya respuestas correctas ni equivocadas. No pierda mucho tiempo en ninguna de las expresiones.

CUANDO ESTOY ENFADADO O ENFURECIDO	Casi nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Casi siempre
21. Controlo mis impulsos	1	2	3	4
22. Se me nota el enfado	1	2	3	4
23. Me aguanto	1	2	3	4
24. Tengo paciencia con los demás	1	2	3	4
25. Me pongo a hacer gestos y muecas de desagrado	1	2	3	4
26. Todos me estorban	1	2	3	4
27. Hago comentarios despectivos hacia los demás	1	2	3	4
28. Me mantengo tranquilo	1	2	3	4
29. Comienzo a dar portazos	1	2	3	4
30. Aunque esté a punto de estallar, no se me nota	1	2	3	4
31. Me controlo	1	2	3	4
32. Me pongo a discutir con los demás	1	2	3	4
33. Suelo guardar rencor, sin manifestarlo	1	2	3	4
34. Reacciono contendientemente contra lo que me enfurece	1	2	3	4
35. Soy capaz de mantener la calma	1	2	3	4
36. Privadamente suelo ser muy crítico con los demás	1	2	3	4
37. Me afecta el enfado más de lo que quisiera	1	2	3	4
38. Recupero la calma con mayor rapidez que los demás	1	2	3	4
39. Digo groserías	1	2	3	4
40. Suelo ser comprensivo y tolerante con los demás	1	2	3	4
41. Me irrito más de lo que la gente se imagina	1	2	3	4
42. Pierdo la calma	1	2	3	4
43. Se me escapan ciertas palabras, que después lamento	1	2	3	4
44. Controlo mis sentimientos de enfado	1	2	3	4



1. INTRODUCCIÓN

El juego ha sido considerado, a través de los tiempos, de múltiples formas según la finalidad para la que se utilice, por lo que abarca desde el simple acto de evasión/entretenimiento y puesta en marcha de la imaginación (Corcés, 1991; Baldwin y cols. 1993) hasta indicador del aprendizaje y desarrollo del niño. Pero la base común a estas distintas acepciones de juego es que éste es la actividad por excelencia del niño (Chafel, 1991).

En la evolución del concepto de juego en general y de las pruebas diagnósticas a través del juego, en particular, han incidido diferentes aportaciones procedentes tanto del estudio del juego, cómo su utilización en procedimientos terapéuticos y estudios evolutivos del niño.

En la concepción del juego actual, han contribuido las aportaciones que se realizan a principios de este siglo, que ponen el acento sobre la importancia que tiene para el niño el poder ensayar roles a través del juego, así como lo consideran un medio para conocer la vida innata del niño.

Esta concepción del juego favoreció, a principios de este siglo, su utilización en intervención terapéutica por Klein y A. Freud que lo incorporaron al tratamiento psicológico. Así como Lowenfeld (1939-1969), en esta misma época, que desarrolló lo que llamó "*Técnica del mundo en miniatura*", que constituye una de las primeras veces que de forma sistemática se organizó la presentación de los juguetes para utilizarlos en terapia. Posteriormente, Erikson puso en evidencia los diferentes tipos de juegos asociados a cada edad del niño, y la necesidad de conocer las características asociadas a las etapas evolutivas para comprender y dar sentido al juego del niño. Este autor señaló, que el juego del

niño está mediatizado por la combinación entre el desarrollo individual, la dinámica familiar y las expectativas culturales, siendo el primero en explicar el juego patológico.

Al mismo tiempo que se desarrolla la terapia de juego, también lo hacen las teorías cognitivas del desarrollo y del pensamiento simbólico en el niño de la mano de Piaget, que sugiere la importancia del juego en el desarrollo intelectual y en el aumento de las capacidades. Señalando, que las conversaciones con los niños son mucho más fluidas cuando: se realizan con materiales concretos y cuando el niño habla de pensamientos abstractos a través de juegos.

Con la publicación del estudio del caso de terapia de juego por Virginia Axline (1964) "*Dibs: In search of self*" y "*Play Therapy*", se pone en evidencia la importancia del juego en la terapia del niño. Este trabajo abre un período de gran interés en el juego en general y en relación con la terapia en particular. Posteriores trabajos de investigación contribuyeron a que fuera estudiado el juego y su aplicación con mayor atención proporcionando una mayor comprensión de su incidencia en el desarrollo del niño.

Como puede deducirse, el juego hasta aproximadamente la década de los 60 fue considerado como una forma de tratamiento, y no como sistema de evaluación. Sin embargo, durante este tiempo se construyeron unos conocimientos teóricos referidos a las etapas evolutivas del desarrollo del niño, que permitirá describir y clasificar el juego del niño dentro de un marco normativo. Los trabajos realizados en este sentido, han puesto las bases para plantearse la idea de la utilización del juego para el diagnóstico del niño.

2. PRIMEROS SISTEMAS DE CLASIFICACION DE LAS CONDUCTAS DE JUEGO

Las aportaciones realizadas para estructurar el juego dentro de parámetros evolutivos y de diagnóstico, fueron los trabajos de. Parton (1932) que realiza una agrupación de las estrategias diagnósticas para el estudio del desarrollo social del juego. La escala fue dividida en seis categorías: *conducta desocupada*; *juego solitario e independiente*; *conducta de espectador*; *actividad paralela*; *juego asociativo*; y *juego cooperativo*.

Aunque se han realizado diferentes revisiones de esta escala, aún continúa siendo utilizada en investigación en la práctica clínica.

– Lowenfeld (1939-1969) proporciona uno de los más estructurados procedimientos psicodinámicos de terapia de juego, utilizando "*Miniature World*

Technique". A través de diferentes sesiones, el niño realizaba una serie de construcciones del mundo, las producciones realizadas por el niño eran estudiadas y analizadas a partir de una serie de características tales como: *contenido, temática, utilización del espacio, número y tipo de categorías*.

Este análisis era utilizado para evaluar y determinar el nivel de funcionamiento del niño en *lenguaje, desarrollo motor, intelectual, social, intrapsíquico y afectivo*. El trabajo realizado por este autor permitió el desarrollo de procedimientos de evaluación como el de Buhler (1951) con "*World Test*", así como el "*Erica Method*" Bratt y Harding. Ambos procedimientos tienen estandarizados el material, así como un método sistemático de diagnóstico e interpretación, siendo utilizados en niños normales y con hándicaps, para evaluar tanto el desarrollo cognitivo como dificultades emocionales.

En la década de los 70 se observa un aumento del interés en el juego del niño como procedimiento terapéutico, así como en los conocimientos de las características asociadas a las etapas evolutivas, proporcionando mayores conocimientos para observar y conocer las conductas de juego. Es en la década de los 80 que se inicia una proliferación, y variedad de instrumentos diagnósticos basados en el juego, que debidos a su buena fiabilidad y validez son utilizados en la evaluación psicológica del niño. Estas aportaciones introducen una nueva concepción del juego, que no solo es visto como una forma de conocer la vida innata del niño sino también como una forma de obtener información específica, que permita evaluar el funcionamiento general del niño. Con esta finalidad aparecen diferentes sistemas de clasificación del juego realizadas por diferentes autores, que sugieren seis áreas de observación: 1) *persigue el objetivo por sus propios medios*; 2) *se centra en el significado en lugar de la finalidad*; 3) *dirigido a explorar objetos por sus características*; 4) *el esfuerzo utilizado no está en relación con los resultados esperados*; 5) *no está organizado por reglas externas*; el juego está caracterizado por *implicación activa*.

Habría que destacar un modelo utilizado por Erikson que utiliza cuatro dimensiones importantes en el proceso del juego para su evaluación: 1) *manejo del espacio*; 2) *manejo del material*; 3) *imitación*; y 4) *participación*.

Desde otras perspectivas también se sugieren las características que debe tener el juego como: 1) *placentero*; 2) *espontáneo, voluntario, motivante*; 3) *flexible*; y 4) *un producto del crecimiento físico y cognitivo*. Así como las variables más importantes a considerar en el proceso del juego: 1) *el tipo y número de juguetes utilizados*; 2) *el contexto del juego*; 3) *el número de participantes implicados*; 4) *las secuencias de los temas planteados*; 5) *el espacio utilizado*; 6) *como ha sido realizada la actividad de juego*; y 7) *el nivel de esfuerzo utilizado en el juego*.

Todas estas aportaciones nos informan que a través del juego se pueden conocer una amplia variedad de aspectos de la vida innata del niño, *nivel de desarrollo y capacidades cognitivas* (Fenson, 1986). Dentro de este contexto se inscribe el presente trabajo que tiene como objetivo estudiar las características de las escalas diagnósticas basadas en el juego, así como las áreas que se evalúan.

3. MÉTODO

El trabajo ha sido realizado a través de la recopilación bibliográfica de los distintos instrumentos de evaluación realizados a través del juego. El estudio de las diferentes escalas ha sido realizado en función de diferentes criterios:

- *Productividad de las escalas*: se agrupan las diferentes escalas según el año de su aparición.

- *Trastornos que evalúan*: Las escalas han sido agrupadas teniendo en cuenta el objetivo para lo cual han sido diseñadas, concretamente se han considerado: *trastornos psicopatológicos, relaciones socio-familiares, desarrollo y terapia de juego*.

- *Edad de aplicación*: se presentan los períodos de edad para los que han sido construídas dichas escalas.

- *Técnicas de juego utilizada*: según sea juego dirigido, juego libre y "storytelling".

- *Formación necesaria para su aplicación*: si su utilización requiere una especial formación para su utilización

- *Aspectos que evalúan*: se agrupan las áreas consideradas en los instrumentos

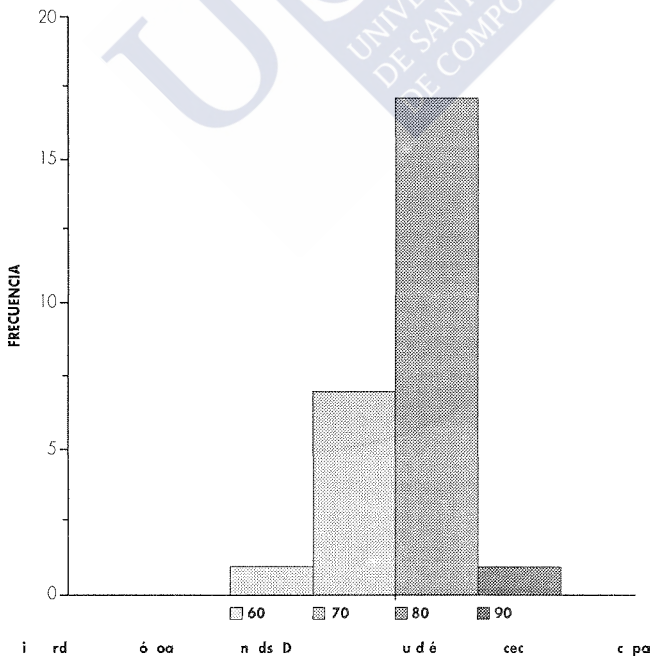
3.1. Escalas de evaluación a través del juego

Antes de exponer las diferentes escalas, cabe señalar que, los instrumentos de evaluación a través del juego se plantean como una alternativa a las limitaciones de los instrumentos tradicionales a determinadas edades y su dificultad en promover la posibilidad de un óptimo rendimiento del niño en situación de examen. En este sentido, lo que se pretende a través del juego es proporcionar un medio donde el niño pueda manifestar sus características de funcionamiento general. Por lo que las escalas de evaluación a través del juego están dirigidas sobre todo a los niños menores de seis años así como a los niños con algún *trastorno evolutivo, handicap físico o trastorno psicopatológico*.

3.1.1. Aparición de los instrumentos

Si bien desde el inicio de la utilización del juego en el tratamiento aparece un interés por establecer sistemas para cuantificar los datos, las escalas no empiezan a desarrollarse hasta la década de los 80 (gráfico 1), que aparece un gran interés y confianza en considerar el juego como un procedimiento válido para poder ser utilizado en la evaluación del niño. Como puede observarse, en esta década son reseñados en la literatura cerca de 20 instrumentos. Si bien todos ellos presentan sistemas estandarizados de evaluación, no todos están lo suficiente estudiados para su utilización. El primer instrumento que aparece en 1960 es el de Marschak que evalúa la interacción entre padres-niño. Este instrumento ha sido revisado posteriormente, presentando índices altos de fiabilidad y validez. En la década de los 90 se observa un interés en la literatura orientado al estudio de los instrumentos existentes, centrándose en la profundización y validación de los sistemas de observación utilizados así como en la realización de estudios que prueben su fiabilidad y validez.

Gráfico 1. Distribución de frecuencias por décadas



3.1.2. Trastornos que evalúan

Las escalas de juego pueden agruparse en cuatro grandes grupos: *trastornos psicopatológicos*, *interacción socio-familiar*, *características de desarrollo* y *terapia de juego*. Como puede observarse (gráfico 2), las pruebas que evalúan las características del desarrollo del niño son las más abundantes (n=10), seguidas de las que evalúan la interacción socio-familiar (n=7), y trastornos psicopatológicos (n=6), por último las escalas que evalúan la terapia de juego son las menos presentes. Concretamente se distribuyen como se expone a continuación (tabla 1):

Gráfico 2: Distribución de las escalas por áreas

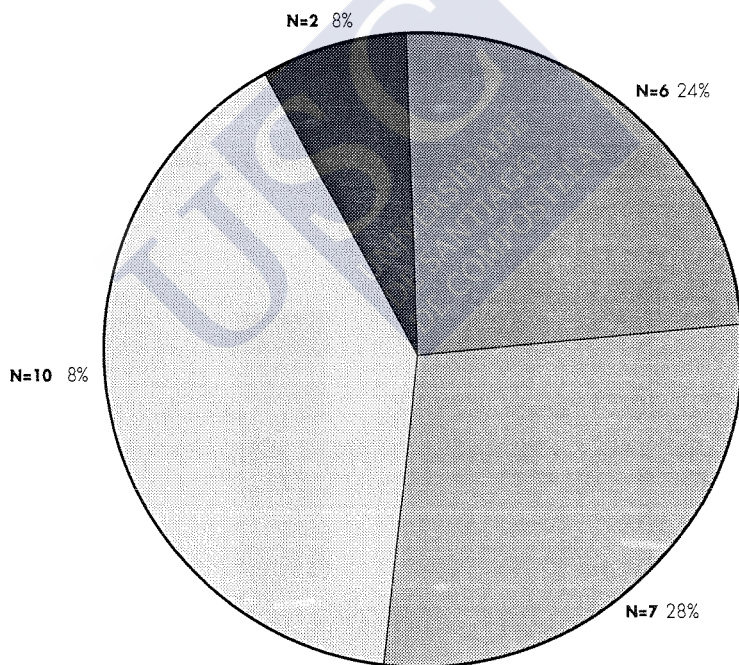


Tabla 1. Escalas diagnósticas a través del juego

Escalas	Autor	Año
PSICOPATOLOGIA (N=6)		
Kiddie Formal Thought Disorder Rating Scale (K-FTDS)	Caplan y Sherman	1989
Mayes Hyperactivity Observation System Protocol (MHOS)	Mayes	1982-1987
Parent Observatory Scale (POS)	Siegel	1989
The Behavior Observation System (BOS)	Freeman	1978
Ethological Studies of Child Behaviour	Blurton-Jones	1972
Wetsby Symbolic Play Scale	Westby	1980
SOCIO-FAMILIARES (N=7)		
Neonatal Behaviour Assessment Scale	Field y col.	1978
Interaction Rating Scales (IRS)	Field y col.	1980
Mother-toddler play preferences checklist	Stern	1974
Recording Street for the parent-child interaction play Ass.	Mash y col.	1973
(P-CIPA)	Mash y Terdal	1990
Assessing parent-child Interactions with the Marschk	Marschk	1960
Interaction Method (MIM)	Marschk	1980
Behavior Observation Record (BOR)	Segal y col.	1987
Blank form for the Behavior Observation Record (BOR)	Segal y col.	1987
DESARROLLO (N=10)		
Developmental Scale of Infant Play	Belsky y Most	1981
Symbolic Play Test (SPT)	Lowe y Costello	1976
Transdisciplinary Play-Based Assessment (TPBA)	Linder	1993
Play Assessment Checklist for Infants.	Bromwich y col.	1981
Play Assessment Scale	Fewell y Vadasy	1984
Levels of Child Object Play	Gowen y Schoen	1984
Developmental progression in Play Behavior of Children		
Between Nine and Thirty Months.	Largo y Howard	1979
A Manual for analyzing Free Play	McCune-Nicholich	1980
Play Observation Scale	Rogers	1986
Play Observation Scale	Rubin	1984
TERAPIA DE JUEGO (N=2)		
Play Therapy Observational Instrument (PTOI)	Howe y Silvern	1981
	Perry	1988-1989
Novoa Assessment of Psychotherapy (NAP)	Burns y Faust	1989

3.1.3. *Psicopatología (n=6)* (Tabla 2) Estas escalas evalúan mayoritariamente *autismo* y *deficiencia mental* en la primera infancia y preescolar, seguido de esquizofrenia para niños de preescolar y escolar, y por último la escala de hiperactividad para niños de preescolar. Mayoritariamente utilizan el juego libre a excepción de la escala que evalúa la esquizofrenia que utiliza la técnica de “storytelling”.

Tabla 2. Escalas diagnósticas a través del juego

Escalas	Áreas	Juego	Edad
PSICOPATOLOGIA (N=6)			
Kiddie Formal Thought Disorder Rating Scale (K-FTDS)	Esquizofrenia	Storytelling	Pre-escolar. Escolares
Mayes Hyperactivity Observation System Protocol(MHOS)	Hiperactividad	Libre	Pre-escolares
Parent Observatory Scale (POS)	Autismo	Libre	1 ^a . Infancia. Pre-escolares
Behavior Observation System (BOS)	Autismo	Libre	1 ^a Infancia. pre-escolar
Ethological Studies of Child Behaviour	Autismo	Libre	Pre-escolares Escolares
Wetsby Symbolic Play Scale	Autismo y deficiencia	Libre	1 ^a . Infancia. Pre-escolares
SOCIO-FAMILIARES (N=7)			
- Questionnaire for Mothers for Mothers Adapted Form the Neonatal Behavior Assessment Scale	Interacción familiar	Libre	Neonatos
- Interaction Rating Scales (IRS)	Interacción familiar	Libre	Neonatos
- Mother-Toddler Play preferences checklist	Interacción familiar	Libre-Dirigido	1 ^a Infancia
- Recording Street for the Parent-Child Interaction Play Ass. (P-CIPA)	Interacción familiar	Libre-Dirigido	1 ^a Infancia. Pre-escolares
Assessing Parent-Child Interactions with the Marschak Interaction Method (MIM)	Interacción familiar	Libre-Dirigido	1 ^a Infancia
Behavior Observation Record (BOR)	Interacción social	Libre-Dirigido	Neonatos. 1 ^a Infancia. Pre-escolares
Blank Form for the Behavior Observation Record (BOR)	Interacción social	Libre-Dirigido	1 ^a Infancia. Pre-escolares

3.1.4. *Relaciones socio-familiares: (N=7)* (Tabla 2) junto con la terapia esta área constituye el inicio de las escalas diagnósticas a través del juego, donde se evalúan las relaciones entre padres-hijo, o interacción familiar (n=5), y la relación entre el niño con otros adultos y/o niños (n=2). Las edades de aplicación de estas escalas son desde neonatos (4-6 meses) a pre-escolar. El juego utilizado mayoritariamente es el juego libre-dirigido. En una primera etapa para establecer relación con el niño y familia se utiliza el juego libre para pasar progresivamente a juegos orientados a las diferentes áreas que se van a evaluar.

3.1.5. *Escalas de desarrollo (N=10)*, (Tabla 3) son las numerosas en la actualidad, como ya se ha señalado, están diseñadas para evaluar a los niños de la primera infancia, y preescolar. Centran su atención sobre todo en la función simbólica, socialización y motivación. Las áreas que evalúan se centran en los aspectos cognitivos, la comunicación, desarrollo psicosocial y motor principalmente. Cabe señalar que si bien todos ellos consideran todas estas áreas, algu-

nos están centrados en áreas concretas como el desarrollo simbólico, o el lenguaje o social, aunque sin olvidar la evaluación de las otras áreas. El tipo de juego utilizado es la combinación de juego libre con dirigido. Aún en aquellos que se señala la utilización únicamente de juego libre *este* está organizado en secuencias y la presentación de los diferentes juguetes suele estar pre-establecida, su característica es la casi nula intervención del evaluador.

3.1.6. *Terapia de juego* (N=2) (tabla 3) como se ha señalado están diseñadas para evaluar tanto la terapia propiamente dicha, como establecer y evaluar la utilización de los diferentes juegos y la sucesión que se utiliza en el tratamiento. Este tipo de escalas están orientadas para niños de preescolar y escolares con trastornos psicosociales y emocionales. El tipo de juego utilizado es libre y dirigido.

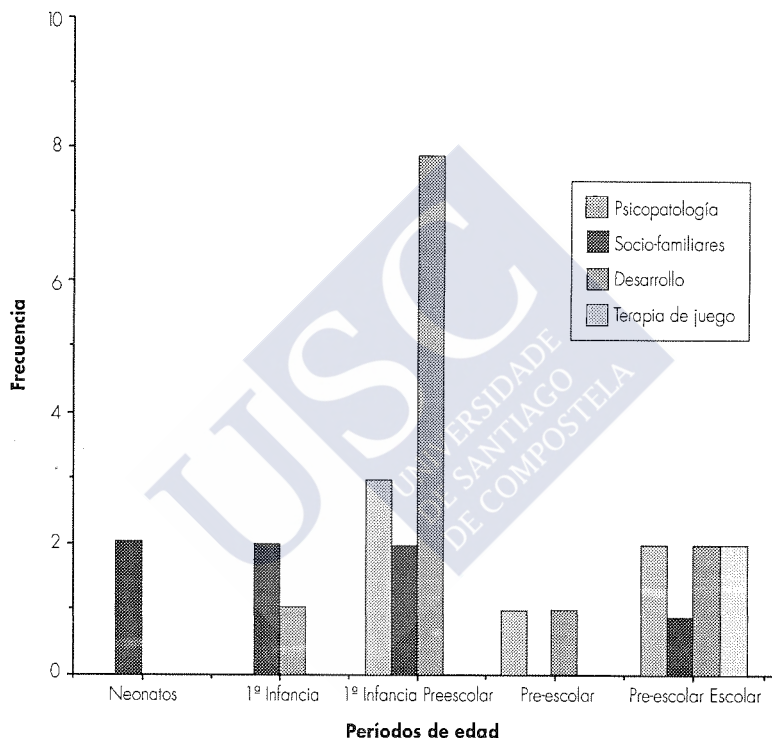
Tabla 3. Escalas diagnósticas a través del juego (Continuación)

Escalas	Áreas	Juego	Edad
DESARROLLO (N=10)	Cognitivo, Comunicación, Psico-social y psicomotor		
Developmental Scale of infant Play	Desarrollo simbólico	Libre-Dirigido	Pre-escolar.
Symbolic Play Test (SPT)		Libre-Dirigido	1ª Infancia.
Transdisciplinary Play-Based Assessment (TPBA)		Libre-Dirigido	1ª Infancia.
Play Assessment Checklist for Infants		Libre-Dirigido	Pre-escolar
Play Assessment Scale		Dirigido	1ª Infancia.
Levels of Child Object Play		Libre	Pre-escolar
Developmental Progression in Play Behaviour of Children Between Nine and Thirty Months.		Libre	1ª Infancia.
A Manual for Analyzing Free Play	Desarrollo simbólico	Libre	Pre-escolar
Play Observation Scale		Dirigido	1ª Infancia.
Play Observation Scale	Desarrollo simbólico	Dirigido	Pre-escolar
			1ª Infancia.
			Pre-escolar
TERAPIA DE JUEGO (N=2)			
Play Therapy Observational Instrument (PTOI)	Psico-social Emocional	Libre-Dirigido	Pre-escolare
Nova Assessment of Psychotherapy (NAP)	Psico-social Emocional	Libre-Dirigido	Escolares
			Pre-escolare
			Escolares

3.1.7. *Edad de aplicación*: La característica de estos procedimientos de evaluación es que están hechos para niños pequeños, como ya se ha señalado, que pueden expresar con dificultad sus preocupaciones y problemas o dificul-

tades. Por lo que están orientados a evaluar a los niños entre 4-6 meses a 6 años. En edad escolar los instrumentos están orientados a estructurar la terapia y su evaluación. (gráfica 3). El número más importante de escalas están realizadas para evaluar a los niños de la primera infancia y de pre-escolar, centrándose sobre todo en las escalas que evalúan el desarrollo.

Gráfico 3: Distribución de escalas por periodos de edad y áreas evaluadas

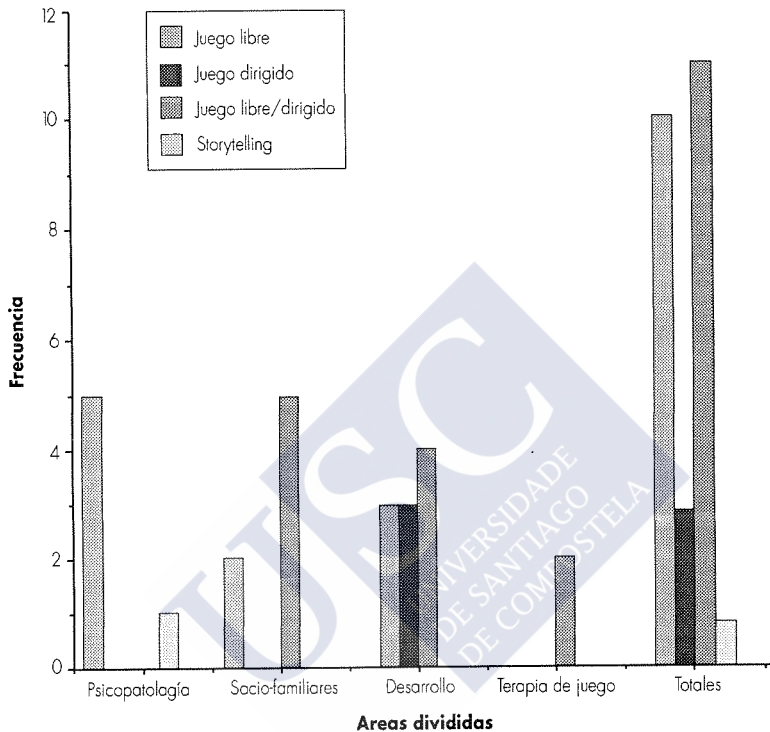


3.1.8. *Técnicas de juego utilizadas*: Cómo ya se indicó se utiliza el juego libre, el juego dirigido y “story tellin”. El juego libre es utilizado mayoritariamente en los niños más pequeños, así como en la primera parte de las escalas de niños de preescolar. El juego dirigido forma parte de todos los instrumentos ya sea como procedimiento general o como parte principal de la prueba, en las escalas para niños de entre 4-6 años. Cabe señalar que mayoritariamente el juego libre es lo más utilizado en todas las escalas independientemente de las áreas evaluadas a excepción de la evaluación de la esquizofrenia donde además se utiliza el storytelling (gráfico 4)

3.1.9. *Áreas que evalúan*: Concretamente las escalas realizadas a través del juego evalúan, (tabla 4): *estilo cognitivo, funcionamiento del lenguaje, sensibilidad*

emocional y conductual, socialización, desarrollo moral, capacidad intelectual, técnica para resolver problemas y forma de percibir e interpretar el medio.

Gráfico 4: Distribución de las escalas según tipo de juego y áreas evaluadas



3.1.10. Formación necesaria para su aplicación: Todas las escalas de juego necesitan de conocimientos tanto de las características asociadas al desarrollo del niño en todas las áreas evolutivas, como del juego. Además es necesario tener formación clínica, y un buen conocimiento de la escala tanto teórico como práctico. Si bien estas características pueden ser un impedimento, y en realidad lo han sido para su implantación como sistema diagnóstico, las referencias y estudios realizados proporcionan una rica información sobre las ventajas de su utilización en niños pequeños, y con problemas evolutivos o de personalidad.

Tabla 4. Áreas que se evalúan en las escalas

Comunicación	Cognitivo	Psicosocial	Desarrollo motor
- Comprensión de preguntas	- Función simbólica	- Percepción de los otros	Coordinación
- La metacomunicación	- La memoria	- Autoestima	Equilibrio estático
- Dependencia del contexto.	- Socialización	- Estrategias de afrontamiento	Equilibrio dinámico
- Nivel sociocultural.	- Estilo cognitivo	- Desarrollo moral	Lateralidad
- Sensibilidad emocional	- Capacidad intelectual	- Socialización	

4. CONCLUSIONES

Como se ha señalado, solo recientemente se ha iniciado la elaboración y desarrollo de instrumentos estandarizados realizados a través del juego. La mayoría de ellos han sido diseñados para evaluar un síntoma específico, o también para realizar diagnósticos aunque esta propuesta es relativamente reciente, y están hechos para evaluar al niño hasta la edad de pre-escolar. Todos ellos, como se ha podido observar no tienen más de 10 años, por lo que es necesario mucha más investigación para confirmar los ya existentes. Los estudios realizados son optimistas en cuanto al valor, la fiabilidad y validez de los instrumentos de evaluación a través del juego.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BALDWIN, D.A.; MARKMAN, E.M. y MELATIN, R.L. (1993): Infants' Ability to draw inferences about nonobvious object properties: Evidence from Exploratory Play, *Child Development*, 64 (3), 711-728.
- CORCÉS, V. (1991). El juego en la obra de Winnicott. El juguete como objeto transicional, *Infancia y Sociedad*, 9, 6-13
- CHAFEL, J.A. (1991). The play of children: Developmental processes and policy implications. *Child and Youth Care Forum*, 20 (2), 115-132.

La EMJD una nueva escala para evaluar dependencia a los juegos de azar*

ANDRÉS GONZÁLEZ; CRISTINO PÉREZ; ANTONIO J. ROJAS; JOSÉ L. PADILLA;
Y EMILIO SÁNCHEZ

Universidad de Granada. España

1. INTRODUCCIÓN

El estudio sobre los problemas derivados de los juegos de azar cobra especial relevancia, cuando en 1980 la *American Psychiatric Association* (APA) incluye como una de sus categorías diagnósticas el juego patológico. A partir de ese momento van surgiendo cada vez más estudios sobre distintos aspectos relacionados con el juego patológico.

Debido, en parte, al aumento de los problemas relacionados con los juegos de azar, los estudios epidemiológicos sobre jugadores de azar en los distintos países han tenido, en los últimos años, un gran auge e impacto social (Legarda, Babio y Abreu, 1992; Dickerson y Hinch, 1988).

Si bien este auge ha provocado un incremento considerable de estudios epidemiológicos, no se ha visto igualmente incrementado el número de instrumentos de medida disponibles para la medición de los casos de jugadores patológicos. Tradicionalmente, los instrumentos más utilizados en la medición de jugadores patológicos han sido el *Inventory of Gambling Behaviour* (IGBN), y el *South Oaks Gambling Screen* (SOGS), de Lessieur y Blume (1987).

* Es necesario agradecer el trabajo, esfuerzo y dedicación mostrado por Ignacio M^a Irutia y C. Contreras; el apoyo de FAJER (Federación de Andaluza de Jugadores de Azar en Rehabilitación), y la financiación de la Conserjería de Asuntos Sociales de la Junta de Andalucía, ya que sin ellos la realización del instrumento no hubiese sido posible.

Las deficiencias psicométricas detectadas en ambos instrumentos, unido a la inexistencia de un instrumento específico para realizar estudios de prevalencia, además de que ninguno de los existentes recoge específicamente la frecuencia y tipos de juegos en general, son los principales motivos que nos llevaron a emprender la tarea de elaborar un instrumento que cubriera todas estas necesidades. Fruto de esta tarea ha sido la Escala para la Medición de la Dependencia a los Juegos de Azar (EMDJA). El objetivo del presente trabajo es presentar los resultados del estudio piloto realizado sobre dicha escala.

2. MÉTODO

2.1. Sujetos

La determinación de la muestra se hizo teniendo en cuenta las características demográficas de la población objeto del estudio de prevalencia: población general mayores de 18 años con igual representación de hombres y mujeres. La muestra debía presentar el mismo rango de edades prevista en el estudio de prevalencia.

La muestra obtenida incidentalmente estaba compuesta por un total de 216 sujetos. Las edades de los sujetos estaban comprendidas entre 18 y 83 años (media 40.287 y d.t. 16.296), y la variable sexo estaba representada por 115 hombres y 101 mujeres. Los sujetos proceden de la provincia de Granada, perteneciendo 143 a la capital y 46 a distintas poblaciones de la provincia.

2.2. Instrumento de medida

La EMDJA se ha elaborado específicamente para el *“Estudio sobre la Prevalencia de los Jugadores de Azar en Andalucía”* (ver anexo 1). La construcción de este instrumento tenía un doble objetivo: 1) detectar las conductas relacionadas con los juegos de azar que presenta la población andaluza, y 2) conseguir desarrollar una escala de medir el grado de dependencia a los juegos de azar.

La EMDJA consta de cuatro bloques de comportamientos homogéneos:

Bloque I: Tipo, frecuencia y dinero gastado en juegos de azar. Este bloque es importante en la dependencia a los distintos tipos de juegos de azar que manifiestan los sujetos. En él se recogen ocho de los juegos legalizados en España. Este bloque proporciona información sobre el tipo de juego, la frecuencia de juego y la cantidad de dinero que se emplea. Por tanto, inferimos que un sujeto que no juegue a ninguno de ellos, no presentará problemas relacionados

con los juegos de azar, y no necesitará contestar a los apartados siguientes (Bloques II, III y IV).

Bloque II: Fuentes de ingreso para el juego. En este bloque interesa conocer las fuentes de financiación para el juego.

Bloque III: Motivaciones para el juego. En este bloque se recogen distintos motivos que llevan a los sujetos a jugar.

Bloque IV: Alteraciones producidas por el juego. En este bloque se recogen las distintas alteraciones que se producen cuando un sujeto presenta problemas con los juegos de azar.

Cabe resaltar que tanto el bloque I como el III son las principales novedades que presenta este instrumento respecto a las pruebas utilizadas tradicionalmente en la medición de jugadores patológicos.

2.3. Procedimiento

Los datos fueron recogidos por 30 investigadores instruídos tanto en las características del instrumento como en la administración de la Escala. A cada administrador se le proporcionaron 8 ejemplares del instrumento junto con una ficha de campo (ver tabla 1) en la que se indicaba las características de los sujetos a quienes tenían que administrar el cuestionario.

Tabla 1. Ficha de Campo

	Varones	Mujeres
de 18 a 30 años	x	x
de 31 a 45 años	x	x
de 46 a 56 años	x	x
más de 57 años		

La recogida de datos se realizó en un período de 10 días.

3. RESULTADOS

Para analizar las distribuciones de respuestas a los ítems se calcularon los estadísticos habituales en el análisis de ítems. Los valores de los estadísticos se presentan en la tabla 2 (ver anexo II).

Las distribuciones de respuestas esperadas debían mostrar dos características principales para considerarse adecuadas: a) variabilidad en las alternativas de respuesta, y; b) una distribución asimétrica de estas respuestas, ya que,

en los estudios epidemiológicos, el porcentaje de jugadores patológicos oscila entre el 1,4% (Lessieur y Blume, 1987) y el 3,4%. (Culleton, 1989). Estos porcentajes se traducirían en una concentración de las puntuaciones en uno de los extremos de la distribución, correspondiendo la gran mayoría a no jugadores. Resultados de esta concentración serían valores positivos de asimetría y el agrupamiento de los cuartiles. La variabilidad de las alternativas será analizada centrándonos en el rango de puntuaciones de cada elemento, que debe ser máximo.

Como puede observarse en la tabla 2, en general, todos los ítems muestran la distribución de puntuaciones esperada. Igualmente, el rango de las puntuaciones en cada ítem es el adecuado, y las distribuciones de respuestas son asimétricas, como muestran el primer, segundo y tercer cuartil, y los índices de asimetría.

Las cuestiones a destacar por bloques son las siguientes:

Bloque I: Tipo, frecuencia y dinero gastado en juegos de azar.

- Los cuartiles y la medida de asimetría de todos los elementos muestran una distribución de puntuaciones asimétrica.
- Todos los elementos excepto el 5.1, el 6.1 y el 6.2 muestran un rango de puntuaciones adecuado. Las alternativas de estos ítems debieron ser revisadas, ya que todos los sujetos han contestado la alternativa 'a' o 'b' (elementos 6.2).
- Los ítems 8.1 y 8.2 muestran un rango pequeño, en comparación con el resto de los elementos, pero ello no es indicativo de un mal funcionamiento, ya que los ítems miden el juego en Casino y en la provincia de Granada no existen establecimientos de este tipo.

Bloque II: Fuentes de ingreso para el juego.

- El comportamiento es irregular. Este ítem es negativo (*a mayor puntuación menor implicación en juegos de azar*) y sin embargo se comporta como si fuese positivo, ya que muestra un índice de asimetría positivo. Ello no indica que el ítem no está bien redactado o no está siendo entendido, de manera que tuvo que ser revisado.
- Los demás elementos del bloque se comportan adecuadamente, tanto con los valores de los rangos como en los valores de los cuartiles y de las medidas de asimetría.

Bloque III: Motivaciones para el juego.

- Todos los ítems de ese bloque tienen un comportamiento adecuado. Los rangos son los mayores posibles. Los cuartiles y los índices de asimetría muestran una distribución de respuestas adecuadas.

Bloque IV: Alteraciones producidas por el juego.

- Los cuartiles de todos los ítems muestran una distribución asimétrica de las puntuaciones.
- De igual forma, el comportamiento general de los ítems es regular. Tan sólo el elemento 19 presenta un rango de 1, es decir, los sujetos eligieron sólo las alternativas 'a' y 'b'.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este trabajo se han presentado los resultados obtenidos del estudio piloto, como parte del proceso de desarrollo de una escala para medir dependencia a los juegos de azar. Este estudio piloto ha mostrado que, en general, los ítems que conforman el instrumento funcionan de acuerdo con las características que se esperaban. Aún así, ha mostrado algunas deficiencias específicas que han sido corregidas.

Los resultados del estudio piloto y las características diferenciales del instrumento permiten recomendar su utilización para la realización de estudios epidemiológicos sobre los jugadores de azar. La EMDJA, aún siendo específicamente desarrollada para un estudio de prevalencia, puede tener otras aplicaciones tales como la utilización diagnóstica, análisis de diferencias intra-individuales (eficacia de tratamientos), etc. Cada una de estas aplicaciones debería llevar el cálculo de los índices psicométricos clásicos. Así, podemos anticipar las actividades pendientes para el desarrollo final de la MEDJA:

- Estudio de la dimensionalidad del continuo “dependencia a los juegos de azar”.
- Establecer los sistemas adecuados de puntuación.
- Obtener evidencias que justifiquen los diferentes tipos de inferencias realizables a partir de las puntuaciones de los sujetos en la Escala.

Por último, queremos resaltar que en este tipo de instrumentos existen problemas adicionales tales como la sinceridad de los sujetos en sus respuestas o la interpretación subjetiva del valor de las alternativas, cuestiones que necesitan de mayor investigación tanto en la línea de formar profesionales en la administración de este tipo de escalas como en formas de contestar que no comprometan a los sujetos (*ya que el anonimato no garantiza totalmente la sinceridad de las respuestas*).

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1980): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3ª edición, Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1987): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3ª edición, Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- CULLETON, R.P. (1989): The prevalence rates of pathological gambling: a look at methods. *Journal of Gambling Behaviour*, 5, 22-41.
- DICKERSON, M.G. (1993): Aproximaciones alternativas a la medición de la prevalencia del juego patológico. *Psicología Conductual*, Vol 1, N3, 339-349.
- DICKERSON, M.G. y HINCHY, J.(1988): The prevalence of pathological gambling in Australia. *Journal of Gambling Studies*, 4, 135-141.
- LEGARDA, J.J.; BABIO, R. y ABREU, J.M. (1992): Prevalence estimates of pathological gambling in Seville (España). *British Journal of Addictions*, 87, 767-770.
- LESIEUR, H. (1993): Prevalencia, características y tratamiento de los jugadores patológicos en Estados Unidos, *Psicología Conductual*, Vol 1, N° 3, 389-407.
- LESIEUR, H. y BLUME, S. (1987): South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.
- LESIEUR, H. y ROSENTHAL, R.J. (1991): Pathological gambling: a review of the literature (prepared for the American Psychiatric Association Task Force on DSM-IV Committee on Disorders, of Impulse Control Not Elsewhere Classified). *Journal of Gambling Studies*, 7, 5-40.

ANEXO I

Items de la forma piloto de escala

Prácticamente todo el mundo ha jugado a algún juego de azar. Para empezar nos gustaría saber algunas cosas como: a qué suele jugar, cuántas veces lo hace, cuánto suele gastarse, etc... Le voy a ir diciendo diferentes juegos y le haré algunas preguntas sobre cada uno. Piense durante unos segundos antes de contestar.

1. ¿Con qué frecuencia juega al bingo?

- a) Nunca o esporádicamente..... → Pasar a #2
 b) Mensualmente (una o varias veces al mes)..... → Pasar a #1.1 y #1.2
 c) Semanalmente (una o varias veces a la semana)
 d) Diariamente.....

1.1. ¿Cuánto dinero gasta al mes en jugar al bingo?

La pregunta se hace abierta y el encuestador la cierra en alguna de las alternativas.

- a) Menos de 10.000 pts
 b) Entre 10.000 y 30.000 pts.
 c) Entre 30.000 y 50.000 pts.....

1.2. ¿Cuál es la mayor cantidad de dinero que ha jugado en un sólo día al bingo?

La pregunta se hace abierta y el encuestador la cierra en alguna de las alternativas.

- a) Menos de 10.000 pts
 b) Entre 10.000 y 30.000 pts.
 c) Entre 30.000 y 50.000 pts.....

2. ¿Con qué frecuencia juega a las máquinas tragaperras?

- a) Nunca o esporádicamente..... → Pasar a #3
 b) De 1 a 3 días a la semana → Pasar a #2.1 y #2.2
 c) De 3 a 6 días a la semana → Pasar a #2.1 y #2.2
 d) Diariamente

2.1. ¿Cuánto dinero gasta a la semana en jugar a las máquinas tragaperras?

La pregunta se hace abierta y el encuestador la cierra en alguna de las alternativas.

- a) Menos de 10.000 pts
 b) Entre 10.000 y 30.000 pts.
 c) Entre 30.000 y 50.000 pts.....
 d) Más de 50.000 pts.....

2.2. ¿Cuál es la mayor cantidad de dinero que ha jugado en un sólo día a las máquinas tragaperras?

La pregunta se hace abierta y el encuestador la cierra en alguna de las alternativas.

- a) Menos de 1.000 pts
 b) Entre 1.000 y 5.000 pts.
 c) Entre 5.000 y 10.000 pts.....
 d) Más de 10.000 pts.....

3. ¿Con qué frecuencia compra loterías?

- a) Nunca..... → Pasar a #4
 b) De vez en cuando..... → Pasar a #3.1 y #3.2
 c) Mensualmente (una o varias veces al mes)
 d) Semanalmente (prácticamente todas las semanas).....

3.1. ¿Cuánto dinero gasta a la semana en comprar loterías?

La pregunta se hace abierta y el encuestador la cierra en alguna de las alternativas.

- a) Menos de 2.000 pts
 b) Entre 2.000 y 5.000 pts.
 c) Entre 5.000 y 10.000 pts.....
 d) Más de 10.000 pts.....

3.2. ¿Cuál es la mayor cantidad de dinero que ha jugado en un sorteo de lotería?

La pregunta se hace abierta y el encuestador la cierra en alguna de las alternativas.

- a) Menos de 2.000 pts
 b) Entre 2.000 y 5.000 pts.
 c) Entre 5.000 y 10.000 pts.....
 d) Más de 10.000 pts.....

4. ¿Con qué frecuencia compra cupones (once y otros)?

La pregunta se hace abierta y el encuestador la cierra en alguna de las alternativas.

- a) Nunca o esporádicamente..... → Pasar a #5
 b) Una vez a la semana → Pasar a #4.1 y #4.2
 c) Varias veces a la semana
 d) Diariamente.....

4.1. ¿Cuánto dinero se gasta a la semana en comprar cupones?

La pregunta se hace abierta y el encuestador la cierra en alguna de las alternativas.

- a) Menos de 1.000 pts
 b) Entre 1.000 y 3.000 pts.
 c) Entre 3.000 y 5.000 pts.....
 d) Más de 5.000 pts.....

4.2. ¿Cuál es la mayor cantidad de dinero que ha jugado en un sólo día a los cupones?

La pregunta se hace abierta y el encuestador la cierra en alguna de las alternativas.

- a) Menos de 1.000 pts
 b) Entre 1.000 y 3.000 pts.
 c) Entre 3.000 y 5.000 pts.....
 d) Más de 5.000 pts.....

5. ¿Con qué frecuencia rellena quinielas?

La pregunta se hace abierta y el encuestador la cierra en alguna de las alternativas.

- a) Nunca..... → Pasar a #6
 b) De vez en cuando..... → Pasar a #5.1 y #5.2
 c) Mensualmente (una o varias veces al mes)
 d) Semanalmente (prácticamente todas las semanas).....

5.1. ¿Cuánto dinero gasta a la semana en quinielas?

La pregunta se hace abierta y el encuestador la cierra en alguna de las alternativas.

- a) Menos de 5.000 pts
 b) Entre 5.000 y 10.000 pts.
 c) Entre 10.000 y 50.000 pts.....
 d) Más de 50.000 pts.....

5.2. ¿Cuál es la mayor cantidad de dinero que ha gastado en un sólo día en las quinielas?*La pregunta se hace abierta y el encuestador la cierra en alguna de las alternativas.*

- a) Menos de 5.000 pts
- b) Entre 5.000 y 10.000 pts.
- c) Entre 10.000 y 50.000 pts.....
- d) Más de 50.000 pts

6. ¿Con qué frecuencia rellena bonolotos / Primitivas?

- a) Nunca o esporádicamente..... → Pasar a #7
- b) Una vez a la semana → Pasar a #6.1 y #6.2
- c) Varias veces a la semana
- d) En todos los sorteos.....

6.1. ¿Cuánto dinero gasta a la semana en bonolotos / primitivas?*La pregunta se hace abierta y el encuestador la cierra en alguna de las alternativas.*

- a) Menos de 5.000 pts
- b) Entre 5.000 y 10.000 pts.
- c) Entre 10.000 y 50.000 pts.....
- d) Más de 50.000 pts

6.2. ¿Cuál es la mayor cantidad de dinero que ha gastado en un sólo día en bonolotos/primitivas?*La pregunta se hace abierta y el encuestador la cierra en alguna de las alternativas.*

- a) Menos de 5.000 pts
- b) Entre 5.000 y 10.000 pts.
- c) Entre 10.000 y 50.000 pts.....
- d) Más de 50.000 pts

7. ¿Con qué frecuencia juega a las cartas / dados / dominó apostando dinero?

- a) Nunca o esporádicamente..... → pasar a #8
- b) Mensualmente (una o varias veces a la semana)..... → pasar a #8
- c) Semanalmente (una o varias veces a la semana)
- d) Diariamente

7.1. ¿Cuánto dinero gasta al mes en jugar a las cartas / dados / dominó?*La pregunta se hace abierta y el encuestador la cierra en alguna de las alternativas.*

- a) Menos de 5.000 pts
- b) Entre 5.000 y 10.000 pts.
- c) Entre 10.000 y 50.000 pts.....
- d) Más de 50.000 pts

7.2. ¿Cuál es la mayor cantidad de dinero que ha empleado en un sólo día en jugar a las cartas / dados / dominó?*La pregunta se hace abierta y el encuestador la cierra en alguna de las alternativas.*

- a) Menos de 5.000 pts
- b) Entre 5.000 y 10.000 pts.
- c) Entre 10.000 y 50.000 pts.....
- d) Más de 50.000 pts

8. ¿Con qué frecuencia va a un casino a jugar?

La pregunta se hace abierta y el encuestador la cierra en alguna de las alternativas.

- a) Nunca.....
- b) De vez en cuando → Pasar a #8.1 y #8
- c) Mensualmente (una o varias veces al mes)
- d) Semanalmente (una o varias veces al mes)

8.1. ¿Cuánto dinero gasta al mes en juegos de casino?

La pregunta se hace abierta y el encuestador la cierra en alguna de las alternativas.

- a) Menos de 15.000 pts
- b) Entre 15.000 y 50.000 pts.
- c) Entre 50.000 y 100.000 pts.....
- d) Más de 100.000 pts

8.2. ¿Cuál es la mayor cantidad de dinero que ha jugado en un sólo día en un casino?

La pregunta se hace abierta y el encuestador la cierra en alguna de las alternativas.

- a) Menos de 15.000 pts
- b) Entre 15.000 y 50.000 pts.
- c) Entre 50.000 y 100.000 pts.....
- d) Más de 100.000 pts.....

SI HA CONTESTADO EN LAS 8 PREGUNTAS LA ALTERNATIVA "A" PASAR AL BLOQUE DE OTRAS VARIABLES.

Bloque II

Pasemos ahora a otro bloque de preguntas. Como usted sabe para poder jugar se necesita dinero. Ahora nos gustaría saber de dónde suele sacar el dinero que gasta en juegos; por ejemplo: si utiliza el dinero que tiene para sus gastos, si se gasta el dinero de los premios que consigue jugando, etc... Como antes le voy a ir haciendo algunas preguntas y usted responderá a cada una.

9. ¿Utiliza para jugar el dinero que tiene para sus gastos personales?

- a) Nunca
- b) Algunas veces
- c) Muchas veces
- d) Siempre.....

10. ¿Utiliza o ha utilizado para jugar dinero de los gastos de casa?

- a) Nunca
- b) Algunas veces
- c) Muchas veces
- d) Siempre.....

11. ¿Utiliza o ha utilizado para jugar dinero que maneja en el trabajo?

- a) Nunca (o no maneja)
- b) Algunas veces
- c) Muchas veces
- d) Siempre.....

12. ¿Ha pedido dinero prestado para jugar?

- a) Nunca
- b) Algunas veces
- c) Muchas veces
- d) Siempre.....

Bloque III

Pasemos a otros bloques de preguntas. A continuación le iré diciendo una serie de razones por las que juega.

RODEAR CON UN CÍRCULO EL NÚMERO ELEGIDO POR EL ENCUESTADO

13. Juega por entretenerse	<u>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</u>
14. Juega por el dinero que puede conseguir	<u>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</u>
15. Juega para olvidarse de sus problemas	<u>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</u>
16. Juega por las sensaciones que le produce	<u>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9</u>

Bloque IV

Pasemos a otro bloque de preguntas. En este bloque nos gustaría saber otras cosas de la relación de la gente con el juego. Como antes voy a ir haciendo algunas preguntas y usted responderá a cada una.

17. Cuando no está jugando ¿piensa en el juego?
- a) Nunca
 - b) Algunas veces
 - c) Muchas veces
 - d) Siempre
18. Cuando no está jugando ¿piensa qué hacer para volver a jugar?
- a) Nunca
 - b) Algunas veces
 - c) Muchas veces
 - d) Siempre
19. Cuando no está jugando ¿busca formas de conseguir dinero para jugar?
- a) Nunca
 - b) Algunas veces
 - c) Muchas veces
 - d) Siempre
20. ¿Se pone nervioso cuando se acerca el momento de ir a jugar?
- a) Nunca
 - b) Algunas veces
 - c) Muchas veces
 - d) Siempre
21. ¿Se siente nervioso cuando no puede ir a jugar como había previsto?
- a) Nunca
 - b) Algunas veces
 - c) Muchas veces
 - d) Siempre

22. Para ir a jugar ¿ha descuidado su trabajo?

- a) Nunca
- b) Algunas veces
- c) Muchas veces
- d) Siempre

23. Para ir a jugar ¿ha tenido que descuidar alguna de sus obligaciones familiares?

- a) Nunca
- b) Algunas veces
- c) Muchas veces
- d) Siempre

24. ¿Ha escondido a su familia que juega?

- a) Nunca
- b) Algunas veces
- c) Muchas veces
- d) Siempre

25. ¿Vuelve a jugar o ha tenido deudas de juego?

- a) Nunca
- b) Algunas veces
- c) Muchas veces
- d) Siempre

26. ¿Tiene deudas de juego?

- a) Nunca
- b) Algunas veces
- c) Muchas veces
- d) Siempre

27. ¿Juega más tiempo o dinero del que había pensado antes de empezar a jugar?

- a) Nunca
- b) Algunas veces
- c) Muchas veces
- d) Siempre

28. ¿Ha pensado jugar menos o en dejar de jugar?

- a) Nunca
- b) Algunas veces
- c) Muchas veces
- d) Siempre

29. ¿Suele decir a la gente que ha ganado dinero aunque no sea verdad?

- a) Nunca
- b) Algunas veces
- c) Muchas veces
- d) Siempre

ANEXO II

Tabla II. Estadísticos de los Items

Bloq	Items	n	media	md	mo	D.T.	Var.	Ran	Mín	Máx	P ₂₅	P ₇₅
I	01	216	1.097	1	1	0.367	0.135	3	1	4	1	4.592
	01.1	19	1.474	1	1	0.772	0.596	3	1	4	1	2.119
	01.2	19	1.750	1.5	1	0.851	0.724	2	1	3	1	2.75
	02	216	1.036	1	1	0.759	0.576	3	1	4	1	2.581
	02.1	38	1.158	1	1	0.437	0.191	2	1	3	1	2.917
	02.2	38	2.053	2	2	0.928	0.862	3	1	4	1	2.25
	03	216	2.070	2	2	1.016	1.033	3	1	4	1	2
	03.1	132	1.182	1	1	0.476	0.226	3	1	4	1	3.100
	03.2	144	2.264	2	2	0.953	0.909	3	1	4	1	3
	04	216	2.028	2	1	1.141	1.302	3	1	4	1	3
	04.1	119	1.277	1	1	0.596	0.355	3	1	4	1	2
	04.2	119	1.328	1	1	0.612	0.375	3	1	4	1	1
	05	216	1.447	1	1	0.945	0.893	0	1	1	1	2.050
	05.1	49	1.000	1	1	0.000	0.000	3	1	4	1	1
	05.2	48	1.146	1	1	0.545	0.297	3	1	4	1	2
	06	216	1.495	1	1	0.759	0.577	0	1	1	1	1.591
	06.1	81	1.000	1	1	0.000	0.000	1	1	2	1	1
	06.2	80	1.050	1	1	0.219	0.048	3	1	4	1	1
	07	216	1.301	1	1	0.726	0.528	2	1	3	1	2
	07.1	136	1.389	1	1	0.688	0.473	3	1	4	1	2
	07.2	135	1.600	1	1	1.035	1.071	3	1	4	1	1
	08	216	1.102	1	1	0.408	0.166	1	1	2	1	1
	08.1	15	1.133	1	1	0.352	0.124	2	1	3	1	2
	08.2	16	1.438	1	1	0.727	0.529	3	1	4	1	3
II	09	181	1.878	1	1	1.272	1.618	3	1	4	1	2
	10	181	1.569	1	1	1.081	1.169	3	1	4	1	1
	11	177	1.203	1	1	0.651	0.424	3	1	4	1	1
	12	181	1.116	1	1	0.412	0.170	9	0	9	0	8
III	13	182	4.725	5	0	3.591	12.896	9	0	9	0	8
	14	182	6.703	9	9	3.084	9.514	9	0	9	0	1
	15	182	0.989	0	0	2.030	4.121	9	0	9	0	6
IV	16	182	2.907	1	0	3.383	11.444	3	1	4	1	1
	17	181	1.260	1	1	0.552	0.304	2	1	3	1	1
	18	182	1.105	1	1	0.358	0.128	1	1	2	1	1
	19	182	1.027	1	1	0.164	0.027	1	1	4	1	1
	20	182	1.324	1	1	0.750	0.563	3	1	4	1	2
	20.1	39	1.795	1	1	1.031	1.062	3	1	4	1	1
	21	182	1.137	1	1	0.491	0.241	3	1	3	1	1
	22	182	1.071	1	1	0.279	0.078	2	1	3	1	1
	23	182	1.077	1	1	0.323	0.105	2	1	4	1	1
	24	182	1.104	1	1	0.452	0.205	3	1	4	1	2
	25	180	1.578	1	1	0.951	0.905	3	1	3	1	1
	26	182	1.907	2	2	0.310	0.096	2	1	4	1	2
	27	182	1.473	1	1	0.748	0.560	3	1	4	1	1
	28	182	1.385	1	1	0.769	0.592	3	1	4	1	1
	29	182	1.044	1	1	0.231	0.053	2	1	3	1	1

Donde:

Bloq.: Número de Bloque

Items: Número de ítem

N: número de sujetos que contestan a cada ítem. Obsérvese que el N es distinto ya que todos los sujetos no tienen que responder a todas las preguntas, sólo responden las que proceden según su patrón de juego.

Media: media aritmética de la distribución de las respuestas de los sujetos al ítem.

Md.: Mediana de la distribución de respuestas de los sujetos al ítem.

Mo: Moda de la distribución de respuestas de los sujetos al ítem.

D.T.: Desviación típica de la distribución de respuestas de los sujetos al ítem.

Var.: Varianza de la distribución de respuestas de los sujetos al ítem.

Ran: Rango de respuestas al ítem.

Mín: Puntuación mínima en el ítem.

Máx: Puntuación máxima en el ítem.

P₂₅: Puntuación correspondiente al Percentil 25

P₇₅: Puntuación correspondiente al Percentil 75

As: Índice de asimetría



La EMPE, una nueva escala para evaluar prejuicios étnicos

CRISTINO PÉREZ; ANTONIO JOSÉ ROJAS; JOSÉ LUIS PADILLA;
ANDRÉS GONZÁLEZ; Y PILAR BERRIOS
Universidad de Granada. España

1. INTRODUCCIÓN

En este trabajo se presenta una escala desarrollada para la medición de los prejuicios étnicos hacia la comunidad gitana. La escala ha sido elaborada por el Grupo de Investigación “*Modelos y Escalas de Medida: Construcción de Pruebas Psicológicas y Educativas*”, del Área de Metodología de las Ciencias del Comportamiento de la Universidad de Granada, con el propósito de obtener datos sobre la posible efectividad del Programa “*Cuentos para la Convivencia*”, que lleva a cabo la Asociación de Mujeres Gitanas ROMI (Granada), sobre los prejuicios étnicos de los escolares granadinos.

La presentación del trabajo se divide en dos partes. En la primera, se desarrolla un esbozo teórico del concepto de prejuicio, imprescindible para comprender la variable que se pretende medir, a la vez que se relaciona con los conceptos de estereotipo y discriminación. En la segunda, se presenta la escala elaborada por el equipo investigador para la medición de los prejuicios.

2. MARCO TEÓRICO

Este trabajo se enmarca dentro del estudio de la medición de prejuicios. En este contexto es necesario comenzar delimitando el término “*prejuicio*”, en relación con los conceptos de “*estereotipo*” y “*discriminación*”.

2.1. Prejuicios

Los prejuicios son habitualmente conceptualizados como actitudes negativas hacia un grupo social y hacia los miembros de ese grupo (e.g. Harding,

Kutner, Proshansky y Chein, 1954; Harding, Proshansky, Kutner y Chein, 1969). Una actitud es una tendencia a evaluar, en algún grado, un objeto, persona o grupo de forma favorable o desfavorable (e.g. Stroebe y Insko, 1989).

El prejuicio étnico está basado en datos tanto imaginarios como insuficientes (Klineberg y Zavalloni, 1969). Son como imágenes desfavorables de un grupo captadas de manera irracional. Como todo prejuicio prescinde de los hechos, es un patrón de conducta conceptual que forma parte de lo cultural y que se transmite de generación en generación.

2.2. Prejuicios y Estereotipos

Los *estereotipos* son un conjunto de creencias sobre determinadas características de los grupos y sus miembros (Stroebe y Insko, 1989). Tienen su origen en el proceso cognitivo de la categorización (Bechini, 1993). La función básica de este proceso es la de simplificar y sistematizar la información que recibimos al interaccionar con nuestro medio. La consecuencia de tal categorización es el comportamiento discriminatorio, consistente en el tratamiento desigual de grupos o individuos pertenecientes a determinadas categorías sociales (Willemsen y Oudenhoven, 1989).

En relación con los gitanos, San Roman (1983) distingue tres grandes estereotipos:

- **El estereotipo tradicional:** totalmente negativo, atribuye a los gitanos características tales como: supersticiosos, sin cultura, ladrones, vagos, inmorales, y, en general, delincuentes habituales.
- **El estereotipo conservador:** contrapuesto al tradicional, surgen entre aquellas personas que trabajan con los gitanos, tratando de favorecer la comprensión de la cultura gitana. Se sustenta en los aspectos positivos de la comunidad gitana: valores de hospitalidad, fuerte vinculación familiar, profundo amor a los hijos, desprendimiento de lo material, etc.
- **El nuevo estereotipo:** presenta al gitano perseguido, viviendo en la pobreza, dotado de un gran espíritu comunitario y radicalmente opuesto al consumismo payo.

La distinción entre estereotipo y prejuicio es similar a la que comúnmente se realiza entre creencias u opiniones y actitudes. Como hemos dicho anteriormente, los estereotipos son creencias u opiniones sobre determinadas características de un grupo social o de sus miembros, mientras que el prejuicio se conceptualiza como una actitud negativa entre grupos (Stroebe y Insko, 1989).

2.3. Prejuicios y Discriminación

En el estudio de las relaciones entre grupos, Sussí (1986) distingue entre:

- actitud o tendencia a actuar (*prejuicio*), y
- comportamiento o acción manifiesta (*discriminación*).

La tendencia a actuar no siempre lleva a una acción abierta y manifiesta. Pueden darse comportamientos discriminatorios -por presión social- sin que existan actitudes previas de prejuicios; es decir, puede existir “discriminación sin prejuicio”, y también puede darse la situación inversa, “prejuicio sin discriminación”.

Sin poder hablar de causalidad, prejuicios y discriminaciones se influyen recíprocamente (Sussí, 1986). Por tanto, prejuicios y acciones están conectados, aunque no siempre de forma directa, ya que depende de la situación social y del ambiente concreto. Pero, de forma genérica, podemos afirmar que las actitudes (positivas y negativas) tienden a manifestarse de alguna forma en la acción, y tal acción será más frecuente e intensa cuanto más lo sea el prejuicio (Calvo, 1990).

2.4. Componentes de los prejuicios

Ehrlich (1973) recoge varias docenas de definiciones del concepto prejuicio, y concluye que todas tienen dos elementos comunes:

- que el prejuicio es un tipo particular de **actitud**.
- que esa actitud se dirige a un objeto, que en la vida social, son grupos o clases de personas.

Por tanto, al ser un prejuicio un tipo particular de actitud, podemos aplicarle todas las consideraciones teóricas y empíricas que se refieren a las actitudes, las cuales han sido definidas como un sistema permanente de valoraciones, sentimientos, emociones y tendencias a la acción a favor o en contra de un objeto social o como ciertas regularidades del individuo en sus sentimientos, pensamientos y predisposiciones para la acción frente a algunos aspectos de su ambiente (Volpe, 1975)

En el prejuicio, como en las actitudes, podemos distinguir tres *componentes* (e.g. Boileau, 1975; Harding y cols. 1954; 1969):

1. **Cognoscitivo**: creencias relativas al objeto de actitud, entre las que son especialmente importantes las creencias valorativas, que implican la

atribución de cualidades favorables o desfavorables al sujeto. Podemos poner como ejemplo cualquiera de los estereotipos descritos por San Román (1983).

2. **Afectivo:** sentimientos positivos o negativos hacia el objeto de la actitud.
3. **Activo:** disponibilidad a emprender una acción en favor o en contra del objeto de la actitud. Puede servir como base del comportamiento discriminatorio.

Tanto a nivel institucional como social se intenta cambiar, desde varios niveles, tanto los prejuicios étnicos, como el estereotipo tradicional y los comportamientos discriminatorios. Uno de ellos es el nivel educativo. El presente trabajo se sitúa dentro de una Investigación que pretende evaluar el posible cambio del prejuicio, producido por un Programa Educativo de Sensibilización hacia la Comunidad Gitana. De acuerdo con lo anterior, nos centraremos en lo correspondiente al apartado del prejuicio étnico, con el objeto de delimitar los aspectos a destacar en un cuestionario que conduzca a una evaluación puntual del prejuicio que muestre la comunidad paya hacia la comunidad gitana.

3. ESCALA PARA LA MEDICIÓN DE PREJUICIOS ETNICOS (EMPE)

Basándonos en las fundamentaciones teóricas anteriores, y desarrollando las etapas habituales en la construcción de Pruebas Psicológicas (Osterlind, 1989; Wright y Stone, 1979; Wright y Masters, 1982) se ha llegado a la prueba que a continuación se detalla.

Como se ha descrito anteriormente, la escala se crea con el objetivo de medir el prejuicio étnico (subescala G: prejuicio étnico hacia la comunidad gitana). En la escala se han considerado de igual importancia los tres componentes de los prejuicios para una valoración de sujetos con prejuicios hacia la comunidad gitana y, por tanto, con igual representación en cuanto al número de preguntas, ya que estos componentes están íntimamente conectados.

La escala se ha elaborado para escolares con edades comprendidas entre los 10 y 13 años (correspondientes tercer ciclo de E.G.B.). Se encuentra integrada por 21 ítems (7 para cada componente) presentados en formato tipo Likert de 5 puntos (Desde *Muy en desacuerdo* a *Muy de acuerdo*). La dirección de los ítems puede ser positiva (*Máxima puntuación al máximo acuerdo*) o negativa (*máxima puntuación al máximo desacuerdo*).

3.1. Especificaciones de la Escala

La tabla de especificaciones (la Tabla I), recoge el número de ítems por componente. Para la elaboración de ítems se han tenido en cuenta los ítems utilizados en el Multifactor *Racial Attitude Inventory* —MRAI— (versión de Ard y Cook, 1977), el *Modern Racism Scale* —MRS— (McConahay, 1983), y de la *Escala IPG* (Martínez y Vera, 1994).

En la tabla I se muestran los bloques que componen el instrumento. En cada bloque viene especificado el contenido de cada uno de ellos. La cantidad de ítems de cada subapartado hace referencia a la importancia de estos componentes, que en nuestro caso se han considerado similares para los tres componentes.

Tabla I. Especificaciones de la Escala

Componentes	Positivos	Negativos	Totales
• Cognoscitivo	3	4	7
• Afectivo	3	4	7
• Activo	3	4	7
• C.'Paya'*	2	4	6

Ítems pertenecientes al Componente Cognoscitivo:

• POSITIVOS

Los gitanos son alegres y simpáticos.

Los gitanos son muy valientes y fieles con sus amigos.

Los gitanos que roban lo hacen por necesidad.

• NEGATIVOS:

Los gitanos no son civilizados. No se adaptan a las normas del colegio.

Los gitanos son pegones y traicioneros.

Los padres de los niños gitanos no se preocupan de la educación de sus hijos.

Todo lo malo que ocurre en el colegio es por culpa de los gitanos.

Ítems pertenecientes al Componente Afectivo:

• POSITIVOS:

Me gustaría que mi maestro fuese gitano.

Me gustaría que en mi bloque viviera una familia gitana.

Confía plenamente en los gitanos.

- **NEGATIVOS:**

Me gustaría que los gitanos fueran desapareciendo poco a poco.

Me molesta la forma de ser de los gitanos.

Las costumbres, la cultura de los gitanos no me gustan nada.

Tengo miedo de los niños gitanos porque en las peleas llaman a los de su familia.

Items pertenecientes al Componente Activo:

- **POSITIVOS:**

Entre los niños/as gitanos tengo muy buenos amigos/as.

Yo me casaría con un gitano/a si lo quisiera.

El gobierno debería preocuparse por ayudar más a las familias gitanas.

- **NEGATIVAS:**

Los gitanos deberían ser expulsados de España.

Los gitanos deberían vivir en barrios apartados de los demás.

Los gitanos no deben tener derecho a votar.

Los gitanos deberían estar en la cárcel.

Items relativos a la comunidad "paya":

- **POSITIVOS:**

Los payos son buenos compañeros.

Me gusta mucho la cultura paya.

- **NEGATIVOS:**

Los payos son racistas.

Los payos no respetan sus propias tradiciones.

No se puede confiar en la mayoría de los payos.

Los payos son muy egoístas.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARD, N. y COOK, S. (1977): A sort scale for the measurement of change in verbal racial attitude. *Educational and Psuchological Measurement*, 37, 741-743.
- BECHINI, A. (1993): La marginación gitana. En García Ramírez, M. (Comp.): *Psicología social aplicada en los procesos jurídicos y políticos*. Ed. Eudema. Madrid, 321-334.
- BOILEAU, A.M. (1986): Prejuicio. En González-Anleo, J. (Coor.): *Diccionario de Sociología*. Madrid. Ed.Paulinas. 1353-1369.

- CALVO, T. (1990): Prejuicios, estereotipos y racismo: perspectiva teórica. En Calvo, T. (1990): *¿España racista?* Ed. Anthropos. Madrid. Cap. 7. 339-398.
- DOVIDIO, J.F. y GAERTNER, S.L. (1986): *Prejudice, discrimination and racism*. Orlando, FL: Academic Press.
- EHRlich, H.J. (1973): *The social Psychology of prejudice*. New York, Wiley.
- HARDING, J.; KUTNER, B.; PROSHANSKY, H. y CHEIN, I. (1954): Prejudice and ethnic relations. En Lindzey, G. (Ed.): *Handbook of social psychology*, Vol. 2, Cambridge, MA: Addison-Wesley, 1021-1061.
- HARDING, J.; PROSHANSKY, H.; KUTNER, B. y CHEIN, I. (1969): Prejudice and ethnic relations. En Lindzey, G. y Aronson, E. (Eds.): *The handbook of social psychology*, Vol. 5, Reading, MA: Addison-Wesley, 1-76.
- KLINEBERG, O. y ZAVALLONI, M. (1969): *Nationalism and tribalism among african students*. The Hague & Paris: Mouton.
- MARTINEZ, M.C. y VERA, J.J. (1994): La estructura del prejuicio, realidad y simbolismo. *Boletín de psicología*, nº42, 21-38.
- MCCONAHAY, J. (1983): Modern racism and modern discrimination: the effects of race, racial attitudes and context on simulated hiring decisions. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 551-558.
- OSTERLIND, S.J. (1989): *Constructing Test Items*. Boston. Kluwer Academic Publishers,
- SAN ROMAN, S.J. (1983): La imagen paya de los gitanos. *Revista de Trabajo Social*, 91. 6-57.
- SAVATER, F. (1993): La heterofobia como enfermedad moral. En ARIAS, I. y col. (Ed.): *Racismo y xenofobia*. Fundación Rich. 95-108.
- STROEBE, W. y INSKO, C.A. (1989): Stereotype, prejudice, and discrimination: changing conceptions in theory and research. En BAR-TAL, D.; GRAUMANN, C.F.; KRUGLANSKI, A.W. y STROEBE, W. (Eds.): *Stereotyping and prejudice*. New York Springer-Verlag, 3-34.
- SUSSI, E. (1986): Discriminación. En GONZÁLEZ-ANLEO, J. (Coord.): *Diccionario de Sociología*. Madrid. Ed. Paulinas. 540-547.
- TEGGLEN, E.H. (1993): Racismo, xenofobia y comunicación. En ARIAS, I. y col. (d.): *Racismo y xenofobia*. Fundación Rich. 15-33.
- VOLPE, V. (1986): Actitud. En GONZÁLEZ-ANLEO, J. (Coord.): *Diccionario de Sociología*. Madrid. Ed. Paulinas. 23-30.
- WILLEMSTEN, T.M. y OUDENHOVEN, J.P. (1989): Social psychological perspectives on ethnic minorities: an introduction. En WILLEMSSEN, T.M. y OUDENHOVEN, J.P. (Ed.): *Ethnic minorities*. Swets y Zeitlinger R.V. Amsterdam/Lisse. 11-21.
- WRIGHT, B.D. y MASTERS G.N. (1982): *Rating Scales Analysis*. Chicago. Meca Press.
- WRIGHT, B.D. y STONE, M.H. (1979): *Best Test Design*. Chicago. Mesa Press.



La EPSFOJ, una nueva escala para predecir sesgos en formación de juicios

FRANCISCA FARIÑA¹; MERCEDES NOVO²; RAMON ARCE²; y CARLOS VILA²

FRANCISCA FARIÑA¹; RAMÓN ARCE²; y SANTIAGO REAL¹

¹Universidad de Vigo. España

²Universidad de Santiago de Compostela. España

1. INTRODUCCIÓN

Al igual que en muchos otros temas que atañen a la Psicología, en la formación de juicios no existe una propuesta consensuada. Debido a esta inconsistencia, se ha concluido que no existen elementos predictores de la formación de juicios. No obstante, son muchos los trabajos que encuentran tendencias de juicio. Por ejemplo, se ha informado en repetidas ocasiones que las mujeres emiten más juicios de culpabilidad que los varones en casos de abusos sexuales y violación (p.e., Arce, 1989; Sáinz and Sáinz, 1989; McNamara, Vattano y Viney, 1993). No obstante, otros estudios no encontraron relación alguna (eg., Jones and Aronson, 1973; Sealy y Cornish, 1973). La variable género no es la única que se comporta de esta manera inconsistente, resultados similares se han encontrado con ideología (v.g., Bray y Noble, 1978), procesos atribucionales (p.e., Sosis (1974) o actitudes (verbi gratia, Cowan, Thompson y Ellsworth, 1984). Una revisión completa puede verse en Sobral, Arce y Fariña (1989) o Arce y Fariña (1994). La conclusión general a la luz de esta discrepancia fue que no existían sesgos sistemáticos en la formación de juicios legales. Fueron tres los errores que se cometieron al concluir que no existían sesgos sistemáticos: El efecto de contexto, la cantidad de evidencia manejada y la búsqueda de sesgos universales. El primer paso que se siguió fue la búsqueda de sesgos universales, es decir, la lenidad o indulgencia y la conviction-proneness. La lenidad de los jurados es un tema manido desde antaño en la literatura. De facto, Kalven y Zeisel (1966), en un estudio de archivo, informaron que los jurados eran más

F. Fariña, M. Novo, R. Arce y C. Vila, son los autores del primer estudio.

F. Fariña, R. Arce y S. Real, son los autores del segundo estudio.

leniles que los jueces en un 19% de los casos. Sin embargo, nunca pudo identificarse esa lenidad, más bien se observó que podría haber una mezcla de indulgencia de legos y severidad de los expertos. La *conviction-proneness*, es decir, jurados con una tendencia continuada hacia la culpabilidad tampoco encontró apoyo (véase Arce, 1995 para una exhaustiva revisión). Un segundo error fue la consideración de que los predictores de sesgo tenían que ser consistentes transituacionalmente; por ejemplo, la ideología debía predecir tendencias de juicio en diferentes casos, así se intentó encontrar que los autoritarios eran más partidarios de la culpabilidad. Por último, cuando se consideró el efecto del tipo de caso, no se estimó la cantidad de evidencia incriminatoria. En este sentido, Dane y Wrighstman (1982) y Vidmar (1979) encontraron que determinados sesgos desaparecen cuando la evidencia está muy clara a favor de la culpabilidad o la inocencia, es decir, sólo se manifiestan cuando la evidencia está dividida. Así si bien la evidencia -factores legales- desempeña un papel fundamental en la definición del veredicto o las estimaciones de sentencia, los factores extra-legales —variables psicosociales— siguen apareciendo como significativos en los estudios multivariados (Malton y Davis, 1986; Wishert, 1987).

2. HIPÓTESIS EXPLICATIVA DE DECISIONES EN GRUPO E INDIVIDUALES

Las cosas parecen más claras cuando hablamos de decisión de grupos, de jurados. Teóricamente en los jurados están representados puntos de vista diferentes con lo que la corrección de errores y sesgos debe ser total. Esto sería cierto siempre y cuando se garantizara que en los jurados particulares se cumple la heterogeneidad. De hecho, los jurados heterogéneos ejecutan mejor que los homogéneos (Zeisel, 1971, Lempert, 1975). De esta forma, se ha encontrado como los grupos homogéneos atribucional, ideológica o actitudinalmente llegan a decisiones sesgadas en determinados tipos de caso (eg., Cowan, Thompson y Ellsworth, 1984; Arce, Sobral y Fariña, 1992; Arce, Fariña y Vila, en prensa). El análisis de contenido ha informado de discusiones redundantes, limitadas en el contenido y basadas en la heurísticas de segundo orden (p.e., credibilidad, admisibilidad de pruebas), es decir, las decisiones tomadas son de poca calidad en su desglose, aunque puedan ser correctas (Arce, Fariña y Vila, 1994). Este proceder grupal bajo condiciones de homogeneidad nos ha llevado a intentar crear una escala predictiva de sesgos en la formación de juicios.

3. ESTUDIO 1: SOBRE LA CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE UNA ESCALA DE FORMACIÓN DE JUICIOS¹

4.1. MÉTODO

4.1.1. Sujetos

Cumplimentaron la escala 229 sujetos de toda Galicia, mayores de edad y que no pudieran ser objeto de ningún impedimento legal más al uso que les incapacitara para ser jurado (p.e., control de profesiones como policía, abogado, etc., no admitir a encausados, entre otras). Estas precauciones muestrales son imprescindibles a fin de poder generalizar los resultados a la población de jurados. Los estratos muestrales considerados fueron:

Género: Varones 44.8% y Mujeres 55.2%.

Profesiones:

- 1) Ama de casa en un 7.8%
- 2) Estudiantes en un 6.8%
- 3) Profesiones liberales en un 2%
- 4) Asalariado en un 52.8%
- 5) Parados en un 25.2%
- 6) Autónomo 3.9%
- 7) Otros 1.5%

Edad con un rango desde 18 y 68 años, con una media de 32.096 años ($Sx=9.403$).

Nivel educativo:

- 1) 11.8%, primarios.
- 2) 54.3%, medios.
- 3) 33.9%, superiores.

4.1.2. Material

Los ítems se crearon en una especie de sesión de brainstorming en la que participaron siete experimentadores. Cada ítem o idea propuesta debía ser aprobada por unanimidad entre los experimentadores. Una vez aceptada una idea de ítem se procedía a redactar el ítem observando las recomendaciones de Thurstone en cuanto a su composición (véase López, 1981). También se consideró la representación por un igual de ambos polos de cada dimensión. Por ejemplo, se redactaron tantos ítems de atribución interna como externa. Además, cada ítem se construyó en una dirección que implicara una formación

¹ La escala puede verse en el Apéndice.

de juicio. Previamente cada experimentador había recabado ideas a partir de otras escalas que pudieran tener una cierta similitud con la que nosotros nos planteábamos.

Se confeccionaron, por este procedimiento, un total de 135 ítems, 45 referidos a actitudes hacia el sistema legal, 45 de atribución de responsabilidad, y 45 ideológicos. Con ellos se contruyó una escala con un formato de respuesta tipo likert en cinco puntos que abarcaban desde totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo.

4.1.3. Procedimiento

A los sujetos, jurados, se les pasó un cuadernillo con los 135 ítems iniciales de la escala, una escala de deseabilidad social (Crown y Marlowe, 1964), conservadurismo (Wilson, 1973), la escala de actitudes hacia el sistema legal con sus tres dimensiones, autoritarismo, anti-autoritarismo e igualitarismo (Boehm, 1968), creencia en un mundo justo (Rubin y Peplau, 1975) y la escala de locus de control de Valecha y Ostrom (1975). La mitad de la muestra cumplimentó de nuevo la escala de sesgos en la formación de juicios una semana después con el objetivo de evaluar la fiabilidad por el método de test-retest.

4.2. RESULTADOS

4.2.1. Selección de elementos

Los ítems se seleccionaron con dos premisas. La primera establecía que debían posibilitar todas las opciones de respuesta en la proporción esperada al azar. Así, se eliminaron aquellos ítems que no eran discriminativos. Posteriormente se correlacionó cada dimensión (atribución, ideología y actitud hacia sistema legal) a excepción del mismo ítem con cada uno de los otros ítems. De este modo se eliminaron aquellos ítems con correlaciones no significativas.

Tras estas depuraciones, tomamos un total de trece o catorce ítems por cada dimensión considerando la mayor o menor correlación y/o significatividad, y que hubiera ítems representativos de cada uno de los polos de cada dimensión (verbigracia, de ideología progresista y conservadora, atribución interna y externa, de un actitud positiva y negativa hacia la justicia).

4.2.2. Consistencia interna de la escala

Tres fueron los métodos usados para evaluar la consistencia interna de la escala: alfa de Crombrach, la prueba de mitades equivalentes y el método de test-retest. La escala se ha mostrado consistente en sus tres dimensiones (véase la Tabla 1).

Tabla 1

Dimensión	α de Crombach	Mitades equivalentes	Test-retest
Ideología	,75	$r=,69$; $p<,001$	$r=,70$; $P<,001$
Atribución	,71	$r=,75$; $P<,001$	$r=,71$; $p<,001$
Actitud	,73	$r=,72$; $P<,001$	$r=,68$; $p<,001$

4.2.3. Correlación con otras escalas

La primera premisa a considerar era conocer si las respuestas de los sujetos estaban mediatizadas por la deseabilidad lo que invalidaría, sin duda, los resultados. En este sentido, comprobamos que ninguna de las dimensiones se encontraba contaminada en sus respuestas por la deseabilidad social (véase la Tabla 2).

Tabla 2: Correlación con deseabilidad social

Dimensión	r	p
Ideologia	,01	ns
Atribucion	,05	ns
Actitud	,06	ns

La correlación de la variable ideología con la escala de conservadurismo de Wilson fue positiva ($r=,57$; $p<,001$) y también con la de autoritarismo ($r=,48$; $p<,001$), mientras fue negativa con la escala de igualitarismo ($r=-,37$; $p<,01$). La variable atribución no presentó correlación significativa con la medición de autoritarismo, anti-autoritarismo, igualitarismo y conservadurismo, pero sí con locus externo ($r=,56$; $P<,001$) e interno ($r=-,46$; $p<,01$). La variable actitud hacia el sistema legal está correlacionada significativamente con la creencia en un mundo justo ($r=,52$; $p<,01$). Además, no presenta correlación significativa alguna con ninguna de las otras variables. En resumen, las dimensiones de la escala evidencian tanto una validez convergente como discriminante.

4.2.4. Validez predictiva

Como la formación de juicios no está mediatizada únicamente por una variable, evaluamos en dos variables, una categórica (el veredicto) y otra continua (la estimación de sentencias), la formación de juicios. Estas dos variables se ha encontrado que llevan a resultados ligeramente distintos en cuanto al juicio formado (Arce, 1989). Los resultados (ver Tablas 3 y 4) muestran una validez predictiva de las dimensiones en interacción con el tipo de caso y una mayor sensibilidad de la variable sentencia.

Tabla 3

	VEREDICTO					
	Parricidio		Violación		Robo	
	chi	p	chi	p	chi	p
Ideología	4,34	,05	9,43	,01	—	ns
Atribución	3,74	,05	—	ns	—	ns
Actitud	8,12	,01	3,56	,05	—	ns

Los grupos en cada variable se formaron a partir del punto medio de la escala, no de la distribución de los sujetos.

Tabla 4

	SENTENCIA					
	Parricidio		Violación		Robo	
	t	p	t	p	t	p
Ideología	—	ns	2,09	,05	—	ns
Atribución	3,07	,01	—	ns	—	ns
Actitud	—	ns	—	ns	2,41	,01

La variable actitud hacia el sistema legal merecía aún una especificación más. Una actitud claramente negativa es de esperar que muestre juicios continuamente sesgados, pero también lo puede ser una actitud ciegamente positiva o creyente en el sistema. Así, tomamos los grupos superior e inferior (Q1 y Q4) en las puntuaciones de la escala para comprobar las posibles consecuencias. En el veredicto es de esperar que una actitud negativa prediga inocencia y viceversa. En la estimación de sentencias, esto se traducirá en estimaciones menores,

en caso de culpabilidad, para los jurados con una actitud negativa. En las estimaciones de sentencias se comprueban estas predicciones en los casos de robo [$t(82)=2.62$; $p<.01$], parricidio [$t(73)=2.76$; $p<.01$], y negligencia médica [$t(83)=2.80$; $p<.01$]. No obstante, no ocurre así para el veredicto. En suma, no se puede afirmar que exista una relación unitaria entre actitud negativa hacia la inocencia e indulgencia sistemática en las decisiones.

4.3. CONCLUSIONES

La escala se muestra internamente consistente. De las correlaciones con otras variables obtenemos información que apoya su validez externa. La validez predictiva es muy alta, excesiva debido a que hemos presentado dilemas a los jurados demasiado irreales. Con estas situaciones, esto es, casos de formación de juicios carentes de mucha información se provoca una relación unitaria entre sesgo y fuente de sesgo. No obstante, en contextos de simulación de alta fidelidad, las fuentes de activación de sesgos pueden ser de signo distinto y, por tanto, activar sesgos diferentes. Estos sesgos se manifiestan en la estimulación o creación de distintos esquemas episódicos de los hechos. Si tenemos en cuenta que las personas gozamos de un pluralismo epistémico, la predicción de sesgo individual sólo es precisa cuando se crea un contexto favorable a una epistemología unitaria (véase Arce, Fariña y Sobral, 1996 para más información sobre el modelo explicativo).

5. ESTUDIO 2: SOBRE LA VALIDACIÓN DE LA ESCALA EN CONTEXTO REAL

En este segundo estudio pretendimos comprobar la efectividad de la escala en un contexto real. Es decir, con toda la información de casos reales taquigrafiados y con jurados tomados del censo electoral como si se tratara de una rueda de jurados. Curiosamente y según nuestra perspectiva, la tarea predictiva directa es más difícil porque se trata de casos de una evidencia muy contrabalanceada y con dos versiones de los hechos. Bajo esta consideración, la activación de esquemas episódicos que guíen la interpretación de la información es más difícilmente predecible. Por ejemplo, jurados con un estilo cognitivo analítico bien podrían usar un proceso de integración de la información con lo que tras cada trozo de información realizarían una evaluación. Esta evaluación influiría en la siguiente (Kaplan, 1979). No obstante, esta preactivación no tiene porque coincidir directamente con el sesgo psicosocial previsto por su ideolo-

gía, procesos de atribución dominante o actitud. Ahora bien, el sesgo psicossocial permitirá el uso de vías conducentes a la facilitación de un cambio en la formación de juicios. Los medios creemos podrían ser lo que hemos denominado heurísticos de segundo orden, es decir, la asignación de credibilidad a los testigos, o el criterio de pruebas suficientes o admisibles (Arce, Fariña y Sobral, 1996).

5.1. MÉTODO

5.1.1. Muestra

Como presentamos dos casos completos distintos, creamos dos submuestras con sujetos 34 cada una. Estos jurados fueron extraídos de la población en general como si de una rueda de jurados se tratara. Sólo se consideraron dos limitaciones: la edad y la capacidad para juzgar (véase la Ley del Jurado). Hemos optado por un tamaño intermedio ya que las diversas legislaciones varían desde unos 50 hasta 25.

5.1.2. Material

Usamos dos casos judiciales reales que habían sido juzgados por jurados en USA. Obviamente, se adaptaron los nombres y lugares a España. En el primer caso se acusaba a Germán Bermúdez de una presunta violación en la persona de Lourdes Velázquez. La prueba central es reconocimiento de la víctima en una rueda de identificación policial que ofrece ciertas dudas. Por su parte, el acusado presenta una coartada de la que participa un testigo, pero aún así podría haber sido el autor material.

El segundo caso, es un asalto en la persona del Sr. Zarra, propietario de un inmueble que había alquilado el Sr. Adanero. Es precisamente este alquiler el motivo de las desavenencias. El Sr. Adanero tenía pendientes pagos del alquiler por lo que se entrevistan los dos en una taberna. En el transcurso de la reunión, el Sr. Adanero hiere con un trozo de un cristal a Zarra. Adanero alega que actuó en defensa propia ya que Zarra le había golpeado con la mesa e intentaba herirlo. Así indica que lo primero que encontró fue un trozo de cristal roto procedente de las botellas de bebida que habían caído al suelo y se defendió con él. En la vista aportan su testimonio varios testigos presenciales.

5.1.3. Procedimiento

A cada jurado se le pasó un cuadernillo en el que se contenía un cuestionario pre-presentación del caso en el que respondían a diferentes cuestiones sociodemográficas (edad, sexo, etc.) y de socialización (experiencias judiciales, conducta de voto, etc.). Posteriormente leían uno de los dos casos (Adanero o Germán Bermúdez), con un asignación aleatoria, taquigrafiados de la realidad. Tras la lectura del caso, se les pedía el veredicto; ordenaban las pruebas en función de su importancia para la resolución del caso; y cumplimentaban un cuestionario con formato de respuesta likert en el que evaluaban el peso, importancia o credibilidad de todas las pruebas del caso.

5.2. RESULTADOS

5.2.1. Caso Germán Bermúdez (violación)²

En la formación directa de juicios, esto es, veredicto, no encontramos diferencias mediadas por la actitud hacia el sistema legal [$\chi^2(1)=1,80$; ns]; la ideología [$\chi^2(1)=,01$; ns]. Pero los jurados de atribución interna presentan una mayor tendencia hacia la culpabilidad que los de atribución externa [$\chi^2(1)=3,86$; $p<,05$].

Tabla 5

	ACTITUD HACIA EL SISTEMA LEGAL				
	t	p	X ₁	X ₂	gl
PRUEBAS SUFICIENTES	2,30	,05	1,63	2,84	32
FILTRO POLICIAL EFECTIVIDAD	2,05	,05	2,07	3,30	32

X₁= Media Actitud Negativa; X₂= Media Actitud Positiva.

La actitud hacia el sistema legal (véase la Tabla 5) no parece mediar, en este caso, la formación de juicios. Sin embargo, se puede observar como las personas con una tendencia negativa evalúan la actuación policial, determinante en este caso concreto, negativamente y también se hacen eco de la falta de pruebas. Parecen dispuestos a poner, siempre que sea posible, en duda la acción de la justicia.

2 Realizamos una lectura de cambio en la formación de juicio hacia la inocencia porque la decisión mayoritaria es culpabilidad. La lectura contraria también sería válida. Las pruebas objeto de diferencias son las 3 más centrales del caso según un ordenamiento realizado por los jurados: credibilidad testimonio policial, testigo coartada y actuación policial.

Tabla 6

	ESTILOS ATRIBUCIONALES				
	t	p	X ₁	X ₂	gl
CREDIBILIDAD TESTIGO POLICIAL-FISCAL	3,53	,01	2,33	3,83	32
CREDIBILIDAD TESTIGO COARTADA DEFENSA	2,94	,01	2,94	1,50	32
EFFECTIVIDAD CONCLUSIONES FISCAL	2,18	,05	2,33	3,44	32
FILTRO POLICIAL EFFECTIVIDAD	2,12	,05	2,40	3,22	32

X₁= Media Atribución Externa; X₂= Media Atribución Interna.

Los jurados de atribución externa (ver Tabla 6) se caracterizan por prestar menor credibilidad al testigo policial; restar efectividad a las conclusiones del fiscal (es decir, dar menos credibilidad a la reconstrucción de los hechos realizada por el fiscal); conceder menos efectividad a la actuación policial; y dotar al testigo que sirve de coartada de mayor credibilidad. En suma, los jurados de atribución externa serían más fáciles de conducir hacia una decisión de inocencia basada en cualquiera de estas interpretaciones.

Tabla 7

	t	p	IDEOLOGÍA		gl
			X ₁	X ₂	
CREDIBILIDAD TESTIGO COARTADA DEFENSA	3,25	,01	4,14	2,33	32

X₁= Media Progresistas; X₂= Media Conservadores.

Los jurados progresistas serían muy receptivos a una lectura de inocencia asentada en la asignación de una alta credibilidad al testigo que sirve de coartada al acusado (Media=4,14).

5.2.2. Caso Adanero (asalto)³

No encontramos diferencias en el veredicto entre los grupos ideológicos [chi(1)=,06; ns], actitudinales [(chi(1)=,006; ns] y atribucionales (chi=1; ns).

³ Realizamos una lectura de cambio en la formación de juicio hacia la inocencia porque la decisión mayoritaria de es culpabilidad. La lectura contraria también sería válida. Las pruebas objeto de diferencias son las 3 más centrales del caso según un ordenamiento realizado por los jurados: los tres testigos de la acusación.

No obstante, en las evaluaciones de la evidencia implicada subyacentes a la formación de juicios sí se advierten diferencias que podrían servir como medios a la hora de cambiar la tendencia de veredicto.

Tabla 8

	ACTITUD HACIA EL SISTEMA LEGAL				
	t	p	X ₁	X ₂	gl
CREDIBIL. TESTIGO PRESENCIAL FISCAL	2,02	,05	2,16	3,07	31
IMPLICACIÓN DEFENSOR	2,38	,05	4,16	3,55	21
DEFENSOR	2,01	,05	4,00	2,88	31
INSTRUCCIONES JUEZ LEY	3,43	,01	3,33	4,44	31
INSTRUCCIONES JUEZ CLARAS	2,07	,05	3,66	4,26	30

X₁= Media Actitud Negativa; X₂= Media Actitud Positiva.

Una actitud negativa hacia el sistema de justicia vigente predice una evaluación negativa, en este caso, de la ley, califica las intrucciones de poco claras, evalúa más positivamente al abogado defensor, y concede poca credibilidad al testigo presencial de cargo de la fiscalía. En otras palabras, los jurados con una actitud negativa hacia el sistema legal está en disposición de decantarse o cambiar su veredicto hacia la culpabilidad basado en una mala defensa o no des-juste de la ley. Se infiere, por tanto, un enfrentamiento de estos jurados con la ley y profesionales implicados. Además, considera poco creíble al testigo de cargo de la fiscalía.

Tabla 9

	ESTILOS ATRIBUCIONALES				
	t	p	X ₁	X ₂	gl
CREDIBILIDAD TESTIGO (POLICIA) FISCAL	4,45	,001	3,46	5,00	27
IMPORTANCIA TESTIGO PRESENCIAL FISCAL	4,17	,001	2,00	3,68	28
CREDIBILL. TESTIGO PRESENCIAL FISCAL	2,23	,05	2,5	4,00	29
PRUEBAS SUFICIENTES	2,29	,05	3,00	4,58	28
PRUEBAS ADMISIBLES	5,3	,001	3,00	4,86	28

X₁= Media Atribución Externa; X₂= Media Atribución Interna.

Los jurados de atribución externa observan que no hay pruebas suficientes y que no son admisibles, prestan menos credibilidad tanto al testigo policial como presencial de la acusación, y confieren poca importancia para la resolución del caso al testigo presencial de la fiscalía. Es decir, los jurados de atribución externa serían fácilmente conducibles hacia la inocencia en un contexto adecuado.

Tabla 10

	t	p	IDEOLOGÍA		gl
			X1	X2	
TESTIGOS NO FALSOS	2,07	,05	4,23	3,47	28
IMPORTANCIA TESTIGO1 PRESENCIAL FISCAL	2,33	,05	2,53	3,35	28
IMPORTANCIA TESTIGO2 PRESENCIAL FISCAL	2,00	,05	3,23	3,90	28
CREDIBILIDAD DEFENSA	2,02	,05	3,46	2,70	28
CREDIBILIDAD FISCAL	2,42	,05	3,15	4,00	18

Los jurados progresistas creen más en la defensa, observan una menor falsedad en los testigos, y, por último, consideran poco importantes para la resolución del caso los testimonios de los testigos presenciales de la acusación. En suma, son proclives a un veredicto o cambio hacia la inocencia.

5.3. CONCLUSIONES

Nos hemos permitido tomar como elemento normativo de la decisión alcanzada la concordancia mayoritaria, pero la interpretación contraria también es igualmente factible. Los resultados muestran claramente los efectos de sesgo en la interpretación de las pruebas tanto de la dimensión actitudinal como de la atribucional e ideológica. Además, se infiere que es posible una coalición entre los diversos grupos porque, a veces, comparten las interpretaciones. Independientemente de esta opción aún no estudiada, grupos homogéneos o cuasi-homogéneos en cualquiera de estas dimensiones es previsible que estén sesgados en su decisión. Es decir, pueden llegar a una decisión, aunque sea correcta, por un medio erróneo o discusión viciada (véase un ejemplo en Arce, Fariña y Vila, 1994). La mayor probabilidad de cambio en función de una fuente primaria de sesgo puede verse en Cajal (1994).

5.4. DISCUSIÓN

Existe una falsa creencia, a modo de ilusión teleológica, de que un jurado seleccionado al azar posteriormente depurado por un sistema de adversarios garantiza inequívocamente un grupo no sesgado. Nada más lejos de la realidad. El azar, según la ley de grandes números, posibilita heterogeneidad. Pero, la ley de grandes números, en éste y en muchos otros casos, enmascara los efectos debastadores de la ley de pequeños números. En otras palabras, es de esperar que, por azar, en la población total de jurados encontremos una proporción más o menos similar de hombres y mujeres, pero ¿no es igualmente cierto que, también por azar, podamos extraer, de forma continuada, nueve o más mujeres?. Cualquiera podría advertir este hecho, materialmente tan visible, y corregirlo. Pero ocurrió lo mismo con variables no tan fácilmente detectables como las psicosociales antes advertidas?. La respuesta requiere acudir a una evaluación de los sistemas de selección de jurados. El método más usual es la selección por un procedimiento de adversarios llevado a cabo por los abogados (el lector interesado en los otros procedimientos puede acudir a Arce y Fariña, 1995). Los abogados se dedican más al adoctrinamiento que a la búsqueda de sesgos (Balch et al., 1976). Previsiblemente sin ser conscientes, intentan que les favorezca el heurístico de anclaje. Sin embargo incluso en este aspecto, la efectividad es nula. Sirva de ejemplo el dato real de que la defensa escoge más jurados proclives a la culpabilidad que a la inocencia (Olczak, Kaplan y Penrod, 1991). La solución, por tanto, viene de la mano de una selección controlada que garantice heterogeneidad en el grupo, a fin de que no sea el azar o la simple heurística quien decida un caso. Por último y para los más escépticos, comentarles que los efectos de una selección tal y como es tradicional no controla ni las variables sociodemográficas. Así, en Francia, sólo el 4,1% de los miembros reales del jurado son mujeres (Académie de Lyon, 1975). El lector interesado en cómo se desarrollaría una selección basada inquisitorial y psicológicamente puede acudir a Arce y Fariña (1995).

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACADEMIE DE LYON (1975): *Jury criminal l'Ain: Enquête de sociologia judiciaire*. Institut d'Etudes Judiciaires.
- ARCE, R. (1995). Evaluating evidence on jury decision making. En R. Bull y D. Carson (ed.). *Handbook of psychology in legal context*. Londres: Wiley and Sons.
- ARCE, R., y FARIÑA, F. (1994). Toma de decisiones en la corte: Expertos vs. legos. Modelos alternativos. En J. Sobral, R. Arce, y A. Prieto (eds.). *Manual de Psicología Jurídica*. Barcelona: Paidós.
- ARCE, R., y FARIÑA, F. (1995). El estudio del jurado: Capacitación psicológica, selección y representatividad. En M. Clemente (ed.). *Fundamentos de la Psicología Jurídica*. Madrid: Pirámide.
- ARCE, R., FARIÑA, F., y SOBRAL, J. (1992). Verdicts of psychosocially biased juries. En F. Lösel, D., Bender, y T. Bliesener (eds.). *Psychology and Law. International Perspectives*. Berlín: Walter de Gruyter.
- ARCE, R., FARIÑA, F., y SOBRAL, J. (1996). From juror to jury decision making. A non-model approach. En G. Davis, S. Lloyd-Bostock, M. MacMurran y C. Wilson (eds.). *Psychology, Law and Criminal Justice*. Berlín: Walter de Gruyter.
- ARCE, R., FARIÑA, F., y VILA, C. (1994). Análisis de contenido en la interacción de jurados legos homogéneos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20(74), 817-831.
- BALCH, R. W., GRIFFITHS, C. T., HALL, E. L., y WINFREE, L. T. (1976): The socialization of jurors. The voir dire as a rite of passage. *Journal of Criminal Justice*, 4, 271-283.
- BOEHM, V. (1968). Mr. Prejudice, Miss Sympathy, and the authoritarian personality: An application of psychological measuring techniques to the problem of jury bias. *Wisconsin Law Review*, 734-750.
- BRAY R. M., y NOBLE, A. (1978). Authoritarianism and decision of mock juries: Evidence of jury bias and group polarization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 1424-1430.
- CAJAL, B. (1994): El Cambio de Veredicto en el Jurado: Influencia de Variables Psicosociales. *Tesis Doctoral*. Universidad Autónoma de Barcelona.
- COWAN, C. L., THOMPSON, W. C., y ELLSWORTH, P. C. (1984). The effects of death qualification on jurors' predisposition to convict and on quality of deliberation. *Law and Human Behavior*, 8(1/2), 53-79.
- CROWN, D.P., y MARLOWE, D. (1979). *The Approval Motive*. Nueva York: Wiley and Sons.
- KALVEN, H., y ZEISEL, H. (1966). *The american jury*. Boston: Little Brown.
- KAPLAN, M.F. (1979). A model of cognitive processes in jurors. *Representative Research in Social Psychology*, 10, 48-60.
- LEMPERT, R. O. (1975): Uncovering "nondiscernible" differences: Empirical research and the jury-size cases. *Michigan Law Review*, 73, 643-708.
- LÓPEZ, J. (1981). Las escalas de actitudes (2). En J.F. Morales (ed.). *Metodología y Teoría de la Psicología* (vol.II). Madrid: UNED.
- MALTON, R. J., y DAVIS, J. H. (1986). Factors affecting jury decision making. *Social Action and the Law*, 12, 41-48.
- OLCZAK, P. V., KAPLAN, M. F., y PENROD, S. D. (1991). Attorneys' lay psychology and its effectiveness in selecting jurors: Three empirical studies. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6(3), 431-452.

- SOBRAL, J.; ARCE, R.; y FARÍÑA, F. (1989). Aspectos psicosociales de las decisiones judiciales. Revisión y lectura diferenciada. *Boletín de Psicología*, 25, 49-74.
- WISHERT, Ch. A. (1987). Juror decision making. The importance of evidence. *Law and Human Behavior*, 11(1), 1-17.
- WILSON, G.D. (1973). *The Psychology of Conservatism*. Nueva York: Academic Press.
- ZEISEL, H. (1971): ... And then there was none: The diminution of federal jury. *University of Chicago Law Review*, 35, 228-241.



APÉNDICE

Nos interesa conocer tu opinión acerca de las siguientes cuestiones. Contesta siguiendo tu primer impulso. Debes poner una cruz sobre el número que más se acerque a tu opinión sobre enunciado, de forma que si estás totalmente de acuerdo con el enunciado deberás marcar el 5, si sólo estás bastante de acuerdo marca el 4. Por el contrario, si estás totalmente en desacuerdo el 1, y si estás bastante en desacuerdo el 2. El número tres es para aquellos enunciados con los que no estás ni de acuerdo ni en desacuerdo. GRACIAS POR TU COLABORACIÓN.

(i) *La misa dominical es una buena costumbre que no se debería perder.*

En desacuerdo De acuerdo
 1 2 3 4 5

(i-) *El socialismo es la mejor solución a la injusticia social.*

En desacuerdo De acuerdo
 1 2 3 4 5

(i) *Los lazos sanguíneos familiares son impedimentos legales para uniones matrimoniales.*

En desacuerdo De acuerdo
 1 2 3 4 5

(i) *El horario de los locales nocturnos debería estar controlado por el estado.*

En desacuerdo De acuerdo
 1 2 3 4 5

(i) *El trabajo debe entenderse como deber y obligación humana.*

En desacuerdo De acuerdo
 1 2 3 4 5

(i-) *No hay fronteras humanas, somos ciudadanos del mundo.*

En desacuerdo De acuerdo
 1 2 3 4 5

(i-) *La liberación sexual de la mujer ha sido uno de los logros más importantes conseguidos en los últimos años.*

En desacuerdo De acuerdo
 1 2 3 4 5

(i) *Lo que necesita la juventud es disciplina, determinación y deseo de trabajar y luchar por la patria y la familia.*

En desacuerdo De acuerdo
 1 2 3 4 5

(i-) *La revolución es una salida plausible a los conflictos humanos.*

En desacuerdo De acuerdo
 1 2 3 4 5

(i) *La base de una economía fuerte la constituye la inversión privada.*

En desacuerdo De acuerdo
1 2 3 4 5

(i) *La única verdad es la que poco a poco va descubriendo la ciencia.*

En desacuerdo De acuerdo
1 2 3 4 5

(i-) *El aborto es admisible siempre que lo desee la madre.*

En desacuerdo De acuerdo
1 2 3 4 5

(i) *Muchos problemas como la droga y la delincuencia se evitarían con una mayor represión social.*

En desacuerdo De acuerdo
1 2 3 4 5

(a) *Cuando se produce un accidente de coche, normalmente, la culpa es del conductor.*

En desacuerdo De acuerdo
1 2 3 4 5

(a) *En la mayoría de las ocasiones, los acusados son siempre culpables.*

En desacuerdo De acuerdo
1 2 3 4 5

(a-) *Las personas poderosas, generalmente, maltratan a sus empleados.*

En desacuerdo De acuerdo
1 2 3 4 5

(a) *En un juicio, los niños normalmente no mienten.*

En desacuerdo De acuerdo
1 2 3 4 5

(a-) *Una persona que demande a sus superiores, normalmente, va a perder el juicio.*

En desacuerdo De acuerdo
1 2 3 4 5

(a-) *Una persona con bajo poder puede ser más fácilmente culpada de un delito.*

En desacuerdo De acuerdo
1 2 3 4 5

(a) *Si un acusado en un juicio hace declaraciones contradictorias, debe ser condenado.*

En desacuerdo De acuerdo
1 2 3 4 5

(a) *La gente honesta casi nunca es acusada de un delito.*

En desacuerdo De acuerdo
1 2 3 4 5

(a) *Las personas que llevan una vida desordenada, con frecuencia, cometen faltas.*

En desacuerdo De acuerdo
1 2 3 4 5

(a) *Las personas por sí mismas se pueden catalogar como buenas o malas.*

En desacuerdo De acuerdo
1 2 3 4 5

(a) *En un juicio, los testigos accidentales casi siempre dicen la verdad.*

En desacuerdo De acuerdo
1 2 3 4 5

(a) *En ocasiones, el veredicto de culpabilidad o inocencia se debe a la suerte que tenga la persona al ser juzgada.*

En desacuerdo De acuerdo
1 2 3 4 5

(a-) *Que el abogado sea un hombre o una mujer influye en la defensa de un caso.*

En desacuerdo De acuerdo
1 2 3 4 5

(a) *En un juicio, la opinión de un experto es casi siempre verdadera.*

En desacuerdo De acuerdo
1 2 3 4 5

(j-) *Hay demasiada gente encarcelada erróneamente.*

En desacuerdo De acuerdo
1 2 3 4 5

(j-) *Algunas leyes están hechas para ser quebrantadas.*

En desacuerdo De acuerdo
1 2 3 4 5

(j) *El procedimiento de los procesos judiciales es imparcial.*

En desacuerdo De acuerdo
1 2 3 4 5

(j) *De cada 100 personas que van a juicio, 75 son culpables del delito del que se les acusa.*

En desacuerdo De acuerdo
1 2 3 4 5

(j-) *El veredicto judicial de culpabilidad o inocencia, no es una decisión imparcial y objetiva.*

En desacuerdo De acuerdo
1 2 3 4 5

(j) *Los jueces, por su formación y experiencia, están capacitados para tomar decisiones justas.*

En desacuerdo De acuerdo
1 2 3 4 5

(j-) *Es preferible que estén en libertad 5 culpables, a que sea encarcelado un inocente.*

En desacuerdo De acuerdo
1 2 3 4 5

(j) *En la democracia, el sistema legal garantiza las libertades de los individuos.*

En desacuerdo De acuerdo
1 2 3 4 5

(j-) *Los abogados solo defienden su propio interés.*

En desacuerdo De acuerdo
1 2 3 4 5

(j) *Una persona no debería tener miedo cuando es sometida a juicio siendo inocente, pues la ley lo protege.*

En desacuerdo De acuerdo
1 2 3 4 5

(i) La ley es dura, pero es ley.

En desacuerdo De acuerdo
1 2 3 4 5

(j-) El aparato legal merece desconfianza y recelo.

En desacuerdo De acuerdo
1 2 3 4 5

(j) En el cumplimiento de sus funciones jueces y magistrados actúan con absoluta neutralidad política, sin discriminación alguna por razón de raza, religión u opinión.

En desacuerdo De acuerdo
1 2 3 4 5

(j) El ciudadano tiene en sus manos medios legales eficaces para defender y conservar su vida.

En desacuerdo De acuerdo
1 2 3 4 5

NOTA: i=ítem de ideología; a=ítem de atribución; j=ítem de actitud hacia la justicia. - ítem redactado en sentido inverso, debe dársele la vuelta a la puntuación. Es recomendable mezclar los ítems a fin de evitar la aquiescencia o darles la vuelta. Los sujetos se asignan a cada grupo en función de puntuación media de las escalas, es decir, 35 e inferiores al grupo inferior y 36 y superiores al grupo superior, para la dimensión de actitudes hacia la justicia y atribución. En la dimensión ideológica el punto de corte es 33, siendo los mayores asignados al grupo superior y los menores al inferior. Los sujetos que obtengan esa puntuación crítica no se asignan a ningún grupo. Pudiera creerse que los jurados con una actitud negativa hacia la justicia deberían eliminarse. Nosotros no hemos encontrado pruebas que apoyen esta postura.



Índice de Autores

A

AARO, J. E., 340
 ABASHIAN, S., 93
 ABBEY, S. E., 279
 ABREU, J. M., 699
 ACHENBACH, T. M., 442, 443
 ADAMS, L. E., 69
 ADAMS, C., 574, 575
 ADLER, A., 317, 381
 ADLER, A., 381
 AL ABSI, M., 96
 ADLER, G., 655
 AGETON, S. S., 469
 AHERN, D. K., 91, 92
 AHLES, T. A., 95, 101, 121
 ALAON, M. T., 462
 ALBANESE, M. A., 187, 188
 ALESSI, N. E., 639
 ALEXANDER, F., 383
 ALONSO-FERNANDEZ, F., 217
 ALTMAIER, E. M., 102
 ALUJA, A., 424
 ALVAREZ, D., 259, 287
 ALLEN, G., 187, 188
 ALLEN, R. A., 89
 ALLPORT, G. V., 305
 AMATO, P. R., 272
 AMIRKHAN, J. H., 43
 AMSEL, R., 89
 ANASTASI, A., 653,
 ANDRASIK, F., 86, 95, 97, 101, 121, 123, 127,
 140
 ANDREWS, G., 42
 ANGLEITNER, A., 304, 305
 ANGLIN, M. D., 187, 188
 ANGUERA, M. T., 185, 191, 192, 193, 197, 198,
 199, 202
 ANTHONY, W. S., 462
 APPELBAUM, K. A., 123, 127, 149
 ARCE, R., 721, 722, 723, 724, 725, 732, 733
 ARENA, J. G., 95, 123, 149
 ARMSDEN, G. A., 466
 ARNAU, J., RUIZ, M., 97, 104
 ARNTZ, A., 96
 ARONSON, C., 721
 ARREDONDO, J. M., 124
 ARTHUR, M. W., 188
 ASHTON, R., 92
 ASTILLA, E., 463
 ATKINSON, J. H., 81, 88, 89

ATTANASIO, V., 123, 140
 AUERBACH, S.M., 35, 36, 42
 AUSTIN, A., 438
 AUSTIN, J., 573
 AVERILL, J. R., 383
 AVILA- ESPADA, A., 415, 416, 421
 AXLINE, V., 688

B

BABIO, R., 699
 BADDELEY, A. D., 288
 BAGBY, R. M., 310
 BAHR, H. M., 476
 BAKAL, D. A., 81, 94, 97, 102, 107, 121, 128, 148
 BAKER, A., 97
 BAKEMAN, R., 198, 200
 BAKER, A., 128, 149
 BAKER, L., 631, 639
 BAKER, S. L., 189
 BAKHEIT, A. M. O., 280
 BALCH, R. W., 733
 BALDWIN, D. A., 687
 BALTAXE, C. A. M., 639
 BALLA, M., 187
 BANDURA, A., 80, 92, 333
 BARANOWSKI, R. A., 188
 BARANOWSKI, T., 192
 BARBANARELLI, C., 307, 308, 311, 312
 BARBAREE, H., 102, 108, 148, 149
 BARBER, B. L., 271
 BARBERA, E., 513
 BARCIA, D., 248, 251
 BARIAUD, F., 271
 BARNES, J., 445
 BARRICK, M. R., 310
 BARRON, K. D., 95, 123, 127, 149
 BARTON, T. R., 188
 BASCH, C. E., 195
 BASLER, H. D., 92
 BATES, J. E., 468, 640
 BATES, E., 573
 BATESON, G., 576
 BATSON, C. D., 445
 BAUERMEISTER, J. J., 322, 345, 373, 588
 BAUMER, T. L., 187
 BAUMSTARK, K. E., 97
 BAUSELL, R. B., 200, 203
 BAYES, R., 121
 BECK, A. T., 97, 128, 232, 260, 288
 BECHINI, A., 714
 BEEBE, A., 98, 107

- BEECHER, H. K., 71, 74
 BEHAN, P. O., 280
 BEHAR, J., 271
 BELLACK, A. S., 196
 BEN-PORATH, Y. S., 43, 46
 BENSON, H., 100
 BERECOCHEA, J. E., 187, 718
 BERGEN, M. R., 188
 BERGNER, M., 91
 BERK, M. L., 189
 BERKOWITZ, L., 333
 BERMUDEZ, J., 290
 BERNDT, J., 273
 BERNSTEIN, D. A., 100, 107, 127
 BIAGGIO, M. K., 655
 BILLINGS, A. G., 37, 43, 46
 BIRBAUMER, N., 79
 BIRKIMER, J. C., 40
 BISHOP, D. V. M., 574, 575
 BISQUERRA, R., 131
 BLAGDEB, C. M., 579
 BLANCK, P. D., 196
 BLANCH, M., 585
 BLANCO, A., 193
 BLANCO, J., 97
 BLANCHARD, E. B., 86, 95, 97, 101, 121, 123, 127, 149
 BLAZER, D. G., 216
 BLOCK, J., 310
 BLOOM, L., 645
 BLOUIN, D. C., 123
 BLUME, S., 702
 BOBBITT, R. A., 91
 BOEHM, V., 724
 BOERSMA, FJ., 463, 464
 BOILEAU, A. M., 715
 BOLUS, R., 464
 BONICA, J., 71, 72, 74
 BORDIEU, P., 199
 BORGOGNI, L., 307, 308
 BORKOVEC, T. D., 100, 107, 127
 BORN, M., 595, 597
 BORNSTEIN, J. C., 74
 BORTNER, R. W., 382
 BOSANAC, E. M., 192
 BOSTICK, R. M., 189
 BOSTON, K., 94
 BOWER, G. H., 259, 266, 267
 BOX, G. E. P., 131
 BOXAN, K., 149
 BOYER, J. F., 185
 BRADLEY, B., 262
 BRADY, J. V., 124
 BRANDELL, M., 635, 635
 BRANT, R., 188
 BRAVER, L. S., 272
 BRAVER, S., 92
 BRAY, R. M., 721
 BRECKLER, S. J., 38
 BREMER, B. A., 188
 BRIDGEMAN, B., 463, 464
 BRIGGS, S. R., 307, 310
 BRIGHAM, T. P., 187
 BRITTON, P. G., 220
 BRODY, D. S., 42
 BROMLEY, D. B., 216
 BRONFENBRENNER, U., 466, 467
 BRONSTEIN, P., 476
 BROOKS-GUM, J., 271
 BROWN, R. D., 44, 188
 BROWN, G. A., 382
 BROWNLEE, J. R., 198
 BUCKELEW, S. P., 97
 BUDZYNSKI, T. H., 88, 97, 126
 BUESCHER, K. L., 97
 BULLOCK, S. L., 189
 BURKE, J. P., 477
 BURKEL, P. J., 310
 BURNS, R. B., 464
 BUSS, A. H., 333, 308, 356, 383, 384, 653, 654, 665
 BUTCHER, J., 423
 BUTCHER, J. N., 96
 BUTLER, R. W., 43, 46
 BUTTERFIELD, P. S., 187
 BYBEE, D., 187, 188
 BYRNE, B. M., 463, 464
 BYRNE, D., 296
 BYRNE, P. N., 193
- C**
- CAHN, T., 123
 CAIRNS, B., 178
 CAJAL, B., 732
 CALDIERON, C., 95
 CALSYN, R. J., 187, 188, 464
 CALVO, T., 715
 CAMP, C. J., 253
 CAMPBELL, S.B., 246
 CANALDA, G., 203
 CANLON, M. J., 22
 CANNON, W. B., 381
 CANTWELL, D., 631, 639
 CAPPELLERI, J. C., 188
 CAPRARA, G. V., 307, 308, 311, 318, 312, 333, 334, 384, 340, 388, 654
 CARD, J. J., 188
 CAREY, M. A., 187
 CAREY, R. G., 198
 CARIFIO, J., 188
 CARLSSON, A. M., 88
 CARNEIRO, M. R. 344, 345, 346

CARROBLES, J. A., 83
 CARTER, W. B., 191
 CARVER, C. S., 41, 42, 46
 CASAS, F., 561
 CASSWELL, S., 187
 CASTRO-BOLAÑO, C., 88, 89, 93, 97, 99, 102, 107, 122
 CATTELL, R. B., 304, 305, 388, 654, 665, 666, 668, 669
 CAZDEN, 632
 CEREZO, M. A., 202
 CIESLA, J. R., 189
 CLAES, R., 549
 CLARK, H. B., 101
 CLEAVE-HOGG, D., 193
 CLEIN, J., 714
 CLEMENTE, A., 447, 560, 561
 COCHRAN, W. G., 38
 COHEN, E. H., 187, 188
 COHEN, J., 428
 COHEN, M. M., 89, 123
 COHEN, F., 47
 COHM, J.F., 246
 COLANGELO, M. P., 462, 476
 COLE, C. S., 267
 COLE, V., 462, 476
 COLEMAN, J. M., 463
 COMECHE, M. I., 102
 COMREY, A., 304, 308, 438
 CONGER, K. J., 462, 476
 CONGER, R. D., 462, 476
 CONNELL, D. B., 195
 CONRADO, M. R., 311
 CONTI-RAMSDEN, G., 575, 578
 COOK, D. B., 196
 COOK, S., 716
 COOK, T. D., 187
 COOK, W., 95, 653, 658
 COOLIGAN, D., 36
 CORCES, V., 687
 CORDINGLEY, G. E., 123
 CORMACK, C., 195
 CORNISH, W. R., 721
 COSTA, P. T. Jr., 303, 307, 310, 311
 COSTLE, D. M., 22
 COVER, C. M., 189
 COVI, L., 423
 COWAN, C. L., 721, 722
 CRAIG, H. K., 573, 575
 CRANE, R. S., 382, 656
 CREWS, M., 97
 CRINBACH, ., 662
 CRISSON, J. E., 95, 93, 94
 CROCKER, M., 78, 93
 CRONBACH, L., 431
 CROSSE, S., 199

CROWN, D. P., 721
 CRUZADO, J. A., 148
 CRYNS, A. G., 187
 CUEVAS, J. L., 123
 CULLETON, R. P., 702
 CUNDIFF, G. W., 97
 CUNNINGHAM, S. J., 123
 CURTIS, G., 382
 CUTLER, W., 192
 CUTRONA, C. E., 462, 476
 CYTRYN, L., 642

CH

CHADWICK, B. A., 476
 CHAFEL, J. A., 687
 CHANG, R. W., 188
 CHANG-RODRIGUEZ, E., 262
 CHANT, D., 92
 CHAPMAN, C. D., 72
 CHAPMAN, C. R., 91, 99, 1101, 122
 CHAPMAN, J. W., 463, 464
 CHASTAIN, R. L., 93
 CHEN, T., 188
 CHILA, A. G., 121
 CHINO, A. F., 96
 CHOU, C., 188 191, 194, 196, 203
 CHOW, K. 280, 285
 CHURCH, A. T., 310

D

DALHSTROM, W., 423, 438
 DALY, H., 22
 DAMICO, J., 575
 DAMON, W., 626
 DANE, F., 722
 DANIELS, S., 195
 DAVIDSON, J., 96
 DAVIE, C. E., 640
 DAVIS, J. H., 722
 DAVIS, L. G., 195
 DAVIS, M., 107, 128
 DAWIS, R. W., 511
 DE BENEDITTIS, G., 121
 DE GOOD, D. E., 97
 DE JONG, P., 96
 DE LONGIS, A., 200, 201
 DE LONGIS, A., 41
 DE RAAD, B., 305
 DE VELLIS, R., 94
 DEL BARRIO, V., 445
 DEARDORFF, W. W., 96
 DEFRANCE, D., 334
 DEHAR, M. A., 187
 DEL BARRIO, V., 445
 DEL CAMPO, S., 216

DEL VALLE, A., 192
 DEMERS, A., 187
 DEMJEN, S., 102, 148
 DEMPSEY, J. V., 188
 DENT, C. W., 188
 DENTINGER, M. P., 123
 DEROGATIS, L., 423
 DEROGATIS, L. R., 97
 DESAI, A., 187
 DESDENTADO, A., 192
 DESHARNAIS, S., 188
 DEUTSCH, F., 445
 DEVEREUX, E. C., 466, 467
 DEVINE, J. A., 189
 DIAMONG, E. L., 45
 DIAZ GUERRERO, R., 345, 588
 DICKERSON, M. G., 699
 DIGMAN, J. M., 304
 DiZURILLA, T. J., 109, 128
 DOCTOR, J. N., 89
 DOHERNWEND, B. P., 199
 DOLCE, J. J., 92, 93
 DOLEYS, D. M., 78, 93
 DOLLAR, J. L., 317, 319, 381
 DORLE, J., 221, 305, 583, 584, 588
 DORMIC, S., 280, 588
 DOUGHERTY, L. M., 96
 DOUGHTY, J., 188
 DOWLING, J., 89
 DREESSEN, L., 96
 DREFANCE, B., 333
 DROZ, P., 249
 DSM-II., 423
 DSM-III/R., 423
 DUBUISSON, D., 89
 DUGNAN, P., 187
 DUNCAN, D. F., 195
 DUNKEL-SCHETTER, C., 41
 DUNKLE, J., 199
 DUNNBAR, H. F., 382
 DURKEE, A., 653, 654, 665
 DWORKIN, R. H., 95
 DWYER, J. H., 187, 195
 DYNARSKI, M., 189

E

EASTING, G., 447, 450, 468
 EAVES, L. J., 44
 ECCLES, J. S., 272
 EDELBROCK, C. K., 442, 443
 EDMONS, M., 187, 188
 EDWARDS, L. C., 92
 EDWARDS, W. S., 189
 EGIDO, A., 22, 25, 319, 341, 372, 373, 384, 595, 597

EHLY, S. W., 465
 EILAT-GREENBERG, S., 188
 EISEMBERG, N., 445
 ELIAS, B. D., 93
 ELOSEGUI, E., 124
 ELLINSON, G. C., 477
 ELLIOT, J., 574
 ELLIOTT, D. S., 469
 ELLIOTT, M. F., 107
 ELLIS, H. C., 267
 ELLSWORTH, P. C., 721, 722
 EMDE, R. N., 639
 EMERY, G., 128
 EMERY, R. E., 272, 274
 EMURIAN, H. H., 124
 ENDLER, N. S., 29, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47
 ERBAUGH, J., 262
 ERICKSON, R. N., 188
 ERIKSON, E., 498, 688, 689
 ESCARTI, A., 560, 561
 ESHELMAN, E. R., 107
 ESON, M. E., 352
 ESPINOSA, M., 192
 ESTEVE, R., 203
 EVANS, D. D., 123, 127, 149
 EVANS, D. R., 655
 EVERETT, C. G., 187, 188
 EYSENCK, H., 287, 304, 308, 462, 468
 EYSENCK, M. W., 287, 288, 296, 595
 EYSENCK, S. B. G., 344, 442, 447, 450, 462, 468

F

FALBIERSKI, E., 505
 FALCONER, J., 188
 FANNING, P., 128
 FARIÑA, F., 721, 722, 727, 728, 732, 733
 FEATHER, N. T., 550, 555, 556
 FEIFEL, H., 42, 46
 FELIPE, E., 415, 416, 421
 FELTON, B. J., 44
 FERNANDEZ, E., 107
 FERNANDEZ-BALLESTEROS, R., 83, 190, 191, 192, 196, 198, 202
 FERRER, V. A., 89
 FERREZUELO, P., 192
 FIELDS, H. L., 74
 FIGUEROA, J. L., 149
 FINNEGAN, J. R., 194
 FIRESTONE, P., 123
 FISH, J. A., 476
 FITZGERALD, C. T., 192
 FLAY, B. R., 188, 195
 FLECTHER, B., 46

FLEMING, S., 188
 FLETCHER, B., 42
 FLOR, H., 78, 79, 94, 100
 FLORIN, Y., 149
 FOLKMAN, S., 35, 36, 37, 42, 43, 44, 4679, 82, 95
 FOLLIICK, M. J., 91, 92
 FOMEZ, D. E., 659
 FORDYCE, W. E., 72, 77, 80, 98, 101, 107
 FORREN, G. L., 192
 FRAIN, F., 656
 FRANCE, R. D., 96
 FRANCO, S., 559
 FRANK, A. J., 88
 FRANKOWSKI, R. F., 188
 FRAUENHOFFER, S. M., 187, 188
 FREDDOLINO, P. P., 187, 188
 FREEDMAN, D. A., 187, 188
 FREEMAN, H. E., 193, 194
 FREUD, A., 687
 FREUD, S., 35, 317, 381
 FRIEDMAN, M., 382
 FROMM, G., 89
 FUERTES, J., 559, 560
 FULLAN, M., 195

G

GALTON, S. F., 305
 GALLAGHER, T., 575
 GANS, B. M., 187
 GARCIA TORRES, B., 469
 GARCIA, J. M. A., 513, 555, 561, 562
 GARCIA-HERRERO, G., 192
 GARFIN, S. R., 81, 89
 GARFINKEL, P. E., 279
 GARRISON, H. H., 187
 GARZON, A., 561
 GAY, N. L., 189
 GEIGER, G., 128
 GEISSER, M. E., 92
 GENEST, M., 79, 82, 86, 98, 102, 107, 121, 128
 GERARD, K., 576
 GERHARDS, F., 149
 GERUSTS, S. M., 94
 GIBBS, J. B., 187, 188
 GILCHRIST, L. D., 187
 GILSON, B. S., 91
 GILLER, E. L., 90
 GILLIGAN, S. G., 267
 GILLY, M., 199
 GIMENEZ DE LA PEÑA, A., 203
 GINSBURG, G. S., 476
 GINZBERG, E., 499
 GITLIN, M. J., 95

GLASGOW, G. E., 123
 GLASS, D. C., 382
 GLENDAY, M. C., 188
 GLIK, D. C., 189
 GLOD, R. S., 195
 GLUCK, J., 200
 GNADE, C., 149
 GODOY, A., 203
 GOLDENBERG, M., 382
 GOLDFRIED, M. R., 128, 109
 GOMEZ, D. E., 18, 22, 24, 25, 220, 317, 319, 322, 331, 332, 341, 345, 346, 372, 373, 384, 383, 388, 409, 583, 584, 653
 GONNELLA, J. S., 187, 188
 GONZALEZ PORTAL, M. D., 203
 GONZALEZ, M. C., 463
 GONZALEZ, R., 89, 447
 GONZALEZ, F., 512
 GOODENOUGH, F. L., 381
 GOODMAN, J. T., 123
 GOODYER, I. N., 272
 GORDON, G., 188
 GORDON, N. C., 74
 GORSUCH, R. L., 288, 290. 656
 GOTTFRIED, A. W., 645
 GOTTMAN, J. M., 198, 200
 GOYEN, J., 102
 GRACELY, R. H., 87
 GRAHAM, J., 423
 GRAHAM, K., 187, 188
 GRAY, J. A., 287
 GRAY, T., 187
 GREEN, L. W., 188
 GREENBERG, M. T., 39, 466
 GREENE, J. C., 188
 GREENO, C., 188
 GREGORY, M. M., 187
 GRIFFIN, P., 97, 126
 GRINNELL, S. W., 639
 GROENMAN, N. H., 94
 GRUEN, R. 41
 GUALTIERI, C. P., 639
 GUERRERO, J. L., 192
 GUICHARD, J. 498, 503, 505
 GUILFORD, J. P., 308
 GUILLY, M. 498
 GUNTER, M. J., 193

H

HAAG, G., 100
 HAGGART, S. A., 192
 HALEY, S. M., 187
 HALL, J. R., 121
 HAMERS, J., 585
 HAMPSON, S., 311

HANDEL, P., 272
 HANSEN, W. B., 77
 HARASYM, P. H., 188
 HARDING, J., 714, 715
 HARE, R., 427, 437
 HARHER, L., 645
 HARLEY, C., 188
 HARMON, L., 424
 HARPER, R. G., 123, 151
 HARRINGTON, R., 640
 HARRIS, R., 425
 HART, D., 626
 HART, J. G., 463
 HART, R. P., 96
 HASHER, L., 260
 HASHER, L., 260
 HATHAWAY, S., 220, 424
 HATTIE, J., 465, 477
 HAUGE, G., 89
 HAYNES, P., 187
 HAYNES, S. N., 97, 99
 HAYTHORNTHWAITE, J. A., 90, 95
 HEATH, A. C., 44
 HEMBREE, S. E., 462, 476
 HENDREN, R. L., 639
 HENOS, D., 272
 HENRY, G. T., 188, 189
 HERDA, C. A., 92
 HERMAN, S. T., 22
 HERNANDEZ Y HERNANEZ, P., 322
 HERNANDEZ, J. M., 192
 HERNANDEZ, J., 537
 HEWETT, J., 96, 97
 HICKIE, I., 279
 HIDALGO-HARDEMAN, O. M., 187, 188
 HILDITCH, J., 187
 HILLHOUSE, J., 123
 HINCH, J., 699
 HIRSCHMAN, R.S., 40
 HIRST, E., 187
 HITCH, G., 288
 HOBFOLL, S. E., 18
 HODGES, K., 373
 HOFFMAN, M. L., 445
 HOFSTEE, W., 305
 HOGAN, A. J., 188, 308
 HOLM, J. E., 93, 97, 121, 122, 123, 128, 149
 HOLMAN, H., 93
 HOLMES, R. A., 187
 HOLMES, T. H., 37
 HOLROYD, K. A., 89, 93, 94, 95, 97, 98, 121, 122, 123, 128, 149
 HOLTZMAN, W. H., 21, 22
 HOLZMAN, A. D., 103
 HORT, J. F., 88

HOSKENS, M., 305
 HSER, Y., 188
 HUBBARD, B., 260
 HUGER, R., 92
 HUIZINGA, D., 469
 HUMPHREYS, P., 123
 HUNT, J. P., 477
 HUNTER M., 89, 90, 94, 97
 HURSEY, K. E., 121
 HURSEY, K. G., 93, 121, 123
 HUSKISSON, E. C., 88
 HYER, L., 216
 HYMAN, R. B., 189

I

IGNELZI, R. J., 88
 INGRAN, R. E., 81, 254
 INSKO, C. A., 713
 IZAL, M., 192

J

JACKLIN, C. N. 333
 JACKSON, D. N., 310
 JACKSON, E., 189
 JACOB, M. C., 90
 JACOBS, G. A., 344, 345, 346,
 JACOBS, R. M., 187, 188
 JACOBS, G. A., 382, 656
 JACOBSON, E., 100
 JAHANSHAH, M., 90
 JAMISON, R. N., 97
 JARRELL, M. P., 123
 JATULIS, L. L., 188
 JENKINS, G. M., 131
 JENSEN, M. P., 81, 86, 88, 91, 94, 109
 JEROME, A., 89
 JEWELL, J., 423
 JOHN, O. P., 304, 305
 JOHNSON, D. R., 188
 JOHNSON, J. C., 467
 JOHNSON, P. R., 149
 JOHNSON, T. P., 189
 JOHNSON, E. H. 37
 JOHNSON, E. H., 383
 JONES, A., 92
 JORM, A. F., 645
 JUILLAND, A., 262
 JURISH, S. E., 95, 123, 127, 148, 149

K

KAEMMER, B., 423
 KAGANOV, J. A., 102, 148
 KALICHMAN, S., 382
 KALUZNY, A. D., 189, 191, 197, 198
 KALVEN, H., 771

KANE, M. T., 187, 188
 KANFER, F. H., 103
 KAO, C. F., 102
 KAPLAN, M. F., 727, 733
 KARLI, P., 318
 KAROLY, P., 86, 81, 83, 92, 94, 109
 KARSON, E., 466, 467
 KAUFFMAN, J. M., 444
 KAVVENAKI, S., 466, 467
 KAZDIN, A. E., 372, 373
 KAZDIN, O., 645.
 KAZDIN, A. E., 29
 KEARNS, W. D., 656
 KEEFE, F. J., 78, 84, 92, 93, 94, 95
 KEENE, D., 123
 KEITH, T. Z., 465
 KEITH, B., 272
 KELVIN, P., 550, 555, 556
 KELLER, L. S., 96
 KENDLER, K. S., 44
 KENNEDY, R. E., 271
 KENNEDY-MOORE, E., 39, 47
 KENNY, D. A., 464, 477
 KERNS, R. D., 89, 90, 95, 103
 KESSLER, R. C., 44
 KIELY, E., 466, 467
 KIERS, H., 308
 KIGSBURY, G. G., 463, 465
 KIM, M. J., 659
 KINDER, B., 382
 KIRCHNER, D., 577
 KIRK, S., 588
 KIRK, W., 203
 KIRKHART, K. E., 203
 KIRSCH, C., 123
 KITCHENER, K. S., 196
 KLAGES, L., 305
 KLAPOW, J. C., 89
 KLEIN, S. P., 187, 188
 KLEIN, M., 687
 KLEPAC, R. K., 89
 KLINE, R. B., 38, 39
 KLINEBERG, O., 714
 KLOOSTERMANN, K., 305
 KNAPP, T. W., 149
 KNORTH, E., 559
 KOFRON, P. M., 189
 KOHLENBERG, R. J., 123
 KOHN, M., 442
 KOLBE, L. J., 195
 KOLE-SNIJDERS, AM., 94
 KORES, R., 93
 KORI, S., 101
 KOVACS, M., 640
 KOVARSKY, D., 575
 KRASNER, S., 382

KRASNER, S. S., 656
 KRAUT, R. E., 480
 KREMER, B. K., 187, 188
 KREMER, E., 88
 KRIEF, B., 217
 KRISHNAN, K. R. R., 96
 KROHNE, H. W., 35
 KRUG, S. E., 219
 KUHL, J., 311, 312
 KUHLMANN, D. M., 308
 KURTH, C., 194
 KURTZ, R. G., 189
 KUTNER, B., 714

L

LACOUR, M., 498
 LAENG, M., 333
 LAGERSPTEZ, K 334
 LAHEY, M., 645
 LAIN ENTRALGO, P., 18
 LAKE, A. E., 89
 LAMBERT, W.E., 583
 LAMMINEN, M., 123
 LAMPING, D. L., 39, 43
 LANGBEIN, L. I., 187
 LANGDON, L. O., 188
 LANGER, E. J., 40
 LANGLEY, S., 81
 LANZA, M. L., 188
 LAREU, A. I., 259, 287
 LARSEN, C. R., 187
 LARSON, J. S., 187
 LARSSON, B., 123
 LASCELLES, M. A., 123
 LAUBLE, A. E. 44
 LAUNIER, R., 37
 LAURY, B. S., 187
 LAWLER, B. K., 91
 LAZARUS, 35, 36, 37, 41, 42, 43, 44, 46, 79, 82,
 91, 95
 LEAVITT, F., 89
 LEGARDA, J. J., 699
 LEHMANN, T. R., 102
 LEHRER, P. M., 148
 LEITHWOOD, J., 194
 LEMPET, R. O., 722
 LESSIEUR, H., 702
 LEVENTHAL, H. 40
 LEVI, L, 19, 24, 27, 36, 45, 55, 59
 LEVI, S., 308, 311
 LEVINE, J. D., 74
 LEVINSON, W., 188
 LEVITON, L. C., 189
 LEWIS, C. D., 188, 444
 LEWIS, T., 71

LINGOES, J., 425
 LIPMAN, R., 423
 LIPSEY, M. W., 199
 LIPTON, J. A., 187
 LOCKE, S., 36
 LOESER, J. D., 72
 LOFQUIST, LL., 511
 LOHR, M. J., 187
 LOMAX, R. G., 38
 LONDON, P., 382
 LONG, B., 271
 LOOMIS, S., 639
 LOPEZ, J., 723
 LOPEZ-GUERRERO, A., 89, 97, 99
 LORD, FM., 664
 LORENZETTI, A., 121
 LORIG, K., 93
 LORSCHIEDER, F. L., 188
 LOUIS, D. Z., 187, 188
 LOVE, A. W., 96
 LUDLOW, L. H., 187
 LUENGO, M. A., 467, 468, 469
 LUEPKER, R. V., 189
 LUND, P., 96
 LUNZ, M. E., 188
 LURIA, A., 632
 LUSHENE, R. E., 288, 290
 LUTSKY, IRIE, P., 189
 LUTSKY, L., 296

LL

LLORENTE, A. I., 415
 LLORENTE, G., 192
 LLOYD, A., 279
 LLUIS, J. M., 476

M

MACCOBY, E. E., 333
 MACKINNON, D. P., 187
 MACNAMARA, J., 583
 MADAUS, G. F., 191
 MADLE, R. A., 445
 MAGNI, G., 95
 MAGNUSSON, D., 320
 MAGUIRE, T., 188
 MAINS, D. A., 188
 MAIURO, R. D., 384
 MAKLAN, C. W., 187
 MALAN, R. M., 196
 MALTON, R. J., 722
 MANASSERO, M. A., 89
 MANKIN, H. J., 187
 MANN, J. D., 93
 MANNING, D. T., 23
 MANOVEL, M. J., 192

MARBACH, J. J., 96
 MARCILLE, P. J., 93, 121
 MARJORIBANKS, K., 476
 MARKSON, L. E., 187, 188
 MARKUS, H., 260
 MARLOWE, D., 724
 MARQUART, J. M., 188
 MARQUEZ, M. O., 192
 MARSET, P., 74
 MARSH, H. W., 445, 464
 MARSHALL, J., 187, 188
 MARTIN, E., 189
 MARTIN, N. J., 94
 MARTIN, J. A., 39
 MARTINEZ, E., 203
 MARTINEZ, M. C., 716
 MARTINEZ, R., 131
 MARTINEZ, C., 271
 MARTORELL, M. C., 441, 442, 444, 445, 446, 447, 450, 451
 MARUYAMA, G., 463, 465
 MASLACH, C., 311
 MASON, E. F., 195
 MASTERS, G. N., 716
 MATARAZZO, J. D., 27, 39
 MATHEWS, A., 262, 287, 295
 MATT, G. E., 187
 MATTEWS, K. A., 382
 MAUSER, G. A., 187
 MAXFIELD, M. G., 187
 MAXWELL, M., 575
 MAYER, J. D., 267
 MAYNE, J., 196
 MAYOR, L., 513
 McCAIN, I. J., 131
 McCANN, U. D., 96
 McCANN, B. C., 382
 McCARTHY, P., 194
 McCARTHY, B., 44
 McCAULEY, C., 188
 McCAULEY, E., 639
 McCAULEY, R., 639
 McCLEARY, R., 131
 McCONNELL, N. L., 579
 MCCOWN, W. C., 467
 McCRAE, R. R., 307, 310, 311
 McCRAE, R. R., 43
 McCUBIN, M. A., 44
 McCULLUM, R., 38
 McGRATH, P. J., 123, 149
 McKAY, M., 107, 128
 McKENDREE, D. J., 187
 McKEOWN, T., 17
 McKINLEY, J., 424
 McKINNON, D. P., 195

McLEOD, C., 288
 MCLOUGHLIN, D., 272
 McMAHON, L. F., 188
 McMILLAN, J. H., 188
 MCNAMARA, K., 721
 Mc LEOD, C., 232
 Mc TEAR, 575, 578
 McADAMS, D. P., 310
 McCAFFERY, M., 98, 107
 McNAMEE, A. H., 189
 McTAGGART, M. J., 188
 McTEAR, . F., 577
 MEDLEY, D. M., 653, 658
 MEHLHAFF, C. K., 346
 MEICHENBAUM D., 79, 81, 82, 86, 98, 102,
 107, 108, 121, 128
 MELIN, L., 123
 MELZACK, R., 72, 74, 76, 88, 89
 MENA, A., 203
 MENDELSON, G., 88, 262
 MENDOZA, R., 340
 MERSKY, H., 95
 MESSICK, S., 664, 668, 673
 MEYER, R., 498
 MICHUTKA, D., 123
 MIDKIFF, R. M., 477
 MILLER, P., 445
 MILLER, R. P., 101
 MILLER, N. E., 21
 MILLER, S. M., 42, 46
 MILLON, T., 444
 MILLS, T. C., 124
 MIN, D., 94
 MIRANDA, A., 447
 MOBERG, D. P., 187, 188
 MOCK, J., 262
 MOGG, K., 287, 295
 MOHR, L. B., 198
 MOLGAARD, V., 187, 188
 MOLL, J. M. H., 88
 MONGUILLOT, J. E., 123
 MONTEIRO, K. P., 267
 MONTEOLIVA, A., 555, 561
 MONTERO, J. R., 471
 MONTGOMERY, D. J., 194
 MONTORIO, L., 192
 MOON, J. R., 217
 MOONEY, D., 97, 126
 MOORE, D. E., 188
 MOOS, R. H., 37 43, 45, 46
 MORAGAS, R., 192
 MORALES, J. F., 549
 MORGAN, R. O., 203
 MORRILL, B., 123
 MORSE, G. A., 187, 188

MOUNT, M. K., 310
 MOWBRAY, C. T., 187, 188
 MOYER, K. E., 318
 MUHLBAIER, L., 95
 MULDER, E., 305
 MULLANEY, D. J., 88, 97
 MULLANEY, D. M., 126
 MULLEN, P. D., 188
 MURPHY, A. I., 148
 MURPHY, W. D., 93
 MURRAY, D. M., 194
 MURRAY, H. A., 308
 MUSE, M. D., 76
 MUSITU, E., 559, 561
 MUSSONS, G., 76
 MYERS, T., 189
 MYERSON, P. G., 655

N

NASBY, W., 267
 NASH, D. B., 187, 188
 NAVARRO, J., 192
 NEALE, M. C., 44
 NEFF, D. F., 95, 123, 149
 NELLIS, M. J., 124
 NEWCOMB, M. D., 38
 NEWMAN, D. L., 188
 NEWMAN, M. G., 39
 NEWTON, C. R., 102, 108, 148, 149
 NICHOLAS, M. K., 102
 NICHOLSON, N. L., 123
 NIEDESECHE, G., 253
 NIETO, A., 18
 NINIO, A., 640.
 NOBLE, A., 721
 NOBLE, J. H., 187
 NOLEN-HOEKSEMA, S., 274
 NORCINI, J. J., 188
 NORTH, W. C., 93
 NOVACO, R. W., 655
 NOVELLI, W. D., 23
 NOVIK, M. R., 664
 NUÑEZ, V., 538

O

OGA, T. A., 640
 OIKEEFE, D., 101, 121
 OLCZACK, P. V., 733
 OLIVIERI, L., 271, 373
 OLSON, K. W., 187
 OLWEUS, D., 320, 340
 ORR, K., 189
 ORTEGA, J., 528

OSTELL, A., 37
 OSTENDORF, F., 304, 305
 OSTERLIND, S. J., 716
 OSTROM, T. M., 724
 OTERO-LOPEZ, J. M., 97, 99, 102, 107, 122, 467, 468, 469
 O' HARE, W., 189
 O'DONNELL D. O., 94

P

PADRAU, A., 22
 PALLMEYER, T. P., 95
 PANCER, S. M., 199
 PAPALIA, D. E., 221
 PARISE, M., 97, 126
 PARKER, J. D. A., 37, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 46, 47, 310, 445
 PARRIS, W. C., 97
 PARSONS, J. A., 187, 189
 PASINO, J., 78
 PASSERON, J. C., 199
 PASTORELLI, C., 312
 PATTERSON, T. L., 89
 PATTERSON, J. M., 44
 PATTON, D., 78
 PAZ, O., 583
 PEARCE, S. A., 92, 94
 PEARLING, L. I., 37
 PEARSON, P. R., 447, 450, 468
 PECK, C. L., 95
 PEDHAZUR, E. J., 38
 PEIRO, J. M., 550
 PELTON, S., 95
 PENROD, S. D., 733
 PENTZ, M. A., 195
 PENZIEN, D. B., 93, 94, 121, 122, 123
 PENZO, W., 72, 84, 98
 PERMAUL, J. A., 187
 PERUGINI, M., 308, 312
 PETERS, A. S., 187, 188
 PETERS, M., 187, 188
 PETERS, R. A., 656
 PETERSEN, V. J., 192
 PETERSEN, A. C., 271
 PETERSON, J. L., 188
 PETERSON, L., 80
 PETRIK, M., 149
 PETROSKY, M. J., 40
 PETRUS, A., 529, 530
 PFEIFFER, S., 645
 PHILIPS, H. C., 86, 88, 90, 91, 94, 97, 98
 PHILLIPS, N., 415
 PIAGET, J., 688
 PIETROMONACO, P. R., 260
 PIKAR, J., 575

PILAND, N. F., 189
 PILLAI, V. K., 188
 PINCUS, A. L., 304
 PINGEL, J. D., 89
 PIPER, D. L., 187, 188
 PLANEK, T. W., 187, 188
 PLOMIN, R., 308
 POLLARD, J., 199
 POLLOCK, C., 42
 POMFRET, A., 195
 POPP, R. L., 188
 PORCH, B., 578
 POSAVAC, E. J., 198
 POTTEBAUM, S. M., 465
 POWELL, R., 280
 POWERS, K. I., 187, 188
 PRATT, J. M., 123
 PRESS, S. J., 187, 188
 PRICE, P. G., 188
 PRINZ, P., 579
 PRITCHARD, C., 187, 188
 PRIZANT, B. M., 639
 PRIZANT, B., 578
 PROSHNASKY, H., 714
 PROZNASKI, O., 642
 PRUNTING, C., 574, 575, 577
 PULIDO, M. T., 24, 331, 345, 373, 659
 PULKKINEN, L 320, 340

Q

QUAY, H. C., 443

R

RACE, K. E. H., 187, 188
 RADNITZ, C. L., 123
 RAHE, R. H., 37
 RAO, V., 659
 RASKIN, I. E., 187
 RAVEN, J.C., 588, 605
 RAY, R. L., 188
 RAY, R. L., 124
 RAY, C., 280, 281
 READING, A. E., 89
 REDONDO, S., 198, 199, 203
 REESE, L., 88, 93
 REICHARDT, C. S., 188
 REISER, D. E., 36
 RENAUD, L., 187
 RENZI, P., 333
 REUCHELIN, M., 334
 REVENSON, T. A., 44
 REYNOLDS, R. V. C., 95, 97, 128, 149
 RHODES, W. H., 444
 RIBISL, K., 187, 188
 RICCI, E. M., 193

RICKMAN, R. L., 319
 RICKMAN, R. S., 25
 RICHARD, J., 249
 RICHARDSON, G. M., 123, 149
 RICHARDSON, P. H., 94
 RICHARSON, S., 123
 RIFKIN, J., 17
 RIGATTI-LUCHINI, S., 95
 RISUCCI, D. A., 187, 188
 RIVAS, T., 124
 ROBERTS, L., 188
 ROBINS, L., 424, 426
 ROBINSON, M. E., 92
 ROCK, D. L., 97
 RODGERS, J. F., 187
 RODICHOK, L. B. 123, 127, 149
 RODICHOK, L. D., 95
 RODIN, J. 40
 RODRIGUEZ, A., 550, 562
 RODRIGUEZ, S. 513
 RODRIGUEZ-NARANJO, C., 203
 RODRIGUEZ-SACRISTAN, J., 642
 RODRIGUEZ-TOME, H., 271
 ROEGGE, C. A., 187, 188
 ROGERS R. R., 466, 467
 ROGERS, C. M., 463
 ROGERS, L., 93, 121
 ROHLING, M. L., 645
 ROJAHN, J., 149
 ROKEACH, M., 564
 ROKKLE, P. D., 96
 ROMANO, J. M., 81, 83, 84, 86, 91, 94, 95, 102, 109
 ROMERO, E., 467, 468, 469
 ROSEL, J., 124
 ROSEN, G. M., 123
 ROSEN, D. H. 36
 ROSENBERG, M., 469
 ROSENBERG, R., 90
 ROSENMAN, R. H., 382
 ROSENSTIEL, A. K., 94, 95
 ROSENTHAL, T., 93
 ROSENZWEIG, S., 653
 ROSNOW, R. L., 196
 ROSS, D. M., 80
 ROSS, J. A., 441
 ROSS, S. A., 80, 333
 ROSS, A. O., 274
 ROSSI, P. H., 193
 ROTHERAM-BORUS, M. J., 196
 ROTHSTEIN, M., 310
 ROWE, C., 189
 RUBIN, D. C., 792
 RUBIN, R. A., 463, 465
 RUBIO, V. J., 192

RUBLE, R. A., 477
 RUDY, T. E., 89, 191, 95, 98, 107, 108
 RUEHLMAN, L. S., 272
 RUIPEREZ, M. A., 560, 561
 RUPPENTHAL, G. S., 200
 RUSH, A. J., 128
 RUSSELL, D. W., 102, 462, 476.
 RUSSELL, M. L., 267
 RUTMAN, L., 192, 193
 RYBSTEIN-BLINCHIK, E., 89

S

SABURIDO, X. L., 317, 319, 341, 361, 372, 384, 383, 388, 409
 SACCUZZO, D. P., 81
 SACKETT, G. P., 200
 SACKS, J., 187, 188
 SACHS, B. C., 36
 SAINZ, E., 724
 SAINZ, J., 721
 SALDAÑA, C., 88, 93, 97, 98, 122, 126
 SALVADOR, F., 124, 131
 SAMPAIO-FARIA, J., 26
 SAMPEDRO, R., 559
 SAMUELS, M. E., 189
 SAN MARTIN, H., 21
 SAN ROMAN, S. J., 714, 716
 SANAZARO, P. J., 188
 SANCHEZ, P., 187
 SANCHEZ, S., 462
 SANCHEZ, E., 559
 SANCHIS, E., 555
 SANDLER, I., 272
 SANDRIDGE, S., 477
 SAPER, J. R., 89
 SARIAGINI, P. A., 271
 SATURNO, P. J., 192
 SAUNDERS, N. L., 95
 SAVAGE, R. D., 220
 SAYLOR, M. T., 383
 SCOGIN, F., 645
 SCOTT, D. W., 96
 SCOTT, J., 88
 SCRIVEN, M., 191
 SCHALLING, D., 96
 SCHEIRER, M. A., 480
 SCHELER, M., 17
 SCHIFF, J. M., 74
 SCHIMPFHAUSER, F. T., 188
 SCHMIDT, A. J. M., 96
 SCHOOLER, N. R., 196
 SCHOOLER, C., 37
 SCHUERMAN, J. A., 94
 SCHUH, R. G., 189
 SCHULTZ, J. H., 100, 107

- SCHULTZ, S. D., 658
 SCHWARTZ, D. P., 97
 SCHWARZER, R., 659
 SEALY, A. P., 72
 SEARLE, J., 573
 SELWOOD, T. S., 88
 SERLIN, R. C., 187, 188
 Sexto, M. C., 219, 220
 SEYMOUR, R. A., 88
 SFUPMAN, V. C., 463, 464
 SHAVELSON, R. J., 464
 SHAW, B. F., 128
 SHEA, J. A., 188
 SHEIER, M. F., 41, 42
 SHER, K. J., 97
 SHI, L., 189
 SHIELFELBUSCH, R. L., 575
 SHIRKFIELD, A. J., 191
 SHOOR, S., 93
 SHOUVAL, R., 466, 467
 SHULMAN, B., 579
 SHURE, M. B., 467
 SHUTTY, M. S., 97
 SIDDHARTHAN, K., 187
 SIEBER, W. J., 95
 SIEGEL, L. S., 37, 645, 654
 SIEGERIS, K., 92
 SILVA, F., 190, 196, 201, 203, 441, 444, 445, 447,
 SILVERMAN, M., 193
 SILVIA, W. E., 38
 SIMMONS, J. Q., 639
 SIMONS, R. L., 462, 476
 SIMONS-MORTON, D. G., 188
 SINACORE, J. M., 188
 SINCAVAGE, J., 203
 SINEIRO, C., 220, 595, 597, 642
 SKAKUN, E., 188
 SKEFF, K. M., 188
 SKEVINGTON, S. M., 93
 SLATER, M. A., 81, 89
 SLIEPCEVINCH, E. M., 195
 SMITH, H. L., 189
 SMITH, M. D., 463
 SMITH, M. W., 188
 SMITH, R., 187, 188
 SMITH, T. W., 92
 SMYTH, C. A., 187, 188
 SNOW, D. L., 188
 SNYDER, J. J., 36
 SOBRAL, J., 721, 722, 727, 728
 SOLOMON, E. P., 656
 SORBI, M., 151
 SOSIS, R., 721
 SOUTHWICK, S., 90
 SPIELBERGER, C. D., 25, 96, 288, 290, 319., 322,
 332, , 340, 345, 382, 383, 388, 357, 497, 498,
 502, 588, 653, 654, 655, 656, 665, 670, 671,
 672
 SPIVACK, G., 442
 STAATS, A. W., 202
 STAHL, J. A., 188
 STANGELAND, M., 655
 STANLEY, T. D., 188
 STANTON, W., 645
 STATTIN, H., 320
 STEARNS, F. R., 382
 STEGER, J. C., 123, 151
 STERNBACH, R., 72, 80, 93, 96
 STEVENS, R. J., 476
 STEWART, G., 42
 STOBART, G., 199
 STOLLERMAN, C. H., 280, 285
 STONE, M. H., 716
 STONE, A. A., 42, 43, 47
 STOSKOPF, C. H., 189
 STOYVA, J., 88, 97, 126
 STRACK, S., 42, 46
 STRATOS, G. A., 188
 STRAUSS, J., 476
 STRELAU, J., 308
 STROEBE, W., 714
 STRONG, J., 92
 STUFFLEBEAM, D. L., 191
 STURGES, J. W., 20
 SUAREZ, F., 89, 97, 99
 SULS, J., 42, 46
 SUMMERFELDT, L. J., 45, 310
 SUMMERTON, S., 42
 SUPER, D. E., 511, 512
 SUSSI, E., 715
 SUSSMAN, S., 188
 SWIFT, M., 442
 SWISHER, J. Q., 639
 SYRJALA K. L., 91
- T
- TABAK, E. R., 187
 TANUR, J. M., 187, 188
 TATE, R. B., 89
 TAYLOR, R., 35, 36, 267
 TAYLOR, S. E., 39, 42
 TEASDALE, J. D., 267
 TEBES, J. K., 188
 TEDERS, S. J., 95, 101, 121, 123, 127, 176
 TELLEGEN, A., 423
 TELLEGEN, B., 151
 TEMPELHOFF, B., 187, 188
 TERI, L., 639

TERRENCE, C., 89
 TETT, R. P., 310
 THEOFANOUS, A. G., 89, 123
 THOMAE, H., 36
 THOMPSON, W. C., 721, 722
 THOMPSON-POPE, S., 93
 THORN, B. E., 91, 149
 THORNQUIST, M., 308
 TOBIN, D. L., 93, 95, 97, 121, 123, 128, 149
 TODD, D. D., 101
 TOMEY, T. C., 93
 TORGERSON, W. S., 88
 TORO, J., 203
 TORREGROSA, J. R., 550, 555, 556
 TORTOLANI, A. J., 187, 188
 TOURON, J., 291
 TRACKTIR, J., 382
 TRACY, M. L., 444
 TRAPNELL, P., 415
 TREBOW, E. A., 195
 TRICKER, R., 195
 TROCHIM, W. M. K., 188
 TUCKER, S. A., 188
 TUDIVER, F., 187
 TURK, D. C., 78, 79, 82, 86, 89, 90, 91, 94, 95,
 98, 100, 102, 103, 107, 108, 121, 128
 TURNER, D. B., 122
 TURNER, D. C., 100, 101, 102
 TURNER, J. A., 81, 83, 84, 86, 91, 94, 95, 102,
 109
 TURNER, R. R., 195
 TURNER-STOKES, L., 92

U

ULLSTEDT, F., 123
 UNG, E., 93
 UNRAU, Y. A., 191
 URBAN, B. J., 96
 USHENE, R. E., 656

V

VALECHA, G. K., 724
 VALENSTEIN, E. S., 318
 VALENTINE, J. A., 187
 VALLEJO, M. A., 102, 121
 VALLS, A., 203
 VAN DER KAMP, L. J. T., 189
 VANDEEREK, L., 94
 VANDELL, D. L., 462, 476
 VARELA, M., 18
 VATTANO, F., 721
 VAZQUEZ, L., 97
 VEDUNG, E., 191
 VELOSKI, J. J., 187
 VENNEY, J. E., 191, 197, 198

VERA, J. J., 716
 VERA, M. N., 148
 VEREKER, M., 23
 VIDMAR, N., 722
 VILA, C., 722, 732
 VILLAMARIN, F., 94, 101, 121
 VILLAMIL, B., 345, 588
 VINCENT, C. A., 124
 VINEY, W., 721
 VIOLATO, C., 188
 VITALIANO, P. P., 383
 VLAEYEN, J. WS., 94
 VON EULER, V. S., 382
 VOOIJS, M. W., 189

W

WACK, J. T., 90
 WACHS, T. D., 640
 WADE, J. B., 96
 WAHS, T. D., 468
 WALDEN, T. A., 640
 WALL, P., 72, 76
 WALLER, N. G., 42, 43
 WALLSTON, B. S., 94
 WALLSTON, K. A., 94
 WARD, C. H., 262
 WARE, B., 23
 WARNECKE, R. B., 189
 WARWICK, W., 44
 WATKINS, D., 463
 WATSON, D., 96
 Wechsler, D., 220
 WEEB, W., 423
 WEINGARTNER, O., 645
 WEINMAN, J., 287
 WEINMANN, R. L., 89
 WEINSTEIN, J. N., 102
 WEINTRAUB, J. K., 41, 42
 WENTLING, T. L., 187, 188
 WERRY, J. S., 443
 WESSWLY, S., 280
 WEST, C. L., 476
 WESTHUES, A., 199
 WESTMEYER, H., 198
 WETHERBY, A., 578
 WHALEY, L., 88
 WHICHT, B. P., 716
 WHITBECK, L. B., 462, 476
 WHITFIELD, R., 272
 WHOLEY, J. S., 192
 WIELGOSZ, A. T., 382
 WIENER, D., 424, 425
 WIENER, J. M., 639
 WIENER, R. L., 187, 188
 WIGGINS, J. S., 304, 415, 416

WILKINS, R., 95
WILSON, G. D., 724
WILSON, P. H., 102
WILSON, D., 497, 498, 502
WILSON, L. R., 44
WILLESEN, T. M., 714
WILLIAMS, D. A., 78, 91, 92, 123
WILLIAMSON, J. W., 188
WINER, F., 579
WINSLOW, C. E. A., 27
WIRHANOWICZ, J., 625, 635
WISHER, CH. A., 722
WISNICKI, K., 254
WITTMANN, W. W., 662
WOLCHIK, A. S., 272
WOLD, B., 340
WOLF, S., 382
WOLFF, B. B., 81
WOLPE, V., 715
WONG, D. L., 88
WOOD, C., 279
WORTMAN, P. M., 187, 188
WRIGHSTMAN, L., 722
WRIGHT, J. D., 189, 193
WU, J., 187, 188
WYLIE, R. C., 463, 464, 626, 635

Y

YANDO, R., 267
YATES, B. T., 122
YEATON, W. H., 187, 188
YEICH, S., 187, 188
YOU, M., 187

Z

ZACKS, R. T., 645
ZAKALLONI, M., 714
ZARB, J. M., 462
ZARKOWSKA A. W., 90
ZBOROWSKI, M., 81
ZEISEL, H., 721, 722
ZELIN, M. L., 655
ZILL, N., 271
ZIMMERMAN, 699
ZIPPAY, A., 187
ZITTER, R. E., 91
ZOCCOLILLO, M., 640
ZUCKERMANN, M., 308
ZUNG, W. W. K. 96

Índice Temático

A

- Absentismo
 - escolar, 424
- Aburrimiento, 24
- Accidentes
 - evitables, 27
 - trabajo, 23
- Acontecimientos
 - estresantes, 40
- Actitud, 560
 - concepto (*de*), 714
 - agresiva, 160
 - competitiva, 160
 - hacia el sistema legal, 724-726, 729, 731, 732
- Activación
 - desarrollo personal (*de*), 496
- Actividad, 307, 308
 - laboral, 549
 - nivel (*de*), 177
 - vida diaria, 173
- Acto lingüístico,
 - interpretación (*de*), 573
- Adaptación, 307
 - persona-entorno, 53
- Adherencia, 195
- Adolescencia,
 - atención (de la), 271, 273, 527
 - rendimiento escolar(en la)465
- Adquisición
 - lenguaje, 640
- Afecto
 - depresivo,
 - vivencia(*del*), 271
 - negativo,
 - escalas (*de*) 416
 - positivo
 - escalas (*de*), 416, 419
- Afiliación, 415
- Afrontamiento,
 - constructo, 36
 - control del error, 38
 - demanda
 - situación-capacidad, 26
 - dimensiones (*de*) , 46
 - distracción, 46
 - emoción negativa, 46
 - estilos(*de*), 42
 - estímulos ambientales, 37
 - estrategias(*de*), 37, 38, 39
 - evaluación (*del*), 37, 38, 39
 - escalas (*de*), 41, 42, 44
 - estilo (*de*), 45
 - interindividual, 41,
 - intraindividual, 41, 43, 44
 - procesos (*de*), 35, 40
 - estrés (*y*), 37
 - factores (*de*)
 - aceptación problemas, 44
 - autoestima, 44
 - integración familiar, 44
 - modelo clásico (*de*), 35
 - diátesis-estrés, 36
 - operación reguladora, 37
 - procesos (*de*)35
 - salud (*y*), 36
 - problemas metodológicos, 40, 41, 42, 44
 - variable personal, 36,
- Agente,
 - cambio social, 529, 541
- Agresión, 55, 307
 - afectiva, 311
 - cognitiva, 312
 - comportamiento (*de*), 319
 - enfado (*por*), 317, 381
 - física, 311
 - impulsiva, 312
 - instrumental, 311
 - socializada, 443
 - verbal, 311
 - hostilidad (*y*), 384
- Agresividad, 46, 275, 354, 356, 432, 442, 443, 445, 449, 450, 451
 - actos (*de*), 319
 - afectiva, 311
 - ansiedad (*y*), 320
 - asalto, 654
 - comunicación familiar (*y*), 327, 336
 - constructo hipotético, 320
 - emitida, 317, 320, 337
 - emitida-recibida-inhibida, 317-337, 339, 372
 - escolar, 317-337
 - evaluación (*de*), 311, 319
 - fenomenología (*de*), 311
 - hostilidad (*y*), 317, 318, 653
 - impulsividad, 654
 - indirecta, 654
 - inhibida, 320
 - instrumental, 311, 319
 - ira (*y*), 317, 318, 653
 - prerrequisitos (*de*), 318
 - recibida, 320
 - rendimiento escolar (*y*), 325, 334, 335

- resentimiento, 654
- satisfacción escolar (*y*), 226, 335,
- sexo (*y*), 323, 333, 334
- sospecha, 654,
- verbal, 654
- Aislamiento, 449
- Alcohol,
 - escala (*de*), 158, 424
- Alergia, 19
- Alteraciones
 - genéticas, 20
 - patológicas, 30
- Alimentación,
 - escala (*de*), 158
 - hábitos (*de*), 20
 - pragmáticas, 631
- Alzheimer,
 - enfermedad(*de*), 19
- Amabilidad, 307
- Ambiente
 - afectivo, 560
 - contexto, 40
 - control de su influjo, 62, 64
 - factores, 20
 - familiar, 466
 - marginales, 340
 - riesgos, 23
- Amigos, 467, 472-476
 - grupo de iguales, 467
- Amistad, 309, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 523, 563, 564, 565, 566
- Amor, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 523, 563, 564, 565, 566
- Análisis
 - cluster, 660, 673, 675
 - distancias euclídeas, 660, 673
 - contenido (*de*), 423
 - correlación, 227, 471-473, 663-664
 - canónica, 233-243, 362-364, 400, 402-404, 608, 612, 613, 615
 - discriminante, 348, 359-366, 388, 389, 396-406, 411, 608-615, 670-674
 - ecuaciones estructurales, 474, 475
 - elementos (*de*), 660
 - factorial, 154, 306, 417, 418, 420, 434, 448, 660
 - componentes principales, 417, 418, 420, 669
 - Scree test, 669
 - regresión, 323, 328, 329, 330, 321, 348, 366-370, 388, 389, 406-408, 411, 478-625
 - varianza, 321, 322, 348, 349-359, 388, 389, 391-395, 603, 609, 634, 365
- Animador sociocultural, 529
- Animo,
 - estado(*de*), 220
- Ansiedad, 25, 348-377, 426, 344, 348-371, 454, 456; 586-623
 - curiosidad (*y*), 591, 592, 608, 617
 - nacionalidad (*relación con*), 618
 - edad (*relación con*), 618
 - sexo (*relación con*), 618
 - reacciones (*de*), 55
 - determinantes (*de*), 588
 - energía cinética (*en cuanto*), 617
 - escala (*de*), 158
 - estado (*de*), 589, 591, 592, 599, 603
 - estado-rasgo, 321, 656, 661-663, 666, 667
 - flotante, 665
 - mecanismo potencial patógeno, 55
 - modelo cognitivo (*de*), 287
 - nacionalidad (*y*), 590, 592
 - naturaleza (*de*), 588
 - paranoide, 418
 - procesos cognitivos (*y*), 292, 584, 592
 - rasgo (*de*), 589, 591, 592, 599, 603
 - rasgo, energía potencial, (*en cuanto*), 617
 - rasgo-estado, 588
 - rendimiento (*y*), 610
 - retraimiento, 443, 444
 - tarea, 288
 - uso lingüístico (*y*), 620
- Apego,
 - familia, 466,
 - iguales, 467
- Apertura 307, 309
 - experiencia (*de*), 307
- Aplicación,
 - orden (*de*), 262, 290
- Apoyo social, 37, 172, 173, 178
- Aprendizaje
 - escolar, 501
- Arbol genealógico, 20
- Arrebató, 654
 - asalto, 654
- Asignación
 - tareas, 105
- Asistencia
 - hospitalaria, 28
 - primaria, 28
 - sanitaria, 28
 - social, 528
- Asma, 19
- Asociación, 587, 593-597, 604, 608
 - auditiva, 628
 - visual, 628
- Atención , 288, 498
 - infancia, 531
- Atribución.560
 - externa, 723-725, 728-730, 732
 - interna, 723-725, 728-729, 732
- Audición, 643

Auditoría, 196
 Autoconcepto, 447, 461-478, 626, 629, 635, 636
 índices (*de*)465
 fracaso escolar (*y*), 462
 Autoconciencia, 632
 Autoconfianza, 424
 Autoconocimiento, 26
 Autodefinición, 628
 Autodestructiva,
 escala, 158
 Autoesquema, 635
 Autoestima, 25, 44, 273, 450, 464
 índices (*de*), 465
 evaluación (*de*), 469,
 genérica, 469
 rendimiento escolar, (*y*) 463, 464
 Autoevaluación, 628
 Autoinformes, 41, 48
 Autoformación, 530
 Autoimagen, 498, 501, 506
 Autointerés, 626, 628
 Autopercepción, 35
 interpersonal, patrones (*de*)
 Autoproyección, 628
 Autorregistro diario dolor, 97, 98, 126, 148
 Autovaloración, 531, 532, 535, 544, 545, 546
 Aventura,
 afán (*de*)450, 451

B

Baremos
 STAXI (*del*), 677, 678
 BDI, 262
 Beneficios
 terapéuticos, 55
 profilácticos, 55
 Biculturalismo, 583, 603
 Bienestar, 18, 21, 25
 excitantes (*de*), 18
 físico, 20, 40,
 incitantes (*de*), 18
 índices (*de*), 29, 65
 mental, 20, 560,
 psicológico, 40
 social, 20
 Bilingüismo, 583, 584, 585, 602, 603, 604, 605,
 606, 608-616
 Biofeedback, 100, 101, 121, 122
 Bloqueadores, 55

C

Cabeza,
 diagnóstico del dolor (*de*), 125
 dolor (*de*), 120, 121, 142-145, 147-149
 Calidad de vida, 63

Cálido-extravertido, 418
 Cambio social, 529, 541
 Canal visomotor, 629
 Cáncer, 22, 25
 mama(*de*), 20
 Capacidad laboral, 511, 512
 Cardiopatía, 19
 Categoría
 social, 714
 escolares, 501
 Centralidad del trabajo, 551, 552
 Ciclo vital, 215, 549
 Cierre
 gramatical, 643
 visual, 643
 Cinco factores,
 paradigma (*de*), 303, 304, 305, 310, 311
 Cintas de tratamiento, 129
 Civilización, 18
 enfermedades (de la), 18
 Clase social, 583
 Clasificación, 600, 601, 605
 Cluster análisis, 660, 673, 675
 Codificación, 202, 260
 Código lingüístico, 573
 Cognición, 71, 76
 dificultad (*de*), 273, 275
 Cólera, 656
 Competencia
 comunicativa, 574
 intelectual, 173
 inferioridad (*de*), 498
 Comprensión, 587, 593-597, 604, 605, 607, 608
 auditiva, 628
 visual, 628, 629
 Compulsiva,
 escala, 158
 Comunicación,
 trastornos (*de*), 625, 626
 Conciencia, 305-307, 309
 Conducta, 197, 198
 AHI, 197, 198, 339, 341, 343, 344, 348, 372,
 373, 376, 377
 antisocial, 385, 424, 436, 445, 447, 448
 carcelaria , 427
 delictiva, 424, 436, 438
 dolor (*de*), 71, 77, 78, 89
 lingüística, 573
 organización dinámica (*de*), 303
 prosocial, 445.446, 453, 456
 social, 573
 Conflicto, 654
 identidad (*de*), 549
 predisposición (*al*), 317
 Conformidad, 306, 307

- Congruencia
 hipótesis (*de*), 261, 266
 Conservadurismo, 724, 725
 Consistencia
 interna, 421, 452, 662, 663
 Consolidación
 conductas (*de*), 28
 Contacto terapéutico, 122, 123, 124, 127, 129, 146, 148
 Contaminación
 ambiental, 21, 22
 atmosférica, 22, 23
 consecuencias(*de*), 22, 23
 enfermedad (*y*), 23
 Contexto
 ambiental, 40
 familiar, 540
 social, 466, 540
 Control sanitario, 27
 Correlación, 227, 471-473, 663-664
 canónica, 233-243, 362-364, 400, 402-404, 608, 612, 613, 615
 Crecimiento sostenible, 27
 Creencias, 560
 mundo justo, 724, 725
 Criterio
 manipulación (*de*), 199
 metodológico, 186
 sustantivo, 186
 Culpa, 273, 345
 Culpabilidad, 654
 exigencia, 654
 Cultura, 18, 306, 348-377
 Curiosidad, 344, 348-377, 586-623, 656
 ansiedad, (*y*) 591, 592, 608, 617
 edad (*y*), 618
 estado-rasgo, 590, 592, 599, 603
 nacionalidad (*y*), 618
 procesos cognitivos (*y*), 592
 rendimiento (*y*), 610
 sexo (*y*), 618
- D**
- DAPP,
 métodos, 495.502, 503, 504, 505, 506, 508, 509, 505, 506
 DAPPI, 495, 503, 507, 508
 DAPPT, 495, 503, 508
 Defensas del organismo, 23
 Delincuencia, 438
 Dependencia,
 escala (*de*), 158
 opíacos (*de*), 156
 independencia de campo (*y*), 483, 484, 488, 489, 490
 Deporte,
 prácticas (*de*), 20
 Depresión, 216-284
 anhedonia, 280,
 ansiedad, 280
 autoestima, 250
 comunicación, 250-254
 conductas (*de*), 271-277
 determinantes, 217
 edad (*y*), 223, 224.246
 involuntiva, 215-254
 enmascaramiento (*de la*), 217, 231, 252
 estado civil (*y*), 224, 225, 248
 fatiga crónica, 279-284
 graduación (*de*), 217, 220, 641
 grupos (*y*), 232-242
 ideación suicida, 280,
 mayor, 280
 mecanismos (*de*), 217
 naturaleza (*de*), 217
 nivel cultural (*y*), 225, 249
 procesos automáticos (*y*), 217, 229, 230, 251
 procesos cognitivos (*y*), 217, 227, 249
 psicomotora, 280
 reacciones (*de*), 55
 realización tarea dual, 230, 231
 satisfacción vital, 250
 sexo (*y*), 222, 245
 subtest WAIS (*y*), 228, 229
 variables cognitivas (*y*), 227
 Desarrollo
 infantil, 639
 intraindividual, 631
 lingüístico, 631
 Deseabilidad social, 308, 724, 725
 escala (*de*), 158, 308
 Desequilibrios psíquicos, 216
 Desesperanza, 220, 499, 501
 Desintoxicación, 154
 Desórdenes conductuales, 442, 443
 Desviación psicopática, 424
 Diabetes, 19
 Diagnóstico
 dolor de cabeza, 125
 Discapacidad (*vease trastornos*)
 fisiológica, 55
 mental, 55
 Discordia familiar, 438
 Discriminación
 estereotipo, 713, 714
 prejuicio, 713, 714
 sin prejuicio, 715
 prejuicio sin discriminación, 715

- Discurso,
 organización (*del*), 575
- Diseños, 198
 criterio de manipulación (*en*), 198
 diversificación metodológica, 200
 instrumentos, 200
- Disgusto, 654
- Dislexia, 19
- Distancias euclídeas, 660, 673
- Distimia,
 escala (*de*), 158
- Distrés afectivo, 281
- Divorcio, 271, 274, 275
- Dolor, 69-101, 119-148
 afrontamiento (*de*), 80, 82
 cabeza (*de*), 120, 121, 142, 143, 144, 145,
 147, 148, 149
 agudeza (*del*), 69, 72
 frecuencia, 133, 134, 135, 136, 137, 147
 tensional, 121, 125, 135, 136, 137, 147
 intensidad (*del*), 138, 139, 140, 141, 147
 concepto (*de*), 70, 71, 72
 crónico, 69, 72, 79
 definición IASP, 71, 72
 dimensiones (*del*), 76, 77
 duración tratamiento, 127, 129
 evaluación (*del*), 82, 83, 84
 intensidad (*del*), 73, 89
- Droga,
 abuso (*de*), 159
 alcohol, 158
 alucinógenos, 158
 cannabis, 158
 consumo (*de*), 159, 162
 alianza terapéutica (*en*), 162
 depresores, 158
 estimulantes, 158
 evaluación tratamiento
 MCMII-II, 158, 159, 162
 inhalables, 158
 psicotrópicas, 54
 vegetotrópicas, 54
- Drogedependencia, 153-162, 528
- DSM-III, 424, 425
- DSM-III-R, 154, 415, 416
- E**
- Edad
 involutiva, 217, 221
 prelaboral, 216
- Estado no depresivo, 262
- Educación, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521,
 523, 563, 564, 565, 566
 formal, 528
 General Básica, 292
 Primaria, 592
 salud (*para la*), 27
 social, 530
- Educador social, 528, 529, 530
- Ejercicio físico, 108
- Elección profesional, 312, 512, 514
- Elementos,
 análisis (*de*), 660
- Emoción, 71, 72, 74
- Emoción-cognición, 259, 260
- Empatía, 448, 450, 452, 458
- Empleo, 499
- Energía, 307-309
- Enfado, 654
- Enfermedad, 17, 18, 21, 23, 25, 317
 actitud fatalista (*frente a*), 19
 afrontamiento, 35-48
 civilización (*de la*), 18
 contaminación atmosférica, 21-23
 coronarias, 22
 costes (*de la*), 20
 metológico-histórico, 18
 patogénico, 18
- Estado (*responsabilidad del*), 18, 19
 factores
 biológicos, 35
 genéticos, 20
 psicológicos, 35
 herencia (*de la*), 19
 hombre (*del*) 18
 inducidas, 55
 infecciosas, 23
 mentales,
 comprensión (*de*), 53
 perspectivas,
 legislativa, 18
 salud, 18
 sociológica, 18
 prevención (*de*), 26, 27, 28
 profesionales, 18, 22, 24
 pulmonares, 22
 sustancias tóxicas, 23
 transmisibles, 27'
- Enfermar, 55
 enfoque sistémico, 37
- Enfermos psicóticos, 426
- Entorno humano,
 evaluación (*del*), 63
- Entrenamiento
 autoinstrucciones, 108
- Entrevista, 83, 634
 clínica, 653
 dolor (*ante la*), 85, 86
 semiestructurada, 426
 selección (*de*), 506

- Envejecimiento.
definición (*de OMS*), 215
- Envidia, 25
- EPI, 203
- Epidemiología, 30
- EPQ, 203
- EPQJ, 203
- Equilibrio
dinámico, 21
social, 424
- Error (*accidental sistemático*)
control (*del*), 38-40
- Escala
autoevaluación (*de*), 587
conducta lingüística
Checkist Gerard, 577
CSBS, 578
protocolo pragmático Prutting, 577
consistencia interna, 725
construcción (*de*) 723-724
estimación, batería (*de*), 442
evaluativas, 513
formación de juicios
Likert, 551
mentiras (*de*), 312
texto real, 727-732
unidimensionales de dolor, 87, 88
valores, 513
- Escalamiento
multidimensional, 421
- Escolares.
salud (*y*), 340
- Escolarización, 500
- Escuela, 467, 500
- Esfuerzo, 584, 603
sobre-esfuerzo, 584, 603
- Esquema,
episódicos, 727
peligro (*de*), 287, 293
- Esquizotópica,
escala, 158
- Estabilidad emocional, 306, 309, 424
- Estabilidad temporal, 452
- Estado
ánimo (*de*), 261, 266, 288
depresivos, 262, 271, 274
emocionales, 640
mental, 573
tensión mental (*de*), 55
tipo, 265, 295
- Estatus
penitenciario, 427
- Estereotipo, 714
conservador, 714
discriminación, 713, 714
ideológico-cultural, 554
prejuicio, 713, 714
tradicional, 714
- Estilos
cognitivos, 48, 727
- Estímulos.
ambientales, 37
evaluación (*de*), 63
psicosociales, 36
nerviosos, 54
- Estrés
enfrentamiento (*y*), 37
factor de riesgo, 24
incidencia socioeconómica (*del*), 25
investigación (*sobre*), 37
salud (*y*), 37
- Estresores psicosociales, 35
- Estructura
personalidad (*de la*), 159
factorial, 307
- Estabilidad emocional, 306
- Estado lingüístico, 583
- Euforia, 438
- Evaluación, 189, 196
adherencia (*de la*), 195,
adversarios (*de*), 733
ansiedad (*de*), 96, 548-583
autoeficacia, 92, 93
autonomía, 196
bienestar, 196
Centros de menores, 531
cognitivo-conductual, 155
conducta de dolor, 89, 90
control(*de*), 93, 94, 733
creencias ante el dolor, 91, 92
curiosidad (*de la*), 548-583
depresión (*de la*), 95, 96, 217-254
diseños (*de*), 198
- dolor (*del*),
cabeza (*de*), 119-148
postratamiento, 129
pretratamiento, 124
seguimiento, 129
series temporales, 129-148
modelo ARIMA, 130-132
tratamiento, 126
crónico, 69-109
proceso evaluativo, 82-98
estilos de afrontamiento, 95
exposición, 195,
formativa, 191
impacto (*de la*), 37
implementación reinención, 194, 195
instrumentos (*de*), 200
intervenciones (*de*), 185, 191, 193, 199

justicia, 196
 longitudinal, 38
 medida efectos de un programa, 191
 Método DAPP (*del*), 505, 506
 modelos (*de*),
 lineal, 191,
 no lineal, 191
 necesidades de profesionales, 537
 nivel disfuncional, 91
 pensamientos ante el dolor, 94
 personalidad, 96, 97
 principios éticos, 196,
 proceso (*de*)191, 196, 197
 profesional, 531
 psicométrica, 426
 resultado (*de*), 191
 sumativa, 191,
 tecnología (en la), 22, 38
 error (control del), 38
 Éxito-fracaso, 584
 Exposición, 195
 Expresión, 585-587, 593-597, 604, 605, 607, 608
 ira (*de*), 349-377, 391, 405, 654, 656, 660
 motora, 643
 verbal, 643
 Extraversión, 307, 308
 Eyaculación precoz, 426

F

Factibilidad, 192, 194
 Factores
 sociolaborales, 23
 psicológicos, 36
 salud (*de*), 23
 Familia, 77, 109, 466, 472-476, 552
 historia (*de*), 20
 intactas, 273
 separadas, 271-277
 estados depresivos, 271
 evaluación (*efectos de*), 273
 fatiga, 23, 273
 crónica-depresión, 279-284
 síndrome (*de*) 279-284
 Fatiga crónica, 279-284
 Feed-back, 496
 Felicidad, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 523,
 563, 564, 565, 566
 Fiabilidad, 429, 452
 bivariada, 662
 CHIP, 47
 coeficiente «a», 432, 662, 663
 consistencia interna, 662, 663
 coeficiente «k», 428
 formas paralelas, 662
 poder discriminante, 662
 STAXI, 662-664

test-retest, 424, 662
 univariada, 662
 Fluidez léxica, 587, 593-597, 604, 607, 608, 628
 Fóbica, escala, 158
 Formación
 base, 540, 541
 continuada, 541
 específica, 540, 541
 juicios (*de*), 721, 722, 726-729, 731
 permanente, 527, 535
 profesional, 503
 programa(*de*), 529
 socio-laboral, 528
 Fotofobia, 280
 Fracaso escolar, 199, 476, 498
 Frío-introvertido, 418
 Frustración
 agresión, hipótesis (*de*), 333
 test (*de*), 653
 Fuerzas biológicas, 35
 Funcional
 capacidad, 21
 Funcionamiento
 biológico, 25
 mental, 302
 psicolingüístico, 640
 Funciones lingüísticas, 640
 Furia, 656

G

Género, 721
 Gestión educativa, 497

H

Habilidades
 comunicativas, 574, 575
 funcionales, 173
 genéticas, 53
 psicolingüísticas, 593, 596, 597
 sociales, 438, 574
 Hábitos
 conducta (*de*), 37
 Hachis (vease drogas)
 consumo (*de*), 158, 159
 Hawthorne
 efecto (*de*), 509
 Heroína,
 consumo (*de*), 157
 Heurística
 de 2º orden, 722, 728
 de anclaje, 733
 Hiperactividad, 589
 Hipersensibilidad, 280
 Hipertensión, 1955, 656
 Hipertimia, 436
 Hipomanía, 419
 escala (*de*)158

Hipótesis

- agresividad, 281
- ansiedad y procesos cognitivos, 586, 587
- bilingüismo, 586, 587
- depresión, 219
- ira
 - intracultural, 387
 - transcultural, 388
- monolingüismo, 586, 587
- procesos cognitivos, 219
- semilingüismo, 586, 587
- testigo, 586
- uso lingüístico, 586, 587
- vejez, 219
- vulnerabilidad
 - conductas AHI, 343, 344

Histeria

- conversión (*de*), 424
- escala (*de*), 158

Historia familiar, 20

Histriónica

- escala, 158

Hostilidad, 307, 311

- actitudes (*de*), 319, 385
- agresividad (*y*), 317, 318, 653
- concepto (*de*) 383, 384,
- extrapunidad, 654
- intrapunidad, 654
- ira (*y*), 317, 318, 653

I

Identidad

- grupal, 549, 550
- profesional, 499
- social, 549, 550

Ideología, 721, 724, 725, 728, 729, 732

Igualdad, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 523, 563, 564, 565, 566

Imaginación, 500, 600, 601, 605

Implementación, 194, 296, 199, 274, 307, 450

- impulsividad, 654
- teoría (*de la*), 38

Inadaptación

- escolar, 321
- familiar, 436

Indefensión

- aprendida, 273, 274, 275
- instrumental, 273

Indices

- bienestar, 29
- dolor de cabeza, 124, 126, 148, 149

Inducción

- estado de ánimo (*del*), 260, 267, 289

Infancia

- atención (*de la*), 527

Información,

- tratamiento(*de*), 497

Informe

- delirios psicóticos, 158
- pensamiento psicótico, 158

Inquietud, 306

Inseguridad, 345

Inserción jóvenes inadaptados, 528

Instrumentos

- diseño (*de*), 575
- estandar, 203
- evaluación (*de*), 200

Integración, 587, 593-597, 604, 607, 608

- familiar, 44
- gramatical, 628, 629
- social, 589

Intelectualidad, 306, 307

Inteligencia, 220, 227, 233, 483, 489, 498, 599-602, 605, 615

- general, 599
- nivel (*de*) 513

Interacción comunicativa, 573

Internamiento

- riesgo (*del*), 559

Interpretación cognitiva dolor, 80, 81

Intervención

- ámbito (*de*), 56
- comunitaria, 62
- educativa, 539, 540
- farmacológica, 53
- limitaciones (*de*), 59
- niveles (*de*), 533, 543
- objetivos (*de*), 56
- programas (*de*), 186, 190
- preventiva, 54
- quirúrgica, 17, 53
- sanitaria, 27
- social, 530

Introversión, 273

Intuición, 599, 600, 601, 605

Inventarios, 587

Investigación longitudinal, 514

Ira, 25, 344, 348-377, 381

- agresividad (*y*), 317, 318, 653
- análisis transcultural, 396-406
- concepto *de*), 382, 382
- controlada, 339, 346, 372, 383, 395, 657, 658, 661, 663, 664
- disgusto, 654
- estado-rasgo, 384
- evaluación (*de la*), 654
- exigencia, 654
- expresión (*de la*), 346
- exteriorizada, 339, 346, 372, 383, 395, 657, 658, 663, 664

frecuencia cardíaca (*y*) 382
 gemido, 654
 hipertensión (*y*), 382
 hostilidad (*y*), 317, 318, 653
 interiorizada, 339, 346, 372, 383, 395, 657, 658, 663, 664
 manifestación (*de*), 654
 nacionalidad(*y*), 392, 410
 nivel (*de*), 345
 vulnerabilidad , 397
 perspectiva
 biológica, 382
 psicofisiológica, 382
 presión sanguínea (*y*), 382
 queja, 654
 rasgo (*de*), 656
 reacción (*de*) , 381, 394
 sentimiento (*de*), 319, 654
 sexo (*y*), 390, 410
 temperamento (*de*), 394, 657, 658, 663, 671
 Irritabilidad, 273, 275, 311, 344, 348-377, 654, 655

J

Jubilación, 216,
 síndrome (*de*) 216
 Juego
 alteraciones (*producidas por el*), 703
 azar (*de*), 699
 dinero (*y*), 702
 prevalencia (*de*), 700
 características (*del*), 689
 clasificación (*del*), 688
 concepto (*de*) 687
 desarrollo
 individual(*y*), 687
 intelectual(*y*), 688
 social (*del*), 688
 diagnóstico (*del*), 88
 dinámica familiar(*y*), 687
 escalas evaluación (*del*), 690, 693, 694, 696, 697
 expectativas culturales (*y*), 687
 imitación, 689
 intervención terapéutica (*en el*), 687
 legalizados, 700
 manejo
 espacio (*del*), 689
 material (*del*), 689
 motivación (*para el*), 702
 participación, 689
 patológicos,
 medición (*de*), 699
 procedimiento terapéutico (*del*), 689
 proceso evaluación (*del*), 689
 roles (*y*), 687

sistema de evaluación, 688
 sistema de tratamiento, 688
 técnicas (*de*), 696
 terapia (*de*), 688, 695
 tipos (*de*), 687)

Juguetes

mundo en miniatura(*en cuanto*), 687

Jurados, 722-7242, 727-733

Justicia, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 523, 563, 564, 565, 566

L

LCREP, 192

Lenguaje

autoconcepto (*y*), 625-630
 código (*del*), 574
 conocimiento
 conversacional (*del*), 574
 depresión (*y*), 639-645
 desarrollo (*del*), 632
 evaluación pragmática (*del*), 574
 escalas de conducta (*del*), 576
 método etnográfico (*del*), 575
 evaluación trastornos (*del*), 575
 funciones propositivas(*del*), 632
 funciones comunicativas(*del*), 632
 funciones sociales (*del*) 632
 medio de comunicación (*en cuanto*), 575
 nivel adicional (*del*), 574
 sistema de comunicación, 575
 trastornos (*del*) 575

Libertad, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521.523, 563, 564, 565, 566

Liderazgo, 432, 448, 450, 452, 456

M

Macromodelos, no lineales, 191

Malhumor, 273, 274

Manipulación criterio (*de*), 199

Marginación infantil, 340

Mecanismos fisiológicos, 121

Medicina

comportamiento, 35
 conductual, 21
 preventiva, 59

Medio

escolar, 513
 familiar, 523
 sociocultural, 513
 urbano, 22

Memoria, 259, 260, 587, 593-597, 604, 607

auditiva, 643
 secuencial auditiva, 628
 visual, 643

Menor

atención (*del*), 527

Métodos

- DAPP, 495, 502, 503, 504, 505, 506, 508, 509
 - Evaluación (*de*) 505, 506
- DAPPI, 495, 503, 508, 509
- DAPPT 495, 503, 507, 509

Miedo, 35

Migraña, 146, 149

MMPI, 436, 437, 438

escalas

- Pd4a, (alienación social) 425
- Pd, 425, 429, 430, 432, 434
- Pd-O, 425, 429, 430, 437
- Pd-S, 425, 429, 430, 432, 437
- Pd1 (discordancia familiar), 425
- Pd2 (problemas autoridad), 425
- Pd3 (imperturbabilidad), 425
- Pd4b (autoalienación), 425
- obvias, 424, 431
- sutiles, 424

Minusválidos (*véase discapacitados*)

- físicos, 54
- psíquicos, 55

Modelos

- causales, 38
- conductual de Fordyce, 77
- intervención social, 538
- lineales simples, 73
- multidimensional de Melzack y Wall, 76
- pragmáticos, 573
- serie temporal

AIRIMA, 130, 131

Monolingües, 583, 602, 603, 604, 605, 606, 608-616

Morbilidad, 28

Mortalidad, 28

Motivación, medidas (*de*), 416

Muerte, 22

prematura, 27

N

Narcisista

escala, 158

Necesidad

- autorrealización, 169
- básica
 - condiciones físicas trabajo, 169
 - estabilidad, 169
 - prestigio, 169
 - retribución, 169
- motivacionales, 164
- relación social, 169
- satisfacción, 169
- vitalidad, 169

Negativismo, 655

Neuroticismo, 307, 344, 348-377, 438

Nivel

- automático, 587, 594, 596, 597, 604, 608
- semántico, 587, 594, 596, 597, 604, 608
- vida (*de*), 63

Normas

- administración del STAXI, 674

Nosología psiquiátrica, 423

Nudos emocionales, 259

O

Objetivos

- acotación, 197
- operativización (*de*), 197

Observación

- directa, 202
- indirecta, 202

Ocio, 17

Operaciones

- intelectuales no verbales, 587
- lógicas, 599, 600, 601, 605

Opiáceos

- dependencia (*de*), 156

Organización, 585

- actividad (*de*), 495
- escolar, 495, 501

Orientación

- instrumentos (*de*), 496
- profesional, 495
- vocacional, 512

P

Padres separados, 273, 275

Palabra (s)

- amenazantes, 290
- negativas, 262
- no amenazantes, 290
- positivas, 262

Paralenguaje, 625

Paranoia, 438

Paranoide

- escala, 158

Parkinson,

- enfermedad (*de*), 19

Paro, 499, 506

Pasivo-agresiva,

- escala, 158

Path analysis, 38, 475

Patrón conducta

- tipo A, 163, 382
- tipo AHI, 339-411

Paz, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 523, 563, 564, 565, 566

Peligro

- esquema (*de*), 287, 293

Pensamientos, 303

- Percepción, 585, 599, 600, 601, 605
- Perfil psicolingüístico, 604, 607
- Perseverancia, 498
- Persona-entorno, 53
- Personalidad
- agresivo-sádica, 162
 - anormal, 158
 - antisocial, 160, 162
 - medidas *(de)*, 423
 - elementos explicativos *(de)*, 305
 - bidireccional, 259
 - cuestionarios *(de)*, 306
 - dimensiones básicas *(de)*, 404
 - disposiciones *(de)*, 404
 - estructura *(de)*, 159, 304
 - evitativa, 162
 - histriónica, 419
 - medidas *(de)*, 416
 - modelo circumplex, 415, 420, 421
 - trastornos *(de)*, 415
 - pasivo-agresivo, 162
 - rasgos *(de)*, 312
 - taxonomía *(de)*, 311
 - teorías implícitas *(de)*, 310
 - trastornos *(de)*, 313, 423
- Perspectiva
- diacrónica, 199, 201
 - mixta, 199, 201
 - sincrónica, 199, 201
- PERT, 197
- Pesimismo, 273, 274.
- Placebo, 74
- Pluralismo epistémico, 727
- Población
- activa, 216
 - envejecida
- Prácticas técnicas, 96
- Pragmática, 573.
- Predisposiciones
- enfermedad *(hacia la)*, 36
 - fisiológicas, 36
- Prejuicio
- componentes *(del)*, 715
 - concepto *(de)*, 713
 - discriminación *(y)*, 713, 715
 - estereotipo, 713
 - étnico, 714, 716
 - medición *(de)*, 713
 - selectivos, 296
- Preocupación, 345, 426
- Presiones ambientales, 54
- Prestigio, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 523, 563, 564, 565, 566
- Prevención, 20, 27, 28
- ámbito *(de)*, 55
 - conductas, *(de)*, 28
 - intervención *(de la)*, 54, 55
 - mecanismos *(de la)*, 55
 - objetivos *(de)*, 54
 - tecnología *(de la)*, 60
- Procedimientos exploratorios, 672
- Procesamiento lingüístico, 640
- Proceso (s)
- automáticos, 602, 605, 607
 - cognitivo de categorización, 714
 - cognitivos, 202, 259
 - cognitivos, ansiedad *(y)*, 584
 - conscientes, 35
 - endocrinos, 55
 - fisiológicos, 55
 - inconscientes, 35
 - inmunológicos, 55
 - mentales, 55
 - interferencia psico-fármaco-terapéutica, 55
 - organizacional, 607
 - organizacionales, 602, 605, 607
 - patológicos, 17
 - psicológicos, 17
 - sociales, 55, 513
 - somáticos, 55
- Profesión
- elección *(de)*, 511
 - expectativas *(de)*, 506
- Programa (s)
- características *(del)*, 191
 - defectos
 - vaguedad, 193
 - falta claridad, 193
 - falta calendario, 193
 - finés ilusorios, 193
 - inexistencia organigrama *(de)*, 193,
 - objetivos contrapuestos, 193
- evaluación *(de)*, 186, 199
- garantía Social, 341
- intervención *(de)*, 62, 186, 190
- perfeccionamiento profesional, 540
- cráterios de funcionamiento, 60
- secuencia *(de)*, 62
- Promiscuidad sexual, 424
- Propiedades psicométricas
- CHIP, 46-47
 - STAXI, 662-668
 - análisis de elementos
 - CHIP, 47
 - STAXI, 66
- fiabilidad
- Escala evaluación salud, 42, 44
 - CHIP, 47
 - EPSFOJ, 725
 - STAXI, 662-664

- validez,
 Escalas evaluación salud, 38, 39, 40
 CHIP, 47
 EPSFOJ, 726
 STAXI, 664-668
 Proyecto futuro, 495, 496, 498, 500, 502
 Prudencia, 307
 Psicoimmunología 36
 Psicopatología
 evaluación (*en*), 423
 Psicopedagogía
 proyecto personal y profesional (*del*), 496
 Psicoterapia, 54
 Psoriasis, 19
 Puntuaciones «z»,
 elementos STAXI (*en*), 666-668
 Pygmalion,
 efecto (*de*), 509
- Q**
- Queja, 654
- R**
- Rasgos, 424
 teoría (*de*), 303
 Rapidez, 498
 Reacción
 fisiológica, 53
 depresiva, 54
 emociones, 54
 ira (*de*), 657, 658, 663, 664, 671
 sociales, 450
 Recepción
 auditiva, 643
 visual, 643
 Recuerdo, 287
 congruente, 260, 266
 dependiente del estado, 260
 prueba (*de*), 262, 290
 Recursos, 192
 Reestructuración cognitiva, 108, 128
 Reflejo eyaculatorio, 426
 Reflexividad-impulsividad, 483, 484, 488, 489,
 490
 Refuerzos, 77, 108
 Reglas
 lingüísticas, 573
 morfológicas, 574
 pragmáticas, 573
 semánticas, 574
 sintácticas, 574
 Regresión
 análisis (*de*) 323, 328, 329, 330, 321, 348, 366-
 370, 388, 389, 406-408, 411, 478, 625
 demográfica, 216
 Reinserción social, 27
 Reinversión, 195
 Relaciones
 padres-hijos, 273
 sociales, 448, 452
 Relajación, 100, 105, 106, 107, 121, 122, 123,
 127, 128, 146
 Religiosidad, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521,
 523, 563, 564, 565, 566
 Rendimiento 321
 cantidad-calidad, 584
 escolar
 agresividad (*y*), 325, 335
 productividad, 25
 Resentimiento, 654, 55
 Resolución de problemas, 109, 128
 Respeto, 450, 456
 Respiración profunda, 106, 107
 Respuestas inmunológicas, 25
 Retraimiento, 442
 Retraso lingüístico, 639
 Retroalimentación, 62, 503
 Reversibilidad, 599, 600, 601, 605
 Riesgos
 evaluación en consumo heroína, 153
 conflicto interpersonal, 154, 155
 estados emocionales positivos, 154, 155
 experiencia de urgencia, 153.155
 presión social, 154, 155
 tentaciones para consumir, 153, 154, 155
 Riqueza, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 523,
 563, 564, 565, 566
 Ritmos
 biológicos, 23
 sociales, 23
 trabajo, 23
 Rol
 diferencia de, 513
 psicoeducativo, 496
 Rotación
 oblicua, 417, 434
 varimax, 434, 450
- S**
- Salud, 62, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 523,
 563, 564, 565, 566
 afrontamiento (*y*), 35-47
 problemas metodológicos, 40-44
 ausencia (*de*)
 malestar, 21
 patología, 30
 autopercepción del estado (*de*), 340
 bienestar (*y*), 20, 36
 criterios (*de*), 30
 físico, 20

- mental, 20
- social, 20
- capacidad funcional, 21
- ecología (*y*), 60
- educación (para la), 27, 249
- enfoque biológico-ecológico, 21
- enfermedad (*y*), 382
 - control (*de*), 27
- equidad (*y*), 27
- equipos profesionales (*de*) 28
- etapas(*de*), 17
- evaluación (*de*)
 - morbilidad, 28
 - mortalidad, 28
 - técnicas metódicas, 29,
 - eficiencia funcional, 29,
 - índices bienestar, 29
- experimentos (*en*)
 - fundamentos éticos, 56, 60, 62
- factores
 - biológicos, 35
 - genéticos, 19
 - psicológicos, 35
 - riesgo(*de*), 17
 - psicosociales 53-56
 - socioambientales, 23
- medio ambiente (*y*), 21, 22
- mental, 26, 29, 47, 560
 - evaluación(*de*)29 ,
 - índices bienestar, 29,
 - indicadores salud, 29
 - equilibrio dinámico, 21
 - síntomas
 - fisiológicos, 29
 - psicológicos, 29
 - psicosomáticos, 29
- modelos
 - catástrofe, 27
 - integrados, 27
 - no integrados, 27
 - sistemas complejos, 37
- perceptible, 29
- percibida, 29
- positiva, 21
- prevención (*y*), 27
- programas (*de*), 25, 26, 59
 - funcionamiento, 60
 - salud para todos, 26, 27
- promoción (*de*), 26, 27, 28
- psicología (*de*), 27, 35, 37
- psicológica, 172, 175
- Pública, ciencia, 27, 59
- riesgos (*de*), 17
- situaciones de emergencia (*y*), 27
- Satisfacción
 - escolar, 321
 - laboral, 166
 - necesidades, 29
 - trabajo, 29
 - vida, 29
- Seguimiento, 130.535, 543, 546
- Seguridad, 169, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 523, 563, 564, 565, 566
- Semilingüismo, 585, 602, 603, 604, 606, 608-616
- Sensación, 71, 72, 74
- Sensibilidad, 307, 498
- Sentencia, 726, 727
- Sentimiento, 303,
 - frustración, 55
- Series temporales, análisis (*de*), 124, 130, 131, 132, 133
- Servicios
 - sanitarios, 26
 - sociales, 26
- Sesgos
 - efectos (*de*), 732
 - fuentes (*de*), 727
 - predictores, 722
 - psicosociales, 727-728
 - sistemáticos, 721
 - universales, 721-722
- Sesiones tratamiento, 127, 129
- SIDA, 23, 25
- SIGI-PLUS, 496
- Simpatía, 305, 311
- Sinceridad
 - escala(*de*), 158
- Síndrome
 - acción-emoción, 382
 - depresión mayor, 158
 - hipersensibilidad química múltiples (*de*), 23
 - inmunodeficiencia adquirida, 23
- Síntomas
 - psicosomáticos, 29
- Situación
 - patógena, 55
 - psicosocial, 55
- Sistema
 - comunicativo, 640
 - educativos, 584
 - escolar, 499
 - inmune, 23, 25
 - valores (*de*), 512
- Sistémico
 - enfoque, 37
- Situaciones
 - aplicadas, 187, 200
 - estresantes, 41, 43, 274
- Sobrecarga laboral, 168
- Sociabilidad, 307
- Socialización, 441, 442, 445

laboral, 512
 proceso, *(de)*, 271
 Sociedad
 bienestar *(del)*, 17, 119
 Soledad, 448, 454
 Soporte
 familiar, 272
 social, 272
 Sospecha, 654, 655
 STAI, 290
 Sueño, trastornos *(de)*, 279
 Suicidio
 tasa *(de)*, 63
 Surgencia, 305
 Susceptibilidad
 hostil, 344, 348, 377
 emocional, 344, 348-377
 Susplicacia, 436, 654

T

Tarea
 distractora, 262, 290
 ejecución *(de)*, 584
 Técnica (s)
 cognitivo-conductual, 101, 102, 122, 127,
 129, 132, 148
 condicionamiento operante, 101
 imaginación y desviación atención, 107, 128,
 148
 intervención socio-educativa, 528
 proyectivas,
 propiedades psicométricas *(de)* 653
 semiestandarizadas, 202
 Temperamento iracundo, 657, 658
 Teoría
 impulso *(del)*, 38
 Teoría red asociativa *(de la)*, 259, 267
 Tercera edad, 171-178
 Timidez, 438
 Tolerancia, 311
 Toma
 decisiones, 512
 homogeneidad-heterogeneidad, 722, 732, 733
 individual, 722
 Toximas ambientales, 23
 Trabajador social, 528
 efectos negativos *(del)*, 511,
 Trabajo, 17, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521,
 523, 563, 564, 565, 566
 satisfacción *(en el)*, 511
 social, 528
 Transferencia lingüística, 606, 607
 Transmisión sexual, 341
 Trastorno
 afectivo, 640

comunicación, 640
 psicosocial de la personalidad, 427
 antisocial, evaluación clínica *(de)*, 426
 comunicación, 631
 conductuales, 631
 desarrollo, habla, 631
 distímico, 639
 emocionales, 62, 631
 tasa *(de)*, 63
 lenguaje-autorepresentación, 631-636

Tratamiento
 autoadministrado, 123, 146
 contacto mínimo, 123, 146
 coordinado, 60
 dirigido terapeuta, 123, 146
 individualizado, 60
 Tristeza, 220.345
 reactiva, 279

U

Uso lingüístico, 585, 587, 602, 603, 605, 606, 640
 ansiedad-curiosidad, 602-604, 605

V

Validez 421, 429, 58, 661, 662-664
 concurrente *(naturalidad-artificialidad)*, 664
 externa, 194
 factorial, STAXI, 668
 garantías *(de)*, 587
 indirecta *(naturalidad-artificialidad)*, STAXI,
 665, 666, 667, 668
 interna
 ISCH, 155
 STAXI, 664, 674
 transcultural, 417
 del ISCH, 155
 Valores, 560
 « λ », 361-374, 400-405, 222-243, 608, 612,
 613, 615
 Vandalismo, 339
 Variables
 cognitivas, 121, 122, 218
 criterio, 323, 348
 estilísticas, 483
 extrañas, 586
 interactivas, 54
 personales, 76, 81, 468
 predictoras, 323, 348
 procesos cognitivos automáticos, 218
 psicoemocionales 341, 512
 psicosociales, 512
 realización tareas duales.218
 socio-cognitivas, 468
 sociodemográficas, 218

Varimax
 rotación, 434, 450
 Vejez
 ambiente objetivo, 171
 bienestar psicológico, 171
 calidad de vida (*en la*), 171
 competencia intelectual, 171
 estado de salud (*en la*), 171
 indicadores
 objetivos, 171
 subjetivos, 171
 Velocidad perceptiva, 607
 verbal, 654
 Veredicto, 722, 726, 727, 729, 731, 732
 Vida
 estilo (*de*) 19

saludable, 26
 Violación, 721, 729, 726
 Violencia, 311
 Valores
 ideológico-culturales, 549, 550
 Vulnerabilidad
 depresiva, 223
 tensión, situaciones (*de*), 589

W

Wilks
 método (*de*), 361-374, 400-405, 222-243,
 608, 612, 613, 615





Índice de Pruebas Psicológicas

- Assessing Parent-Child Interaction with the Marschk (APIM), 693
- Autoinforme de la Ira (AI), 655
- Autoinforme de la Ira (ASR), 655
- Batería de Socialización (BAS), 444
- Behavior Observation Record (BOR), 693
- Beck Depression Inventory (BDI), 281, 283
- Big Five Questionnaire (BPQ), 307, 308
- Blank form for the Behavior Observation Record (BOR), 693
- Comrey Personality Scales, (CPS), 307
- Coping with Health Injuries and Problems (CHIP), 45, 46, 47
- Cuestionario 16 PF de Personalidad (16 PF), 220, 306
- Cuestionario Bortner (CB), 165
- Cuestionario Clínico de Millon (MCMI-II), 157, 158, 159
- Cuestionario de Agresividad Emitida, Recibida e Inhibida (CAERI), 321
- Cuestionario de Autoconcepto (AC), 447, 450, 451
- Cuestionario de Conducta Antisocial (CC-A), 446, 447, 448, 449, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458
- Cuestionario de Conducta Prosocial (CC-P), 446, 447, 448, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458
- Cuestionario de Evaluación de la Conducta Social (CEC), 446
- Cuestionario de Hostilidad, y Dirección de la Hostilidad (HDHQ), 653
- Cuestionario de Impulsividad, Afán de Aventura (IVE-J), 447, 450, 451
- Cuestionario de Información Personal (CIP), 173
- Cuestionario Español de Expresión Infantil (CEDI), 641, 642
- Cuestionario JASE-H, 165
- Cuestionario Rasgo-Estado de Curiosidad para Niños (ICI), 656
- Child Behavior Checklist (CBC), 443
- Children Depression Inventory (CDI), 642
- Children Depression Rating Scale Revised (CDRR), 642
- Developmental Progression in Play Behavior of Children (DPPBC), 693
- Diagnostic Interview Schedule (DIS), 426
- Entrevista de Daon Hart (EDH), 627, 633
- Entrevista Semiestructurada de Proznaski (ESP), 642
- Escala «D» del Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI), 218, 219, 220, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228
- Escala de Actividades de la Vida Diaria (AVD), 173, 176
- Escala de Apoyo Social (AS), 173, 178
- Escala de Depresión IPAT, 218, 219, 222, 224, 225, 226, 227, 228
- Escala de Estado de Salud Física y Psicológica (ESFP), 172, 175
- Escala de Hostilidad Manifiesta (MHS), 654
- Escala de Inteligencia para Adultos (WAIS), 219, 220
- Escala de Irritabilidad (EI), 654
- Escala de Irritabilidad y Susceptibilidad Emocional (EISE), 388
- Escala de Motivación Laboral (EML), 164, 165
- Escala de Neuroticismo (EPQ-J), 344
- Escala de Susceptibilidad Hostil (EIRIN), 346
- Escala Española de Adjetivos Interpersonales (revisada) IAS-R, 415
- Escala Especial de Matrices Progresivas de Raven (MPRC).588
- Escala IPG, 717
- Escala Likert, 281
- Escala Medición Dependencia de los Juegos de Azar (EMDJA), 700, 703
- Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR), 469
- Eysenck Personality Questionnaire (EPQ-J), 468
- Hogan Personality Inventory (HPI), 307
- Interaction Rating Scales (IRS), 693
- Inventario Situaciones Relacionadas Consumo de Heroína.(ISCH), 153, 54, 55, 162
- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para Niños (IDAREN), 321, 345, 588
- Inventario de Autoestima de Coopersmith (IAC), 469
- Inventario de Autoevaluación de la Ira (STAXI), 387, 388, 653, 655-660, 662-666, 668-670, 673-678
- Inventario de Curiosidad Rasgo-Estado para Niños (ICI), 345, 588
- Inventario de Hostilidad de Buss-Durke (BDHI), 654, 655, 659, 665
- Inventario de Hostilidad Iowa (IHI), 653
- Inventario de Indicadores Sociales (IIS), 322
- Inventario de Irritabilidad (PPS), 344
- Inventario de la Ira (AI), 655
- Inventario de Reacción de la Ira (I-R), 655
- Inventario de Susceptibilidad Emocional (CD), 345
- Inventario Estado-Rasgo de Ansiedad (STAI), 656
- Inventario Estado-Rasgo de Personalidad (STPI), 656
- Inventario Multifásico Personalidad Minnesota (MMPI), 423, 426, 427, 431, 436-439

- Inventario Pediátrico de Expresión de Ira (PAES-3), 346
- Inventory of Gambling Behaviour (IGBN), 799
- Kiddie Formal Thought Disorder Rating Scale (K-FTDS), 693
- Listado de Conductas Antisociales (LCA), 448, 449
- Mayes Hyperactivity Observation System Protocol (MHOS), 693
- Modern Racism Scale (MRS), 717
- Mother-toddler Play Preferences Checklist (IPPC), 693
- Multiscore Depression Inventory (MRI), 273
- Multifactor Racial Attitude Inventory (MRI), 717
- NEO-Personality Inventory (NEO-PI), 307, 311, 312
- Neonatal Behavior Assessment Scale (NBAS), 693
- Novoa Assessment of Psychotherapy (NAP), 693
- Nueva Escala para Evaluar Dependencia a los Juegos de Azar (EMJD), 699, 700
- Nueva Escala para Predecir Sesgos en Formación de Juicios (EPSFOJ), 721, 723
- Nuevas escala para Evaluar Prejuicios Etnicos (EMPE), 713
- Parent Observatory Scale (POS), 693
- Peabody Picture Vocabulary Test, (PPVT), 633, 634
- Plat Observation Scale, (PO), 693
- Play Assessment Checklist for Infant (PACF), 6934
- Play Assessment Scale (PAS), 693
- Play Therapy Observational Instrument (PTOI), 693
- Porch Index of Communicative Ability in Children (PICAC), 578
- Profile of Fatigue-Related Symptons (PERS), 281, 283, 284
- Questionnaire Scale Factors of Personality without Culture (ZPQ), 307
- State Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC), 32
- Symbolic Play Test (SPT), 693
- Test Autoevaluativo Multifactorial de Adaptación Infantil (TAMAI), 322
- Test de Emparejamiento de Figuras Familiares (MFFT-20), 485-490
- Test de Figuras Enmascaradas para Niño (CEFT), 485-489
- Test Habilidades Psicolingüísticas Illinois (ITPA), 588, 629, 633, 634, 640, 642, 643-645
- Test Matrices Progresivas de Raven (TMCR), 485, 489
- Test Stroop de Colores (TSCD), 219, 220, 227, 588
- The Behavior Observatory Scale (BOS), 693
- The interpersonal Language skills Assessment (ISLA), 579
- The Pragmatics Screening Test (TPOST), 579
- The Test of Pragmatic Skills (TTPS), 579
- The WAIS of Coping Questionnaire (WCQ), 43, 44
- The WAIS Sof Coping Checklist (WCC), 43, 44
- Transdisciplinary Play-Based Assessment (TPBA), 693
- Triada Evaluativa LOQ₄ del 16 PF, 386, 387654, 665
- Wetsby Symbolic Play Scale (WSPS), 693
- World Test (WT), 689

Relación de Organismos Internacionales

- Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, IASP, 72
- Agencia para la Protección del Medio Ambiente, 22
- Asociación Pulmonar de EE.UU., 339
- Carta Europea sobre Salud y Medio Ambiente, 22, 23
- Conferencia Europea sobre Medio Ambiente y Salud de Frankfurt, 22
- Conferencia Internacional sobre Medio Ambiente de Estocolmo, 21
- Declaración de Principios a favor de las Personas de Edad, de la ONU, 215, 216
- Departamento de Bienestar Social de la Comunidad de Cataluña, 530
- Dirección General de Atención de la Infancia, 530
- Dirección General de Protección Jurídica del Menor, 530
- Equipo Psicopedagógico de Apoyo.Consellería de Educación.Xunta de Galicia, 583
- Hospital de «*Sant Pau*». Barcelona. España, 154, 185, 271, 483, 527
- Joint Committee on Standards for Educational Evaluation, 196
- Karolinska Institutet. Estocolmo. Suecia, 53
- Ley General de Sanidad de España, 26
- Ministerio de Asuntos Sociales, 528
- Oficina de Evaluación Tecnológica de EE.UU., 22
- Oficina Internacional del Trabajo, OIT-OMS, 19
- Organización Mundial de la salud, OMS, 20, 215
- Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento de la ONU, 215
- Programa Salud para todos en el año 2000, 252
- Secretaría de Salud, Educación y Bienestar de EE.UU., 22
- Servicio de Salud Pública de EE.UU., 25
- Sistema Nacional de Salud, 26
- State of Illinois Department of Mental Health and Developmental Disabilities, 192
- Unidad de Dolor. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela.España, 71
- Universidad «*Catholique de l'Ouest*». Angers. Francia, 317, 687
- Universidad «*South Florida*». Tampa.EE.UU., 381
- Universidad «*South Dakota*». EE.UU., 339
- Universidad Autónoma de Barcelona.España, 423
- Universidad de «*La Sorbonne Nouvelle*». París. Francia
- Universidad de Barcelona. España, 69, 119
- Universidad de Granada. España, 185, 271, 483, 512, 527, 550, 559, 699, 713
- Universidad de Jaén. España, 164
- Universidad de Lleida. España, 423
- Universidad de Roma. «*La Sapienza*». Roma. Italia, 303
- Universidad de Salamanca. España, 153, 415
- Universidad de Santiago de Compostela. España. 17, 71, 119, 215, 259, 288, 339, 381, 461, 573, 584, 625, 631, 640, 654, 722
- Universidad de Valencia. España, 172, 279, 441, 687
- Universidad de York. Toronto. Canadá, 35
- Xunta de Galicia, 17, 530, 653



Relación de Autores

- AHUIR, M. Teresa. *Universidad de Valencia. España.*
- ALOY, Mercedes. *Universidad de Valencia. España.*
- ALUJA, Antonio. *Universidad de Lleida. España.*
- ALVAREZ, Domingo. *Universidad de Santiago de Compostela. España.*
- AMADOR, J. Antonio. *Universidad de Barcelona. España.*
- ANGUERA, M. Teresa. *Universidad de Barcelona. España.*
- ARCE, Ramón. *Universidad de Santiago de Compostela. España.*
- AVILA, Alejandro. *Universidad de Salamanca. España.*
- BABIANO, Nuria. *Universidad de Granada. España.*
- BARCIA, J. Miguel. *Universidad de Granada. España.*
- BEHAR, Julia. *Universidad de Barcelona. España.*
- BERRIOS, Pilar. *Universidad de Granada. España.*
- CALVO, Antonia. *Universidad de Granada. España.*
- CAPRARA, Gian V. *Universidad de Roma «La Sapienza». Italia.*
- CARNEIRO, M. Rosa. *Universidad de Santiago de Compostela. España.*
- CASTAÑEDA, M. Isabel. *Universidad de Granada. España.*
- CASTRO-BOLAÑO, Cristina. *Universidad de Santiago de Compostela. España.*
- CID, Jordi. *Universidad de Barcelona. España.*
- CUENCA, Adoración. *Universidad de Valencia. España.*
- DIAZ, M. del Pilar. *Universidad de Granada. España.*
- DONAIRE, Ana. *Universidad de Barcelona. España.*
- EGIDO, Angel. *Universidad «Catholique de l'Ouest». Angers. Francia.*
- ENDLER, Norman. S. *Universidad de «York». Canadá.*
- ESCALONA, Silvia. *Universidad de Barcelona. España.*
- FARIÑA, Francisca. *Universidad de Vigo. España.*
- FELIPE, Elena. *Universidad de Salamanca. España.*
- GOMEZ, Domingo E. *Universidad de Santiago de Compostela. España.*
- GOMEZ, María Olatz. *Universidad de Valencia. España.*
- GONZALEZ, Remedios. *Universidad de Valencia. España.*
- GONZALEZ, Andrés. *Universidad de Granada. España.*
- GONZALEZ, Remedios. *Universidad de Valencia. España.*
- GUICHARD, Jean. *Universidad de «La Sorbonne Nouvelle». París. Francia.*
- HERRERO, Jesús R. *Universidad de Salamanca. España.*
- IGLESIAS, M. José. *Universidad de Santiago de Compostela. España.*
- JACOBS, Gerard. *Universidad «South Dakota». Vermillón. EE. UU.*
- JUANATEY, Peregrina. *Universidad de Santiago de Compostela. España.*
- KIRCHNER, Teresa. *Universidad de Barcelona. España.*
- LEVI, Lennart. *«Karolinska Institutet». Estocolmo. Suecia.*
- LOPEZ Esther. *Universidad de Jaén. España.*
- LOPEZ-GUERRERO, Angel. *Unidad Dolor. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela. España.*
- LUENGO, M. de los Angeles. *Universidad de Santiago de Compostela. España.*
- LUQUE, Beatriz. *Universidad de Barcelona. España.*
- LUQUE, Nuria. *Universidad de Santiago de Compostela. España.*
- MARTINEZ, Juan B. *Universidad de Granada. España.*
- MARTORELL, M. Carmen. *Universidad de Valencia. España.*
- MONTEOLIVA, Adelaida. *Universidad de Granada. España.*

- MONTILLA, M. Dolores. *Universidad de Barcelona. España.*
- MOYANO, Catalina. *Universidad de Valencia. España.*
- NOVO, Mercedes. *Universidad de Santiago de Compostela. España.*
- OTERO-LOPEZ, José. M. *Universidad de Santiago de Compostela. España.*
- PADILLA, José L. *Universidad de Granada. España.*
- PARKER, James. *Universidad de York. Canadá.*
- PEÑA-RAMOS, Abelardo. *Universidad «South Florida». Tampa. EE. UU.*
- PEREZ, Cristino. *Universidad de Granada. España.*
- PEREZ, Joaquín. *Universidad de Jaén. España.*
- PEREZ, Jordi. *Universidad Autónoma de Barcelona. España.*
- PULIDO, M. Teresa. *Equipo Psicopedagógico de Apoio. Xunta de Galicia. Santiago de Compostela. España.*
- REAL, Santiago. *Universidad de Vigo. España.*
- ROCA, Xavier. *Hospital de «Sant Pau». Barcelona. España.*
- ROJAS, Antonio, J. *Universidad de Granada. España.*
- ROMERO, Estrella. *Universidad de Santiago de Compostela. España.*
- SABURIDO, X. Luis. *Universidad de Santiago de Compostela. España.*
- SALDAÑA, Carmina. *Universidad de Barcelona. España.*
- SANCHEZ, Emilio. *Universidad de Granada. España.*
- SEXTO, M del Carmen. *Universidad de Santiago de Compostela. España.*
- SINEIRO, Clotilde. *Universidad de Santiago de Compostela. España.*
- SUMERFELDT, Laura. *Universidad de York. Canadá.*
- TRUJOLS, Joan. *Hospital de «Sant Pau». Barcelona. España.*
- VILA, Carlos. *Universidad de Santiago de Compostela. España.*











CURSOS E CONGRESOS
DA
UNIVERSIDADE DE SANTIAGO DE COMPOSTELA