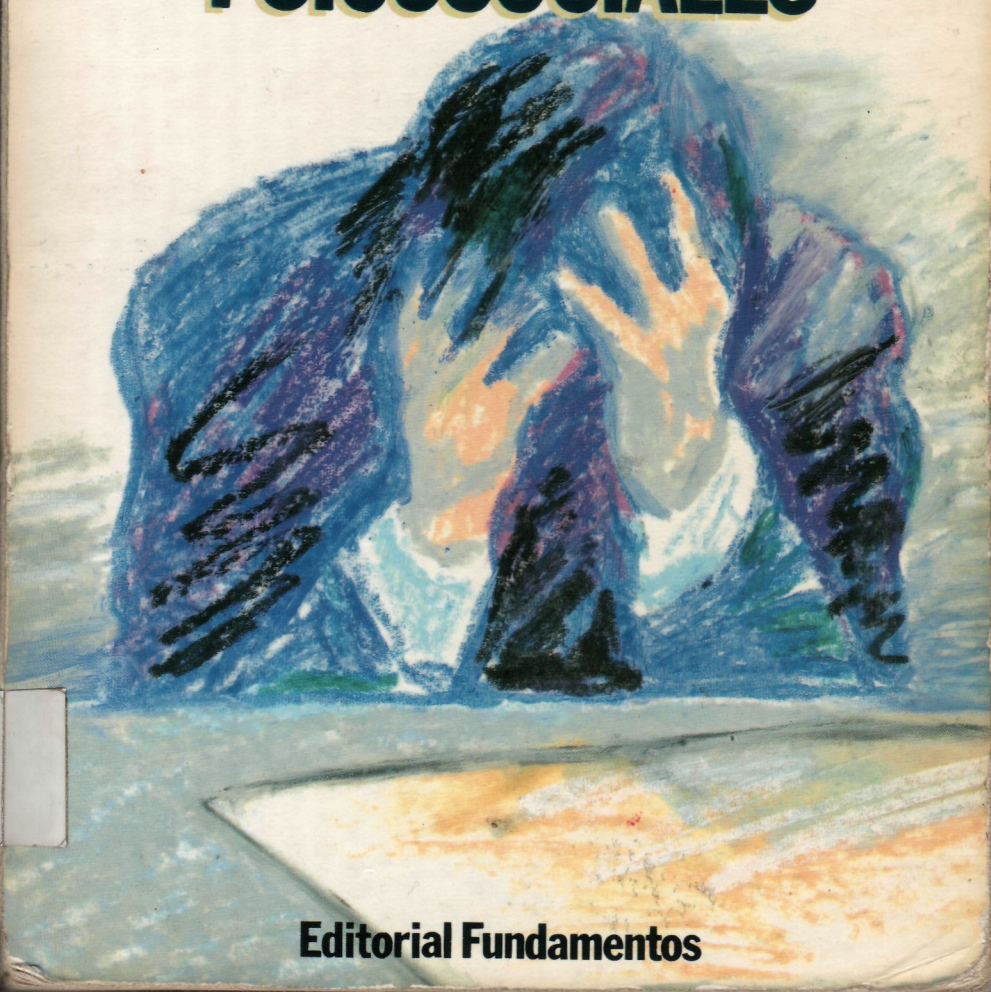


Darío Páez
y colaboradores

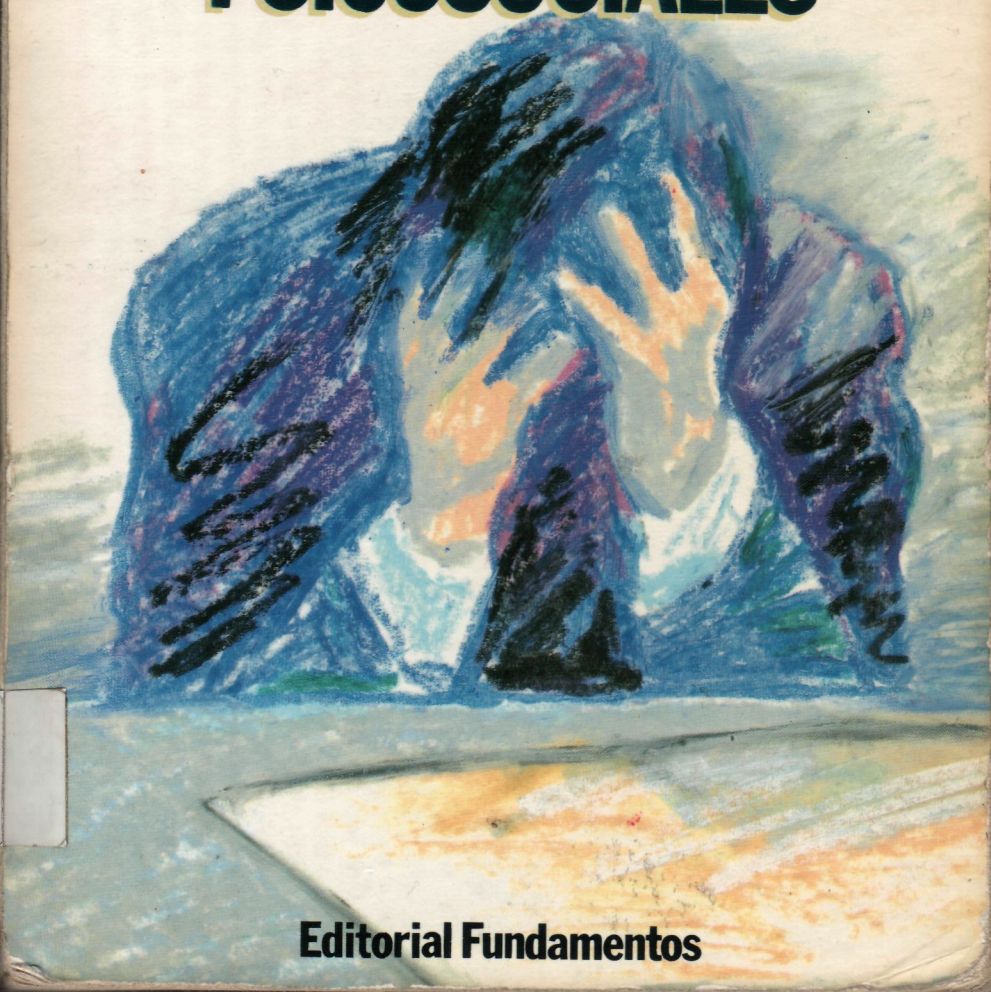
SALUD MENTAL Y FACTORES PSICOSOCIALES



Editorial Fundamentos

Darío Páez
y colaboradores

SALUD MENTAL Y FACTORES PSICOSOCIALES



Editorial Fundamentos

**SALUD MENTAL Y
FACTORES PSICOSOCIALES**

**Darío Páez
y colaboradores**

EDITORIAL FUNDAMENTOS

INDICE

	<u>Pág.</u>
Prefacio	5
Prólogo	11
Introducción	21
Capítulo I	29
Capítulo II	55
Capítulo III	67
Capítulo IV	83
Capítulo V	128
Anexo	181
Bibliografía	215

© Darío Páez, 1986

© Editorial Fundamentos 1985
Caracas 15. 28010 Madrid. España
Tfno. 419 96 19

ISBN: 84-245-0457-7

Depósito Legal: M-22656-1986

Impreso en España. Printed in Spain

Impreso por Cofás, S.A. Pol. Callfersa, nave 8. Fuenlabrada (Madrid)

Diseño gráfico de Carlos Del Giudice

PREFACIO

MODULO PSICOSOCIAL DE REKALDE

El Módulo de Asistencia Psicosocial de Rekaldeberri es un centro de Salud Integral entre cuyos servicios se encuentra el área de Salud Mental (adultos, infantil, drogodependencias). La práctica del MAPS (Módulo de Asistencia Psicosocial), se inspira en una orientación de psiquiatría y psicología comunitaria, que se caracteriza por unos ejes centrados en lo social, lo interdisciplinar, lo comunitario y lo grupal.

Esta orientación comunitaria de los problemas de salud mental surge en un contexto en el que los factores psicosociales aparecen estrechamente relacionados con las situaciones de malestar y sufrimiento.

El área de actuación del MAPS (barrios de Rekaldeberri y Basurto de Bilbao) está compuesto por unos 60.000 habitantes cuyas características sociales principales son su carácter obrero y de clase social baja, de origen emigrante, con una gran incidencia de la crisis económica que atraviesa nuestra provincia y, por lo tanto, del paro, así como un sector con graves déficits socioculturales y ecológicos. Es decir, que se trata de una población de alto riesgo y de

vulnerabilidad elevada ante las enfermedades médico-psiquiátricas. La vulnerabilidad mayor de las clases populares a las enfermedades médico-psiquiátricas es una variable estructural permanente que se repite en el conjunto de los problemas psicosociales vinculados a la salud mental, como podrá constatarse en el segundo capítulo de este libro.

El MAPS se formó a partir de la convergencia de diferentes grupos y prácticas comunitarias: la experiencia de participación ciudadana de la Asociación de Familias de Rekaldeberri, un grupo de miembros de los movimientos de mujeres y una serie de profesionales de la Salud Mental con una práctica en Psiquiatría Social.

En la actualidad el MAPS, después de casi 10 años de existencia, tiene un dossier de 1.800 casos de Salud Mental de adultos y adolescentes, 650 en Salud Mental infantil, 10.000 en Planificación familiar y 800 en el área de asesoría jurídico-social.

Respecto al área de Salud Mental se atienden anualmente unas 500 personas. La distribución de los pacientes en Salud Mental de adultos es la siguiente: 39,5% toxicomanías, 2,8% psicosis afectivas, 6,5% otras psicosis, 15,1% trastornos neuróticos, 9,8% reacciones de adaptación, 19,5% problemas psicosociales y familiares y 6,7% problemas sexuales.

La distribución sexual de los trastornos y problemas mentales siguen las pautas generales de predominio de las mujeres en los trastornos neuróticos y depresivos y en los problemas derivados de la situación psicosocial y familiar, y el predominio masculino en el alcoholismo y las toxicomanías. La pertenencia a la clase social baja se mantiene para todas las problemáticas atendidas, debido al carácter homogéneo de dicha población respecto de la variable clase social en concordancia con el área social en el que se encuentra inmerso el centro. También se encuentra entre los pacientes de Salud Mental infantil el usual predominio de los niños frente a las niñas.

Dadas las características sociales de la población asignada al centro y los fuertes déficits socioeconómicos y culturales asociados a las demandas concretas acogidas en el centro, la relación entre los factores psicosociales y enfermedad mental ha constituido desde un comienzo en nuestra práctica, una constante preocupación, sugiriendo una interesante reflexión teórico-práctica.

En un comienzo, en el año 1979, la primera investigación se realizó en concreto sobre el tema de la depresión en las mujeres casadas de clase obrera y los factores psicosociales asociados a ella. En torno a esta primera experiencia seguimos profundizando en dicho modelo interpretativo gracias a la ayuda y colaboración del departamento de Psicología Social de la Universidad del País Vasco. Por un lado, se planteaba la influencia que los factores macrosociales como la clase social y el rol sexual pueden tener en la distribución diferencial de las enfermedades mentales. Recogiendo parte de las conclusiones extraídas de la literatura anglosajona sobre los factores psicosociales asociados a la depresión-ansiedad, nos encontramos con una mayor vulnerabilidad de las clases bajas ante las enfermedades médico-psiquiátricas. Ahora bien, dentro de la población de usuarios del centro resulta poco factible encontrar dichas diferencias, debido al carácter homogéneo respecto a la variable clase social de la misma (clase social baja-media-baja) resultando de gran interés realizar un estudio comparativo en relación con otros grupos sociales. Por otro lado, la distribución diferencial según el sexo de los trastornos mentales resultaba clara, los trastornos de ansiedad y depresión se presentaban más entre las mujeres que entre los hombres.

Así mismo, existían otra serie de hipótesis sobre los factores psicosociales y la ansiedad-depresión que parecían confirmarse en nuestros datos. El nivel de stress era superior entre las mujeres que entre los hombres, el nivel de soporte social era menor en las mujeres que en los hombres, los sujetos depresivos presentaban mayor stress y menor

soporte social que el resto de los pacientes. Ibamos comprobando según profundizábamos en la investigación, que los sucesos de vida stressantes, el soporte social y los procesos psicológicos mediadores, resultaban de gran interés para la comprensión de los fenómenos sobre la ansiedad y depresión y para el abordaje terapéutico de los mismos desde la práctica asistencial y preventiva del centro. Antes citábamos el carácter fuertemente social de la demanda del centro lo cual ha generado la creación de un servicio de asistencia jurídica y social, dada la necesidad de retomar los problemas mentales desde una óptica multidisciplinar. Por otro lado, la importancia dada a las relaciones sociales y al soporte social se ponen de manifiesto a través de la terapéutica del centro basada, fundamentalmente, en las redes sociales primarias (terapias familiares y de pareja).

La experiencia de colaboración, durante estos siete años, entre el Módulo de Rekalde y el departamento de Psicología Social de la Universidad de Lovaina y el mismo departamento de la Universidad del País Vasco, ha resultado de gran interés tanto para el equipo interdisciplinar como para todos los participantes en el proyecto de investigación. Creemos que esta experiencia puede servir para ampliar el conocimiento científico del modelo psicosocial de la enfermedad mental y, en concreto, de los trastornos de ansiedad y depresión, y a su vez ha resultado especialmente interesante a la hora de plantear las estrategias terapéuticas en concreto.

Esperamos haber logrado exponer claramente nuestra reflexión, teniendo claro que la complejidad de la práctica clínica y asistencial ponen duramente a prueba los modelos explicativos y terapéuticos. En este sentido, quizás el logro principal del libro es avanzar en plantear empíricamente, de manera metodológicamente más sofisticada, las ideas paradigmáticas que guían nuestra práctica.

Evidentemente, lejos de nuestra intención el afirmar que los modelos explicativos aquí planteados son los únicos

relevantes, esperamos que el público en general, y los trabajadores de la Salud Mental en particular, encuentren en él un estímulo provechoso para la reflexión.

Módulo de Asistencia Psicosocial de Rekaldeberri.

PROLOGO

José Antonio GARCIA

Profesor de Psicología Comunitaria.
Consultor en Salud Mental de la OMS.
Departamento de Psicología Social.
Facultad de Filosofía y Ciencias de la
Educación.
UPV / EHU.

1. Introducción

«Por lo menos cien millones de personas desarrollan cada año formas de depresión reconocibles clínicamente y, por diversas razones, es probable que dicha cifra aumente (Sartorius, 1979). Una razón es que la esperanza de vida está aumentando en la mayoría de los países y que el número de personas con riesgo de desarrollar depresión, tanto en cifras absolutas como proporcionales, va a ir también incrementándose en consecuencia. Otra razón es que cada vez más gente está viviendo en un medio físico y social de rápidos cambios que frecuentemente originan stress psicosocial agudo o prolongado que puede conducir a reacciones depresivas. En un tiempo en que los tradicionales mecanismos protectores de los grupos sociales se derrumban y mucha gente queda expuesta a los desequilibradores efectos del desarraigo, la desintegración familiar y el aislamiento social, es probable que aumente la prevalencia de los trastornos depresivos como una respuesta a los factores psicosociales stressantes (Brown y Harris, 1978)... Otra mayor razón para el incremento de los trastornos depresivos es el gran aumento del uso del alcohol y de variedad de medicamentos... Se

sabe que ciertas drogas cuyo consumo está creciendo de forma ininterrumpida precipitan o exacerban la depresión; entre ellas, sedantes, tranquilizantes, antihipertensores y ciertos preparados hormonales».

O.M.S., 1983

Pocas palabras más autorizadas y ajustadas a la realidad que estas reflexiones introductorias del Comité de expertos de la OMS, en su estudio sobre los trastornos depresivos en diferentes culturas¹, para presentar este informe científico («report», o sea, a la vez «memoria» y «denuncia») sobre los factores psicosociales y su influencia en los problemas de salud mental, concretamente en la ansiedad y la depresión, elaborados por un equipo de compañeros docentes e investigadores en la UPV-EHU y profesionales del Módulo Psicosocial de Rekaldeberri (Bilbao) y con la participación de clientes de este último. Con sobrio estilo científico, bien pertrechado de datos y actuales referencias bibliográficas, van desfilando ante nuestros ojos problemas, teorías, autores, críticas y notables trabajos de campo, realizados en nuestro medio (CAV), que muestran la relevancia diferencial que tienen ciertos factores psicosociales y responsables del bienestar y salud comunitarios, en la explicación, tratamiento y prevención de los síndromes de ansiedad y depresión. Estos síndromes (ambos paradigmáticos del malestar personal y social), constituyen, junto con las adicciones, el fracaso escolar y las limitaciones intelectuales, los cuadros de problemas de salud comportamental más frecuentes y preocupantes (baste recordar, con los datos de la OMS, que al menos el 10% de las consultas en medicina general son debidas a problemas depresivos, y que esto es sólo la parte visible de un iceberg, ya que según Shepherd —1979—, el 98% de los problemas depresivos no acceden siquiera a

¹ O.M.S., *Depressive Disorders in Different Cultures. Report on the WHO Collaborative Study on Standardized Assessment of Depressive Disorders*, Geneva, 1983. Introducción, p. 1 (traducción nuestra).

consulta y, menos todavía, a un adecuado tratamiento o prevención).

En cinco capítulos, críticamente sintetizados, se exponen tanto el estado de la cuestión como las aportaciones del equipo investigador: se analiza la influencia de los instrumentos y equipos diagnósticos que estiman epidemiológicamente las tasas de ocurrencia (prevalencia e incidencia) de los fenómenos ansioso-depresivos en la población y el inquietante desfase entre necesidades reales y demandas concretas de tratamiento. Se pasa revista crítica a la influencia del nivel socioeconómico en la desigual distribución, por clases, del problema y la todavía no resuelta polémica de causación versus selección social, así como la teoría de las etiquetas («labeling») y barreras económico-culturales de acceso al tratamiento. Se investiga también la incidencia de la variable «sexo» como determinante de la variación diferencial que recae negativamente sobre las mujeres (en razón casi de 2 a 1) y la influencia que tiene en nuestra cultura el rol «mujer», el status marital, la dependencia de los hijos, la expresividad sintomatológica y la ideología dominante, como factores macrosociales de vulnerabilidad que favorecen negativamente los síndromes de dependencia y aislamiento social de la mujer en general, y de las mujeres con bajo nivel de ingresos en particular. Si a esto añadimos la relevancia de factores microsociales que pueden actuar como precipitantes-desencadenantes («gatillo»), como son los analizados bajo los constructos de «sucesos vitales stressantes (*stressful life events*) y de «soportes» y «redes» sociales (*social support* y *social networks*) que favorecen los procesos de socialización e identificación de aprendizajes primarios y de refuerzo social, tenemos ya un importante esquema de explicación-comprensión de un buen porcentaje de la varianza en las tasas de incidencia y prevalencia de los fenómenos ansioso-depresivos (tal como han sido recogidos, aunque todavía insuficientemente desarrollados en los ejes de diagnósticos IV y V de la DSM-III).

Finalmente, el importante capítulo de los factores psicológico-sociales, que actúan como mediadores clave en la configuración de las personalidades y los comportamientos de ansiedad y depresión: nos referimos a los constructos de autoestima y autoimagen (*self-esteem, self-image*), habilidades sociales y estrategias de enfrentamiento (*social skills y coping*), baja capacidad de control y su percepción (*lack of control y locus of control*), esquemas cognitivos, estilos de atribución de causalidad, nivel de expectativas, etc. Estos factores psicosociales han sido tomados básicamente de la producción psicológica norteamericana, cuya notoria proclividad a focalizarse en el polo individualista-intimista es compensada por Darío Páez y colaboradores, en las últimas páginas de esta clarificadora exposición, en un notable esfuerzo de integración teórico-práctico.

Nada otro diremos del contenido de esta obra, sino que contribuye a evidenciar, sistematizando los desarrollos actuales, la relevancia plurifactorial de los aspectos sociales y psicológicos en la semiología de la ansiedad y la depresión, especialmente en sus más expuestas víctimas: las mujeres. Profundizando en la línea de los maestros ya clásicos en el tema (Kielholz, Paykel, Dohrenwend, Brown y Harris, etc.), este equipo de jóvenes especialistas ha realizado una importante y útil aportación a la Psicología Comunitaria de la Salud clarificando la compleja problemática de los comportamientos depresivos, fortaleciendo los imprescindibles puentes entre investigación e intervención, que tanto echan en falta los profesionales de la Prevención y Atención Sanitarias.

2. Discusión: Cambios en la representación social

«Una de las más oscuras facultades de nuestro proceso de pensamiento y de lenguaje es la capacidad de materializar una entidad abstracta. Este poder se basa en nuestra capacidad de cambiar una representación, la palabra de una cosa en la cosa de una palabra... En suma la imagen asociada *con una palabra* o con una idea, llega a ser tratada como una realidad, una vez rotas las

amarras y arrastrada sin rumbo en el medio social: una realidad convencional, naturalmente, pero realidad en fin.

Se llega a un punto en que la diferencia entre la imagen y la realidad se pierde... En este punto, el concepto, o la entidad de donde había emanado, pierde su carácter abstracto y arbitrario y parece dotarse de una existencia autónoma, física casi. Para quien lo usa, el concepto adquiere la autoridad de un hecho natural.»

Serge Moscovici, 1981

Es mi hipótesis, o sospecha, que este proceso de reificación o esclerotización (Moscovici lo denomina «objetivation»²) de las representaciones sociales dicotómicas (y la ciencia no es ajena a su insidiosa influencia) ejerce una influencia nociva y paralizante en la tarea de formación y educación para la salud, tanto en los profesionales como en la gente en general. Por ello, quiero comentar brevemente y reflexionar sobre la inadecuación de alguno de estos constructos dualistas y postular que sean sustituidos por otros más adecuados o menos invalidantes.

Tengo que decir que no me gustan las dicotomías de ninguna índole (verdad-falsedad, bien-mal, naturaleza-cultura, normal-patológico, sujeto-objeto, materia-espíritu, etc.), y menos en el quehacer de investigación-intervención científico-social. Y no me gustan porque resultan confusionales y negadoras —cegadoras— de la dinámica abierta de los procesos biosociales, por muy plurideterminados que sean, y porque contribuyen a mantener el *status quo* de los modelos hegemónicos, harto dualistas y esquizoides, clasistas y maniqueos.

Tengo que decir, asimismo, que los términos y las palabras no son inocuos e insignificantes, como creían los filósofos clásicos («*De nominibus non est curandum*»), sino muy al

² MOSCOVICI, S.: *On Social Representation*, en FORGAS, J. P., *Social Cognition. Perspectives on Everyday Understanding*, Academic Press, London, 1981, pp. 199-200 (traducción nuestra).

contrario: Freud y muchos otros, antes y después, lo habrían mostrado suficientemente. Los términos y sus representaciones sociales son «marcadores-constructores» de realidades y, por tanto, legitimadores y justificantes de acción y actitudes sociales... (Cfr., Saussure, Wittgenstein, Quine, Gadamer, Cenallo, Levy Strauss, Foucault, Vigotski, Luria, Berger y Luckman, Brunner, Moscovici, o la «teoría de las etiquetas» —*labeling*—, por citar algunos autores variados y nada sospechosos de pertenecer a escuelas afines). Es decir, que las palabras actúan, se comportan como facilitadores o como barreras... no aisladamente, claro está, sino dentro de un contexto sociocultural y en combinación con otros elementos del discurso psicofisiológico y técnico-ideológico.

Nunca he comprendido bien por qué en Psicología seguimos utilizando (hablando, escribiendo, pensando en) los términos «individuo-sociedad» u otros semejantes («el hombre», los sujetos, casos, etc.), cuando tenemos a mano otros de mayor realismo y raigambre psicológicas como son los de «persona(s)-comunidad(es)», que resultan mucho más operativos (al ser constructos de rango intermedio) y menos sobrecargados de valores bloqueantes (el liberalismo económico, tan supuestamente «natural» como realmente ideologizado, o el capitalismo estatalista y societario de claro paternalismo autoritario). En cualquier caso, ni los árboles dejan ver el bosque ni el bosque deja ver los árboles.

Y no digo que esos términos dicotómicos no sean útiles en otras disciplinas (una vez despojados de sus connotaciones de asepsia y neutralidad, y por no decir claramente sexistas-clasistas-racistas, y una vez entendidos en forma dialéctica, es decir, incluyente y no excluyente, en el sentido de que la sociedad se integra y desintegra en sus individuos tanto como los individuos se integran-desintegran en su sociedad). Acaso la Filosofía, la Sociología, la Biología o la Economía puedan sacar rendimiento a estos constructos, que lo dudo, pero creo que en Psicología (de la salud) actúan más como barreras inoperantes que como facilitadores de

realidad, invalidando la investigación y la intervención. Por ello, pienso que ya es hora de cambiarlos, de dejar de utilizarlos (¿para qué utilizar instrumentos inútiles?) y sustituirlos por otros más adecuados, como, por ejemplo, los de «persona(s)-comunidad(es)». Estos constructos parece que responden mejor a la realidad y a la actualidad de nuestro campo de trabajo, por diversas razones: tienen mayor resonancia y significancia en la tradición disciplinar («personalidad», rol, representación..., familia, grupo, escuela, hospital, empresa, barrio, ciudad, país, cultura...); acentúan mejor la interdependencia de los comportamientos, que es el objeto de nuestra disciplina; se refieren a unidades de análisis-actuación intermedios, de rango medio, para lo que ya tenemos metodologías adecuadas, técnicas de evaluación, etc., y a muchos y muy fuertes intereses implicados (no olvidemos que es una de las industrias, junto con las armas y las drogas, más prósperas e inflacionistas)... En Inglaterra, por ejemplo, es la empresa con más número de empleados del país: un millón.

Pero eso que es su fuerza mayor es también su debilidad, dado que los costes económicos y humanos directos (no digamos ya los indirectos) resultan ya prácticamente insostenibles para cualquier país o empresa, por muy saneada que sea su economía (Bayés, De Miguel, Durán, Herzlich, Navarro, San Martín, WHO), y se están reclamando desde los mismos gobiernos y compañías de seguros modelos alternativos a los paradigmas biomedicalistas y «reparacionistas» (tipo «garage gratuito»). Si queremos empezar a cambiar (y todos presentamos resistencias al cambio) la forma de concebir esta realidad y la forma de intervenir sobre ella positivamente tenemos que tener claras algunas ideas: que salud y enfermedad (si utilizamos todavía los viejos términos) son dos caras de una misma moneda, y no realidades opuestas (bienestar-malestar...), es decir, que no hay enfermedad sin salud, y viceversa; que ambas dependen de la «calidad de vida» de unas personas y comunidad(es),

es decir, son las resultantes o el resultado del nivel de calidad de vida bio-psicosocial de una comunidad; que, por tanto, esos niveles y problemas de salud están en, o pertenecen a, o los adquirimos de y los devolvemos a la comunidad. Y esto es válido tanto para los problemas genéticos como para los derivados de la contaminación ambiental. Finalmente, hemos de tener claro que son todas las personas y toda la comunidad los poseedores y distribuidores de la salud y sus déficits, y que es a ellos a quienes deben prestar servicio (de formación, información, organización) los profesionales, y no al revés: es decir, el mejor servicio que podemos prestar es devolver a las personas y la comunidad el derecho —y los medios para— mejorar la calidad de vida y el cuidado de los problemas o déficits de salud, derecho que, de alguna forma, nos habíamos arrogado sustrayéndolo a sus reales detentores.

En cualquier caso, propongo que se deje de hablar ya de «enfermedad(es)» a no ser en el sentido etimológico de «debilitamiento» o inseguridad, y se utilicen términos menos «mágicos», como el de «problemas de salud» o, mejor, «problemas o déficits de calidad de vida», lo que es asumir la salud no en sentido idealista del «completo bienestar, físico, psíquico y social» (OMS, 1946), sino en sentido comportamental y concreto de los indicadores de calidad de vida (tanto a nivel de órganos y aparatos como a nivel de relaciones interpersonales, laborales, económicas y ecológicas).

Y esto, nos lleva de la mano a otra dicotomía muy difundida en la actualidad entre nosotros y tan confusional e inapropiada como las anteriores: me refiero a lo «Físico-Mental», o a la salud-enfermedad física versus salud-enfermedad mental (estoy pensando en rótulos como éste «Centro de Salud Mental»). Yo no sé qué quiere enmascarse o encubrirse bajo el adjetivo de «mental», tan espiritual, tan mentalista y animista, o con el otro, tan «materiaalista», fiscalista y animista como su pareja. Y no me gustan,

porque no dan razón de la compleja unicidad estructural y funcional de las personas, sus vidas y sus comportamientos, sus goces y sus dificultades-deficiencias. Y no es el lugar para profundizar en la dicotomía mente-cerebro o en la más clásica de psique-soma (Bunge, Ferrater, Marty, Popper-Eccles, Pribram, Ruffié, Ryle... y el viejo Weizsäcker, por citar sólo algunos occidentales que han escrito y debatido abundantemente sobre el tema). Yo no creo que se pueda ni se deba separar tanto en los seres humanos ni en las disciplinas que los estudian ni en los servicios que se le prestan, aquello que denominamos orgánico-fisiológico y lo psicológico-cultural. En cualquier caso, las personas son unidades «comportamentales» (a nivel tanto intra como interpersonal). Lo «mental» unipersonal es la vivencia y elaboración, creativa o destructiva, de lo recibido y experimentado en la interacción comunitaria y de los comportamientos ahí generados, hacia sí mismo y hacia los demás. Por ello, si de alguna forma hay que denominarlos, además de «centros de salud», le añadiría el adjetivo «comportamental», para atender ese tipo de problemas o deficiencias eminentemente «relacionales».

Y, por último, algo sobre la dicotomía «Curación-Prevención», ambas con un halo «mágico» e irreal. Curación significa cuidado, atención y nosotros, también o sobre todo los profesionales, lo hemos convertido en sinónimo de milagro, de salvación, de recuperación... lo que hipertrofia el narcisismo y la prepotencia profesional y personal, a la vez que nos hace guardar celosamente el secreto de nuestra eficacia (o ineficacia). Y eso lo explota la industria de la enfermedad, que conoce muy bien nuestras debilidades, nuestras enfermedades profesionales. Son todavía pocos los que se toman tiempo en explicar a sus pacientes los posibles orígenes del problema de salud y las probables vías de curación (es decir, de cuidarse, de atender-se; de solucionar y resolver o enfrentar, al menos, el problema); son pocos los que se atreven a reconocer públicamente que nosotros no

curamos nada, que en nuestra función, como expertos en salud y sus problemas, ayudamos y enseñamos a las personas y su organismo, a la comunidad, cómo cuidar y mejorar su nivel de salud y/o calidad de vida. Doctor significa «enseñante», no sacerdote. Y este mismo es el sentido de «Prevención»: protección de los más vulnerables, de la población a riesgo. Pero esto no se aprecia, no se reconoce su valor apenas: los profesionales, porque tienen miedo a perder sus beneficios y critican duramente cualquier forma de intervención preventiva (exigiendo grados de eficacia y resultados que no se exigen a ellos mismos), y la gente, en general, porque sólo nota el problema cuando ya existe, cuando produce dolor, no cuando se previene. La prevención actúa silenciosamente, no es algo urgente e inmediato, y sus resultados, innegables, no significativos a medio y largo plazo; no es tan visible y gratificante como la atención-curación. Y lo mismo hemos de decir de la promoción-educación para la salud. Por eso son los parientes pobres del sistema sanitario actual. Y, sin embargo, parece que la única salida a la galopante crisis del actual modelo sanitario estaría tanto en devolver a la comunidad su participación activa y creativa en la mejora de la salud como en balancear o ajustar los presupuestos (inversiones, personal, etc.) correspondientes a las tres áreas de trabajo para la salud, actualmente tan improductivamente desniveladas:

Atención- Curación	Protección- Prevención	Promoción- Educación
Actual: 95%	4%	1%
Futuro: ?	Futuro: ?	Futuro: ?

José Antonio García González
 Psicología Preventiva y Comunitaria
 Zorroaga-Donostia, 1986

INTRODUCCION

Dario PAEZ

Se ha criticado a la psicología social por asociar a una gran rigurosidad una falta de relevancia. Este trabajo muestra que, al menos en parte, un sector de su producción científica se refiere a fenómenos básicos y relevantes del sufrimiento humano. Como el lector podrá constatar, la mayoría de los artículos de referencia son de la revista más prestigiosa en psicología social (el «Journal of Personality and Social Psychology»). No sólo en la última década los temas «clínicos» han ocupado un lugar central en la producción de psicología social, sino que también esta última se ha aproximado aún más a la psicología clínica, como lo muestra la aparición de la reciente Revista de Psicología Clínica y Social en 1983.

Una segunda crítica, tanto o más parcialmente cierta que la anterior, ha sido la indiferencia de la psicología social hacia los grandes paradigmas sociológicos y una aproximación excesivamente intrapsíquica e individualista. Si bien esta tendencia sigue siendo predominante en la psicología social de USA, lo es mucho menos en la reciente y pujante psicología social europea. En la medida de lo posible, hemos

insertado siempre las hipótesis de medio y corto alcance, así como los resultados empíricos, en el interior de los grandes paradigmas sociológicos.

Si bien este libro trata de la «enfermedad mental» o de los trastornos de pensamiento, emoción y conducta que producen sufrimiento en el ser humano —por razones de eficacia y capacidad, en realidad nos hemos centrado en los trastornos más frecuentes; las neurosis de ansiedad y afectivas (depresión)—* esto se hace desde una perspectiva psicosocial. La misma estructura del libro refleja esta perspectiva y la influencia de las grandes corrientes sociológicas.

La primera parte presenta las definiciones de la salud mental, su relación con los instrumentos de medida, los resultados que éstos dan sobre la frecuencia de la «enfermedad mental» entre la población y el desfase existente entre la «enfermedad mental» estimada y tratada. Ya se constata aquí que el fenómeno «enfermedad mental» es una realidad construida socialmente, a partir de ciertas realidades ambiguas, que son estadísticamente masivas e ideológicamente denegadas.

El segundo y tercer capítulo describen la influencia de la clase social y del sexo sobre la frecuencia y distribución de los fenómenos de «enfermedad mental». Basados empíricamente en las investigaciones epidemiológicas, se busca demostrar cómo las desigualdades de poder y económicas, asociadas a la pertenencia a clases y categorías sociales

(*) Nota.—En el texto nos hemos centrado en los factores explicativos más que en la descripción de los trastornos ansiosos y depresivos. Para el lector que quiera tener una visión de la fenomenología de estos trastornos, se recomienda leer primero el anexo en el que se describen una escala de síntomas depresivos y los criterios de clasificación diagnóstica de los síndromes ansiosos y depresivos del DSM III. Además se exponen los instrumentos de medición de algunos de los factores explicativos planteados (escalas de sucesos vitales, de soporte social, estilo atributivo y centro de control). Fuera de servir como instrumentos de investigación para el que los quiera utilizar, sirven para ejemplificar los factores explicativos si el lector encuentra el texto demasiado abstracto.

situadas en diferentes posiciones de la estructura social, determinan la presencia de trastornos psicológicos. Evidentemente, la influencia de la estructura de clases y de la distribución desigual del poder y la riqueza, constituyen el eje central de la sociología marxista. Aunque sea a este nivel tan genérico, podemos decir que en esa medida el libro se inspira en la tradición sociológica marxista

El cuarto capítulo desarrolla procesos microsociales o psicosociológicos, que en tanto mediadores explican la influencia de los factores macrosociales de clase en los trastornos psicológicos. Los sucesos de vida, el soporte social, las capacidades sociales de enfrentamiento del medio y los efectos de la integración en las redes sociales en la identidad del sujeto, constituyen los elementos analizados. Estos elementos, si bien se han desarrollado empíricamente de manera dispersa, los hemos referido a dos tradiciones psicosociológicas clásicas. La primera es la durkheimiana, que hace del nivel de integración social y de la relación entre las capacidades del sujeto, los cambios del medio y las normas sociales, el eje explicativo de las conductas desviadas —como el suicidio—.

En su clásico estudio sobre el suicidio (estrechamente asociado a la depresión por otro lado: entre el 30 y 80% de los suicidas han estado previamente deprimidos, aunque sólo un 1% de los deprimidos se suicida), Durkheim hace de la integración social una de las claves de la explicación de éste: los sujetos demasiado aislados y los sujetos excesivamente integrados serían los que cometerían suicidio. Como el lector podrá comprobar, las investigaciones de Brown et al (1983) sobre la depresión y ansiedad en parte reproducen este esquema: la depresión estaría asociada al aislamiento social y la ansiedad a la integración fuerte. En este mismo sentido, Durkheim afirmaba que cuando el cambio del medio hacía que las normas sociales plantearan metas más allá de las capacidades de los sujetos, o cuando el cambio del medio y el aumento de las capacidades del sujeto dejaban

sin sentido las normas sociales existentes, se producía el suicidio. En el fondo, las investigaciones sobre soporte social y capacidades sociales plantean lo mismo. Cuando los sucesos de vida sobrepasan la capacidad de respuesta del sujeto, aunado ésto a una baja integración social, hay más probabilidades de trastornos psicológicos.

La tercera tradición psicosociológica que enmarca las investigaciones y teorías aquí expuestas es el interaccionismo simbólico —y la sociología comprensiva y fenomenológica en un sentido más amplio—. Los sucesos de vida, el soporte o integración social, las capacidades sociales, en resumen, el juego de roles sociales y las tensiones y éxitos asociados a ellos, son importantes en la medida que permiten la construcción de un sentido y una identidad positiva y estable para los sujetos. Es el sentido o significado que los sujetos le asignan a las situaciones, a partir de su posición y con sus sistemas de representaciones socialmente dados, lo que explica el sufrimiento y el tipo de trastorno del sujeto. Los efectos de los roles sociales en la representación de sí mismos, del mundo y en la autoestima de los sujetos, son los elementos explicativos centrales de la «enfermedad mental» que se inspiran del interaccionismo simbólico.

En fin, los procesos psicológicos, en particular cognitivos, se exponen en la quinta parte. A partir de los desarrollos de la psicología social cognitiva, se hace un análisis de los procesos intrapsíquicos asociados a los trastornos psicológicos. Una diferencia radical existe entre los métodos y las teorías de los psicólogos clínicos y psiquiatras, y los mismos elementos de la psicología académica en general y social en particular. En este texto hemos intentado retraducir algunos elementos parciales de la tradición teórica psicoanalítica, en particular aquellos que se prestan más fácilmente a operacionalizaciones y que han sido refrendados por métodos cuantitativos extensivos. Esta tentativa, sumamente parcial y quizá no muy afortunada, ha permitido al menos establecer puentes de comunicación sobre la generación y contras-

tación de hipótesis con un equipo de salud mental. Este texto es el producto de siete años de colaboración, de discusiones e investigaciones conjuntas con el equipo de salud mental del Módulo Psicosocial de Rekalde. Desde el año 1979, en que las dos psicólogas clínicas del centro realizaron una investigación sobre los factores psicosociales de la depresión en las mujeres obreras casadas, investigación que tuve el placer de dirigir en su parte metodológica y de análisis de datos cuando realizaba mi Doctorado en el Dpto. de Psicología Social y Experimental de la Universidad de Lovaina, se ha mantenido una colaboración fructífera con ese centro. Eso ha permitido que el Dpto. de Psicología Social de la Universidad del País Vasco, en el que trabajo desde el año 1983, haya realizado una serie de investigaciones sistemáticas en el área de salud mental y física. En particular, junto con el Módulo Psicosocial de Rekalde y más recientemente, con el de Ortuella (actual Centro de Salud del Gobierno Vasco), se han desarrollado una serie de investigaciones, que han tenido una serie de implicaciones para la práctica asistencial.

Durante el año 1983-1984, tanto en seminarios en el centro como en los seminarios organizados por el DAK (Departamento de Drogodependencias del Gobierno Vasco) se estudió sistemáticamente el código de categorización de enfermedades psiquiátricas del DSM-III, estimando su fiabilidad. Este aprendizaje y evaluación han hecho que en la actualidad todos los usuarios del Centro del área de Salud Mental, se clasifiquen según los criterios del DSM-III además de los de la OMS.

También se probaron en ocasiones, se fiabilizaron y trajeron una serie de instrumentos de evaluación de síntomas, como el PSE y escalas de síntomas ansiosos y depresivos como las de Schwab (1976) Zung y Beck (Conde y Franch, 1984). Igualmente, se utilizaron y probaron medidas de stress, soporte social y capacidades sociales. Habiendo confirmado la fiabilidad de éstas y su validez discriminante,

en la actualidad se utiliza un combinado de éstas con dos objetivos. Primero, se les pasa a todos los usuarios tanto de salud física como mental, con el fin de derivar eventuales casos de la primera área a la segunda. Segundo, junto con unos cuestionarios de Síntomas de Dismenorrea (SRS) y de hábitos sexuales, permite evaluar la asociación entre problemas ginecológicos y psicológicos, así como evaluar los resultados a nivel de bienestar de los diferentes métodos contraceptivos. Además, se realiza un seguimiento de un año a todos los usuarios, de manera de evaluar la evolución de sus síntomas y los resultados y características de los sujetos en terapia. Esto ha facilitado una recogida de datos más sistemática, así como una visión más global de la problemática de los pacientes, abandonando una óptica demasiado o solo intrapsíquica.

La influencia constatada empíricamente de los sucesos de vida negativos ha «legitimado científicamente» los servicios de asistencia jurídico-social y el carácter indirectamente terapéutico de éstos. En el mismo sentido, la influencia de las relaciones sociales o soporte social en la sintomatología, ha reforzado el interés que se le daba a las terapias de redes sociales primarias, como las de pareja y familiares. También ha reforzado el interés en mantener y ampliar el contacto con los grupos naturales (como la Asociación de Familiares de Alcohólicos, la Asociación de jóvenes, los grupos religiosos, sindicales, etc.) que sirven de red de reinserción y apoyo social a los sujetos en tratamiento. Por último, esto también ha llevado a interesarse en la formación de grupos de encuentro y discusión animados por terapeutas.

Es de esperar que la riqueza del trabajo y del diálogo mantenido en los seminarios regulares de formación que se han realizado con el Módulo de Rekalde, en el DAK y en otros centros, se hayan recogido adecuadamente.

Aunque el trabajo de redacción haya sido personal, creo necesario destacar que sin la colaboración activa de toda una serie de personas el actual texto no sería lo que es. En

particular, a nivel de las investigaciones empíricas, las siguientes personas son parte activa y responsables de los resultados:

— Del Módulo Psicosocial de Rekalde:

Rosa de la Vía (psicóloga clínica)

Luis Mari Larrazábal (psiquiatra)

Lourdes Etxebarria (psic. clínica)

Ana Casasus (médico de P.F.)

Mari Jose Celorio (asist. social y psicoterapeuta)

Amparo Cardaño (asist. social y psicoterapeuta)

Nekane Basabe (socióloga)

— Del Módulo de Ortuella:

J. Martín Txurimendi (psiquiatra) y el actual equipo del Centro de Salud.

— Del Departamento de Psicología Social y Metodología de la Universidad del País Vasco:

Agustín Etxeberria (doctorante y actual profesor de Psic. Social)

Francisca Barrio (doctorante)

Pedro Apodaca (doctorante y profesor de estadística)

Beatriz Martínez del Departamento de Psic. Gral. de la U.P.V.

A nivel de apoyo económico y de facilidades institucionales, debemos agradecer a la Unidad Experimental y Social (EXSO) de la Universidad de Lovaina, al Colat (Colectivo Latinoamericano de Trabajo Psicosocial), al DAK del Gobierno Vasco, al Departamento de Bienestar Social del Ayuntamiento de Hernani, al Centro de Salud del Gobierno Vasco de Ortuella y sobre todo al Módulo Psicosocial de Rekalde y al Dpto. de Psicología Social de la Universidad del País Vasco, Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación. Todas las anteriores instituciones han sufragado la producción y el análisis de datos, en la medida de sus

posibilidades, permitiendo el desarrollo de las investigaciones empíricas aquí reseñadas.

Y por último agradecer a Begoña Fernández de Villarán la transcripción a máquina del original.

Darío Páez Rovira.

Dr. en Psicología Social.

Profesor de Técnicas de Investigación en Psicología Social.

Departamento de Psicología Social y Metodología.

Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación.

Universidad del País Vasco.

Miembro de la Asociación Europea de Psicología Social Experimental.

Febrero, 1986

CAPITULO I

DESFASE ENTRE LAS NECESIDADES ESTIMADAS Y LA DEMANDA REAL DEL TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL

Dario PAEZ

Concepciones de la Salud Mental e instrumentos de la investigación

Las necesidades de salud o bienestar mental de la población se pueden deducir de su vertiente negativa, vale decir, de la cantidad de sujetos que sufren un *trastorno psíquico* (prevalencia) o de la cantidad de sujetos que han comenzado a sufrir una *enfermedad mental* (incidencia) en un lapso de tiempo dado.

Por otro lado, el nivel de salud mental de una población se puede deducir de una vertiente positiva. En este caso, las necesidades de salud o bienestar de la población, se van a deducir de la cantidad de sujetos que sufren, de alguna forma, de malestar psicológico. Evidentemente, este malestar tiene como referencia un estado de bienestar, felicidad y desarrollo personal «ideal» o normativo positivo.

La forma habitual de realizar estimaciones del nivel de

salud es a través de las escalas (de lista) de síntomas, que están asociadas a la concepción positiva del nivel de salud mental de una población. Estas escalas detectan cualquier percepción subjetiva de malestar psicológico. De esta manera, todos los sujetos que exhiban alguna presencia de síntomas, tendrían un nivel deficitario de salud mental.

Por el contrario, las entrevistas categorizadas por un personal entrenado, tienden a detectar los «casos» de enfermedad. Por enfermedad se entiende un síndrome de síntomas suficientemente significativos e invalidantes.

Este último instrumento es más «conservador» y está asociado a una concepción más restrictiva de la salud mental. Se considerarían sanos todos aquellos que no tengan un síndrome de síntomas invalidante, aunque estos sujetos presentan formas de malestar psicológico.

Tipo de Instrumento y niveles de salud mental, estimados en la población

La metodología mediante la cual se establece la presencia de los trastornos psicológicos, influencia los resultados obtenidos. Podemos decir que, en general, las encuestas estandarizadas por puntuaciones entregan índices mayores que las entrevistas realizadas por técnicos de la salud mental categorizando nosológicamente a los sujetos.

Las encuestas estandarizadas estilo lista de síntomas, van a entregar un elevado porcentaje de la población con síntomas. Estas encuestas formadas por listas de síntomas suelen ser cortas, y de pasación rápida. Obtienen información sobre la autopercepción de pensamientos, sentimientos y comportamientos que podrían definir un problema de salud mental.

Las puntuaciones sobre listas de síntomas dan más una información sobre el nivel de stress percibido por los sujetos y su nivel de «desmoralización», que sobre la existencia de enfermedades psiquiátricas clasificables con los criterios

médicos. El análisis factorial de los resultados de estas encuestas de listas de síntomas ha extraído como factores importantes la depresión, la ansiedad y los estados psicofisiológicos. En ese sentido se supone que estas encuestas estandarizadas miden los estados neuróticos y las reacciones psicofisiológicas (Kovess y Toussignant, 1983). En la actualidad, para objetivos de epidemiología psiquiátrica, se tiende a combinar una primera fase de pasación de escalas de síntomas o de entrevistas estandarizada (fase de pantalleo o screening), con una segunda fase de entrevista realizada por técnicos que categorizan a los sujetos (Vázquez, B., 1984; Kovess y Toussignant, 1983).

Sin embargo, la importancia de las encuestas estandarizadas y baremadas, o escala de síntomas, estriba evaluar la autopercepción del estado de bienestar de los sujetos, lo que las hace más relevantes para la problemática de la salud mental. Así, la salud mental no es sólo el negativo de la presencia de enfermedades psiquiátricas (Murphy, 1982).

Las entrevistas psiquiátricas estandarizadas (PSE, DIS), son preguntas y respuestas estandarizadas, pasadas por un técnico y evaluadas clínicamente por éste a partir de las informaciones entregadas por el sujeto. Han sido construidas a partir de los síntomas presentados por la población psiquiátrica internada. La pasación de estas entrevistas psiquiátricas, obtiene resultados diferentes según que sea realizada por entrevistadores entrenados o por psiquiatras: por ejemplo, con el DIS, los entrevistadores no psiquiátricos subestiman el origen psíquico de los trastornos psíquicos, o al revés, los psiquiatras sobreestiman el origen psicológico de los síntomas. Esto plantea, entre otras cosas, el problema metodológico de la validez y de la fiabilidad. Si se toma como estudio de fiabilidad el bajo acuerdo interjueces y la capacidad del instrumento de repetir los mismos resultados nos indican poca fiabilidad. Si se toma como estudio de validez; se plantea la cuestión ¿cuál es el criterio que valida la opinión de los expertos?

Por otro lado, los «casos» encontrados con estas entrevistas en la población general difieren de los pacientes identificados. Por ejemplo, un «depresivo» con los criterios del PSE encontrado en la población general, no es calificado como tal por un psiquiatra (Wing, 1978). Por último, el instrumento utilizado influye en los resultados; mientras más específico sea y más contacto haya entre técnicos y sujetos, más sintomatología aparecerá. Esta sintomatología es «construida» en parte por el instrumento: Vázquez (1984) va a encontrar en Cantabria una tasa de enfermedad mental superior a Navarra y similar a Londres al utilizar el PSE, por ejemplo.

Concisamente expuestas las diferentes implicaciones de cada tipo de instrumento de investigación, en relación al nivel de salud mental estimado en una población, pasemos a examinar las estimaciones de la frecuencia de problemas psicológicos que dan las investigaciones epidemiológicas.

La incidencia y la prevalencia general de la enfermedad mental

Con el método de encuestas masivas, en las que los sujetos son medidos por un baremo a partir de sus respuestas, y no categorizados, los porcentajes de sujetos con trastornos psíquicos oscila alrededor del 20% (Eron y Peterson, 1979); o entre el 15% - 25% (Dohrenwend, 1980). Este resultado se ha encontrado en USA, Islandia y Uganda. Si traducimos esta cifra a la realidad del Estado Español, tendríamos un total de 7.549.252 sujetos afectados. Para la C.A.V., el total estimado sería de 426.993.

Con el método más «conservador» de las evaluaciones por categorización psiquiátrica llevada a cabo por técnicos de la salud mental, el porcentaje de sujetos afectados por trastornos es inferior. La prevalencia media para trastornos neuróticos encontrados en estudios comunitarios en Europa

es del 10% (Vázquez, 1981). Investigaciones epidemiológicas llevadas a cabo en el Estado Español (Zaragoza: Seva 1983; Navarra: valle del Baztán; Vázquez 1981, 1982) muestran una prevalencia similar de 11,5% (comunidad rural) y del 9,4% (ciudad) de problemas psíquicos. Si traducimos esta cifra más conservadora, a la realidad española, encontramos que existirían 3.774.626 sujetos con trastornos psíquicos. El equivalente para la C.A.V. sería de 213.496 sujetos con trastornos psíquicos.

Si aceptamos una tasa de prevalencia del 10% de trastornos psíquicos generales —neuróticos—, en el caso de los trastornos más graves o psicóticos, la prevalencia estimada oscila alrededor del 1% (Blanc in Le Moal, 1981). La prevalencia de psicosis funcional en Navarra (Vázquez op. cit. ant.) era de 0,9% convergente con el 1% aceptado generalmente.

La cifra proyectada por González para el Estado Español (1979 in Bayés 1979) sería de 500.000 de prevalencia, con una incidencia anual de 20.000. Esto para una población de 34 millones. La proyección para la población de 1981, sería de una prevalencia de alrededor de 554.869 y de una incidencia de 21.892. Las cifras equivalentes para la C.A.V. serían de una prevalencia de 31.833 y de una incidencia de 1.238 (cifras proyectadas a partir de la población de hecho del Estado Español y de la C.A.V. Memorandum Datos Básicos de Salud de Euskadi, octubre de 1982).

Las enfermedades de Prevalencia Masiva

Del conjunto de trastornos psicológicos designados como enfermedad mental, hay cuatro que presentan una gran masividad y que constituyen una buena parte de la demanda de salud de la población: las adicciones, la subnormalidad, el fracaso-retraso escolar y los trastornos afectivos.

a) Se calcula que la prevalencia del alcoholismo es de un 5% entre los sujetos adultos (Freedman et al, 1982, pp.

428-429). Las cifras estimadas para el Estado Español oscilan entre un 4 y un 11,5% de la población (Bayés, 1979, p. 28). Las diferencias entre las cifras, reflejan las diferencias de operacionalización del alcoholismo más que realidades distintas. En la C.A.V. (Marquínez, 1980, pp. 324-326; 1982, pp. 18 y ss.) se calcula entre un 5-10%.

b) La subnormalidad afecta al 3% de la población según criterios de la O.M.S. —1.130.327 a nivel estatal y 64.049 en la C.A.V. (Camarero, 1982, p. 59).

c) El fracaso escolar afecta al 30% de la población estudiante, porcentaje que sube al 60% en los sectores subproletarios (op. cit. ant.).

d) En cuarto lugar, llegamos al área de los problemas afectivos: la prevalencia de la depresión es también masiva, según diferentes investigaciones (Babbington, 1978; Legrand, 1982). En el caso de la depresión, encontramos el mismo problema metodológico expuesto anteriormente: las cifras de depresión son mucho más altas cuando se aplican cuestionarios sintomáticos interpretados por un baremo, que cuando se aplican entrevistas estructuradas, realizadas por técnicos que categorizan —vale decir que diagnostican un conjunto de síntomas y deciden si el sujeto tiene o no una enfermedad mental.

Con el primer instrumento, escalas de síntomas baremadas, se va a encontrar que un cuarto de la población presenta síntomas depresivos. Un 25% de los sujetos de una muestra en U.S.A. presentaban al menos tres de los siguientes síntomas: depresión, irritabilidad, «nervios» y problemas para dormir. Essen Moller va a encontrar en Suecia que un 10% de los hombres y un 25% de las mujeres de su muestra tenían síntomas de depresión (Babbington, 1978; Marsella, 1978; Eisenberg, 1981).

Utilizando la escala de síntomas depresivos de Zung, Blumenthal et al, van a encontrar en 1975 en U.S.A. que el 13% de los sujetos de su muestra van a puntuar alto- van a presentar muchos síntomas depresivos. Utilizando el mismo

instrumento en Zaragoza (Seva, 1983, p. 242) encuentra un 6,8% de sujetos con fuertes síntomas depresivos. A lo que habría que agregar un 4,8% de la muestra en estado de depresión transitorio. En síntesis, utilizando escalas, la prevalencia de síntomas depresivos oscila entre el 13 y el 20% de la población (Boyd y Neissman, 1982, p. 113).

Las investigaciones realizadas con el segundo tipo de instrumento —entrevistas estructuradas, categorizadas por técnicos— van a entregar resultados más bajos, pero igualmente bastante masivos. La investigación de Brown en Inglaterra (Brown, 1983; Babbington, 1978; Eisenberg, 1981) va a mostrar una prevalencia del 8,4% en las islas Hébridas y del 14,8% en el barrio londinense de Camberwell. La investigación longitudinal de Meyers en U.S.A. durante diez años (1967-1976) va a encontrar una prevalencia media de 6,8% y un total de 26,7% sujetos que habían sufrido alguna vez de depresión (Meyers, 1978 in Eisenberg, 1981, p. 167). En síntesis, la prevalencia media de casos de depresión neurótica, medida por entrevistas de categorización, oscila entre el 4 y el 10% (Boyd y Neissman, 1982, p. 115).

La incidencia —número de casos nuevos por año— era de 0,82 a 0,20% en los hombres y de 0,247 a 7,8% en las mujeres (op. cit. ant., p. 119).

La duración media de los trastornos depresivos neuróticos es de cuatro meses (Perris, 1982, p. 54). Entre el 39 y el 30% de estos «casos» se recupera significativamente a medio plazo (Coryell y Winokur, p. 99). Entre el 28 y 44% de los casos sufre una sola crisis (op. cit. ant. p. 95).

En una investigación con la escala de síntomas de Zung sobre una muestra representativa en España, se encontró una prevalencia del 7%. Esto equivalía a una cifra de dos millones de adultos (Gabinete Krieft, 1982).

Vázquez va a encontrar mediante entrevista estructurada, una prevalencia del 4,1% de depresión neurótica en una comunidad rural de Navarra. Señalaremos que la depresión neurótica junto con la neurosis de ansiedad (3,5% de

prevalencia) conformaba el grueso de la prevalencia neurótica (un 7,6% de un total de 11,5% de prevalencia neurótica) —Vázquez et al, 1982, p. 165.

La incidencia de la ansiedad (entre un 3 y un 5%) la convierte en el segundo trastorno psicológico (Freedman et al 1982, p. 357; DSM III, 1983). A nivel de síntomas de ansiedad, los porcentajes del total de la población con 5 ó más síntomas bordean el 30% (Fox 1980, p. 262).

Aproximadamente más de la mitad de los casos de neurosis de ansiedad se recuperan —seguimientos de tres y medio a veinticuatro años (Coryell y Winokun, 1982, p. 103).

La investigación epidemiológica sobre el Valle del Baztán, nos permite tener una idea de cuáles podrían ser los problemas de salud mental en nuestro contexto. Las prevalencias más importantes eran:

— Neurosis	11,5%
— Psicosis	0,9%
— Desórdenes de la personalidad	2,4%
— Adicción	1,4%
— Demencia	3,2%
— Subnormalidad	1,9%

(Vázquez y colabs., 1982, p. 165).

En conclusión, resulta que, aun con los métodos más conservadores, hay cerca de un 12% de la población con un mal nivel de salud mental (de los cuales la depresión y la ansiedad tienen el peso ponderado más importante); entre un 1,4 y un 3% de adictos al alcohol; entre un 1,9 y 3% de subnormalidad y un retraso escolar masivo.

Las necesidades de la población y la población en tratamiento

Si bien es difícil deducir lógicamente cuál es la necesidad real o la demanda real de mejora de salud mental de la

población, en general se acepta que alrededor de un 15% de la población de una sociedad industrial necesita alguna forma de tratamiento psicoterapéutico (Kiesler, 1982, p. 274; Seva, 1983, p. 277). Desde una perspectiva longitudinal (siguiendo durante años a una serie de sujetos) Hagnell calculó en Suecia que la mitad de los hombres y tres cuartos de las mujeres iban a presentar al menos una vez en su vida un episodio de trastorno psicológico. Si se consideraba sólo los trastornos serios, el porcentaje caía a un 8% de los hombres y a un 15% de las mujeres (Beiser, 1978, p. 620).

Si aceptamos las cifras de prevalencia de los estudios con escalas de síntomas, encontramos que un quinto de la población tiene fuertes trastornos psíquicos —2 reputadas investigaciones de los 60 en U.S.A. van a entregar un 23,4% de trastornos psiquiátricos en la ciudad (Midtown Manhattan) y un 33% en el campo (Stirling). Una recensión reciente reproduce al menos 4 investigaciones realizadas entre 1978 y 1979 que dan resultados similares de prevalencia (Eron y Peterson, 1982, p. 233). Sin embargo, esta cifra de prevalencia es de 10 a 15 veces superior a la cantidad de sujetos en tratamiento.

El estudio de Hollingshead y Redlich (1958) va a mostrar que menos de un 1% de los sujetos de la población estaban en tratamiento psiquiátrico —en una ciudad de U.S.A. Con los datos de los años 60, Beiser (1978, p. 617) calcula que un 1,2% de la población de U.S.A. estaba en un hospital psiquiátrico o era paciente externo. Además había un millón de personas en terapia privada. En total entre un 1,5 y un 2% de la población estaba en contacto con algún técnico de salud mental. Cifras similares se encuentran en el barrio londinense de Camberwell: un 2% de la población está inscrita en los registros de tratamiento psiquiátrico. En el barrio bilbaino de Rekalde, el Módulo Psicosocial tiene en sus registros de clientes, un porcentaje similar de habitantes de éste (Memoria del MAPS de Rekalde, 1981). El consorcio Uribe-Kosta tiene inscrito en sus registros a un 1,4% de la

población, después de dos años de funcionamiento (El Correo, 2-1-85).

Nos encontramos en nuestro contexto con datos similares a los de U.S.A. e Inglaterra: sólo un sujeto sobre 10 que sufre trastornos psicológicos recurre a formas de tratamiento psicoterapéutico. Esta enorme diferencia entre la prevalencia estimada por las investigaciones epidemiológicas y la demanda real —expresada en la forma de sujeto en tratamiento— es consistente. Si en Inglaterra —con su sistema nacional de salud que asegura el tratamiento a todo el mundo— y en U.S.A. —el país de la psicoterapia privada por excelencia— los porcentajes de sujetos en tratamiento son similares, creemos que la respuesta no pasa sólo por las dificultades socioeconómicas de acceso a la psicoterapia.

Tampoco creemos que se trate de un fenómeno específico de los países anglosajones. Recordemos que Seva (1983) encontró un porcentaje importante de la población sufriendo de síntomas a partir de escalas de síntomas patológicos. La prevalencia total de los diferentes tipos de enfermedad psíquica que encontró Vázquez en Navarra son coincidentes con los resultados anglosajones citados anteriormente: un 23,8% de la población sufría trastornos —275 sujetos sobre 1.156 (Vázquez y colabs., 1982).

Las estimaciones de las necesidades de la población realizadas públicamente por profesionales de la salud mental del Estado Español, son igualmente altas. González, presidente de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, afirma: «los trastornos mentales los sufren, en grado de solicitar ayuda y a lo largo de la vida, del 10% al 15% de los ciudadanos» (González, 1983). Un grupo de neuropsiquiatras, criticando al Insalud, plantean que entre un 15 y un 20% de la población consulta en algún momento de su vida a un psiquiatra o psicoterapeuta (Tizon et al, 1983).

Factores psicosociales explicativos del desfase entre necesidades estimadas y demanda real de salud mental

Oferta institucional limitada

Si tanto las investigaciones epidemiológicas realizadas, como las proyecciones de usuarios potenciales son similares entre el Estado Español y los países europeos y U.S.A., hay una gran diferencia en relación a la oferta de tratamiento de salud mental. En efecto, un primer elemento explicativo de la diferencia entre necesidades postuladas y comportamiento de enfermedad o demanda real, pasa por la respuesta institucionalizada de la sociedad ante la problemática de la salud mental. Sin embargo, el hecho de que en países diferentes, con sistemas institucionales de salud divergentes, se encuentren cifras parecidas de población tratada, indica que este es un elemento de respuesta insuficiente. En el área de la depresión, las investigaciones epidemiológicas han estimado que alrededor del 10% de la población adulta presenta cuadros clínicos importantes —según los criterios psicopatológicos. Solo el 1,5% de estos sujetos consulta al médico generalista y sólo un 0,2% consulta a un psicoterapeuta (generalmente un psiquiatra). Un 98% de la demanda potencial no emerge. Evaluaciones recientes, hechas a partir de la ampliación de las redes sanitarias públicas, sugieren que este 98% de depresivos no tratados ha disminuido, se habla ahora de un 80-75% (Hirschfeld et al, 1982; Sartorius et al, 1983). Aun así, vemos que el desfase es demasiado grande para ser explicado por la mera limitación de las redes asistenciales de salud mental.

Limitaciones de fiabilidad

Un segundo elemento de respuesta es el cuestionamiento de los instrumentos de medición de las necesidades de la salud mental. En efecto, sólo a partir de fines de los 60 se

empiezan a mejorar los criterios de diagnósticos psiquiátricos, que son los predominantes en esta área. La fiabilidad del DSM-II (manual de diagnóstico de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana) que fue el glosario dominante de los 60 y 70 era bastante baja: 55% para psicosis; 48% desórdenes de la personalidad y 46% neurosis. La moda de los porcentajes de concordancia para categorías psiquiátricas específicas era del 50%. La neurosis depresiva era una de las categorías más vagas y poco fiables (Eysenck et al, 1983, pp. 168-169).

La fiabilidad del DSM-III, puesto a punto a fines de los 70 y que es uno de los manuales de diagnósticos más usados en la actualidad, es de .78 para el eje de trastornos sintomatológicos y de .61 para el eje de trastornos de la personalidad —medidos por el coeficiente de Kappa en pasación conjunta—. El coeficiente Kappa test-retest es de .66 y .54 para el eje sintomatológico y para el eje de trastornos de personalidad respectivamente (Eysenck et al, 1983; Barr, 1983). Aun siendo mejores que los de DSM-II estos códigos de diagnóstico están lejos de ser altamente fiables —por ejemplo el Kappa para síntomas de ansiedad en pasación conjunta era de .74, pero solo de .43 para test-retest (op. cit. ant.)

A nivel de las escalas de síntomas, la fiabilidad tiende a ser similar o ligeramente mayor. La escala de depresión de Beck tiene una media de correlación item-total de ítems de .86 y una fiabilidad test-retest de .75 (mes) y .74 (tres meses) (Manly et al, 1982). Hay que decir eso sí, que los resultados de fiabilidad pueden variar mucho, dependiendo de las poblaciones y tipos de prueba —así, mediante el método de las dos mitades, la fiabilidad de la escala oscilaba entre .53 a .93 (Conde y Franch, 1984).

Siendo más fiables estas escalas, su rango demasiado amplio las hace sobreincluyentes. Además, tanto las escalas como las entrevistas estructuradas tienden a dar altos falsos positivos. Esto se explica porque los «casos» depresivos

encontrados en la población y que no se tratan, aun coincidiendo en toda una serie de síntomas, se diferencian por algunos que producen una diferencia cualitativa. Los «depresivos» encontrados en la población compartiendo con los depresivos en tratamiento todos los otros síntomas, no presentaban síntomas físicos, un alto nivel de ansiedad y el fuerte déficit conductual que presentaban los depresivos en tratamiento (Wing et al, 1978).

Por otro lado, las clasificaciones y escalas de síntomas tienden a aplicarse mejor y de manera más fiable a casos prototípicos, que presentan un máximo de síntomas comunes a un síndrome y un mínimo de síntomas comunes con síndromes diferentes. Sin embargo, esto es una tendencia conginitiva de los seres humanos, la de anclar las categorías de clasificación en los casos más definidos o prototípicos, que no tienen una relación con la representatividad de estos casos en la población. Si bien los técnicos tienden a oponer síntomas y síndromes de ansiedad y depresivos, por ejemplo, los estudios sistemáticos muestran que entre un 76 y 100% de depresivos en tratamiento muestran fuertes síntomas de ansiedad y tensión (Sartorius et al, 1983, p. 61). Las escalas de ansiedad y depresión tienden a correlacionar de manera muy significativa —la correlación entre 17 escalas de psicopatología de diferentes áreas fueron todas significativas con, por ejemplo, correlaciones entre la escala de Depresión de Beck y la escala de ansiedad SCL de .63 (Gottlib, 1984).

La influencia de la formación de los técnicos que aplican o evalúan los instrumentos en los resultados, también es alta. Investigaciones han mostrado que análisis factoriales realizados sobre entrevistas hechas por técnicos que creían en la diferencia depresión endógena-exógena, mostraban un factor o dimensión bipolar que las oponía. Cuando el análisis factorial se realizaba sobre entrevistas hechas por técnicos que no creían en esa diferencia endógena-exógena, los resultados no extraían un factor bipolar oponiendo depresiones endógenas o psicógenas. En este mismo sentido, y

más grave aún, se encontró que las evaluaciones de las depresiones de pacientes hechas por estudiantes de medicina poco sofisticados en salud mental, coincidían mejor con las autoevaluaciones de los pacientes ($r=0,91$), que las evaluaciones hechas por psicólogos ($r=0,40$) o psiquiatras ($r=0,36$) formados (Zurbin et al, 1975).

No se puede negar que la limitación de los instrumentos es un elemento importante, al tender éstos a ser sobreincluyentes. Aun las investigaciones epidemiológicas recientes, hechas a partir de entrevistas estructuradas (como el DIS) y evaluadas a partir de los códigos diagnósticos del DSM-III, muestran una prevalencia importante y similar a la encontrada anteriormente con instrumentos similares. En una investigación reciente, evaluando la prevalencia de los seis meses pasados mediante el DIS y el DSM-III, el total de sujetos «enfermos» en una población norteamericana fue de 17,4% —estudio Eca Yale con una muestra aleatoria de 3.058 sujetos (Leaf et al, 1984). La depresión mayor tenía una prevalencia de 4,4%, las fobias de 4,6%, las agorafobias de 2,9%, las crisis de pánico 0,9%, las obsesiones compulsivas de 1,4%, las esquizofrenias de 1,2%, el alcoholismo un 4,7% y el abuso de drogas un 1,8%, por citar los trastornos que hemos mencionado en este texto. Vale decir, con instrumentos mejorados, los resultados encontrados son bastante similares a los anteriores.

La tendencia a la sobreestimación de los técnicos

Un tercer elemento explicativo, estrechamente asociado al anterior, es la tendencia de los técnicos, por su rol y formación, a sobrediagnosticar y a sobreprescribir tratamiento. Se sabe que los sujetos fuertemente implicados en un tema, tienden a clasificar de manera sobreincluyente, con el fin de discriminar máximamente los sujetos positivos de los negativos. Por ejemplo, sujetos con fuertes prejuicios

antisemitas tienden a clasificar bastante bien a estos últimos, ya que tienden a clasificar como judíos a una gran proporción de la población, a la menor señal real o supuesta de rasgos judaicos, con el fin de no dejar a ningún falso negativo (Levens, 1983). En un área totalmente distinta, los técnicos de salud mental tienden a cometer el mismo error —prefieren tener muchos falsos positivos, que tener aunque sea un solo falso negativo, vale decir, es preferible sobreestimar el número, con el fin de que no se escape ningún enfermo real, aunque para eso haya que clasificar como tales a muchos sanos.

El mismo rol de tratante o curador, lleva a los sujetos a aplicar criterios relativos que asignan a una parte de la población a ser tratada de manera estable. Una investigación sobre el diagnóstico médico, mostró muy bien este hecho: se tomaron las amígdalas (la investigación se hizo en una época que éstas eran muy populares), 611 niños ya habían sido operados y 389 no. La primera selección médica indicó que 179 niños tenían que operarse y 215 no, de estos, 389. Se tomó nuevamente a estos 215 y se les sometió a un segundo equipo médico que examinó nuevamente el estado de sus amígdalas; este segundo examen hizo que 99 niños fueran designados para operarse y 116 no, de los 215 que quedaban. Por último se tomó a los 116 que quedaban y se les sometió a un examen de amígdalas por un tercer equipo médico: éste asignó alrededor del 50% de los últimos 116 niños a operarse (Freidson, 1978, p. 251). Esto muestra, que los técnicos tienden a señalar estados de salud o enfermedad de manera relativa sobre un total de población —en este caso la regla era que aproximadamente el 50% de los chicos debían operarse de amígdalas—. Creemos que lo mismo sucede en el área de salud mental.

En síntesis, por su formación y por su rol, los técnicos están motivados a detectar un grupo (enfermos) e intervenir sobre él, ésto los lleva a sobrediagnosticar y sobreprescribir tratamiento, por lo que aplican reglas estables de inclusión

en el grupo de «tratables», con un claro sesgo de sobreinclusión. Este sería un tercer elemento que explicaría el desfase entre necesidades estimadas y demanda real.

Un cuarto elemento es, en nuestra opinión, el esencial. El grueso de la sintomatología es una sintomatología media (depresión, ansiedad, tensión, conductas conflictivas) no demasiado invalidante, y la respuesta de los sujetos ante ella no viene dada por las características intrínsecas de los síntomas. El creer que los problemas de salud mental e interna al sujeto y con una historia natural, lleva al error de aplicar el modelo médico sobre la salud mental —y además el modelo médico individualista, que se basa en la aproximación microbiológica. La mayoría de los síntomas de «trastorno mental» no tienen características intrínsecas y son una respuesta a los problemas de modo de vida, evolucionando con los cambios de éste. Si bien la intensidad de los síntomas es un factor importante, dado que la mayoría de éstos tienen un carácter intermedio, lo fundamental es la negociación que se realiza entre el sujeto, su problemática, sus recursos y su entorno. Un sujeto desarrollará conducta de enfermedad (buscará tratamiento) sólo cuando sus síntomas sobrepasen el umbral de tolerancia de su entorno y cuando el coste de buscar ayuda sea inferior a los beneficios que se extraerán del tratamiento. Aún más, la normalidad no es la ausencia de síntomas —que de hecho es una minoría estadística— sino que la norma es la presencia de síntomas, que no llevan a que el sujeto pierda el control de su conducta y que no sobrepasen el umbral de tolerancia de su entorno social.

La normalidad sintomatológica

La investigación muestra de manera constante que la presencia de síntomas es masiva: al menos dos estudios comunitarios de salud han mostrado que el 90% de los

sujetos, aparentemente sanos, presentaban alguna aberración física o desorden clínico. (Zola, 1975, p. 24).

Una investigación internacional sobre la arteriosclerosis realizada por la OMS en Suecia, Checoslovaquia y URSS encontró sobre 17.287 sujetos examinados... sólo dos mujeres y un hombre totalmente inmunes (Ross, 1981, p. 102).

Los tests masivos sobre síntomas físicos, encontraron que el 80% de los sujetos (sanos) experimentaban algún grado de presencia de al menos un síntoma (Pennebaker, 1982, p. 6-7).

En el área de salud mental, la investigación de Srole (1967) (Lacrosse, 1973) sobre una muestra representativa de Nueva York, que respondió a una encuesta psiquiátrica standarizada, va a encontrar un... 81% de sujetos con síntomas significativos.

Entre nosotros, la investigación del gabinete Krieff sobre la depresión, también confirma que la presencia de síntomas físicos, asociados a esta última, es masiva (Cfr. cuadro adjunto).

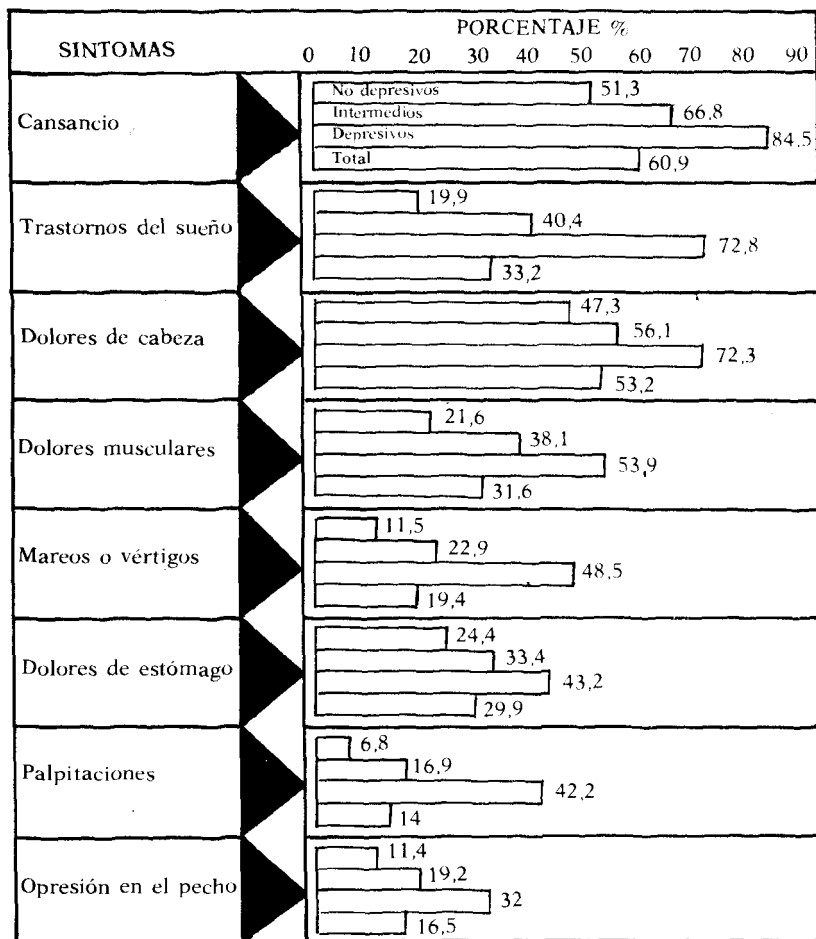
Recordemos que las escalas psiquiátricas standarizadas que valoran a los sujetos por un baremo a partir de sus respuestas, dan resultados más altos que las encuestas conducidas por personal entrenado (Babbington, 1978; Marsella 1978).

De todos modos, encuestas de este último tipo van a encontrar un 7% de depresivos en el momento de la investigación y un 28% de sujetos, que alguna vez sufrieron una depresión fuerte (Eisenberg, 1981, p. 167). Podemos concluir que hay en el público «sano» una presencia importante de sintomatología física y mental.

Evidentemente se podrá argüir que no todos los cuadros sintomáticos tienen la misma fuerza y que sólo aquellos que configuren una amenaza para la actividad normal de los sujetos los conducirá a declararse enfermos.

Las cosas están lejos de ser tan lineales y simples. Los estudios de Dunnel y Cartwright, por ejemplo, encontraron

SINTOMAS PADECIDOS EN LOS ULTIMOS DOCE MESES POR LA TOTALIDAD DE LA MUESTRA (3.003 CASOS)



(Fuente: Comentario sociológico n.º 41-42, 1982, p. 98)

que el 57% de sus sujetos respondió que su salud era buena o excelente, aunque sólo un 9% estaba ausente de todo síntoma

Dada la importancia que se le otorga en nuestra sociedad a la salud, asociada al bienestar y a una vida productiva, la mayoría de los sujetos, aun en tratamiento, algunas veces se resisten a declararse «enfermos». (Páez Pinilla e Itza, 1983).

Así como en general los sujetos defienden su identidad, en particular, los pacientes rechazan la aplicación de representaciones sociales o imágenes negativas como la de enfermo.

Así, Durán (1983) encontró que la autopercepción del nivel de salud en los españoles era relativamente independiente del número de cuadros sintomáticos y del consumo médico (p. 35).

También hay datos en el mismo sentido para el área de la salud mental. Sólo un tercio, según King (1978), de las personas habiendo tenido síntomas psicológicos han pedido ayuda a un profesional. Está ampliamente confirmado que una mayoría aplastante de la gente que tiene problemas psicológicos, aun fuertes, no busca ayuda profesional. Las variables sociodemográficas asociadas a una mayor conducta de enfermedad o búsqueda de ayuda profesional son: el ser mujer, un alto nivel educacional, ser joven y poco religioso. A nivel psicológico, los sujetos con fuertes síntomas buscan más fácilmente ayuda cuando creen que su problema es común. Lo inverso es cierto para sujetos con síntomas débiles. Hay que decir, que los datos sociodemográficos se basan en encuestas y los psicológicos en experiencias de laboratorio, por lo que la validez externa de estos últimos es discutible (Snyder e Ingram, 1983).

Así un estudio mostraba —en los años 60 en USA— que el 23% de los sujetos aceptaban el haber tenido (o tener) «problemas emocionales». Del 23% sólo un 14% había consultado un especialista. Estos «especialistas» eran: 1.º un sacerdote (42%), 2.º un médico de cabecera (29%), 3.º sólo-

mente un 18% había consultado un psicoterapeuta (Kaplan, 1971, p. 341). Diez años después alrededor del 30% consultaba a un psicoterapeuta (cit. direct.).

Señalemos que es un dato constante que los médicos generalistas acogen más personas con problemas psicológicos que los psicoterapeutas. Si bien las estimaciones de prevalencia de pacientes funcionales oscilan entre 20 y 80% (Bayés, 1979), datos más fiables hablan de un 14% de prevalencia psiquiátrica y un 26% de «funcionales». Los generalistas acogen y tratan una parte esencial de la problemática de salud mental. Sólo el 5 ó 10% de los problemas de salud mental son tratados por especialistas; el resto es acogido por los médicos generalistas o recibe la ayuda profana (Guimón, 1983, p. 200).

En general sólo un paciente sobre 10 es derivado, por estos generalistas a un psicoterapeuta. Para el caso del Estado Español, también se estima que la sensibilidad de los médicos generalistas ante los síntomas psicológicos es baja —menos de un 60% de los sujetos con síntomas psicológicos son percibidos como tales, aunque la derivación entre médicos de la S.S. a otros especialistas es muy alta— (INSAM 1983).

Por último, el fenómeno de que sólo una minoría de sujetos que tienen problemas de salud mental contacta a un técnico, es generalizable a nuestro contexto social como lo muestra el resultado de una investigación (Marquinez et al. 1982) sobre alcoholismo en la CAV: los sospechosos alcohólicos son un 9% de la muestra, pero sólo un 3% ha pensado en ponerse en contacto con un médico.

Evidentemente, las características de los síntomas tienen una cierta relación con el comportamiento de enfermo —de búsqueda de ayuda—.

Las investigaciones han mostrado que los siguientes factores influyen en la búsqueda de ayuda:

a) La frecuencia y la intensidad de los síntomas: síntomas poco frecuentes tenderán a ser ignorados, en cambio

síntomas intensos (aunque poco frecuentes) y/o síntomas intensos y frecuentes conducirán a la búsqueda de ayuda profesional.

b) La severidad percibida de los síntomas: a más serio el síntoma, más comportamiento de enfermedad o de búsqueda de apoyo y de reparación.

Relativicemos ésto de la manera siguiente: cuando el síntoma es demasiado amenazante el sujeto realizará comportamientos de negación de éstos (Coe, 1979), en una relación curvilínea.

En Francia, la mayoría de las mujeres espera tres años antes de consultar, después de haber constatado tener algo anormal en el seno —índice eventual de cáncer— (Bensaid 1981, p. 289).

c) La magnitud con que los síntomas perturban la actividad de roles normales de los sujetos: mientras más perturben éstos la capacidad de los sujetos para enfrentar el medio, mientras más fácilmente el sujeto se sienta impotente, más rápidamente se adoptará el comportamiento de enfermo. (Mechanic in Arnhoff, 1979).

Otros factores que influyen en el comportamiento de enfermo —de búsqueda de ayuda—, además de las características de los síntomas son los siguientes: el coste de la renuncia al rol normal por la percepción de la importancia y gratificaciones de éste. La clase social y los costos y recursos para buscar ayuda profesional. La definición socio-cultural de lo que es enfermedad y normalidad, concretado en la tolerancia de los grupos primarios y secundarios ante los síntomas y conductas desviantes de rol.

Evidentemente, mientras menos recursos económicos se tenga, más costoso sea buscar ayuda y más se toleren las sintomatologías, menos se comportará el sujeto como enfermo, y viceversa. (Mechanic in Arnhoff, 1979). Los anteriores elementos psicosociológicos, se integran en las entrevistas standarizadas. En éstas, se plantean como criterios para

clasificar a una conducta, pensamiento o emoción como síntoma los siguientes:

- que el fenómeno haya estado presente de manera continua;
- que éste haya estado presente de manera intensa;
- que escape al control de la voluntad;
- que se acompañe de efectos desagradables;
- y que el fenómeno en cuestión sea exagerado o esté fuera de lugar en relación a la situación real (Wing et al, 1980).

El PSE combina criterios de frecuencia e intensidad para cuantificar los síntomas así:

		FRECUENCIA	
		Menos constantes (-50% del tiem.)	Muy constantes (+50% del tiem.)
Intensidad	Moderada	0	1
	Severa	1	2

Los criterios anteriores son la traducción al significado subjetivo de los elementos psicosociológicos que facilitan la conducta de enfermedad.

Desde el punto de vista del significado intersubjetivo, los síntomas son rupturas de expectativas o normas de rol. La mayoría de los trastornos psicológicos, tal como están definidos en el DSM-III, se pueden considerar como formas de ruptura de las normas expresivas culturalmente dadas. En otras palabras, los síntomas serían sentimientos, conductas y pensamientos que se dan fuera de las situaciones, contextos y actividades normativamente adecuados (Thoits, 1985). Cuando esas rupturas impiden la realización de un rol, se constituyen además en rupturas de las expectativas de rol.

La ruptura de normas y expectativas de rol social no es suficiente para que ese comportamiento sea considerado sintomático y el sujeto sea designado como un enfermo mental.

En efecto, la investigación empírica muestra que en relación con la tasa de los enfermos mentales tratados, el porcentaje de las desviaciones «residuales» de las normas es muy elevado; se habla hasta de un 90% estimado de los «enfermos mentales» no tratados (Kaplan, 1971). Un resultado consistente de las investigaciones epidemiológicas es que la mayoría de los «casos de enfermedad mental» no están en tratamiento (Dohrewend, 1975).

La tolerancia hacia las conductas, pensamientos y emociones sintomatológicas está determinada por la representación social de lo que es enfermedad. La representación social dominante de la enfermedad es «conductual», de ruptura de normas. De esto, podemos deducir que comportamientos crónicos «raros» serán fácilmente designados como enfermedad mental (Townsend, 1980, p. 275). Sin embargo, la mayoría de los síntomas no son tan «extraños» o «raros» ni tan crónicos (op. cit. así como ver las páginas sobre el tipo de síntomas dominantes en la población: ansiedad, depresión).

En otros términos, las representaciones sociales y las expectativas del grupo le otorgarían socialmente un sentido, a los síntomas. Las investigaciones empíricas han confirmado que las concepciones culturales o representaciones sociales dominantes, la posición de la familia y las determinaciones institucionales influyen el comportamiento del sujeto «desviado» y son determinantes primarios del destino final de éste (Townsend, 1980, p. 274). Sin embargo, no se ha confirmado que las representaciones sociales estereotipadas dominantes de la enfermedad mental, ni las expectativas de los miembros de los grupos primarios, determinarán y guiarán la formación de la sintomatología misma (op. cit. ant.).

Empíricamente, hay una relación asintótica entre la gra-

edad de los síntomas y las expectativas de los grupos primarios: síntomas «suaves» de problemas psíquicos son tolerados por todos los grupos primarios; ciertos síntomas «muy fuertes» son muy poco tolerados y conducen rápidamente a la estigmatización, exclusión e internamiento de los sujetos desviantes. En fin, los síntomas intermedios —que son los mayoritarios, según indican los datos epidemiológicos— serán el objeto de una negociación de grupo y aquí serán los factores psicosociales (tolerancia, recursos y deseos del grupo primario) los que determinarán centralmente el destino del sujeto —y no las características de los síntomas—. (Towsend, 1980). Aquí juega un papel importante las diferentes sensibilidades según la pertenencia o no a una determinada clase social, o nivel socio-económico y cultural.

Como ha encontrado Gove empíricamente (in Cockerham, 1979) las familias de pequeña burguesía y burguesía son más sensibles ante los síntomas de malestar psicológico. Inversamente, las familias obreras y populares son más insensibles o tolerantes ante éstos.

Diferentes investigaciones han confirmado que las características que facilitan una reacción negativa son las que sugieren en este texto: bajo status social, comportamiento raro, evidente, imprevisible y potencialmente peligroso (Segal et al, 1980, p. 346).

La mayor parte de las desviaciones de norma son negadas por el entorno. En general los parientes de los enfermos mentales interpretan las perturbaciones en términos normales (causadas por stress o problemas de la vida cotidiana) (Cockerham 1979).

La enfermedad mental se asocia espontáneamente con la aparición de una molestia o disfuncionamiento psicológico que representa o es el síntoma de una alteración general —la enfermedad—. Esta primera impresión, asociada estrechamente a la concepción de que lo normal estadística y socialmente es estar sano debe ceder ante los resultados de la investigación: lo normal es la presencia de síntomas.

Aunque sólo una minoría de ellos serán interpretados por los sujetos como signos de enfermedad.

Del hecho de que existen unos síntomas no se deduce que una persona se considera a sí misma enferma. Los elementos que hacen que los sujetos se autodesignen como enfermos parecen ser la presencia de síntomas asociados a eventos negativos de vida que producen stress; una crisis de identidad, y que la presión grupal lo designe como enfermo. Todo esto tiene que estar asociado con la percepción cognitiva por parte del sujeto de su impotencia y de su incapacidad de controlar el medio. Son estas características unidas a la legitimación por parte de los técnicos, las que conducen al enfermo a considerarse él mismo como tal.

Las investigaciones realizadas en diferentes países permiten constatar que la mayoría de los sujetos adultos que están en tratamiento ha sido «encaminada» a tratarse por presión del entorno o instituciones. Es decir, que los sujetos son encaminados de manera predominantemente social a asumir su rol de enfermo mental. Esto no niega que la mayoría de los sujetos acepte estas presiones y pida voluntariamente tratamiento (Thoits, 1985).

En este sentido, creemos que un modelo psicosocial de los problemas de salud mental puede explicar el desfase entre necesidades estimadas y demanda real, al examinar como la problemática de salud mental se distribuye por la estructura social y cuáles son sus condiciones psicosociales de surgimiento. El carácter cíclico de la sintomatología es una expresión del carácter cambiante y oscilante del entorno en que vive el sujeto.

Examinemos los factores macrosociales asociados a la distribución de la «enfermedad mental» y veámos luego los factores psicosociales explicativos de ésta.

CAPITULO II

LA CLASE SOCIAL COMO FACTOR PSICOSOCIAL EXPLICATIVO

*Dario PAEZ, Nekane BASABE,
Amparo CARDANO,
Maria José CELORIO*

La distribución diferencial de la salud y la enfermedad según las clases sociales

Uno de los datos más firmes de la epidemiología contemporánea es la existencia de riesgo de enfermedad y de tasas de mortalidad diferentes según las clases sociales. Si bien algún tipo de enfermedad es más frecuente entre las clases altas —la poliomelitis de fines y comienzos de siglo era más frecuente entre los niños de las clases altas que no habían adquirido la inmunidad por falta de contacto con el virus— a más bajo nivel social, mayor presencia de enfermedad, mortalidad infantil más elevada y tasa de mortalidad más elevada.

Si bien la tendencia en los países industriales es a la disminución de estas tasas, esta tendencia se hace mante-

niendo las diferencias relativas. En USA las diferencias entre las tasas de mortalidad de las clases alta y baja tienden a aumentar. A nivel de la mortalidad (presencia de enfermedad) se constata en general una mayor presencia proporcional de enfermedades crónicas entre las clases bajas (Navarro, 1979, p. 114; Timio, 1981).

En síntesis: si bien algunas enfermedades (cáncer de pulmón, por ejemplo) son más frecuentes entre las clases altas, en general, las clases bajas tienen una mayor morbilidad y mortalidad y por supuesto, mayor presencia de síntomas físicos (Pennebaker, 1982, pp. 7-8).

Los «pobres» disfrutan de menor salud somática como dice Zola en un trabajo de síntesis sobre el tema (Hinojal, 1977, p. 37). Esta distribución diferencial de salud no se da sólo a nivel de presencia de enfermedad: también existe a nivel de los recursos utilizables por el sujeto y de la respuesta institucionalizada.

Si bien no veremos de manera específica la organización institucional sanitaria, la situación del Estado Español está muy bien reflejada en la síntesis de desigualdades que hace De Miguel —sociólogo médico—: «La asistencia sanitaria que recibe la población es inversamente proporcional a la necesidad de asistencia de la misma». Es decir, cuanto más pobre, cuanto más vieja, rural y mujer es una persona... menor y peor asistencia recibe». (De Miguel, 1980, p. 105).

La distribución diferencial de la enfermedad mental según la clase social

Esta distribución diferencial de la salud y de la enfermedad según las clases sociales, se encuentra también en el terreno de la salud mental. El estudio ya mencionado de Midtwon (Freeman y Giovannoni, 1969, p. 680) encontró que la ansiedad tenía una alta prevalencia en el conjunto de la población independientemente de su pertenencia de clase.

Sin embargo, la prevalencia de síntomas y de cuadros psicopatológicos era mayor entre las clases bajas. En la escala de salud mental, las puntuaciones más elevadas se encontraban en las clases bajas. Contrariamente, la mayoría de los sujetos libres de síntomas se encontraron en las clases altas. La única excepción fueron los trastornos neuróticos simples, que eran más frecuentes entre las clases altas.

Revisando críticamente las investigaciones epidemiológicas realizadas hasta 1974, Dohrenwend va a encontrar una interacción significativa entre pertenencia de clases y prevalencia de enfermedad mental: por ejemplo, en los estudios urbanos revisados, 17 estudios indicaban que la patología global era más alta entre las clases bajas —contra sólo uno que afirmaba que era más alta entre las clases altas (Vázquez, 1982, p. 379). En las encuestas comunitarias, la mediana de trastornos psicológicos —en su sentido amplio de presencia de síntomas— en la clase social más baja es de 36,4%, comparada con un 9,2% en la clase más alta (Horwitz, 1984, p. 98). Examinando los cuadros clínicos, constatamos que hay una distribución diferencial: hay una mayor prevalencia de esquizofrenias, de alteraciones de la personalidad y de enfermedades psicosomáticas entre las clases bajas (Op. cit. ant.: Bouchard, 1981, p. 397). Por el contrario, hay una mayor prevalencia de psicosis maniaco-depresivas entre las clases altas. La subnormalidad es más frecuente entre las clases bajas (DSM-III). El alcoholismo igualmente es más frecuente entre las clases bajas; si la tasa de prevalencia de éste sobre la población en general se estima en un 5%, en las clases populares ésta pasa a más del 20% de los adultos (González, 1980, p. 177). La depresión también es más fuerte en las clases bajas, según muestran una serie de investigaciones en USA y en Inglaterra (Schwab, 1976; Meyers in Eisenberg, 1981; Brown, 1983). El estudio sobre la depresión en España también mostró (Gabinete Krief, 1982) que ésta era más frecuente entre las clases más bajas. En el mismo sentido, la investigación en la comunidad Navarra

de Vázquez (1982 b, p. 168) va a encontrar que la morbilidad mayor de neurosis se encontraba entre los jóvenes de bajo nivel social, laboral y educacional.

En efecto, en la investigación del gabinete Krieff sobre presencia de síntomas depresivos, se observa una mayor incidencia en las clases más desfavorecidas disminuyendo el riesgo conforme aumenta el nivel socioeconómico.

Clase social	Media de la Escala de síntomas depresivos de Zung	Desviación típica
Baja	36,85	8,67
Media baja	35,24	8,36
Media media	34,38	7,818
Alta	30,26	6,32

Diferenciando según la presencia de síntomas (C=depresivos; B=potencialmente depresivos; A=sin síntomas) también se confirma que las clases bajas tienen una mayor presencia de casos depresivos.

	% Depresivos		Potenciales depresivos		Sin síntomas	
	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer
Población						
Total	3,1%	10,7%	42%	52,8%	54,9%	36,6%
Clase Media						
Baja	3,3%	12,9%	45,5%	50,8%	51,1%	36,3%
Clase Baja	4,2%	14,3%	48,2%	57,4%	47,6%	28,3%

(Gab. Krieff, 1982, p. 41)

Vemos cómo la tendencia general es que aumente la presencia de depresivos y potencialmente depresivos a medida que se descende en la escala social.

Críticas a la distribución diferencial de la salud mental entre las clases sociales

Si bien toda una serie de autores y de investigaciones confirman la distribución diferencial entre las clases de las enfermedades mentales, algunas investigaciones y autores critican esta afirmación. Como la mayoría de los resultados tienden a afirmar una relación entre clase social y trastornos psicológicos, lo que se cuestiona es la interpretación. ¿Los trastornos mentales conducen a un declive de la posición social? ¿O las condiciones de vida de las clases bajas conducen a los trastornos mentales? Dunham, uno de los primeros en estudiar la influencia de factores sociales sobre la esquizofrenia, afirma la superioridad de la hipótesis de la selección: si los esquizofrénicos son más frecuentes en los barrios pobres y desorganizados, es porque éstos tienden a descender en la escala social. Los esquizofrénicos tienen un estatus laboral más bajo que sus padres —por eso aparecen más sujetos enfermos psicóticos entre las clases bajas— (Dunham, 1974, p. 151). Sin embargo, el argumento de la selección social de que justamente los trastornos psicológicos causaban el descenso hacia la clase inferior, fue rechazado en varias investigaciones: la mayoría de los esquizofrénicos encuestados permanecían dentro de la misma escala social (Pierlot, 1978, p. 83).

La influencia de la pertenencia de clase en el diagnóstico, el tratamiento y la desinstitucionalización de los enfermos mentales

La pertenencia de clase influencia también el tipo de diagnóstico: en general, los pacientes de bajo estatus son más fuertemente «etiquetados». Para comportamientos similares, los sujetos que pertenecen a grupos subordinados o inferiores son diagnosticados como «más enfermos» que

sujetos de los grupos superiores (King, 1978, p. 410). En concreto, los pacientes de bajo estatus tienden a ser diagnosticados más como psicóticos que como neuróticos o sanos. Igualmente, hay una tendencia a diagnosticar a los blancos (grupo con estatus superior en USA) como obsesivos o deprimidos; por el contrario, se tiende a diagnosticar a los negros como esquizofrénicos, psicóticos o borderline (op. cit. ant.).

Hay una interrelación evidente entre el diagnóstico y el tratamiento, en general, y particularmente una asociación explícita entre diagnóstico, tratamiento y la pertenencia de clase. Buglas (1976) analizando las tentativas de suicidios tratadas y diagnosticadas durante seis años en un centro inglés (1968-1973) va a encontrar que las tentativas de suicidio serán diagnosticadas, explicadas y tratadas diferentemente según las clases sociales. Las tentativas de suicidios de sujetos pertenecientes a las clases bajas están asociadas a problemas sociales (deudas, paro, problemas con la ley, violencia interpersonal). Además, los sujetos de clases bajas tendían a ser diagnosticados como «desórdenes de la personalidad». En fin, estos sujetos eran derivados con mayor frecuencia al tratamiento de un asistente social. Al contrario, los sujetos de clases altas tendían a ser diagnosticados como depresivos, a tener menos causas sociales para su tentativa de suicidio y tendían más a ser derivados hacia un tratamiento psiquiátrico.

La clásica investigación de Hollingshead y Redlich, realizada en 1958, va a mostrar que los sujetos de clases bajas tendían a ser diagnosticados como psicóticos más que neuróticos y que tenían más posibilidades de ser internados en un hospital público, con tratamiento somático y sin psicoterapia (Hubert, 1977). Resultados similares se encontraron después en estudios posteriores. Una réplica reciente del estudio de 1958 dio resultados similares, con algunas modificaciones (Eron y Paterson, 1982). En otros términos, los sujetos pertenecientes a clases bajas serán no sólo diagnosti-

cados de manera más severa o etiquetante, sino que también recibirán con mayor frecuencia un tratamiento más somático, represivo y de tipo público. Freeman y Giovannoni sintetizan muy bien, a partir de una serie de investigaciones, las implicaciones de las características sociopsicológicas de los sujetos y su relación con el tratamiento institucional: los sujetos internados en los hospitales psiquiátricos tienden más a ser tratados mediante psicoterapia cuando son jóvenes, de clases altas y poco autoritarios; al revés, los sujetos de clase baja, de cierta edad, autoritarios y «poco populares», tienen menos probabilidades de estar en psicoterapia y más probabilidades de tener un tratamiento somático (Freeman y Giovannoni, 1969, p. 695). Por último, hay una asociación entre clase social y desinstitucionalización o abandono del hospital psiquiátrico: cuanto más elevada es la clase social del sujeto, más corta será su estancia y viceversa. (Idem).

Críticas a la influencia de la pertenencia de clase

Señalaremos que aunque la tendencia principal de las investigaciones es a confirmar la relación entre pertenencia de clase, diagnóstico más severo, tratamiento menos psicoterapéutico y de menor calidad, y salida más tardía de la institución, una serie de investigaciones han puesto en cuestión esta relación.

Por ejemplo, Crocetti et al (1975) no van a encontrar relación entre la pertenencia de clase y el diagnóstico, en la respuesta de 68 psicoterapeutas expertos de USA a una serie de historias sintomáticas. Eron y Peterson en su recensión de 1982, van a mencionar ocho investigaciones cuestionando la relación entre clase social y diagnóstico, y cuatro investigaciones cuestionando la relación entre clase social y tratamiento. Ante estas críticas podemos hacer tres comentarios. Primero, el tipo de investigación cuasi experimental en el

que se dan casos supuestos a leer y diagnosticar a psicoterapeutas es sólo una modelización y tiene menos fuerza que los datos sobre funcionamiento real de las instituciones. Segundo, el aumento de la influencia de la psiquiatría social y el cuestionamiento psicosocial del diagnóstico, no pueden menos de conducir a los psicoterapeutas a un menor etnocentrismo de clases (clasismo). Tercero, el desarrollo de redes públicas ambulatorias de salud mental y la integración de los gastos de salud mental entre los gastos sanitarios, ha conducido a un aumento de los recursos y de la acogida institucional ante la problemática de salud mental de las clases populares.

Pero, en síntesis, podemos afirmar que hay una fuerte evidencia empírica en favor de la relación entre la pertenencia de clase, el diagnóstico, el tratamiento y la desinstitucionalización. Además, no hay que olvidar que la psicoterapia gratuita y pública es un desarrollo de los últimos veinte años y que en el Estado español es aún más reciente.

Pertenencia de clase, tratamiento e institucionalización en el contexto del Estado Español y de la C.A.V.

En el caso de nuestro contexto, hay igualmente datos que confirman esta asociación entre pertenencia de clase, diagnóstico y tratamiento.

González R. (1983) en un estudio realizado en 1981 a una muestra de 395 psiquiatras del Estado Español, encontró que la mayoría de los pacientes de consulta privada pertenecían a clase media alta (42,4%), a la clase media baja (40,9%) y a la clase alta (1,9%). La clase obrera representaba sólo un 0,4%. En cambio, en las consultas públicas, la clase obrera representaba un 39,8% y junto a la clase media baja 45,1%) conformaba el grueso de la clientela —un 85%—.

No sólo la pertenencia de clase de los clientes es diferente según el tipo de consulta, sino que los diagnósticos y

tratamientos de cada tipo de consulta van en el mismo sentido que los datos generales. Según la opinión de los psiquiatras consultados, en la consulta donde predominan las clases bajas —consulta pública— los tipos de problemas más frecuentes son el psicoticismo, las depresiones, los trastornos de conducta y el alcoholismo. En la consulta donde predominan las clases medias y altas, los tipos de problemas más frecuentes son las depresiones, y los trastornos de conducta. Como se puede ver en el cuadro siguiente, los psiquiatras encuestados perciben más problemas de psicoticismo y de alcoholismo entre sus clientes de clases bajas que entre sus clientes de clases altas. Al revés, perciben una mayor presencia de problemática depresiva entre sus pacientes de clases altas. Hay una tendencia a percibir mayor frecuencia de problemas de conducta entre sus pacientes de clases altas. El resto de las problemáticas de salud mental se perciben con una frecuencia similar (cuadro tomado de González R., 1983, p. 24).

Cuadro de frecuencia de problemas según consulta, con predominio de clases altas o bajas:

	Clases altas y medias	Clases bajas
Psicoticismo	5,1%	22,8%
Alcoholismo	2,0%	7,8%
Depresiones	33,0%	22,0%
Trastornos de conducta	19,7%	15,9%
Drogadicción	0,5%	1,5%
Retraso mental	3,0%	3,8%
Senilidad	0,8%	2,0%
Desviaciones sexuales	0,5%	0,3%
Otros	28,1%	14,9%
No contesta	6,6%	9,1%

Aun relativizando los datos, dado que se trata de una encuesta de opinión entre los psiquiatras y no de un análisis

directo de su universo de pacientes, podemos constatar que el «diagnóstico» perceptivo va en el sentido de otorgar una mayor frecuencia a los diagnósticos más severos (psicoticismo y alcoholismo) a las clases bajas y los diagnósticos menos severos a las clases altas. También es interesante el revelar la discrepancia entre la percepción por parte de los psiquiatras de una mayor prevalencia de depresión entre las clases altas y el resultado de la investigación de terreno sobre la depresión en el Estado Español que indica el resultado inverso (ver páginas precedentes).

Creemos que hay dos explicaciones convergentes. Primero los sujetos de clases bajas tienden a expresar somáticamente su depresión. Por otro lado, los neuropsiquiatras en sus consultas públicas tienen muy poco tiempo para diagnosticar depresiones «encubiertas».

A nivel del tratamiento, hay una clara tendencia a dar más tratamiento psicofarmacológico en la consulta donde predominan las clases bajas —aunque la tendencia general parece ser a realizar un tratamiento medicamentoso. En efecto, en la consulta pública un 69% de psiquiatras recetan medicamentos al menos a seis de cada diez pacientes y un 37% recetan medicamentos a nueve o diez de cada diez pacientes públicos. En cambio, en la consulta donde predominan las clases altas y medias, sólo el 43% de los psiquiatras recetan psicofármacos al menos seis clientes sobre diez y un porcentaje aún más reducido lo hace a nueve o diez de cada diez —un 10% tiene esta actitud—. En el caso de la C.A.V. también encontramos que la población tratada en los servicios extrahospitalarios públicos, presenta un bajo nivel socio-económico, en contraste con la población que fue tratada en los servicios privados (Ajuriaguerra et al, 1983, p. 75).

A nivel de los sujetos institucionalizados, nos encontramos que cerca del 80% de las camas psiquiátricas del Estado están ocupadas por una población de tipo asilar (Rendueles, 1980, p. 131; OMS, 1976, p. 52). Esta población es

designada como asilar, porque es una población de larga estancia que está en el hospital en gran medida como lugar de asistencia pública, no tiene dónde ir y posee pocos recursos económicos. Prácticamente no recibe, aun hoy en día, formas de tratamiento distinto al medicamentoso. Un análisis de un hospital psiquiátrico de cerca de 2.000 pacientes, encontró que sólo el 6% de una muestra de 1.113 pacientes (internados por más de un año), tenía un origen de clase alta —la población asilar o de larga estadía con elementos de asistencia benéfica era un 57% del total de pacientes (Muñoz, 1978, p. 27). En su análisis de las características psicosociológicas de los internados de los hospitales psiquiátricos públicos de la C.A.V., Ajuriaguerra et al (1983, p. 73) observaron igualmente la asociación entre el bajo estatus socioeconómico y los tratamientos de hospitalización total. Hernanz (1982, pp. 68-69) analizando enfermos mentales crónicos de la Residencia Provincial de Alava, va a encontrar que se trata de sujetos «con profesión poco cualificada y nivel educativo muy bajo».

Conclusión

Aunque dispongamos de una cantidad menor de datos, creemos que es muy plausible concluir que la asociación entre pertenencia a las clases bajas y una distribución diferencial —negativa en relación a las clases bajas— de la salud se ve confirmada en el caso del Estado Español y de la C.A.V. El pertenecer a una clase obrera o subproletaria está asociado a una mayor probabilidad de presencia de síntomas, a un diagnóstico más severo por parte de los técnicos, a un tratamiento de menor especificidad (menos psicoterapéutico y más medicamentoso) y una estancia más larga en instituciones hospitalarias de carácter asilar.

Sin embargo, la pertenencia de clase no es el único determinante macro-social relevante para una presencia di-

ferente de la enfermedad y la salud mental. La edad, el estado civil, el origen étnico, son otros elementos importantes. Sin embargo, el elemento macro-social determinante que analizaremos a continuación es el sexo. Eso porque la diferencia de roles sexuales es interpretable, junto con la diferencia de clases, en el marco de un análisis en términos de posiciones sociales basadas en el poder socio-económico y su relación con las representaciones ideológicas. El resto de los determinantes no son tan centrales para nuestro cuadro de referencia teórica y por lo tanto no serán expuestos.

CAPITULO III

EL ROL SEXUAL COMO FACTOR DETERMINANTE DE LA SALUD MENTAL

*Dario PAEZ, Nekane BASABE,
Almudena CENDENO,
Maria José CELORIO*

A nivel de la salud y de la enfermedad física, las mujeres presentan una mayor longevidad y una mortalidad menor.

Esta mayor esperanza de vida en las mujeres es diferente según las clases (Sullerot, 1979, p. 328; ONU, 1982, p. 89). Desde el punto de vista de la morbilidad, hay una mayor incidencia de las condiciones agudas y una predominancia de las enfermedades crónicas.

Las enfermedades que tienen mayor incidencia en el sexo masculino, se caracterizan por su alta tasa de mortalidad. Aunque las mujeres presentan mayor sintomatología física (Pennebaker, 1982, pp. 7-8).

Parece plausible que las mujeres trasformen su desventaja de morbilidad en una ventaja de mortalidad, gracias a un acceso culturalmente más fácil al comportamiento de

enfermedad que favorece un diagnóstico precoz y una mayor adhesión a los regímenes médicos (Sullerot, 1979, p. 328).

Síntomas de malestar psicológico y salud mental en las mujeres

Hemos dicho que las escalas de síntomas se referían a un concepto más amplio de salud mental como bienestar psicológico general. Además, estos instrumentos daban una presencia mucho mayor de sujetos con síntomas.

Utilizando este tipo de instrumentos, operacionalizando la definición de mala salud mental como la presencia de tres o cuatro síntomas, las investigaciones masivas confirman que las mujeres muestran peor salud mental que los hombres, independientemente de su estatus social y familiar:

Síntomas de malestar psicológico
(USA Public Health Service, 1970):

N=Hombres=3.001

N=Mujeres =3.581.

% con cuatro o más síntomas:

Hombres	$\bar{X}$	Mujeres	$\bar{X}$
16,1%	1,75	35,1%	2,9

Encuesta de bienestar general:

% de puntuaciones de bajo bienestar:

Hombres	$\bar{X}$	Mujeres	$\bar{X}$
21,5%	83,54	32,9%	77,59

(Fox, 1980, p. 262).

El siguiente cuadro nos presenta la frecuencia de síntomas de malestar psicológico en hombres y mujeres en USA.

Frecuencia de síntomas generales de trastornos psíquicos según el sexo (en porcentajes):

	Hombre	Mujer	Relación Hombre /Mujer
Crisis nerviosa	3,2	6,4	1 /2
Sentimientos de crisis nerviosa inminente	7,7	17,5	1 /2,2
Nerviosismo	45,1	70,6	1 /1,5
Inercia	16,8	32,5	1 /1,9
Insomnio	23,5	40,4	1 /1,7
Temblores de manos	7,0	10,9	1 /1,5
Pesadillas	7,6	12,4	1 /1,6
Transpiración de manos	17,0	21,4	1 /1,25
Desmayos	16,9	29,1	1 /1,7
Cefaleas	13,7	27,8	1 /2
Vértigos	7,1	10,9	1 /1,5
Taquicardia	3,7	5,8	1 /1,6

(Chesler, 1979, pp. 172-175).

Esta encuesta de 1970 sobre una muestra representativa de la población de USA, evidencia que los síntomas de trastornos psíquicos son generalmente más frecuentes entre las mujeres. Las diferencias más importantes son la frecuencia de crisis nerviosas, las cefaleas, la inercia, el insomnio y los desmayos.

En síntesis, las mujeres somatizan más y son más «nerviosas».

A nivel de los síntomas más comunes —ansiedad y depresión— medidos por escalas, se confirma que hay una mayor presencia de los mismos en las mujeres.

Ansiedad psicológica, % con 5 o más síntomas y media:

Hombres:	N=1.068	Mujeres:	N=1.373	Total 2.441
%	$\bar{X}$	%	$\bar{X}$	
22,6%	3,67	40,1%	4,29	

(Fox 1980, p. 262)

Todas las diferencias de porcentaje anteriormente mencionadas son estadísticamente significativas.

A nivel de la depresión, uno de los datos más firmes de la epidemiología, es que las mujeres presentan más síntomas depresivos que los hombres (Schwab, 1976; Eisenberg, 1981). Una investigación realizada sobre muestra representativa en el Estado Español ha confirmado esto.

Consultando el cuadro sobre la depresión y la clase social de la página se puede constatar que en todas las clases se mantiene la predominancia femenina, aunque sobredeterminada por la clase —la mujer de clase baja tiene mayor presencia que la mujer de clase media baja y que la mujer en general—.

A nivel de síntomas asociados a la depresión encontramos el cuadro de la página siguiente: (Gabinete Krieff, 1982, p. 45).

En todos los síntomas depresivos como, cansancio, trastornos del sueño, dolores de cabeza, etc., los porcentajes son siempre superiores en la población femenina a excepción de la opresión en el pecho que es superior en el hombre aunque con mínima diferencia. Después de analizar los datos de la investigación se concluyó que la población femenina de más alto riesgo es el ama de casa, destacando aquellas que tienen a su cargo un enfermo crónico. En síntesis, tanto a nivel de síntomas de malestar psicológico general, como de ansiedad y de depresión, la mujer presenta más problemas de salud mental que el hombre.

Cuadros sintomáticos y enfermedad mental en la mujer

Si utilizamos el criterio de definir el malestar psicológico por la presencia de un síndrome de síntomas más o menos invalidantes, evaluados clínicamente por un entrevistador adiestrado, hemos dicho que la presencia de sintomatología

SINTOMAS PADECIDOS EN LOS ULTIMOS DOCE MESES
(DIFERENCIAS ENTRE SEXOS)

SINTOMA	SEXO	PORCENTAJE %					DIF. %	
		0	10	20	30	40		50
Cansancio	V	55,8						10,2
	M	66						
Trastornos del sueño	V	30,9						4,7
	M	35,6						
Dolores de cabeza	V	46,5						13,4
	M	59,9						
Dolores musculares	V	28,1						7,1
	M	35,2						
Mareos o vértigos	V	14,5						9,9
	M	24,4						
Dolores de estómago	V	28,5						2,9
	M	31,4						
Palpitaciones	V	12,1						3,8
	M	15,9						
Opresión en el pecho	V	17,0						—1
	M	16,0						

es menor. Aún utilizando este instrumento, las mujeres aparecen con una mayor presencia de enfermedad mental que los hombres (ver cuadro).

Porcentaje de hombres y mujeres con neurosis y psicosis.

	Hombres	Mujeres	Relación Hombre/Mujer
A. Evaluaciones clínicas			
Primrose 1962:	4,7	14,7	1/3
Hagnnell 1966:	6,0	15,6	1/2,6
B. Encuestas estandarizadas			
Public Health Service (1970)	14,9	34,2	1/2,3
Bradburn et Caplovitz (1965)	31	54	1/1,7
Bradburn (1969)	20,3	38,9	1/1,9
C. Fuentes combinadas			
Hagnnell 1966	6,0	15,6	1/2,6

(Gove y Tudor, 1979, p. 66 et 67)

Vemos que en el conjunto, la relación hombre-mujer es desfavorable y que esta relación es aún más desfavorable en el caso de entrevistas clínicas. Aunque algunas investigaciones no confirmen este rasgo, una revisión reciente afirma, a partir de las investigaciones existentes que las mujeres presentarían más frecuentemente enfermedades mentales y que además serían afectadas más a menudo por las enfermedades mentales típicamente culturales, como el tarantulismo (King, 1978, p. 421).

Examinando los diferentes tipos de trastornos, con todas las dificultades de validez y de fiabilidad implícitas, los datos epidemiológicos indican una incidencia diferencial,

con los hombres predominando en los trastornos «activos» graves (psico o sociopatías, alcoholismo y toxicomanía) y las mujeres predominando en los trastornos pasivos menos invalidantes (neurosis, depresión, somatizaciones). Ver el cuadro:

Enfermedad	Porcentaje sobre la población	Relación entre Hombre/Mujer
Esquizofrenia	1	1 / 1
Psicopatía	0,5	5 / 1
Toxicomanía	15	3 a 4 / 1
Psiconeurosis	20	1 / 3
Psicosomatización	25	1 / 1 a 1 / 3
Depresión	5 a 20	1 a 2 / 3

(Sullerot, 1979, p. 333; Sáez, 1979, pp. 41,76).

Hay que señalar además que los hombres predominan en las enfermedades infantiles (Sullerot, 1979, p. 332).

En el caso del Estado Español, la investigación antes citada confirmó que no sólo la presencia de síntomas, sino que el número de «casos» o enfermos depresivos es mayor entre las mujeres.

Se establecieron tres niveles para evaluar la población con la escala de Zung:

- «Casos»: Depresivos.
- Sujetos: Intermedio (población potencial personas con ciertos síntomas pero sin un diagnóstico de depresión).
- Sujetos: no depresivos.

Este estudio se realizó con prevalencia en un mes y no con incidencia anual. Por tanto, es lógico suponer que muchos sujetos del nivel potencial pasarían al nivel de «Casos» y viceversa en un período mayor de tiempo.

El resultado ha sido de un 6,9% de depresivos en la

población adulta por encima de 15 años. Los datos confirman la especial incidencia en la mujer que es un 10,7% frente al 3,1 en el hombre (ver cuadro):

Mujeres	%	Frecuencia absoluta
No depresivas	36,6	549
Intermedias	52,8	792
Depresivas	10,7	160

Hombres	%	Frecuencia absoluta
No depresivos	54,9	824
Intermedios	42,0	631
Depresivos	3,1	46

La proyección de estos datos es la siguiente:

Según el INE en 1981 existían 13.437.000 varones y 14.363.000 mujeres mayores de 15 años, extrayendo el 3,1% de los varones y el 10,7% de las mujeres nos da una cifra superior a 1.900.000 mayores de 15 años que sufren de depresión, de ellas más de 1.500.000 serían mujeres y no menos de 400.000 serían hombres.

Vemos que las mujeres sufren de depresión tres veces más que los hombres, y no solamente hay un porcentaje más alto en el nivel superior sino que en el nivel intermedio o de indicio de depresión es también superior.

El 55% de los varones pueden considerarse libres de trastornos depresivos, mientras que sólo el 37% de las mujeres pueden incluirse en este nivel.

Aunque sobre los otros trastornos no tenemos datos epidemiológicos del Estado, los datos de internamiento (enfermos hospitalizados o en tratamiento) confirman la predominancia femenina en el área neurótica-depresiva y la mas-

culina en el área de toxicómanos, alcoholismo y trastornos sociopáticos.

En efecto, el análisis de la distribución por sexos de la población tratada extrahospitalaria en Vizcaya, muestra que las mujeres son mayoría en tres clases de enfermedades: los trastornos mono y bipolares (depresiones mayores), la neurosis, y las psicosis orgánicas, las tres mayoritarias en el conjunto de diagnósicos. Su presencia es mínima en los estados deficitarios infanto-juveniles y en los pacientes tratados de alcoholismo y toxicomanías. En la población psiquihospitalaria de Vizcaya, de nuevo, la neurosis, la psicosis orgánica y los trastornos cíclicos mono y bipolares, pero también en la psicosis esquizofrénica y los estados deficitarios infanto-juveniles son los diagnósticos donde las mujeres superan en número a los varones. Su presencia es mínima entre pacientes tratados de alcoholismo y toxicomanías. En síntesis, las mujeres vizcaínas tratadas, son proclives a los mismos problemas psiquiátricos que sufre la población femenina en otros países. Las depresiones, las demencias y las neurosis de ansiedad sobre todo, son más frecuentes en el sexo femenino. En las psicosis esquizofrénicas los pacientes se reparten prácticamente por igual entre los dos sexos y el alcoholismo y las toxicomanías son de predominancia masculina.

Departamento de Cultura - Gobierno Vasco, 1982, pp. 416-419).

Las mujeres como usuarias de las instituciones de salud mental

Algunos autores han afirmado que las mujeres predominan como usuarias tanto de tratamientos ambulatorios como hospitalarios (Gove y Tudor, 1979).

Los siguientes datos confirman esta tendencia:

HOSPITALIZACION SEGUN EL SEXO Y EL TRASTORNO MENTAL

Tipo de hospital	Hombres		Mujeres	
	Neurosis	Psicosis	Neurosis	Psicosis
Hospitales generales	956	931	2.068	1.334
1. ^a entrada en hospitales psiquiátricos	107	293	165	322

Relación hombre/mujer

Hospitales generales	11,80
1. ^a entrada en hospitales psiquiátricos	11,22

[Frecuencia sobre 100.000 personas (Gove y Tudor, 1979)].

Los resultados de tratamientos ambulatorios mostrarían la misma tendencia:

	Hombres		Mujeres	
	Neurosis	Psicosis	Neurosis	Psicosis
Clínicas psiquiátricas	433	687	956	834

Relación hombre / mujer

Clínicas psiquiátricas	1 / 1,60
------------------------	----------

Además, más mujeres que hombres están en tratamiento con médicos privados. El número de mujeres tratadas sería el doble que el de hombres (Gove y Tudor, 1979, pp. 72-73). Los psiquiatras confirman también una presencia más importante de mujeres en tratamiento privado: dos hombres por cada tres mujeres (Balint y al, 1965; in Chessler, 1979, p. 171).

Esta tendencia al predominio general de las mujeres como usuarias debe ser relativizada.

Si bien en algunos países predominan las mujeres sobre los hombres en los *pacientes ingresados*, en general la tendencia es al predominio de los hombres: en Inglaterra las mujeres tienen una tasa de admisión más alta que los hombres (OMS, 1976, p. 57), mientras que ocurre lo contrario en las tasas globales en USA (op. cit ant.; Fox, 1980; Castel, 1980).

A nivel del Estado español constatamos que los hombres predominan en el tratamiento hospitalario e incluso extrahospitalario:

Distribución por sexo de las poblaciones psiquiátricas hospitalarias (1978) y extrahospitalarias (1979) de Vizcaya.

	Varones	Mujeres	Total
P. Hospitalaria	55	45	100
P. Extrahospitalaria	50	50	100
P. Vizcaina	49	51	100

Fuente: OMIE «Descripción psicosocial de los pacientes psiquiátricos atendidos en las consultas externas durante 1979». Y elaboración propia.

Estancias hospitalarias de enfermedad mental:

	Hombres	Mujeres
C.A.V.	384.416	269.840
E. Español	6.915.640	4.374.903

Dados de alta enfermos mentales en 1978:

	Hombres	Mujeres
C.A.V.	1.879	1.172
E. Español	43.520	23.792

(Memorandum de datos básicos de salud en Euskadi, 1982)

Sin embargo, aunque aparece fundamentadamente que los hombres predominan en el tratamiento hospitalario, también hay evidencia consistente que las mujeres predominan en el tratamiento ambulatorio de salud mental para adultos: según los datos de 19 centros de asistencia ambulatoria en Madrid, el 70% de los pacientes era femenino; en el módulo de Rekalde el 53% de los pacientes adultos eran mujeres, y el porcentaje era más mayoritario si excluimos toxicomanías (Memoria MAPS Rekalde, 1983).

Esta predominancia de las mujeres en los tratamientos ambulatorios se ve reforzada por el hecho de que las mujeres recurren con más frecuencia que los hombres a los cuidados médicos en general, utilizan más medicamentos en general —y psicotropos en particular— y gastan más en cuidados médicos que los hombres (Sullerot, 1979, p. 335; OMS, 1981).

Rol de la mujer, estatus marital, expresividad y síntomas psicológicos

Una serie de investigaciones había mostrado que las mujeres casadas tenían más síntomas y más presencia de enfermedad que los hombres casados. En cambio, los solteros tendrían peor salud mental que las solteras (Sullerot, 1979, p. 337). Gove y Tudor han postulado que el bajo estatus y el rol difuso de esposa y ama de casa serían un factor facilitante de sintomatología. Si bien algunas investigaciones confirman esto, otras muestran que la mujer independientemente de su estatus marital, tiene más síntomas que los hombres (Fox, 1980).

Un segundo elemento importante del rol de la mujer es que facilita la expresividad. En efecto, a nivel cultural, las mujeres pueden ser más expresivas que los hombres, lo que hace que puedan quejarse más abierta y directamente —hay elementos que van en ese sentido— (Corral, 1983).

A nivel de rol sexual, las mujeres se «pueden» quejar más de dolores. Así, Hinojal encontró que las mujeres de una muestra española se quejaban de haber tenido el doble de enfermedades que sus maridos (1977, p. 55). Las investigaciones informan recurrentemente que las mujeres consultan más frecuentemente a los médicos, consumen más medicamentos de todo tipo —de 20 a 25% más de consumo (Roche et al, 1982)— y en particular psicótrpos (Eisenberg, 1981).

La influencia del factor cultural de expresividad ha sido confirmada en una investigación de Zola sobre expresión de la enfermedad en enfermos de cultura expresiva (italianos) y controlada (irlandeses). Comparando enfermos de ambas culturas, con el mismo diagnóstico primario, Zola encontró que diferían en:

- a) *Localización de los síntomas*: los italianos percibían su síntoma difuminado, los irlandeses localizado en una parte del cuerpo.
- b) *Percepción del sufrimiento*: los italianos mostraban

mucho más sufrimiento; los irlandeses restringían y negaban la experiencia de sufrimiento.

c) *El nivel de perturbación percibida del bienestar*: los italianos expresaban que la enfermedad era un gran impedimento para su bienestar, no así para los irlandeses.

Se comprueba de esta manera que la percepción y expresión de los síntomas es diferente según la cultura. Ante el mismo problema de base, los italianos van a enfrentar la ansiedad con una exageración, generalización y dramatización de sus síntomas y dolores. Los irlandeses van a enfrentar la ansiedad ligada a la enfermedad negando y minimizando sus síntomas (Zola in Herzlich, 1970). Creemos plausible que esta diferencia entre *hombres* pero con facilidades expresivas culturalmente definidas diferentes, se puede repetir entre hombres y mujeres, y explique *en parte* la presencia de mayor sintomatología entre las mujeres.

Kessler (et al, 1981) va a encontrar, examinando cuatro estudios masivos, que las mujeres tienen más problemas emocionales que los hombres, pero que *también* tienden más a tomar consciencia de ellos como problemas psicológicos y además, que tienden a buscar ayuda psicoterapéutica más que hombres con niveles de sintomatología similares. Agreguemos a esto que el rol de la ama de casa, que legitima que la mujer sea el experto informal en enfermedades, aumenta su conocimiento «médico» y le ofrece el «caer enferma» como una alternativa legítima y menos costosa que al hombre —aunque esto sea relativizable.

Ideología dominante y síntomas psicológicos en la mujer

La investigación de Broverman va a confirmar que la imagen de la mujer entre los psicoterapeutas en USA estaba teñida por la ideología dominante machista. Estos creían que las mujeres «normales» eran diferentes del adulto normal sano, según se infería de sus respuestas al diferencial

semántico. La mujer «normal» era percibida como más sugestionable, infantil, que el hombre.

Además, tanto en USA como en Francia se encontró que hombres y mujeres prefieren a psicoterapeutas masculinos (Moscovici, 1976; Chessler, 1979). En Francia se encontró que el público se representaba a las mujeres como pacientes de psicoterapia mayoritarios. En la mayoría de los países los psiquiatras son hombres. En USA psicólogos y psiquiatras definían al paciente ideal así: mujer de entre 20 y 40, bonitas, de verbalización fácil, inteligentes y con éxito social (Schoefield in Corral, 1983, p. 118). Vemos que en las representaciones del público y de los técnicos se confirma una visión de la mujer como fácil usuaria de psicoterapia, tratada por un hombre. También se ha visto que la normalidad es «viril», según los técnicos en USA y según el público en Francia —al menos en los 50 y 60 (Moscovici, 1976).

Desde el predominio de los valores de actividad y normalidad «varonil», las mujeres «normales» serían percibidas más fácilmente como «enfermas normales» —de hecho, al menos a nivel de enfermedad mental, las investigaciones indican que hay una mayor tolerancia hacia la sintomatología femenina, ya que la imagen de la mujer «normal» es un «poco histérica y loca» (Chessler, 1979; Corral, 1983)—. En efecto, paradójicamente, se acepta más fácilmente que la mujer sea usuaria de tratamientos, pero, se es menos exigente y radical ante ella para calificarla como enferma grave. En ese sentido van los resultados de la investigación de Philips y Segal (in Sáez, 1979), que muestra que los hombres psicóticos son internados a una edad más temprana que las mujeres de sintomatología similar. Algo similar ocurriría con el predominio de los niños en la asistencia de psiquiatría infantil: no se trataría sólo de una aparición de síntomas más precoz y más fuerte en los hombres, sino que una respuesta menos tolerante, más rápida, del medio hacia la desviación psicológica masculina. Aclaremos eso sí,

que esta explicación debe aún ser contrastada más extensivamente.

Sin embargo, además de las diferencias de rol y de normatividad ideológica entre hombres y mujeres, creemos que los factores psicosociales explicativos de los trastornos psicológicos son los mismos para hombres y mujeres.

CAPITULO IV

SUCESO VITAL, SOPORTE SOCIAL, RECURSOS E IDENTIDADES SOCIALES COMO FACTORES EXPLICATIVOS DE LA DEPRESION Y ANSIEDAD

Dario PAEZ

En este texto intentamos presentar una síntesis del estado actual del conocimiento de los factores microsociales de vulnerabilidad y de producción de los síntomas psicológicos —depresivos y ansiosos en particular—. Nos centramos en los factores microsociales —como los sucesos de vida stressantes, el soporte social y las habilidades sociales de control del medio así como en algunos factores psicológicos postulados, particularmente la estima de sí (Autoestima)—. Además, se intenta exponer cómo los factores psicosociales se articulan con la distribución diferencial de los síntomas depresivos y ansiosos en las categorías macrosociales de clase y rol sexual.

Factores de vulnerabilidad macrosocial

Como hemos visto hay mayor presencia de síntomas depresivos en las clases sociales dominadas y desde el punto de vista del sexo hay más presencia de síntomas en las mujeres que en los hombres —en particular—, hay mayor presencia de síntomas en las mujeres casadas obreras y subproletarias. El sexo y la clase social actúan como un determinante de vulnerabilidad diferencial a la enfermedad mental. He aquí un ejemplo de la distribución diferencial de síntomas depresivos:

	% de casos depresivos	N.º total
Mujeres de clase trabajadora	12%	209
Mujeres de clase media	5%	210
Total	9%	419

(Brown, 1983, p. 150)

Investigaciones epidemiológicas han confirmado que las tasas de depresión son más altas en ciertos grupos étnicos —negros e hispanoparlantes en USA—. Esta diferencia desaparece cuando se controla el estatus socioeconómico, en otros términos, las diferencias étnicas pueden ser explicadas por las posiciones de clases bajas asociadas a estos grupos (Aneshensel et al, 1983). Estas mismas investigaciones muestran que las mujeres de grupos étnicos en posiciones sociales bajas tienen tasas de depresión más altas (op. cit. ant.). Por ende, la clase social y el sexo son factores de vulnerabilidad, evidentemente.

Sucesos vitales y enfermedades mentales

Las investigaciones empíricas reafirman la asociación entre la aparición de sucesos vitales problemáticos y el nivel de síntomas psicopatológicos. Psicológicamente, los sucesos stressantes son aquellos que se perciben como amenazas al bienestar físico o psíquico (Krantz et al, 1985, p. 354).

A otro nivel, se entiende por sucesos vitales aquellas experiencias objetivas de cambio vital, que exigen un reajuste de la conducta del sujeto, ya que interrumpen o amenazan con obstaculizar las actividades usuales de éste (Thoits, 1983, p. 35).

Habría una asociación entre la aparición de sucesos indeseables en la vida y la aparición de los problemas psicofisiológicos y estados de perturbaciones emocionales. Aunque hay algunas investigaciones que no confirman de hecho esta relación (Huici, 1980; Williams et al, 1981). Además la relación entre sucesos de vida stressante y síntomas, es moderada —se trata de correlaciones de 0,30 y explica menos de un 10% de la distribución diferencial de síntomas (Monroe et al, 1983; Kessler et al, 1985).

Si bien inicialmente se propuso que cualquier suceso vital, negativo o positivo, que implicara un cambio y un esfuerzo de adaptación, estaba asociado a la *aparición* de síntomas, la evidencia existente señala que sólo los sucesos negativos juegan un rol facilitador de los trastornos psíquicos y físicos (Monroe et al, 1983). Los sucesos indeseables, incontrolables e imprevisibles son los que están más fuertemente asociados a síntomas psicológicos —en particular depresivos—. (Thoits, 1983, pp. 57 y ss.). Los sucesos que implican cambios positivos no están asociados a sintomatología psicológica —aunque sí están vinculados a síntomas físicos (op. cit. p. 59).

Algunas investigaciones confirman que los sucesos controlables son más comunes que los incontrolables en el período que precedió a la emergencia de la enfermedad

mental —comparando «normales» y «enfermos»—. En relación a la depresión se ha demostrado consistentemente que son los sucesos incontrolables los que están asociados a ella —y no los controlables—. Por otro lado, si bien los sucesos indeseables e incontrolables, eran fuente de malestar aunque fueran previsibles, los sucesos controlables eran fuente de trastornos sólo cuando eran inesperados. Los sucesos imprevistos aumentaban mucho más el malestar que los previsibles. Además, son los sucesos de vida negativos que implican una amenaza estable a mediano plazo —sucesos severos— los que están asociados a la aparición de síntomas o episodios de enfermedad mental —en particular la depresión—. En fin, la correlación entre el número de sucesos indeseables y la sintomatología es mayor cuando los primeros se producen en un corto período de tiempo. La investigación de Brown y Harris encontró que en las 3-4 semanas previas a la aparición de una crisis depresiva se producía una «aglomeración» o una serie de sucesos negativos muy próximos temporalmente (Brown y Harris, 1978; Thoits, 1983, pp. 57-68, p. 47).

En síntesis, hay una asociación entre sucesos severos —indeseables, incontrolables e imprevisibles, amenazantes de manera permanente— «aglomerados» temporalmente y trastornos psicológicos —en particular depresivos. Aunque las investigaciones se han centrado y han mostrado una relación entre sucesos severos y depresión, una revisión de éstas señala que otras reacciones son también frecuentes ante los sucesos severos. En particular, la rabia, estados de shock y parálisis y la ansiedad. Así la ansiedad afecta tanto o más que la depresión a los viudos/as y a la gente que sufre enfermedades graves. Mientras la depresión después de las violaciones es poco frecuente, el miedo y la ansiedad son dominantes (Silver y Wortman, 1980).

Aunque como veremos son sobre todo los sucesos del área interpersonal los que estaban más asociados a la depresión, esto no niega que, por ejemplo, el desempleo consti-

tuya uno de los sucesos de vida más indeseables y stressantes. Cinco de los diez sucesos de vida que estaban más asociados a los trastornos psicológicos estaban relacionados con el desempleo. Estudios longitudinales han mostrado una fuerte relación entre desempleo y síntomas psicológicos. El desempleo está asociado con la depresión, la ansiedad, la soledad, el insomnio, dolores de cabeza y problemas estomacales. Los niveles de trastornos psicológicos se elevan fuertemente poco antes o inmediatamente después de estar desempleados y declinaban dramáticamente después de encontrar un nuevo empleo (Horwitz, 1984, p. 108).

Con respecto a la depresión en particular, los sucesos que implican el abandono o pérdida de miembros de los grupos primarios (hijos que se van de casa, separaciones, divorcios, muertes, etc.) están estrechamente asociados a ésta. Darhrendorf y Dohrendorf, 1984, p. 4; Brugha, 1984; Monroe et al, 1983).

Además, en el caso de la depresión, los sucesos negativos que tienen un impacto son los del ámbito familiar e interpersonal —no tienen tanto efecto los sucesos negativos vinculados al área laboral o de contacto social secundario (vecinos, amigos, etc...) (Brown y Harris, 1978; Fredern, 1984).

La investigación de Brown sobre una muestra representativa de mujeres del barrio londinense de Camberwell mostró que existía una media de tres sucesos vitales importantes por año para las mujeres. *Los sucesos vitales severos* (negativos) constituían menos de un quinto del total de sucesos o acontecimientos de cambios vitales. Un 80% de las mujeres depresivas habían sufrido un suceso vital severo. En el caso de las mujeres diagnosticadas como depresivas, los sucesos vitales severos, constituían el 50% del total. Además de estos sucesos severos negativos, generalmente de pérdida, se tomaron en cuenta las dificultades mayores (que duraban dos años o más, que eran marcadamente displacenteras e insanas). Estos sucesos de vida y dificultades se consideraron

factores microsociales provocantes de depresión. Las investigaciones de Brown et al, mostraron que el 75% de pacientes psiquiátricos deprimidos (en tratamiento intra o extrahospitalario), el 74% de los pacientes tratados por generalistas y el 89% de los «casos» no tratados de la muestra aleatoria habían sufrido un suceso severo o dificultad mayor durante el año anterior —contra sólo un 30% de los sujetos «normales» de la muestra aleatoria (Harris, 1983, p. 50).

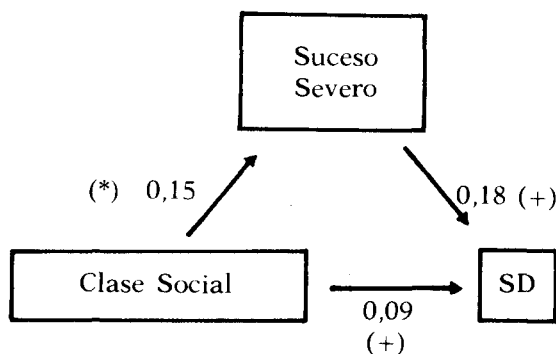
Pero en la investigación de Camberwell (Brown, 1983) sólo un factor provocante sobre cinco desató efectivamente una depresión. Estos sucesos fueron problemas de alojamiento, de finanzas, o en relación a los hijos y el marido. Una síntesis de siete investigaciones distintas pero con la misma metodología, muestran que el 25% de los sujetos que habían sufrido sucesos vitales severos habían desarrollado una depresión, contra un 4% de los sujetos que no las habían sufrido (Harris, 1983, p. 58).

Con las relativizaciones antes planteadas, la asociación entre problemas importantes y perturbaciones psicóticas y/o depresivas está confirmada por investigaciones empíricas. La asociación es menor con los síntomas de ansiedad. El aislamiento social, los problemas económicos y la responsabilidad excesiva están claramente asociadas al nivel de síntomas depresivos; es importante decir que los sujetos separados (no casados) son más frágiles a este tipo de stress (Cockerham, 1979). Entre los sujetos no casados se encuentran sobrerrepresentados los sujetos «inferiores» en status (negros y mujeres).

Si los problemas y las situaciones de stress se presentan en todas las clases sociales, las investigaciones han mostrado que el nivel de stress de las clases subordinadas y bajas era más elevado (King, 1978; Pierlot, 1977; Eron y Peterson, 1982, pp. 247). Si las frecuencias de sucesos vitales son similares en todas las clases, en las clases populares los sucesos indeseables son más frecuentes (Liem y Liem, 1984, p. 241).

Por ejemplo, en Camberwell, el 46% de mujeres de clase obrera habian sufrido sucesos vitales severos, contra un 31% de la clase media (Brown, 1983). El cuadro siguiente presenta los coeficientes de influencia causal de cada factor en la depresión:

Esquema y Coeficiente de Influencia Causal de la Clase Social en los Sucesos Severos y de ciertos factores en la Depresión, calculados a partir de los datos de Brown (1983).



$$\begin{array}{lcl} X^2 & \text{Sucesos Severos} & = 137,53 \text{ p } < 0,01; \\ C & " & " = 0,306 \end{array}$$

- (*) Coeficiente de influencia causal de Boudon (1971).
 (+) Coeficiente de influencia causal ponderado, manteniendo constante la influencia del otro factor (Hellevik, 1984).

Estos coeficientes muestran que la clase social influncia en la exposición a sucesos severos, que estos últimos influncian a los síntomas —porque el pertenecer a una clase baja sigue teniendo un efecto directo.

Clase social, sexo y vulnerabilidad ante sucesos de vida negativos

Los sujetos de clases bajas no solamente son sometidos a situaciones más stressantes, sino que incluso sometidos a factores stressantes iguales, presentarían más perturbaciones psíquicas que las personas de clases sociales superiores. De ahí la idea de una mayor vulnerabilidad ante el stress en las clases inferiores: en las clases inferiores no hay únicamente más stress, sino que hay un nivel más elevado de síntomas en relación con un stress similar (Liem y Liem, 1984; Dohrenwend in Corral, 1983; Pearlin y Johnson in Arreola, 1981; Eron y Peterson, 1982, p. 249; Pierlot, 1977).

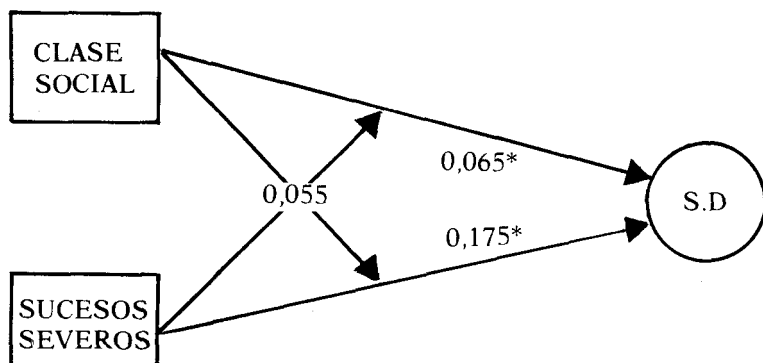
La investigación de Brown ilustra esta vulnerabilidad diferente según la clase: por un lado los sucesos más asociados a la depresión eran más corrientes en la clase obrera. De otra parte, en las mujeres de clase obrera que sufrieron el impacto de un suceso provocante, un 25% desarrolló una depresión contra un 13% de las mujeres de la clase media: una de cada cuatro mujeres de clase trabajadora y una de cada trece de clase media presentaron una depresión tras un suceso vital severo.

Porcentaje de mujeres que desarrollan un desorden psiquiátrico [L. e. casos de crisis durante un año; considerando la clase social, y si se da o no un agente provocador (siempre antes de la crisis)]. Están excluidos los casos crónicos.

	Suceso severo dificultad grave		No hay suceso severo dificultad grave		Total	
	%		%		%	
Total mujeres						
Clase trabajadora	25	(24 / 97)	2	(2 / 112)	12	(26 / 209)
Clase media	13	(9 / 67)	1	(2 / 143)	5	(11 / 210)
Total	20	(33 / 164)	2	(4 / 255)	9	(37 / 419)

Es el hecho conjunto que las mujeres sean de clase obrera y que experimenten más eventos severos y dificultades serias, lo que explica su mayor tendencia a la depresión.

Hay de hecho un efecto de interacción entre clase y sucesos severos —su expresión matemática es la siguiente: (ver gráfico: para entender el cálculo ver Hellevik (1984)).



*=coeficientes de influencia causal, no ponderados.

El análisis de las tablas de frecuencias indica que es necesario agregar un término de interacción (0,055) para una buena predicción de los datos.

Ahora bien, la investigación de Kessler, aún confirmando que los sujetos de clases populares respondían con mayor stress que los sujetos de clases favorecidas, ante una cantidad similar de sucesos de vida negativos, encontró un resultado que matiza lo anterior. Los porcentajes extremos de malestar ante los sucesos stressantes estaban sobrerrepresentados en las clases media y alta. La interpretación de Kessler, que nos parece válida, es que los sujetos de clases bajas están más habituados a enfrentar sucesos negativos, y aunque sus recursos limitados hagan que en promedio éstos les provoquen más problemas, los sujetos responden menos con

trastornos extremos. Lo inverso ocurriría para las clases altas y media (Liem y Liem, 1984, pp. 245-246).

En el mismo sentido, las mujeres están más expuestas a sucesos vitales indeseables o stressantes y son más vulnerables al stress (Dohrenwend, 1973 in Eron y Peterson, 1982, pp. 247-248).

Soportes sociales y métodos de enfrentamiento a los sucesos vitales stressantes

Un factor que explicaría esta vulnerabilidad al stress sería que las clases bajas y las mujeres tendrían menos recursos sociales y un menor soporte social para enfrentar los sucesos de vida stressantes. (Turner, 1983, p. 129). Esta afirmación ha sido contrastada empíricamente de manera satisfactoria. (Kessler et al, 1985, p. 561).

Se define al soporte social como la percepción que tiene el sujeto, a partir de su inserción en las relaciones sociales, de que es: a) cuidado y amado; b) valorado y estimado; c) que pertenece a una red social de derechos y obligaciones (Turner, 1983, pp. 109-110). El elemento fundamental no es la mera inserción objetiva en una red social densa, sino la existencia de relaciones con un significado de apoyo emocional, informacional y material.

La falta de contacto y de apoyo social de los sujetos parece ser un factor que tiene un papel directo de facilitación de síntomas. Se han encontrado correlaciones significativas entre el número de contactos sociales, la satisfacción con éstos, la depresión y la ansiedad. (Sarason et al, 1983, p. 131). Revisando 18 investigaciones sobre soporte social y malestar psicológico, Rook y Dooley (1985) encontraron que éste explicaba entre el 2 y el 17% de la sintomatología.

	r ó (correlación simple)	Beta ó (coeficiente de regresión múltiple)
VD: DEPRESION		
Soporte social	0.268	0.068
Stress	0.472	0.440

Fuente: Investigación del Departamento de Psicología Social de San Sebastián (1985).

Con una muestra de 148 sujetos distribuidos en tres grupos:

- Salud mental=27; Planificación familiar=48; Universitarios y familiares de éstos=73.
- La variable dependiente (depresión) se midió con una escala de depresión creada a partir de los criterios diagnósticos del DSM III.
- El soporte social se midió con una escala creada por el departamento.
- El stress se midió con una escala del departamento de salud mental de California, a la cual le fueron añadidos ocho ítems de la escala de stress de Holmes y Rahe.

Vale decir, las situaciones estables de bajo contacto social, de falta de una red de familiares, amigos y conocidos, que ayude moral, emocional e instrumentalmente a un sujeto, están asociadas a una mayor presencia de síntomas físicos y psicológicos.

Entre tantas investigaciones, he aquí un resultado típico:

<i>Nivel de contacto social:</i>	% de casos diagnosticados
Contacto con amigos	por entrevista estructurada
(días por semana)	
0	24,8
1-7	14,8
8-14	18,1

Puede confiar en su esposo /a

Nivel de contacto social: % de casos diagnosticados
por entrevista estructurada

Nunca	28,8
A veces	18,1
A menudo	12,5
	idem.

Diferencias signif. a 0,000

(Leaf et al, 1984, p. 58)

Seis estudios prospectivos o longitudinales mostraron que había una relación positiva entre soporte social y bienestar psicológico, confirmando que se trataba de una relación causal y no de una mera asociación (Cohen y Ashb, 1985).

Además de un rol directo, la falta de soporte social *jugaría un rol indirecto*, de exacerbación de los efectos de los sucesos de vida negativos. Al contrario, una fuerte red de soporte social permitiría mitigar y controlar el impacto del stress (Lefcourt et al, 1984; Lin y Dean, 1984; Henderson, 1984; Leaf et al, 1984; Turner, 1981; 1983; Williams et al, 1984; Miller e Ingham, 1976; Warren, 1983; Mitchell et al, 1983; Billings et al, 1983). El efecto directo del soporte social en la sintomatología, en los estudios de encuesta, está consistentemente demostrado. Con respecto a su rol indirecto de amortiguador de la depresión, algunas investigaciones si lo encuentran (Crandall, 1984; Monroe, 1983; Mitchell, 1983, p. 443; Lin y Dean, 1984) y otras no (Williams, 1981, p. 331; Ganeller y Blancy, 1984). Cohen y Ashby (1985) revisaron 59 investigaciones, 36 correlaciones o transversales (todas las medidas simultáneas) y 23 prospectivas o longitudinales (mediciones de stress, soporte social y sinto-

mas en un primer tiempo, que predicen los síntomas medidos en un segundo tiempo). El 68% de los estudios correlacionales y el 59% de los longitudinales mostraban un efecto directo. El 50% de los estudios correlacionales y el 42% de los longitudinales mostraban efectos indirectos. Como se ve, los resultados favorecen los resultados directos, aunque no se pueda descartar un efecto indirecto.

Las investigaciones que han comparado las redes sociales de pacientes psiquiátricos y normales, han constatado que los sujetos neuróticos tienen redes sociales más débiles y dispersas que los normales. Igualmente, las relaciones familiares de los sujetos con trastornos psicológicos son más conflictivas y el nivel de conflicto familiar está asociado a las recaídas (Kessler et al, 1985, p. 548). Sin embargo, estos resultados son difíciles de interpretar en un sentido causal simple. De hecho, parece que hay un efecto interactivo.

Se ha encontrado empíricamente que los sujetos miembros de las redes sociales, que deberían dar soporte social, toleran difícilmente el stress provocado por la relación con los sujetos en crisis. Mientras más severo sea el problema del sujeto en crisis, más amenazados se sienten los miembros de las redes sociales y menos soporte dan (Kessler et al, 1985, p. 548).

En el caso particular de la depresión, algunas investigaciones han encontrado que la conducta de los sujetos deprimidos provocan rechazo en el entorno. (Coney, 1976; King y Hellen, 1984). Aunque este rechazo no parece ser tan fuerte y el efecto de rechazo social parece estar asociado a cualquier trastorno psiquiátrico si éste es fuerte (op. cit. ant.).

Un aporte importante fue el de Brown et al (1978) ya que éstos analizaron la relación entre soporte social y depresión, tomando medidas de stress y soporte social independientes de la sintomatología.

La investigación de Brown et al confirmó como elemento microsocial mediador en la depresión al *grado de soporte o integración social*. Eran las mujeres más aisladas, sin trabajo

externo, sin confidente o relación satisfactoria con un hombre y que están confinadas en su casa con tres o más hijos pequeños, las que más presentaban depresión. Se presentaba un 4% de descompensaciones en los casos en que había un confidente que apoyaba al sujeto y un 38% cuando no lo había.

Los resultados de siete investigaciones similares mostraron que el 37% de los sujetos que sufrían sucesos de vida severos y no tenían relaciones de intimidad se deprimían contra el 14% que sufrían resultados de vida severos, pero contaban con una relación de intimidad.

Otras investigaciones han confirmado que es el hecho de no tener confidentes, amigos o compañeros/as en quien confiar, el déficit de soporte social que está asociado a la presencia de síntomas. (Turner, 1983, p. 115).

El siguiente cuadro expone los resultados de la relación entre soporte social, sucesos de vida severos y depresión —el gráfico presenta los coeficientes de influencia causal de los sucesos y del soporte social en la depresión, controlando la influencia recíproca:

CUADRO

	Sucesos severos		No sucesos severos	
	Apoyo social bajo	Apoyo social alto	Apoyo social bajo	Apoyo social alto
Depresivos	70	30	15	22
	37%	14%	7%	3%
No Depresivos	113	183	207	685
	189	213	222	707

(Fuente: Harris 1983, p. 58)

X^2 Sucesos Severos=137,53 $p < 0,01$; $V=0,32$

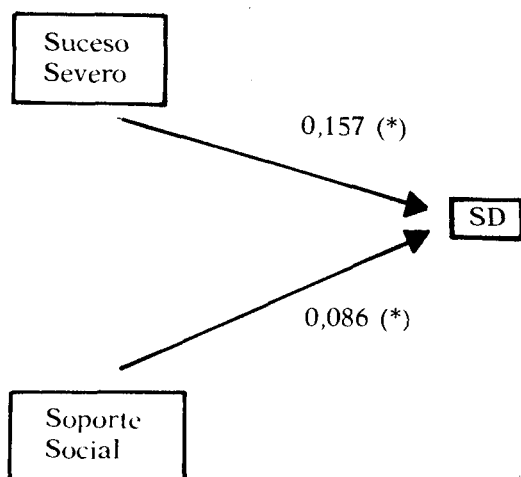
C Sucesos Severos= 0,306: Coeficiente Causal Boudon: 0,208

X^2 Apoyo Social=49,86; $V=0,19$ $p < 0,01$

C Apoyo Social=0,19 Coeficiente Causal Boudon: 0,11

X^2 Sucesos x Soporte=192,22 $p < 0,001$

C =0,35; $V=0,38$.



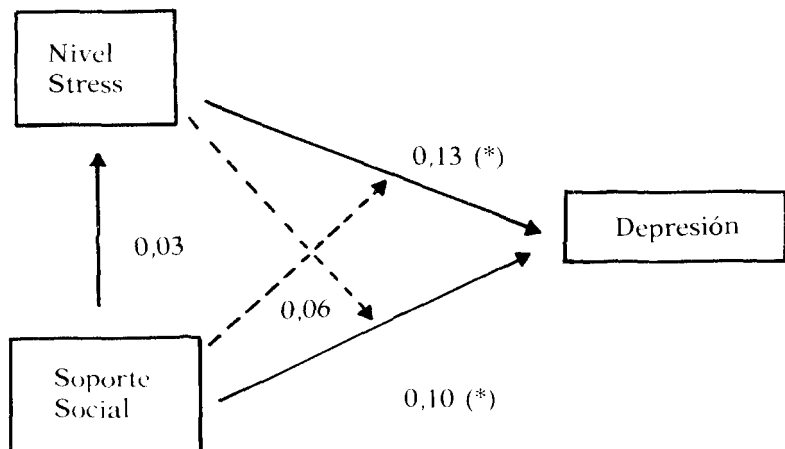
(*) Coeficiente de influencia causal ponderado
—Hellevik (1984).

Cuadro: Stress, Soporte Social y Depresión entre pacientes de un centro de S.M. de Vizcaya (Módulo de Rekalde).

	Stress Alto		Stress Bajo	
	Soltera, viuda separada	Casada	Soltera, viuda separada	Casada
Depresión	25 (45%)	19 (32%)	11 (29%)	8 (22%)
No Depresión	31	41	27	28
	56	60	38	36

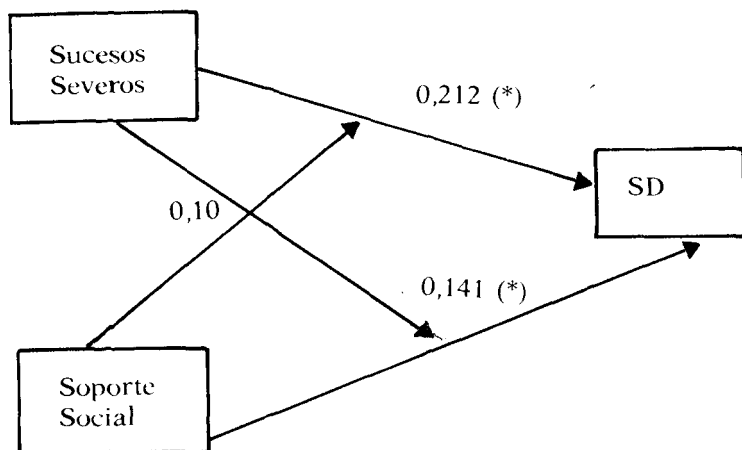
Aunque no tenemos datos equivalentes, el cuadro siguiente presenta la distribución de las 190 mujeres que consultaron, en 1984, en el módulo de Rekalde, por trastornos psicológicos neuróticos —se excluyen las psicosis, las adicciones y enfermedades de base orgánica—. La sintomatología y el stress, alto y bajo se definieron a partir de la apreciación por los terapeutas, del nivel de stress del año anterior según la escala del DSM-III. Los sujetos se dividieron en depresivos y no depresivos (trastornos de ansiedad, somatizaciones, problemas sexuales y problemas familiares). No se trata de una muestra representativa, evidentemente, sino de una comprobación de las características de soporte social y stress de pacientes con síntomas depresivos o sin ellos.

El cálculo de coeficientes simples, ponderados y la interacción aparecen en el siguiente cuadro:



(*) Coeficiente ponderado

El reanálisis de los datos de Brown y colaboradores que realizamos, también indica que hay interacción entre nivel de soporte social y nivel de stress —la acción conjunta de bajo apoyo y alto stress produce un efecto superior al descable de un simple efecto aditivo [para la lógica de los cálculos, ver Hellevik (1984).]



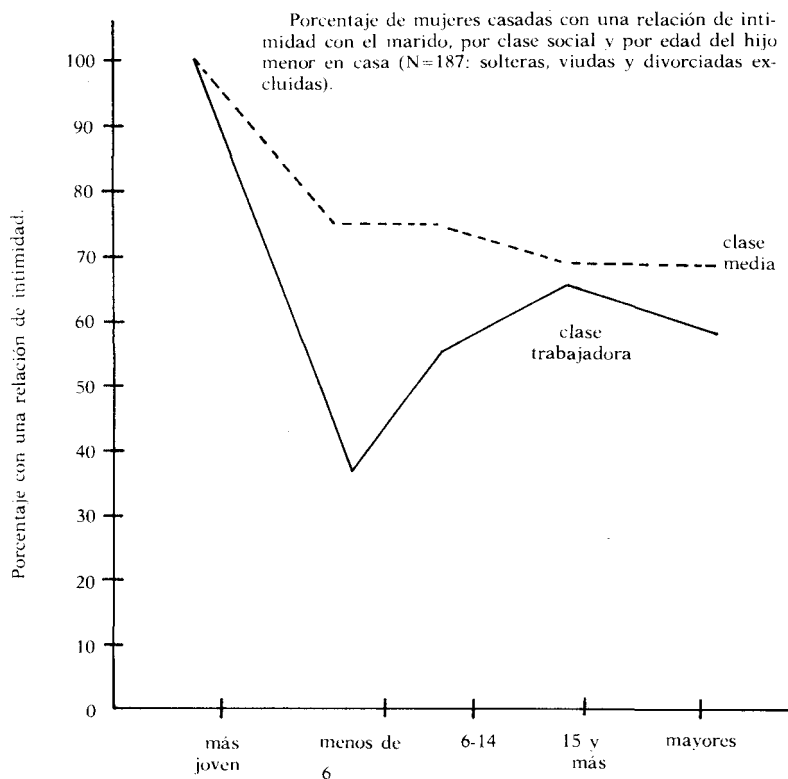
(*) Coeficientes no ponderados.

Estos resultados y los de Brown que muestran un efecto interactivo de la falta de confidente y del alto stress han sido replicados en estudios epidemiológicos recientes (Kessler y colab., 1985, p. 543).

Investigaciones experimentales también han mostrado efectos interactivos entre stress y soporte social (Kiecolt y Greenberg, 1984).

En este mismo sentido de demostrar un efecto interactivo, otras investigaciones han mostrado que la asociación entre soporte social y sintomatología es más fuerte entre los sujetos sometidos a niveles de stress más altos (Turner, 1981; Williams et al, 1981; Turner, 1983, p. 142).

Por otra parte, Brown también encontró que clase social y aislamiento o bajo soporte están asociados, ya que el grado de aislamiento social es mayor y más frecuente en el siguiente cuadro:



Serían los sujetos de menor soporte social (viviendo solos, desempleados, y de clase baja), los que sufrirían de mayores problemas psicológicos. Así de las mujeres que reunían esas tres condiciones, una investigación epidemiológica encontró un 50% de casos de trastornos (Surtees, 1984, p. 64). Que el soporte social no es sólo un factor asociado, sino también un factor causal lo mostró el estudio prospectivo de Henderson, en el que se confirmó que los sujetos de menor soporte social presentaban mayores nive-

les de síntomas, al sufrir sucesos negativos stressantes (Mitchel et al, 1983, p 435). Sin embargo, el poder predictivo del soporte social es mucho menor, en las condiciones de bajo stress (Henderson, 1984, p. 51).

Un elemento importante, es que la acción de los sucesos negativos y los déficits en el soporte social se sobrepone —la pérdida del marido es, simultáneamente, un suceso negativo y un déficit persistente de soporte social por ejemplo (Mitchel et al, 1983, p. 435; Henderson, 1984, p. 50; Shina et al, 1984, p. 57).

Si bien esto es cierto, los estudios que tomaron en cuenta el nivel de stress, mostraron un efecto específico de soporte social. Por otro lado, hay una fuerte evidencia en el sentido de que las tensiones y déficits en la integración social, pueden ser un factor de stress tanto o más importante de los sucesos de vida dramáticos y extremos (Mitchell et al, 1983, p 434). Así, de una investigación en USA, el porcentaje de casos de sintomatología fuerte entre los sujetos que se consideraban insatisfechos con sus amistades era del 30,4% —contra el 16% entre los que se consideraban satisfechos (Henderson, 1984, p. 51).

Sobre el posible efecto de los sucesos negativos en el soporte social, hay que señalar que, al menos para el caso de la depresión, Brugh (1984) encontró que los déficits en el soporte social y los sucesos negativos de pérdida facilitaban la depresión, pero, que no había una asociación fuerte entre estos dos últimos y que los déficits de soporte social eran bastante estables y anteriores a los sucesos negativos en el tiempo. En otras palabras, que los déficits en el soporte social no se debían a sucesos negativos de pérdida. Por todo esto, pensamos que el soporte social es un factor explicativo tanto o más importante que los sucesos de cambios dramáticos. Recordemos que el coeficiente de influencia del soporte social sobre la depresión era de .14 —contra un .21 del stress en nuestro reanálisis de los datos de Brown.

También se ha encontrado que el nivel de soporte social

está asociado al tipo de respuesta que se da a la conducta sintomática del sujeto. Las redes sociales más estrechas y apoyantes, tienden a explicar la conducta desviada como enfermedad mental, orientándose a la búsqueda de ayuda médico-psiquiátrica. Las redes sociales dispersas y poco apoyantes, tienden a explicar la conducta desviada como problemas interpersonales, de inmoralidad o policiales (Perruci y Targ, 1982).

Señalemos por último que se ha encontrado que tanto la pertenencia de clase, como el nivel de sucesos de vida negativos y el soporte social, ejercen influencia directa en la sintomatología depresiva —controlando la influencia de todas las variables antes mencionadas, además de la edad y el sexo (Turner, 1983, p. 123; 133).

Esto quiere decir que cada factor tiene una influencia específica que no se debe a la acción directa o indirecta de las otras variables.

Habilidades de enfrentamiento del stress como factor explicativo

Asociado a estos dos elementos —mayor frecuencia de sucesos negativos y menor soporte social— estaría el hecho que los sujetos de clases bajas y de sexo femenino habrían aprendido tácticas, maneras o modos inadecuados de enfrentar el stress. Se definen las capacidades sociales de enfrentamiento a stress o problemas como los esfuerzos orientados a controlar, tolerar y reducir las demandas que afectan y sobrepasan los recursos personales (Kessler et al, 1985, p. 550). La conducta social de enfrentamiento a problemas puede darse a tres niveles:

1. Un nivel de acción directa que modificaría el problema.
2. A un nivel de redefinición o del control del significado simbólico o representacional del problema.

3. A un nivel de control de las consecuencias emocionales.

(Menaghan, 1983; Pearlin y Schooler in Eron y Peterson, 1982, p. 248; Kessler et al, 1985, p. 550).

Las conductas de reducción del stress más eficaces serían el enfrentamiento directo, con una creencia de ser capaz de resolver el problema y controlando las emociones. Las conductas ineficaces serían el escape o evitación y la explosión emocional (Op. cit. ant.).

La utilización simultánea de tácticas, combinando diferentes maneras de enfrentar el problema, sería más eficaz (Kessler et al, 1983, p. 554).

Sin embargo, otras investigaciones que comparan diversas maneras de enfrentar problemas, encontraron que la acción directa no reducía el malestar psicológico ni reducía el nivel subsecuente de problemas (Menaghan, 1983, p. 181; Kessler et al, 1985, p. 555).

Aunque no inflencie el problema real, el estilo de acción directa de enfrentamiento se asocia a una sensación de control del medio y de autoestima (op. cit. ant., p. 183; Beekham y Adams, 1984).

Además, el tipo de problema a enfrentar también inflencia cual es la táctica más efectiva. Cuando el problema es muy fuerte o irresoluble, la evitación, la denegación o desatención selectiva y la disminución de las expectativas se utilizan más y son más efectivas que el enfrentamiento directo (Menaghan, 1983, p. 165; Kaplan, 1983, p. 252). También parece que los sujetos utilizan tácticas específicas a las situaciones, más que poseer estilos estables de enfrentamiento de los problemas (op. cit. ant.; Kessler et al, 1985).

A nivel descriptivo las maneras o habilidades sociales que la gente dice utilizar para enfrentar una depresión son las siguientes:

- Tomar medicinas.
- Atribuir la depresión a una causa (atribuir la causa y la responsabilidad del problema).

- Centrar la atención en otra cosa diferente de los sentimientos depresivos (denegación).
- Reestructurar el pensamiento y minimizar la importancia de la depresión (reestructuración cognitiva).
- Modificar el problema que origina la depresión o actuar en ese sentido (resolución de problemas).
- Mantenerse trabajando y ocupado.
- Hacer cosas divertidas y que distraigan (actividad general).
- Buscar apoyo moral y emocional en amigos y conocidos (apoyo social).
- Buscar apoyo en la religión.
- Manifestar las emociones de odio, ansiedad, dependencia, etc. (expresión emocional).
- Controlar las emociones fuertes (contención emotiva) (Bekham y Adams, 1984; Caro et al, 1983).

Según la opinión de sujetos deprimidos, las conductas que los hacían sentirse mejor estaban relacionadas con la resolución del problema, con hacer cosas positivas y con la búsqueda de apoyo social. La expresión y la contención emocional, así como el atribuirse a sí mismo la causa y la responsabilidad del problema eran las dimensiones subyacentes a las conductas que empeoraban la depresión (Bekham y Adams, 1984, p. 74).

Hay investigaciones que muestran que los depresivos no sólo tienen menos apoyo social o soporte social y más sucesos de stress, sino que también utilizan menos los modos de enfrentamiento directo de resolución de problemas (Billings et al, 1983; Mitchel et al, 1983; Billings y Moos, 1985).

Los depresivos utilizan menos el enfrentamiento directo y la regulación afectiva y utilizan más la búsqueda de información y la descarga emocional. Además, mientras más se utilizan estas últimas tácticas de enfrentamiento más fuerte es la sintomatología (Billing y Moos, 1985).

La influencia de las habilidades sociales de enfrenta-

miento en la disminución del nivel de síntomas después de 12 meses de contactar con centros de tratamiento era significativo —aun controlando el nivel de depresión inicial, el nivel de stress y de soporte social. Aunque la influencia era menor que la que tenían los sucesos de vida stressantes y el soporte social (Billings y Moos, 1985, p. 151).

Las mujeres por su rol sexual y las clases bajas por su rol profesional, tendrían no sólo menos recursos y menos apoyos sociales, sino que no sabrían movilizarlos adecuadamente y utilizarían más a menudo modos de enfrentamiento ineficaces —con las limitaciones antes planteadas a la eficacia (Kaplan, 1983, p. 253).

Aunque las habilidades sociales se pueden considerar un factor explicativo psicológico, dada su fuerte dependencia de la posición y recursos sociales, hemos preferido situarlo como un factor psicosocial.

A continuación, nos referimos a los factores explicativos propiamente psicológicos.

Sucesos de vida, soporte social y la generalización cognitiva como factores desencadenantes del tipo de trastorno

Los factores de vulnerabilidad de clase (mayor presencia de eventos negativos y de dificultades, menor soporte, y habilidades sociales) se convierten en factores suficientes para la depresión si el sentimiento de desesperanza producido por el evento de pérdida se generaliza *cognitivamente*.

Esta generalización se hace mediante una triada de cogniciones según Beck: el mundo aparece sin significado, se interpretan las experiencias de manera negativa, el futuro es visualizado sin esperanza y la identidad o el sí mismo se descalifica, o desvaloriza (Beck et al, 1983, pp. 19-28). Esta generalización depende de los efectos de los roles actuales sobre la identidad. Por ejemplo, el rol poco valorizante de ama de casa obrera y subproletaria debe producir fácil-

mente una baja autoestima y un centro de control externo. Además de esta representación de sí mismo, la posición en la estructura de roles familiares y la posición de clase le otorgan muy pocos recursos para enfrentar las pérdidas. Asimismo, las mujeres no habrían aprendido modos de enfrentamiento activo-instrumentales y aplicarían modos ineficaces de evitación e «implosión» emocional para enfrentar los sucesos stressantes. Muchas veces la generalización de la desesperanza, de que el objeto, persona, rol o idea perdida, no podrá ser superado, es bastante realista según Brown (1983, p. 154).

Lo esencial es cómo se representa el suceso de vida indeseable el sujeto. Si se le presenta como irreparable o incontrolable, a partir de sus recursos y roles actuales, asociados con una estima de sí y una capacidad de controlar el medio baja, se generalizará y se conducirá a la depresión.

Brown propone que los hechos tendrían un significado primario: el de ser un suceso indeseable severo.

De allí, mediante la activación del esquema cognitivo antes descrito, surgiría un significado secundario —desesperanza generalizada. El significado atribuido al suceso negativo también influye si el trastorno afectivo es depresión, ansiedad o ambas. Si el significado del suceso es de pérdida, ésto lleva a un caso de depresión —desesperanza en el presente. Si el significado del suceso es de peligro, esto conduce a un caso de ansiedad —desesperanza en el futuro como resultado de la crisis. Si hay pérdidas y amenazas simultáneamente, se presentarán ambas sintomatologías (Finlay y Brown, 1981).

Ya Abraham decía que la depresión: «está tan extendida como la angustia en todas las formas de neurosis y psicosis». Para él la depresión era un estado emocional que podía pertenecer tanto a la neurosis como a la psicosis y que, como la angustia, provenía de la represión intrapsíquica de motivos inconscientes. *Si la angustia estaba ligada al miedo, miedo a una desgracia que va a venir, la depresión estaba*

ligada al duelo de una desgracia realizada. (Abraham, 1977).

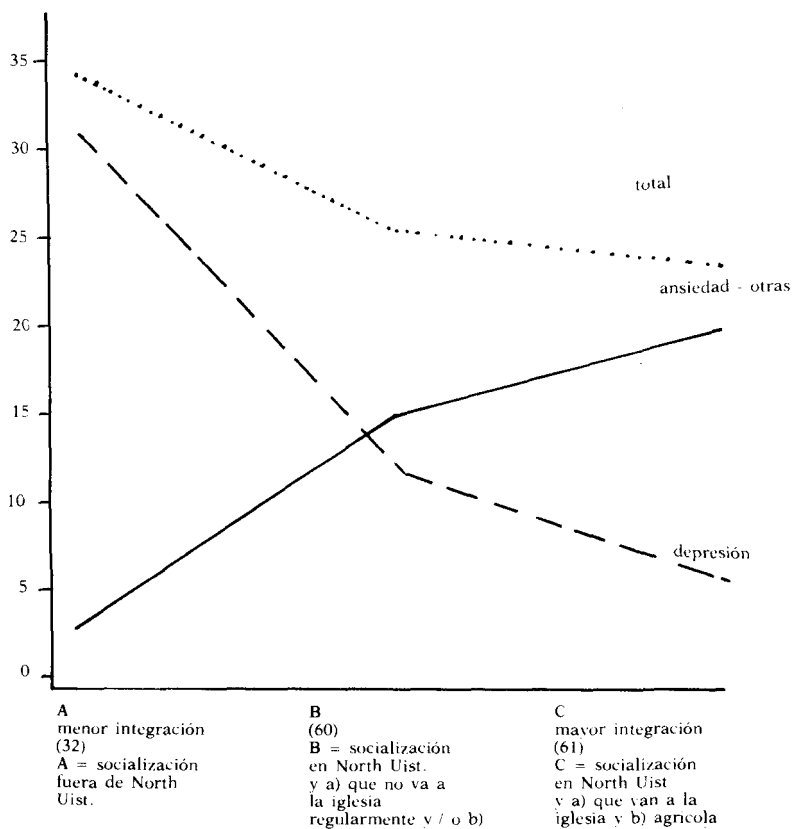
En el mismo sentido, el análisis del contenido del discurso de sujetos con síntomas de ansiedad va a mostrar la predominancia del tema de miedo a pérdidas futuras, mientras que en los depresivos predominaban los temas de pérdidas realizadas (Abramson et al, 1982).

La asociación entre sucesos de vida amenazantes a futuro y ansiedad parecería entrar en contradicción con la visión, inspirada en el conductismo, que son las experiencias de miedo o dolor súbito intenso las que condicionan al sujeto en sus fobias, agorofobias, etc. Sobre una muestra de 900 agorofóbicos, sólo un 38% manifestó haber tenido una experiencia de ese carácter. Un 23% manifestó que su problema había empezado después de la pérdida o muerte de un familiar o amigo, un 13% después de una enfermedad, 8% después del nacimiento de un niño, un 4% atribuyó sus problemas ansiosos a tensiones familiares y un 30% manifestó no haber detectado ningún suceso explicativo de la fobia (Rachman, 1985, p. 61).

El significado o la representación del suceso de vida como amenaza, conducirá a la ansiedad, si la generalización cognitiva se da además en un contexto de alta integración o soporte social.

Así vemos en el siguiente cuadro la relación inversa que hay entre nivel de integración y depresión (a mayor integración, menos casos de depresión) y la relación directa entre nivel de integración (a mayor integración mayor número de casos de ansiedad).

Proporción de mujeres en North Uist (Hébridas) que sufren de depresión o ansiedad y otros:



Socialización primaria e identidad

Además de la cognición fatalista que generaliza el alcance de la pérdida y que niega la capacidad del sujeto para superarla, y del bajo nivel de autoestima previo al evento severo de pérdida, se ha postulado que juega otro elemento

psicológico. Algunos estudios han mostrado que los depresivos han perdido su madre cuando pequeños en un porcentaje mayor que la población general; si bien toda una serie de investigaciones no han encontrado relaciones consistentes entre pérdida y depresión (Brown y Harris, 1978; Parker, 1984; Dohrenwend, 1984; Paykel, 1982).

De hecho, la tendencia principal de las investigaciones concluye que la pérdida de un padre durante la niñez no juega rol etiológico en las posteriores depresiones de adulto (Lefkowitz y Tesiny, 1984). También se ha postulado que la ansiedad de separación en la niñez y la súbita pérdida de objeto, así como la sobreprotección y la falta de cariño, predisponen a los trastornos de ansiedad más graves (agorafobia). Lo primero no se confirmó, pero, se encontró que los sujetos ansiosos (fóbicos sociales y agofóbicos) estimaban retrospectivamente haber tenido menos cuidado parental. Los primeros además estimaban que sus padres los habían sobreprotegido —el grupo de control estaba constituido de sujetos acusados de transgresiones sexuales; otra investigación masiva confirmó esto último. Otras investigaciones no encontraron diferencias entre fóbicos y otros grupos, aunque se debe decir que en dos de éstas no tenían un grupo control normal (Thyer et al, 1985; Rachman, 1985).

Lo que parece ser importante es la relación con los padres: el rechazo de los niños por los padres es un buen predictor de la depresión en estudios longitudinales (op. cit. ant.). En el mismo sentido el control demasiado estricto de la conducta y la expresión inconsistente de afecto por los padres en la niñez serían factores predisponentes de la depresión (McCranie y Bass, 1984).

Sin embargo, pese a las relativizaciones anteriores, la pérdida de la madre antes de la edad de 11 años jugaba un papel facilitador de la depresión; en la investigación de Brown y Harris y en otras dos al menos (Dohrenwend, 1984, p. 17).

Ya en las teorías psicodinámicas clásicas habían seña-

lado la importancia de pérdidas en el sentido genérico, de objetos de amor temprano, vivenciados como irremediables, como un factor predisponente a la depresión. Esto parece ser confirmado y sería el elemento de la *socialización primaria* que facilitaría la vulnerabilidad a la depresión. Esta *pérdida o incapacidad temprana de controlar los objetos* podría llevar al nivel cognitivo a una visión fatalista y fría del mundo —provocando un déficit de la autoestima y un aprendizaje de la impotencia a controlar el mundo. Estos sentimientos de incompetencia para «reparar» las pérdidas o controlar y obtener afecto y éxitos, aprendidos en la primera infancia, pueden influenciar el tipo de matrimonio y de pareja que la mujer construye, así como su respuesta cognitiva y emocional ante sucesos severos de pérdida.

Soporte e identidades sociales

Según el modelo psicosocial, no se debe ver la clase social y el rol sexual, simplemente en lo referente a tasas de adversidad y privación, o de éxito y a las emociones que acompañan a tal experiencia. A través de su influencia en la distribución de roles y el desempeño de éstos influyen en los sentimientos de autoconsideración, y en la identidad de los sujetos (Brown, 1983, p. 155).

Estos elementos son convergentes con las teorías interaccionistas simbólicas de las enfermedades mentales (Becker, 1975; Rose, 1975).

Para estos autores la enfermedad mental se desencadenará cuando la identidad social y la estima de sí no se construyan de manera sólida —tanto en el momento de la socialización primaria, como en las interacciones actuales. Un sujeto psicótico sería un sujeto que no tendría una idea clara de su identidad. Un sujeto neurótico sería alguien que tendría una imagen negativa de sí y una actitud negativa frente a sí.

En los dos casos sería la interiorización de las interacciones y de los factores situacionales negativos los que explicarían la enfermedad mental.

La identidad y la estima de sí deben actualizarse en un equilibrio entre las interacciones de asociación y de individuación.

Sería la interacción entre las condiciones situacionales facilitadoras, con una identidad negativa y una estima de sí baja, como factores de disposición psicológica, los que explicarían la depresión.

Desde este punto de vista, la integración social o un buen soporte social, no sólo sería un factor externo facilitador de salud mental, sino que también lo sería por la formación interiorizada de un sentido de sí mismo seguro y positivo en los sujetos. El tener una red social tupida o un fuerte soporte social implica que el sujeto tiene varios roles para fortalecer su sí mismo —y darle un sentido reforzante y positivo a su vida. Empíricamente, Thoits (1983, p. 180-181) encontró que los sujetos que tenían más roles, y por tanto, una identidad más múltiple y reforzada, tenían menos síntomas de malestar psicológico. Por ejemplo, los sujetos que sólo ocupaban uno o dos roles, tenían una media de 32,5 en una escala de malestar psíquico, contra una media de sólo 25,4 de los que tenían 7 ú 8 roles. Controlando las variables del sexo, edad, educación, ingresos, malestar psicológico inicial, el cambio de identidades (aumento o disminución del número de roles) tenía una influencia significativa en el nivel de malestar psicológico medido dos años después de las medidas iniciales. Los sujetos que disminuían sus números de roles, y por ende, debilitaban su identidad, aumentaban su malestar (Thoits, 1983, p. 183). Otras investigaciones han desmentido que la ocupación simultánea de asalariada y ama de casa fuera una fuente de tensión para las mujeres. Era la calidad de la experiencia del rol parental la que influía en la posesión de síntomas ansiosos —controlando

las variables demográficas y los roles ocupacionales— (Barnet y Baruch, 1985).

En otros términos, al menos para las mujeres, estas investigaciones han desmentido que el «exceso» de roles sea una fuente de tensión. Esto confirma que la ocupación positiva se entiende, de varios roles, refuerza la identidad.

Tensión en las relaciones sociales, soporte e integración social, control del medio e identidad positiva: ejemplo empírico

Como manera de ejemplificar lo anterior, vamos a reseñar los resultados pertinentes de una encuesta sobre una muestra representativa de adolescentes en la C.A.V.

La muestra era de 3.010 sujetos, 49,8% de hombres y 50,2% de mujeres, aleatoria, y reflejaba las cuotas por provincia, tipo de centro, tipo de enseñanza y nivel de curso del universo de adolescentes escolarizados de 14-18 años.

Dada la importancia de las tensiones rutinarias, y dado que eran adolescentes, no se entregó una lista de sucesos de vida —ya que estos últimos se centran en los cambios domésticos típicos de jóvenes adultos.

Se les interrogó sobre las diferentes áreas de las relaciones sociales que podían ser fuente de soporte o de tensión —además nos centramos en la percepción de lo satisfactorio o insatisfactorio de la relación:

1. Relaciones sociales, fuente de apoyo y/o tensión:

a) Satisfacción - insatisfacción escolar:

i) Personal.— 5 ítems: por ejemplo, me gustan los estudios que estoy realizando, me desagradan los estudios que estoy realizando. Se trataba de escalas balanceadas de 7 alternativas:

— muy de acuerdo con, me gusta=1.

— muy de acuerdo con, me desagradan=7.

- ii) «Parental».-ítem, sobre satisfacción (=1) e insatisfacción (=7) de los padres con los resultados escolares.
- b) Satisfacción insatisfacción con el tiempo de ocio: 3 ítems del mismo tipo del anterior: por ejemplo, en mi tiempo libre estoy muy aburrido (muy de acuerdo=7). En mi tiempo libre no estoy aburrido (muy de acuerdo=1).
- c) Relación y conflicto familiar: 3 ítems de relación con la familia: por ejemplo, las relaciones con tu padre son: muy malas=7; muy buenas=1. 3 ítems de conflicto familiar: por ejemplo, en tu casa hay conflicto entre tus padres (muy de acuerdo=7). En tu casa hay armonía entre tus padres (muy de acuerdo=1).
- d) Nivel y percepción de actividades sexuales: Un ítem de *satisfacción con su cuerpo* (satisfecho=1, insatisfecho=7); 2 ítems de *actividad sexual*: por ejemplo una escala de Poco ningún contacto= 1; Actividades limitadas=2; Intimidad próxima al coito=3; Coito con una persona=4; Coito con más de una=5. Además había una escala de 6 ítems de *aceptación (liberalismos) ante la actividad sexual*: por ejemplo: la práctica de la masturbación en la adolescencia es algo natural y saludable (muy de acuerdo=1); ídem no es algo natural y saludable (muy de acuerdo=7).

II. Integración en Redes Sociales y Soporte Social:

- e) Nivel de integración social: «objetivo». *Asociacionismo* o participación en asociaciones culturales, deportivas, de montaña, y religiosas (4 ítems). Muy a menudo=4; nunca=1.
- f) Percepción subjetiva de la integración social:
 - i) Soporte social: 1 ítem sobre la existencia de un

confidente. Tengo alguien con quien puedo hablar de todo (muy de acuerdo=1), no tengo nadie... (muy de acuerdo=7).

- ii) Integración grupo de pares: 1 ítem: mis compañeros están contentos conmigo (muy de acuerdo=1); mis compañeros están descontentos (muy de acuerdo=7).

III. *Capacidades de Enfrentamiento. Capacidades de Control del Medio;*

- g) 3 ítems que buscan conocer las *capacidades sociales* del sujeto, por ejemplo, en las fiestas me siento muy tranquilo=1; muy nervioso=7. Preguntas similares se hacían sobre su actividad en el tiempo libre y en su grupo de pares.

Como *variable dependiente* tomamos una serie de preguntas sobre *la imagen de sí*, compuesta de balanza de efectos (sentimientos vitales) y la visión del futuro. Esos tres ítems eran:

— Sientes que a la gente le importa lo que te pasa (muy de acuerdo=1), ídem no le importa (muy de acuerdo=7).

— Sientes que las cosas que haces te gustan mucho (muy de acuerdo=1), ídem no te gustan (muy de acuerdo=7).

— Cómo ves tu futuro: con mucha ilusión=1; con optimismo=2; con preocupación=3; con miedo=4; con pesimismo=5. Dada la situación social se le dio a la respuesta con preocupación la posición media.

Si bien estas preguntas no son de rigor una escala de síntomas, se puede constatar que las tres preguntas se refieren a una visión negativa de sí y del futuro, similares a la imagen de sí asociada a la depresión. En ese sentido, quisimos tener una visión de la imagen de sí (positivo-negativo)

que pusimos en relación con medidas de Soporte y Tensión Social.

En el siguiente análisis de regresión múltiple los coeficientes beta permiten establecer la influencia de cada factor, controlando la influencia del resto.

	R. simple	Beta	Porción de varianza explicado	F	Signi.	Rango de entrada en Regresión
A) Satis.-Insatis. escolar	0,36	0,26	13,4	176,88	0,000	1º
B) Satis.-Insatis. ocio	0,31	0,13	3,6	52,77	0,000	3º
C) 1. Rel. Familiar	0,31	0,16	5,4	67,82	0,000	2º
2. Confl. Familiar	0,24	0,03		2,57	N.S.	10º
3. Presión Padres Escuela	0,18	0,025		0,82	N.S.	13º
D) Percepción y Act. Sex.						
1. Satis. cuerpo	0,18	0,08	0,7	25,15	0,000	7º
2. Act. sexual	0,06	0,02	0,1	1,73	N.S.	9º
3. Acep. sexualidad	-0,05	-0,01		1,85	N.S.	11º
E) Integra. Social						
1. Asociacionismo	-0,14	-0,07	0,5	19,82	0,000	8º
2. Soporte social	0,21	0,10	0,7	31,83	0,000	6º
3. Integra. pares	0,22	0,09	1	30,70	0,000	5º
F) Control del Medio	0,18	0,08	1,7	24,44	0,000	4º
G) Variables Sociodemograficas						
Edad	0,11	0,03	0,1	2,86	N.S.	8º
Sexo (1=♂; 0=♀)	-0,015	-0,016		1,02	N.S.	12º
Clase social	0,04	0,011		0,70	N.S.	14º

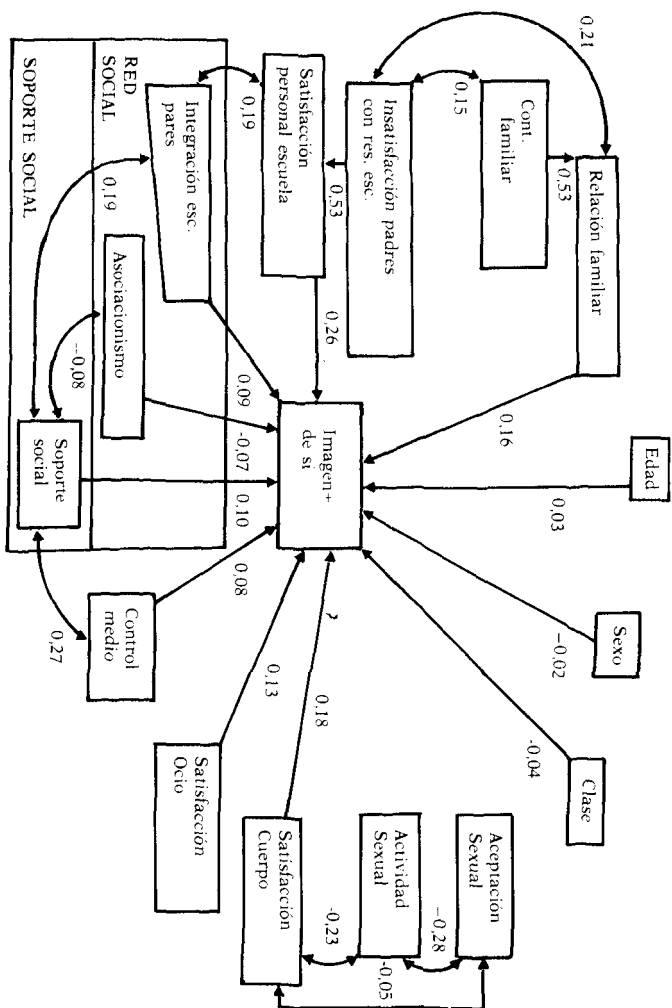
(1=Baja; 2=Media y 3=Alta)

El 27,8% de varianza en la «imagen de sí» (variable dependiente) es explicada por los predictores.

Como puede apreciarse todas las medidas de relaciones sociales tienen coeficientes de Pearson y Beta significativos con excepción de la actividad y aceptación de la sexualidad. El conflicto familiar tiene una correlación significativa, pero, su coeficiente Beta no lo es. En cambio vemos que las relaciones con la familia tienen una influencia general y específica significativa —en segundo rango—. Antes viene la insatisfacción en la escuela, en el primer rango. En tercer lugar viene la insatisfacción en el ocio. El soporte social (cuarto rango) y la integración en el grupo de pares (quinto rango) tienen influencias significativas específicas. Las capacidades de control del medio y el nivel de integración «objetivo» (participación en asociaciones) se encuentran en lugares similares (sexto rango). En síntesis, la insatisfacción en la escuela, las malas relaciones familiares, la insatisfacción en el tiempo libre, el bajo soporte social, la baja aceptación por el grupo de pares, la poca integración social «objetiva», el bajo control del medio y la insatisfacción con su cuerpo están asociadas a una balanza de afectos negativos y a una visión negativa del futuro.

Como vemos, se confirma que el nivel de tensión en las relaciones sociales, el nivel de soporte e integración social, y el nivel de control del medio, influyen el bienestar psicológico —con las limitaciones que impone la encuesta masiva por cuestionario. También constatamos que más importantes que el nivel de conflicto familiar, la insatisfacción de los padres con la escuela o el nivel objetivo de integración social son la percepción de las relaciones familiares, la satisfacción personal en la escuela, y el soporte social (presencia de un confidente y aceptación por pares). En fin, la capacidad social de control del medio tenía una influencia significativa, pero menor.

Después de haber demostrado el valor explicativo, el análisis de senderos muestra los efectos directos e indirectos de las variables.



Como vemos, el efecto indirecto de la insatisfacción de los padres en la escuela y el conflicto familiar son importantes sobre todo el primero.

Al igual que en los estudios antes citados, son las áreas de relaciones sociales normales, cuando son fuente de tensiones y stress (escuela, familia y ocio) y además son percibidas como tales, el primer elemento que explica el bienestar psicológico. Luego viene la integración social satisfactoria o soporte social, luego las capacidades sociales de enfrentamiento del medio, y por último la integración social «objetiva».

	EFECTOS		total	RANGO
	directo	indirecto		
1. Satisfacción escuela	0,26	—	0,26	1º
2. Insatisfacción padres en esc.	—	0,14	0,14	4º
3. Percepción relac. fam.	0,16	—	0,16	3º
4. Conflict. fam.	—	0,085	0,085	8º
5. Soporte social confidente	0,10	—	0,10	6º
6. Integración con comp. esc.	0,09	—	0,09	7º
7. Integración objetiva ...	0,07	—	0,07	10º
8. Control medio	0,08	—	0,08	9º
9. Satisfacción ocio	0,13	—	0,13	5º
10. Satisfacción cuerpo	0,18	—	0,18	2º

Después de haber demostrado el valor explicativo del modelo psicosocial de los trastornos psicológicos, con una investigación de nuestro contexto, examinemos sus limitaciones.

Limitaciones del modelo psicosocial de los trastornos (depresivos-ansiosos)

a) Limitaciones de las investigaciones sobre sucesos vitales:

Hay elementos metodológicos de crítica a la influencia de los sucesos vitales stressantes sobre la aparición de síntomas físicos y psíquicos de enfermedad.

1. Memoria y carácter retrospectivo de las investigaciones:

Muchas investigaciones tienen un carácter retrospectivo y está confirmado que la fiabilidad de la memoria es baja y que además se «tiñe» negativamente fácilmente cuando el sujeto está enfermo física o psíquicamente (Huici et al, 1980, pp. 237-234; Strauss, 1979, p. 408). No obstante, varias investigaciones han mostrado que no se producían cambios u olvidos importantes con el paso del tiempo, y que sujetos deprimidos y próximos a ellos tenían una alta concordancia sobre los sucesos de vida que habían afectado a los primeros (Neugebauer, 1984). También había concordancia entre deprimidos y sus familiares en la evaluación del soporte social (Billings et al, 1983, pp. 129-130).

En síntesis, aunque haya un cierto olvido y una visión más negativa por parte de los enfermos, en lo esencial no se altera el acuerdo con otros observadores. En relación al carácter retrospectivo de muchos datos, las investigaciones prospectivas han encontrado que la acumulación de sucesos vitales está asociada a la aparición de síntomas físicos y psicológicos (Huici et al, 1980, pp. 238-146). Incluso en la esquizofrenia, que inicialmente se pensaba que no era influenciada por los sucesos vitales se han encontrado asociaciones (Strauss, 1979). Ahora bien, la mayoría de los sujetos que sufren sucesos stressantes no presentan síntomas de enfermedad —sólo el 16% de los sucesos de pérdida o aban-

dono conducen a la depresión según Dohrenwend y Dohrenwend (1984, p. 5).

2. Fiabilidad limitada:

También hay que señalar que la fiabilidad —el carácter estable y «real»— de las escalas de sucesos vitales moderada: —el 70% de los coeficientes de fiabilidad es de correlaciones de 0,60% o menos y los coeficientes de acuerdo entre dos informantes oscilan de 43% a 85%, dato que limita su utilidad (Neugeaber, 1984, pp. 99 y ss.).

3. Correlaciones espúreas:

Ya nos hemos referido a que las correlaciones más altas encontradas entre la cantidad de sucesos stressantes y la sintomatología (física y psíquica) oscilan alrededor de 0,30. Si bien esta correlación es significativa, explica menos del 10% del fenómeno enfermedad —de su varianza en términos estadísticos (Dohrenwend y Dohrenwend, 1984).

Además los sucesos stressantes muchas veces se confunden con los efectos clásicos de enfermedades mentales o físicas. De la lista de Holmes y Rahe el 67% de los sucesos de vida examinados son consecuencias o síntomas de enfermedad, lo mismo ocurre con el 63% de sucesos de la lista de Paykel (Dohrenwend et al, 1984; Dohrenwend y Dohrenwend, 1984, p. 7; Thoits, 1983, p. 45). Al medir el malestar psicológico con escalas que incluyen síntomas psicósomáticos, la correlación entre sucesos de vida y trastornos psíquicos disminuye fuertemente cuando los sucesos de vida vinculados a la salud física se excluyen (Thoits, 1983, p. 52).

En este mismo sentido, se ha podido argumentar que los sucesos de vida negativos son en realidad los efectos de los trastornos mentales de los sujetos —y no factores causales

antecedentes (Thoits, 1983, p. 52). La presencia de problemas psicológicos hacía que el sujeto provocara o se implicara en sucesos negativos, los que a su vez exacerbarían la sintomatología, en un vínculo retroactivo. Este modelo ha sido confirmado para sujetos psicóticos, pero no con sujetos neuróticos (Dhorenwend y Dohrenwend, 1984, p. 22). Investigaciones que han evaluado el impacto de sucesos claramente independientes de los sujetos, así como de sus predisposiciones (conducta «antisocial» infantil por ejemplo) sobre la depresión, han encontrado tanto un efecto directo del stress, como un efecto de las disposiciones intrapsíquicas de los sujetos (Helzer, 1984). Lo más razonable es pensar en un efecto directo tanto de las predisposiciones o niveles previos de trastorno como del stress, junto a un efecto interactivo.

4. Diferencias y sesgos culturales de las escalas:

Por otro lado, la gravedad o el impacto de los sucesos vitales es diferente según las culturas, aunque se ha avanzado en la construcción de escalas válidas transculturalmente (op. cit. ant.). Además las escalas presentan sucesos típicos de hombres adultos jóvenes de clase media —los sucesos típicos a las mujeres así como a otros grupos de edad y sociales están subrepresentados. (Thoits, 1983, p. 52).

Las mujeres y los «casos» de enfermedad mental le asignan porcentajes de stress más fuertes a los sucesos de vida. En este mismo sentido, a nivel cultural según la recensión de las investigaciones realizadas por Fairbank y Hough (1984), en las culturas europeas y norteamericana, los sucesos de cambio en el área de trabajo-finanzas son evaluados, en cuanto a su impacto, de manera igual en todas las clases. En cambio, el impacto de los cambios de carácter interpersonal decrece en las clases altas. En las culturas latinas (España, Perú, Salvador), las clases bajas le dan un valor mayor al impacto de los cambios del área laboral.

finanzas. En la cultura latina como en el resto, los sujetos de clases altas le dan menor importancia a los cambios en el área interpersonal-familiar (Fairbank y Hough 1984, p. 79).

b) *Limitaciones de las investigaciones sobre soporte social:*

También hay que relativizar la importancia mediadora del soporte social: algunas investigaciones han mostrado que a veces el nivel de soporte social no influencia el nivel de trastornos provocado por los sucesos stressantes en los sujetos (Eron y Peterson, 1982, p. 249).

5. Confusión de dimensiones:

Los instrumentos de medición de soporte social utilizados han sido demasiado groseros. Se confunden la dimensión de satisfacción subjetiva con la descripción de las redes sociales. No siempre se diferencian los aspectos de soporte instrumental (de apoyo para resolver tareas o problemas) y de soporte emocional (apoyo moral y afectivo). Las investigaciones indican que hay que diferenciar los aspectos del soporte social. Si bien tanto la cantidad como la calidad de los contactos estaban asociadas al bienestar psicológico, es la calidad la que parece más importante. (Reis et al, 1985). La extensión numérica y el soporte social familiar no actuaban como moderadores, en cambio sí lo hacía el soporte social de amigos y el nivel de soporte instrumental (Shinn et al, 1984, p. 69; Philips y Fischer, 1981, in Lefcourt et al, 1984). En fin, parece ser que la percepción de un soporte emocional de buena calidad es lo que está más asociado al bienestar y a la inexistencia de síntomas depresivos (Reis et al, 1985; Depner et al, 1984). El nivel de soporte social también se confunde con las habilidades sociales que el sujeto tiene (un sujeto con varios roles, satisfecho con ellos, es también un sujeto con capacidades de control del medio

social) lo que produce asociaciones espúreas (Henderson, 1984; Dohrenwend y Dohrenwend, 1984; Sarason et al, 1983; Depner et al, 1984).

Los sujetos que tienen alto soporte social, también tienen altas capacidades sociales de enfrentamiento del medio (Sarason et al, 1985). Esto requiere diferenciar y/o especificar las relaciones entre ambas variables o factores.

Una de las líneas principales de desarrollo actual de la psicociología de los trastornos mentales es la construcción, validación y utilización de instrumentos de soporte social. Esto implica diferenciar la percepción del soporte con datos más «objetivos». La *frecuencia* de contactos y la *extensión* numérica de la red social sería un aspecto «objetivo estructural» a diferenciar. Otro aspecto sería la *dimensión funcional* del soporte social —apoyo *emocional*; apoyo *instrumental* o tangible; apoyo de *información*; apoyo *difuso* o pertenencia a relaciones afiliativas. En fin, la *percepción* de la calidad de las relaciones y la *satisfacción* con ellas sería otro aspecto —este último representando la dimensión subjetiva. Serían estos dos últimos aspectos los centrales en la relación entre soporte social y síntomas psicológicos (Shumaker y Brownell, 1984; Depner et al, 1984; Thoits, 1983, pp. 127-137). La revisión de Cohen y Ashby permite evaluar empíricamente estas dimensiones. Estos diferenciarían las 59 investigaciones que evaluaron según si medían el soporte social objetivo (número de conexiones con amigos, vecinos, organizaciones, etc.) y las medidas funcionales que se referían a las necesidades que satisfacían las redes sociales.

También se dividieron las medidas en: específicas (un sólo aspecto); globales (varios aspectos diferentes) y compuestas (varias dimensiones de un aspecto). El cuadro siguiente sintetiza los resultados.

Se evaluaron los efectos directos (un alto soporte asociado, un bajo nivel de síntomas) e indirectos (el alto soporte social permite disminuir y/o actuar ante un alto stress).

Las medidas estructurales globales mostraron efectos directos, pero, no indirectos. La interpretación es que estas medidas de integración social estructural permiten evaluar los efectos positivos de los roles en la autoestima de los sujetos integrados o los efectos negativos del aislamiento social en la autoestima.

Las medidas funcionales de soporte social, en particular las de confidentes, mostraron un claro efecto directo (77%) e indirecto (85%). La accesibilidad de un confidente se supone que está asociado a la función emocional (valorización y autoestima) y de información.

Los estudios que utilizaron medidas específicas encontraron efectos directos y en menor medida indirectos. Además, permitieron comprobar que las correlaciones entre stress y soporte social eran bajas. A nivel de medidas compuestas y complejas, los que se centraban en el uso reciente pasado del soporte social, confundiendo la accesibilidad con el uso del soporte, encontraron efectos directos pero no indirectos. Además, algunos de ellos mostraron correlaciones *positivas* con el stress, confirmando que este tipo de medidas confunde el nivel reciente de malestar y utilización del soporte con el soporte mismo.

Un elemento conclusivo importante es que la relación entre integración social y soporte funcional es baja, mostrando que ambos aspectos tienen una fuerte autonomía. Además mientras que la existencia de una fuerte red social no permitía encontrar efectos indirectos, la presencia de un confidente sí lo permitía. Tanto el soporte social de los confidentes, como otras medidas funcionales, mostraban efectos indirectos fuertes. Esto puede interpretarse en el sentido que las necesidades emocionales, de comunicación y otras, permiten responder de mejor manera al stress alto—cosa que no ocurre con el soporte estructural—.

Por último, aún en las investigaciones que median ten-

siones crónicas (pobreza, conflictos y problemas familiares, sobrecarga de trabajo y enfermedades crónicas) se encontraron efectos directos e indirectos.

		ESTUDIOS TRANSVERSALES		ESTUDIOS LONGITUDINALES		
		Efecto directo	Efecto indirecto	Efecto directo	Efecto indirecto	Subtotales
MEDIDAS ESTRUCTURALES	Especificadas	3 / 4	3 / 4	2 / 5	4 / 5	12 / 18 = 0,66
	Compuestas o globales	5 / 7	3 / 7	2 / 3	0 / 3	10 / 20 = 0,5
MEDIDAS FUNCIONALES	Especificadas de confidentes	6 / 8	8 / 8	4 / 5	3 / 5	21 / 26 = 0,81
	Especificadas	3 / 3	2 / 3	3 / 3	0 / 3	8 / 12 = 0,66
	Compuestas	1 / 6	2 / 6	2 / 4	2 / 4	7 / 20 = 0,35
	Globales	4 / 5	1 / 5	2 / 3	0 / 3	7 / 16 = 0,43
	Stress ocupacional	3 / 3	2 / 3	—	—	5 / 6 = 0,83
	Subtotales	26 / 36 = 0,72	21 / 36 = 0,58	15 / 23 = 0,65	11 / 23 = 0,48	

c) *Habilidades sociales y voluntarismo inadaptivo:*

Igualmente hay que relativizar el carácter rígidamente adaptativo que se le otorga a las estrategias de enfrentamiento directo de los problemas y de autocontrol emocional.

De hecho, ante situaciones incontrolables o muy restrictoras lo mejor parece ser la retirada resignada. La expresión emocional no siempre es negativa. La insistencia en el enfrentamiento directo, el control del medio y el autocontrol emocional, nos parece ser un rasgo cultural basado en la ética protestante del esfuerzo y en el ideal individualista del activismo de logro.

Comportamientos rígidamente asertivos, de enfrentamiento (confrontativos) constituyen, a nuestro parecer, factores de riesgo y elementos que pueden aumentar el stress

(por ejemplo, el famoso comportamiento de tipo A no es más que una extremización del rol de adulto productivo, competitivo y asertivo). Este estilo de conducta se caracteriza por una gran competitividad, por una impaciencia o sentimiento crónico de urgencia del tiempo, por un intento permanente de controlar el medio, por la irritabilidad y por responder con agresividad ante la frustración. Estos sujetos estarían muy implicados en su trabajo y permanentemente activos (Eiser, 1982).

Este estilo de conducta es un factor de riesgo claro de las enfermedades cardíacas. Los sujetos que lo presentan tienen el doble de riesgo de ataques cardíacos, controlando los factores de riesgo asociados a la edad, el nivel de colesterol, la presión arterial y el tabaquismo (Dembroski y McDougall, 1982).

Como se puede constatar, este estilo es un buen retrato robot del trabajador eficaz y del vendedor y ejecutivo agresivo.

d) *Falta de conceptos psicológicos:*

Otra limitación del modelo microsocial de los trastornos mentales, es la ausencia de integración de procesos intraindividuales en él. Una ventaja de la investigación de Brown y Harris sobre la depresión, es que integró elementos psicológicos en su modelo explicativo.

Sin embargo, aunque han postulado procesos psicológicos, no los han contrastado empíricamente. Más adelante expondremos algunos procesos psicológicos explicativos de la salud mental que van a precisar y contrastar los factores antes descritos.

CAPITULO V

PROCESOS PSICOLOGICOS MEDIADORES EXPLICATIVOS DE LOS TRASTORNOS DEPRESIVOS Y ANSIOSOS

*Dario PAEZ, Rosa DE LA VIA y
Lourdes ETXEBARRÍA*

La Autoestima y Autoimagen

Un primer factor psicológico intermediario es la autoestima, definida por Philips a partir de la balanza entre las experiencias positivas y negativas.

El que tiene más experiencias positivas superará más fácilmente su stress. En efecto, las investigaciones de este autor han demostrado que no había relación entre la pertenencia a clase y las perturbaciones psíquicas en las personas con un «Afect Balance Score» elevado (media de la diferencia entre la cantidad de sentimientos positivos y negativos) (Pierlot, 1978).

Las investigaciones han demostrado que la autoestima es, en general, más baja entre las clases más «bajas». Esta baja autoestima se asocia a una representación negativa de su capacidad de controlar el medio (Pearlin y Scholer in Eron y Peterson, 1982, p. 248). En el mismo sentido, las

investigaciones confirman que las mujeres tienen una autoestima más baja que los hombres (Gove y Tudor, 1979; Corral, 1983). Así, vemos que la autoestima, como primer factor psicológico mediador del impacto de los sucesos stressantes, está asociado negativamente a la posición de clase y al rol sexual.

Como indicamos antes, la autoestima depende de la integración satisfactoria de los roles y la red social, así como de los sucesos de vida positivos. Dicho de otra manera, este primer factor no sería más que la interiorización del soporte social y los sucesos vitales en el sí mismo.

Por otra parte, al ser una de las dimensiones principales de la depresión el estado de autodevaluación, poco puede aportar la autoestima como factor explicativo. Además no toda baja de autoestima conduce a trastornos mentales.

Sin embargo, la autoestima no es sólo de origen externo. Se ha constatado que hay una autoestima que depende de la valoración social externa y otra de carácter interno que depende de si el sujeto cumple sus expectativas internas. Ambas están poco relacionadas. Arieti y Bemporad (1981) han propuesto que existen dos tipos de depresivos. Un tipo anaclítico, caracterizado por una fuerte dependencia del apoyo y de la valoración de los otros y un tipo introyectivo, caracterizado por su fracaso ante sus expectativas internas de rendimiento y morales. El primero se caracterizaría por la desesperanza, la fragilidad y por el miedo del abandono. El segundo por sentimientos de inferioridad, culpa y desvalorización. Empíricamente, se ha constatado la existencia de estos dos tipos. Una investigación prospectiva sobre sujetos caracterizados por ser «anaclíticos» (dependientes de otros) o «introyectivos» (autocríticos) mostró que los primeros sujetos presentaban una fuerte asociación entre síntomas depresivos y sucesos de vida interpersonales. En cambio, para los segundos, la asociación era más fuerte entre síntomas depresivos y sucesos negativos de rendimiento y productividad. Esto confirma que cada subtipo es más sensible

a áreas diferentes. Arieti y Bemporad (1981) también plantearon que los depresivos «anaclíticos» provenían de familias en las que la madre era dominante, se enfatizaba la sumisión a la autoridad, la poca individualización, un control estricto y se expresaba afecto inconsistentemente. Las familias de los «introyectivos» compartían las dos últimas características, pero, en ellos predominaban el padre, la individuación era mayor y se enfatizaba el rendimiento y el logro antes que la obediencia. Varias investigaciones retrospectivas han confirmado, en parte, estas hipótesis (McCranie y Bass, 1984; Hammen et al, 1985).

Aunque los sucesos negativos y los fracasos de rendimiento, así como el autocriticismo extremo (que trataremos más adelante), provoquen descensos en la autoestima, no todos estos últimos conducen a la depresión. De hecho, el duelo por los sucesos negativos de pérdida no se considera depresión según los criterios del DSM-III.

Ya los escritos psicodinámicos clásicos habían señalado el paralelo entre el duelo por sucesos vitales dramáticos y la depresión (Freud).

En ambos, las causas coinciden: «la pérdida de una persona amada o de una abstracción erigida en sustitución de esa persona, tal como la patria, la libertad, el ideal, etc.». Los síntomas también coinciden: depresión dolorosa, desinterés, inhibición, pero en la melancolía existe un síntoma suplementario, específico, la disminución del sentimiento de sí, que se traduce por los autoreproches, las injurias a sí mismo pueden llegar hasta la esfera delirante del autocastigo (Flamenbaum, 1972; Abraham, 1977; Bergeret, 1975).

La pregunta que hay que responder es ¿por qué en lugar del duelo normal, se instaura este estado patológico? Un segundo factor psicológico mediador, postulado adicionalmente, es la capacidad autopercebida de controlar el medio.

La capacidad percibida de control del medio

Aunque refiriéndose al mismo dominio, hay una serie de conceptos diferentes que se refieren a la percepción de control del medio.

Así, el concepto de sentimiento de «competencia» o eficacia de Bandura (1980), es decir, las creencias relacionadas con la capacidad que tiene un sujeto para realizar ciertas conductas. Son las expectativas que un sujeto tiene de poder realizar una conducta dada. Diferentes serían para Bandura las creencias o expectativas sobre la relación entre conductas y ciertos resultados (Becker, 1979; Bandura, 1980; Kirsch, 1985).

Un segundo elemento es el centro de control (locus of control) de Rotter, que se refiere a las creencias que tiene un sujeto sobre si es su conducta o un factor externo fuera de su control, los que determinan lo que le ocurre a la gente Lefcourt et al. 1981; Beauvois, 1984; Kirsch, 1985).

Aunque ambos conceptos pueden diferenciarse teóricamente, funcionalmente se refieren a las expectativas de éxito en una conducta y a las expectativas de refuerzo si se realiza ésta. Las mediciones que se hacen de sentimiento de competencia y de centro de control se refieren a las creencias —genéricas o específicas— de control del medio. Un sujeto que cree ser capaz de realizar una conducta y que cree que ésta le lleva a su objetivo es un sujeto competente o de centro de control «interno».

Empíricamente, se ha propuesto diferenciar las áreas del centro de control interno/ externo y diferenciar la dimensión de competencia y de la contingencia (Beauvois, 1984, p. 74-75).

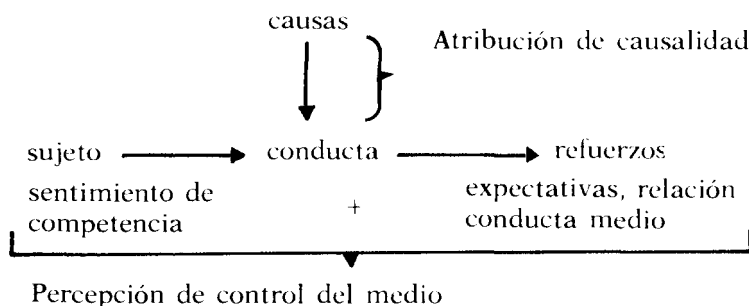
Aunque no hay que confundir internalidad con control, el atribuir las causas de la conducta a factores internos no conduce necesariamente a un sentimiento de control: un sujeto que atribuya los fracasos a su conducta, siendo éstos

motivados por causas internas, tiende a deprimirse (Miller y Seligman, 1984).

Una relativización importante es que existe entre los sujetos normales un sesgo hacia la internalidad de los refuerzos positivos. Por una parte se tiende a atribuir a causas internas las conductas de los sujetos. Por otra parte los sujetos normales tienden a un sesgo de control del medio, ya que sobrevaloran sistemáticamente su papel en la obtención de refuerzos positivos (Leyens, 1983; Beaubois, 1984; Wortman y Bhrem, 1975).

Partiendo de estas relativizaciones nos referiremos a la percepción de la capacidad de controlar el medio como una dimensión unitaria que comprende la competencia y la dependencia conducta-refuerzos, y diferente de la dimensión explicativa o atribución de causalidad.

Dimensiones a diferenciar en la percepción de internalidad externalidad y de control del medio.



Empíricamente los sujetos que se representan a sí mismos como incapaces de controlar el entorno y que perciben a éste como impredecible y amenazante, responden ante sucesos de vida stressantes con mayor tendencia a presentar síntomas ansiosos y depresivos (Johnson y Sarason in Eron y Peterson, 1982, p. 251; Ashkanasy, 1985).

Sujetos con un centro de control externo son más sensibles a los sucesos stressantes (Leccourt, 1984, p. 159). En otros términos, en los sujetos que se creen capaces de controlar el medio no hay asociación entre el nivel de sucesos negativos y síntomas ansiosos y depresivos (Thoits, 1983, p. 62).

Los sujetos depresivos se perciben como muy poco eficaces, es decir, se representan con muy poca capacidad de acción ante el medio. También se ha encontrado una asociación entre tener un centro de control externo y la ansiedad o agorafobia.

La capacidad de controlar el medio se refiere, evidentemente, a la expectativa o esquema cognitivo de eficacia que el sujeto se forma. Los sucesos negativos y las tensiones persistentes en los roles, pueden llevar a disminuir el sentimiento de control del medio (Doherty, 1983) y pueden llevar a la desvalorización del sujeto ante sí y ante los demás.

La baja autoestima y la pérdida de la capacidad de control del medio pueden conducir a la ansiedad y a la depresión.

Expectativas de actuación y de evaluación demasiado elevadas

Hay hipótesis, apoyadas parcialmente por datos, que son reformulaciones de las teorías clásicas y que señalan que la escasa eficacia percibida y, en cierta manera, la baja autoestima, se deben a que los sujetos tienen niveles o expectativas de actuación demasiado elevadas, unido ésto a una fuerte tendencia al autocriticismo (Kanfer y Zeiss, 1983).

Ambos elementos convergen con la baja capacidad de conducta social y la baja percepción de eficacia y competencia para provocar el cuadro depresivo (Lewinsohn y Hoberman, 1982, p. 340; Bandura, 1980, p. 131-132; Mahoney, 1983, p. 170).

Asociado a lo anterior habría un déficit en la capacidad de autorrefuerzo: ante niveles de actuación iguales, los de-

presivos se autorrefuerzan menos que los normales (Gotlib, 1982).

En relación a lo anterior, la teoría psicodinámica clásica postulaba que la depresión nace de una represión intrapsíquica unida al duelo de una desdicha ocurrida. El núcleo de la depresión sería una disposición en exceso hostil de la libido. El sujeto se creería detestado por su entorno y asociaría esta hostilidad proyectada a insuficiencias psíquicas o físicas.

Tres elementos más se pondrían de relieve:

Primero, existiría un superyo sádico es decir, esquemas cognitivos morales de autoevaluación, esquemas que serían hipercríticos.

Segundo, un yo ideal demasiado fuerte, en otros términos, expectativas de logro y realización demasiado elevadas.

Tercero, el yo se somete intensamente al castigo de las instancias antes descritas, generando un autorefuero muy limitado.

Si exceptuamos ciertas afirmaciones difícilmente contrastables en relación a características hereditarias o a fijaciones emocionales estructuradas muy tempranamente, el perfil psicológico del depresivo postulado por la teoría psicodinámica converge parcialmente con el antes descrito. (Abraham, 1977; Mendelson, 1982; Bergeret, 1975).

Con respecto al proceso formador de estas expectativas, hay elementos postulados por la teoría analítica no contrastados —con métodos intersubjetivos e inferencias matemático-formales— como la del exceso de agresividad, el odio a la madre, etc... Estudios longitudinales mostraron que el rechazo de los niños por los padres precedía significativamente las depresiones posteriores, así como que la expresión inconsistente de afecto en la niñez estaba asociada a la sintomatología depresiva (Lefkowitz y Tesiny, 1984; McCrannie y Bass, 1984). Sin negar que investigaciones previas no habían encontrado asociaciones entre la historia infantil y las características (rechazo, afecto inconsistente) son dema-

siado genéricas, creemos que plantean la necesidad de profundizar con datos de calidad y fiabilidad este tipo de hipótesis.

Sin embargo, no sólo estos factores son genéricos, sino que también lo son las hipótesis sobre los esquemas autoevaluativos, las expectativas y capacidades de actuación. La teoría rogeriana, por ejemplo plantea que el factor patológico general es esa distancia entre lo que el sujeto «es» y lo que quisiera ser (Hubert, 1977).

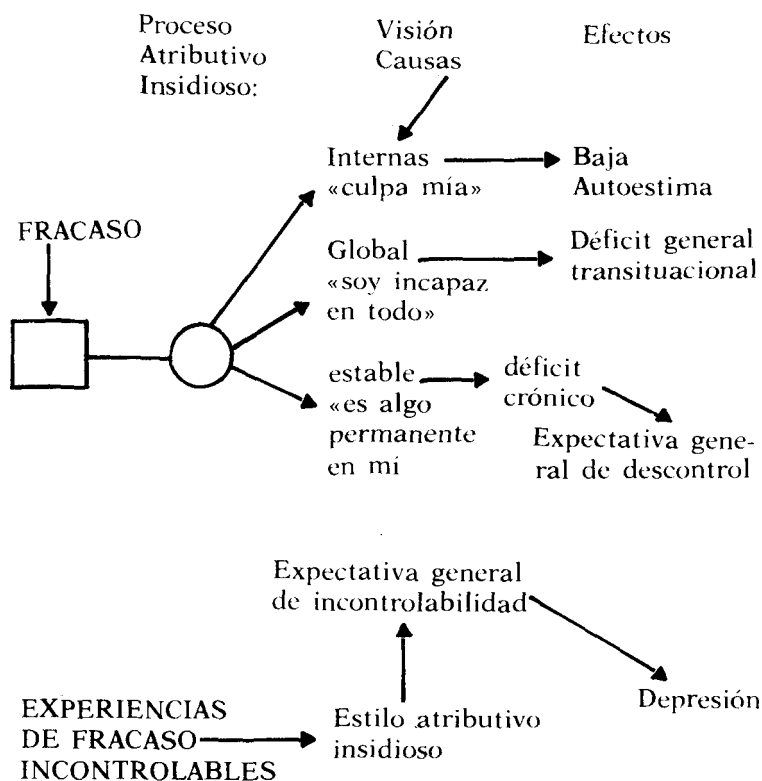
El siguiente factor psicológico explicativo, que sería un estilo cognitivo concreto tiene la ventaja de ser específico.

Estilo atributivo insidioso de causalidad

Hay hipótesis y evidencias indicadoras de que los sujetos depresivos tienden a atribuir las causas de los sucesos stressantes negativos a sí mismos de manera global y estable. Estos sujetos evidentemente se sienten habitualmente incapaces de controlar el medio (Miller et al, 1982; Eaves y Rush, 1984; Abramson y Martin, 1981).

Los dos cuadros de la página siguiente sintetizan esta hipótesis.

Esto llevaría a que el sujeto a partir de unas experiencias de fracaso o pérdida incontrolables, genere una representación de sí mismo globalmente negativa. Las personas depresivas no tendrían el sesgo de positividad de los sujetos normales —que tienden a atribuir los fracasos a las circunstancias externas y los éxitos a sus características personales (Shaw, 1984, p. 145-6; Abramson y Martin, 1981, p. 132-133)—. Así como tampoco presentarían el sesgo de ilusión de control de los normales —que tienden a sobreevaluar su capacidad de control de las contingencias, aunque en realidad se deban al azar (op. cit. ant.).



Ya Freud constataba esta tendencia a la autodescalificación, en la depresión. Según él, la disminución del sentimiento de sí, el enorme empobrecimiento del yo del deprimido, se oponen al sentimiento del sujeto en duelo, para el cuál, es el universo el que parece vacío y empobrecido, y no el yo, como es el caso en la melancolía.

Las auto-acusaciones, resultarían de la elaboración interior comparable al duelo, que roe el Yo. «Ha perdido la

estima de sí mismo y tiene para ello, sin duda buenas razones. Es en su Yo donde ha sentido una pérdida». Las quejas son acusaciones, es por esto que «falta la vergüenza en esta ostentosa auto-depreciación».

En la melancolía se produce una separación, *«una parte del Yo (el super yo), viene a oponerse a la otra, llevando hacia esta última un juicio crítico, tomándola de alguna manera como objeto»*.

Afirmar que la pérdida real o simbólica se hace recaer en el sí mismo, de manera estable y global, equivale a decir que la pérdida del objeto se atribuye y estigmatiza a este primero. Según la célebre fórmula: «La sombra del objeto se ha dirigido sobre el Yo».

Un esquema cognitivo de sí negativo

Una versión estructurada y englobante de los anteriores elementos (expectativas y estilo de atribución) fue postulada por Beck (et al, 1983). Según este autor el factor psicológico explicativo principal de la depresión sería la existencia de un esquema de sí negativo. Este esquema cognitivo sería una estructuración previa de conocimientos sobre «sí mismo» que organizaría el procesamiento de la información en el sujeto. Este esquema estaría compuesto de pensamientos negativos sobre sí, sobre el mundo y sobre el futuro.

Estos pensamientos se activarían automáticamente, le parecerían plausibles al sujeto y le llevarían a seleccionar la información negativa, ignorando la positiva. Además esta información sería codificada y almacenada más eficazmente en la memoria, por lo que se recordaría mejor los sucesos y hechos negativos. Este esquema negativo sería resistente a nueva información, manteniendo el estado depresivo mediante una distorsión negativista de la realidad.

A nivel de contenido los sujetos se verían a sí mismos como deficientes y atribuirían la causa de sus experiencias

no placenteras a defectos personales. Su visión del mundo sería la de un derrotado, condenado al fracaso.

Su visión del futuro sería negativa —como una proyección permanente de la incapacidad de alcanzar metas o éxitos.

Según Beck, este esquema se apoya en cinco mecanismos de distorsión cognitiva:

a) La abstracción selectiva es el proceso por el cual un elemento se extrae del contexto de manera negativamente irrealista; por ejemplo un sujeto al que su jefe le elogia su trabajo y a continuación le pide que no haga copias extras de las cartas, concluirá que «el jefe está insatisfecho con mi trabajo».

b) La inferencia arbitraria es el proceso por el que se infiere una conclusión cuando los datos son inexistentes o contrarios a la conclusión.

c) La sobregeneralización consiste en la elaboración de una conclusión a partir de un hecho aislado.

d) Los errores de aumentar las evaluaciones negativas y minimizar las evaluaciones positivas. Por ejemplo los depresivos tienden a minimizar la evaluación positiva de su actuación y a aumentar la evaluación de los sucesos negativos —un pequeño hecho displacentero se transforma en una catástrofe—.

e) La personificación, consiste en el proceso de personificar los sucesos externos sin conexión directa con el sujeto —por ejemplo, sentirse responsable de la violencia y del sufrimiento en el mundo— (Beck et al, 1983; Abramson y Martin, 1981, pp. 135-138).

Toda una serie de evidencias han sido aportadas por Beck y sus colaboradores (Mahoney, 1983).

Resultados empíricos y evaluación de las hipótesis psicológicas

Sintetizando los elementos psicológicos antes expuestos, la depresión estaría provocada entonces por un esquema de sí que integraría: una tendencia a responsabilizarse personalmente de manera global y estable de los fracasos, la tendencia a evaluar éxitos y fracasos a partir de expectativas de *actuación* exageradas, con una capacidad de acción social de bajo control del medio, una percepción subjetiva acorde con la anterior, una baja tasa de autorrefuerzo y una fuerte tendencia a la autocrítica (Carver y Ganellen, 1983; Kanfer y Zeiss, 1983).

Aunque este modelo es coherente teóricamente y con la tradición psicodinámica sólo algunos elementos han sido confirmados empíricamente, como veremos al examinar las investigaciones realizadas.

A) *Pensamientos negativos y esquema de sí: resultados empíricos*

Con respecto a los pensamientos repetitivos sobre sí, diferentes investigaciones sistemáticas han confirmado que sujetos depresivos tienen más sentimientos y pensamientos negativos —que «los normales»—. En particular se confirmaron, pensamientos de rechazo e inadaptación social, así como una visión más negativa de sí y del futuro (Lewinson et al, 1979, p. 306-308; Miller y Seligman, 1984, p. 163; Burns y Beck, 1979; Persons y Rao, 1985, p. 52).

Sujetos ansiosos también se caracterizan por tener imágenes y sensaciones de peligro y pérdida de control de sí y de la situación. En particular sujetos ansiosos socialmente tenían un gran número de pensamientos negativos, incluyendo creencias irracionales, autoevaluaciones negativas y pocos pensamientos positivos de resolución de problemas

(Beidel et al, 1985). También se encontraron relaciones significativas entre el acuerdo con ideas «irracionales» y la ansiedad interpersonal. Sujetos poco asertivos tenían tantos pensamientos positivos como negativos, mientras sujetos más asertivos tenían más pensamientos positivos. Además los primeros centraban más sus pensamientos inhibitorios en una preocupación excesiva por la evaluación de los otros.

Los sujetos que tienen este tipo de pensamientos son más ansiosos socialmente (Sutton 1981).

Sin embargo, la teoría de Beck, no afirma sólo la existencia de una serie de pensamientos como los antes descritos, sino también la existencia de un esquema cognitivo de sí mismo.

Un esquema de sí o un autoesquema es una organización del conocimiento preexistente sobre sí mismo.

Los esquemas de sí son generalizaciones o «teorías implícitas» sobre sí mismo en una serie de áreas. Estos esquemas se basan en la experiencia pasada y se usan para seleccionar y procesar la información relevante sobre sí mismo.

Se supone que estos esquemas se han formado a partir de la categorización de las conductas del sujeto y de otros significativos en áreas importantes. Los esquemas de sí permiten a las personas comprender su experiencia social e integrar estímulos informativos sobre sí mismo en patrones de significado.

Empíricamente se afirma que un sujeto es esquemático sobre sí en una dimensión dada cuando cree que ésta es importante, puntúa de manera extrema y está seguro de rechazar los atributos opuestos a esa dimensión (Fiske y Taylor, 1984).

Un esquema actúa a nivel de la atención y percepción de la información, así como de las interpretaciones, codificaciones, del almacenamiento, recuperación y utilización como guía para la acción de las informaciones o estímulos.

Un esquema procesa preferentemente la información relevante para él.

En particular a nivel de la percepción un esquema selecciona o guía la percepción hacia la información relevante, ignorando el resto.

Un sujeto esquemático responde más rápido sobre el carácter autorreferente de los estímulos relevantes y percibe más en los otros los atributos relevantes para su esquema.

La información relevante para el esquema de sí se almacena y se recupera mejor en la memoria. Los sujetos esquemáticos sexualmente, por ejemplo, recuerdan más información relevante para esa dimensión.

Además un esquema de sí es resistente a nueva información que los cuestione. Un esquema reinterpreta la información contradictoria, la ignora o agrega datos congruentes con su estructura allí donde la información es ambigua o nula.

Las personas esquemáticas buscan y recuerdan información que confirme a éstos.

A nivel de juicios e inferencias, los sujetos esquematizados procesan, evalúan y predicen de manera más rápida y más segura las conductas y fenómenos relevantes para el área del esquema de sí. Sin embargo, cuando un estímulo nuevo relevante e importante para el área se presenta, lo procesan más lenta y profundamente.

En general, los esquemas de sí funcionan como los esquemas en general, aunque tiene ciertas peculiaridades. Primero, el conocimiento estructurado o esquema sobre sí mismo parece ser más accesible en la memoria que el conocimiento sobre los otros —aunque esta diferencia disminuye a medida que los otros son más cercanos—. Segundo, el esquema de sí parece ser más complejo que el de los otros. Tercero, es un esquema mucho más cargado afectivamente. Cuarto, el conocimiento sobre sí se representa de manera verbal más que visual (Markus y Zajonc, 1985; Fiske y Taylor, 1984; Gotlib y Mc Cann, 1984; Pietromonaco y

Markus, 1985; Mc Dowall, 1984; Taylor y Fiske, 1981; Fiske, 1984).

En relación a la existencia de un esquema de sí negativo, se ha confirmado que los sujetos deprimidos, *recuerdan mejor los sucesos negativos* que los positivos, *procesan más profundamente la información negativa*, imaginan mejor, predicen más y evalúan como más probables los resultados negativos de sucesos (Abramson y Martin, 1981, p. 143; Pietromonaco y Markus, 1985, p. 804;808). Además los sujetos deprimidos subestiman el número de refuerzos recibidos y recuerdan evaluaciones interpersonales como más negativas de lo que fueron en realidad (Gotlib y Mc Cann, 1984). Comparando sujetos «normales» con depresivos medios, los primeros se caracterizaban por un esquema de sí positivo, en cambio los segundos se caracterizaban por presentar simultáneamente un esquema de sí negativo y positivo (Hammen et al, 1985, 1985b).

Sin embargo, cuando a los sujetos deprimidos se les fuerza a procesar información positiva, o se les impone una tarea de categorizar los elementos en positivos y negativos, dejan de recordar mejor elementos negativos (Mc Dowall, 1984).

Esto se puede explicar de dos maneras distintas:

Primero, en función de la *codificación u organización de los estímulos percibidos*, los sujetos deprimidos *tendrían una tendencia a procesar más tiempo y a codificar más profundamente los estímulos negativos*. Así, una tarea cognitiva que los fuerza a percibir y categorizar los sucesos positivos interferiría en esta tendencia.

Segundo, en la fase de recuperación del material memorizado, los deprimidos le darían preponderancia a la recuperación de estímulos negativos. Aparentemente, sería la primera explicación la que sería más congruente con los resultados empíricos, aunque escaseen las investigaciones al respecto (Mc Dowall, 1984; Martin et al, 1983).

Por otro lado esta tendencia a recordar mejor e inferir

dimensiones negativas, así como a imaginarlas mejor y a predecirlas más, sólo ocurre cuando los sucesos se refieren a sí mismo y no a los demás. Esto sugiere que los sujetos deprimidos, más que de una hipersensibilidad a la información negativa y una accesibilidad más fácil a pensamientos negativos sufren de un déficit de procesamiento de la información positiva sobre sí. El hecho de que cuando los sucesos que se juzgan se refieren a otros, no aparecen sesgados hacia un procesamiento negativo de la información, cuestiona que los deprimidos tengan un sesgo de hiperpercepción, sobre-memorización, recuperación y utilización de la información negativa en general.

Lo que sucedería es que, en relación a sí mismo, los sujetos tendrían un déficit de activación de los esquemas cognitivos positivos. Así, los sujetos no aprovecharían los sucesos positivos para reforzar la imagen de sí. Después de una experiencia positiva la posibilidad de codificar y memorizar información positiva no sería superior a la existente después de una experiencia negativa. Esto haría que la información positiva fuera procesada menos eficazmente y que la negativa lo fuera más eficazmente. Como ya lo dijimos los sujetos depresivos recuerdan menos los sucesos positivos y más los negativos referentes a sí mismos, así como evalúan los refuerzos recibidos como más bajos que los normales —aunque en cantidad sean similares— (Pietromonaco y Markus, 1985; Ingram et al, 1983).

Sin embargo lo que es dudoso es que esta incapacidad de aprovechar la información positiva se deba a una hiperactivación de los esquemas cognitivos negativos en general.

De hecho la diferencia entre normales y depresivos en la apreciación del nivel de refuerzo se explicaba por una distorsión positivista de los normales que infravaloraron la cantidad de refuerzos negativos realmente recibidos (Gotlib y McCann, 1984, p. 108). Sería este *déficit* en la accesibilidad de *esquemas* constructos positivos sobre sí mismo, lo que haría que la información positiva fuera subutilizada. En cambio,

la información negativa sería procesada esquemáticamente de manera más profunda, por lo que se utilizaría en mayor medida. Además, en la actualidad se tiende a creer que el estado emocional depresivo también sería una causa de la subutilización de los constructos positivos.

Se ha encontrado que los sujetos en estado de ánimo deprimido recuerdan más información negativa. Ya sea induciendo estados de ánimo experimentalmente, o comparando las respuestas de memorización de sujetos en momentos de fuerte depresión y de mejoría relativa, se ha confirmado que la información congruente con el estado de ánimo se recupera mejor y más rápidamente. Así, sujetos deprimidos recordarán más sucesos negativos de su pasado, más adjetivos y estímulos displacenteros que los mismos sujetos cuando se hallan en mejor estado de ánimo (Clark y Teasdale, 1982; Slife et al, 1984; Mc Dowall, 1984; Martin et al, 1983; Matthews y Brodley, 1983).

Los resultados anteriores son congruentes con el modelo cognitivo-afectivo de la memoria, elaborado por Bower, que plantea que los esquemas de esta están formados por elementos cognitivos y afectivos. Según esto, los sujetos seleccionarán, estructurarán y recordarán mejor los elementos cognitivos congruentes con el estado de ánimo.

Lo anteriormente expuesto no niega que se ha constatado una influencia de los pensamientos negativos en el estado de ánimo, así, pacientes deprimidos empeoraban sus estados de ánimo cuando se les inducía a «rumiar» sus pensamientos negativos y lo mejoraban cuando se interferían estos pensamientos (Clark y Teasdale, 1982, p. 93). Lo más razonable es pensar que un suceso negativo o una tensión crónica provocan un estado de ánimo disfórico. Este hipodactiva los esquemas positivos y facilita la accesibilidad de los elementos negativos del esquema de sí. El esquema de sí negativo, en retorno va a reforzar aún más la depresión. En un proceso de círculo vicioso.

Tanto el desarrollo de un esquema de sí negativo, para-

lelo al positivo, como la hipoactivación de los esquemas positivos harían que los constructos negativos sobre sí fueran accesibles para procesar la experiencia (Ingram et al, 1983, p. 414). Aunque otras investigaciones sugieren que el estado afectivo no es la única fuente del tipo de procesamiento negativista de los deprimidos (Gotlib y Mc Cann, 1984, p. 435).

En lo que hay acuerdo es en que los deprimidos más que por *distorsiones negativas*, se caracterizan por un *déficit de las distorsiones positivas* que caracterizan a los normales (ver el resumen posterior de investigaciones sobre la atribución de causalidad y percepción de control del medio social).

Podemos concluir consistentemente que los deprimidos se caracterizan por un déficit de procesamiento de información positiva sobre sí, y por una visión negativa de sí —y no de los otros— y es menos claro que esto se deba al hiperdesarrollo de un esquema cognitivo negativo. Está aún más claro que las distorsiones cognitivas expuestas por Beck son comunes entre los sujetos normales (Abramson y Martin, 1982). Los sujetos normales realizan inferencias «arbitrarias» a partir de evidencias insuficientes o aún contrarias —hay una tendencia a «llenar» con información congruente el esquema activado, allí donde los datos son insuficientes. Los sujetos normales tienden a ignorar la evidencia contraria a sus esquemas, presentando un fuerte sesgo verificacionista y abstraen selectivamente, ya que procesan sólo la información relevante (congruente o incongruente) con el esquema activado —ignorando el resto de los estímulos—.

En otros términos, los sujetos normales hacen inferencias arbitrarias, tienen esquemas que ignoran la evidencia y tienden a confirmar sus esquemas. Además, los sujetos normales tienden a polarizar (maximizar o minimizar) sus juicios y basan sus opiniones en casos concretos simples —sobregeneralizando y evaluando distorsionadamente (Abramson y Martin, 1981; Levens, 1983).

Aunque no podamos demostrarlo aquí por falta de es-

pacio, de hecho la mayoría de las distorsiones planteadas por Beck son comunes a todo conocimiento «normal» de sí mismo y del mundo social.

La especificidad del depresivo no estaría en estas distorsiones comunes, sino en su subutilización de los esquemas y sesgos positivos de refuerzo de la imagen de sí mismo.

Hechas estas precisiones, aún queda pendiente el carácter causal directo o indirecto del esquema de sí negativo.

Una investigación encontró que la posesión de esquemas de sí negativos no era predictor del nivel de depresión —cuatro meses más tarde— ni siquiera en interacción con los sucesos de vida negativos. Otra investigación encontró que los sujetos esquemáticos sobre las relaciones interpersonales o sobre motivos de logro, tenían síntomas depresivos asociados mucho más significativamente con los sucesos de vida relevantes para el esquema.

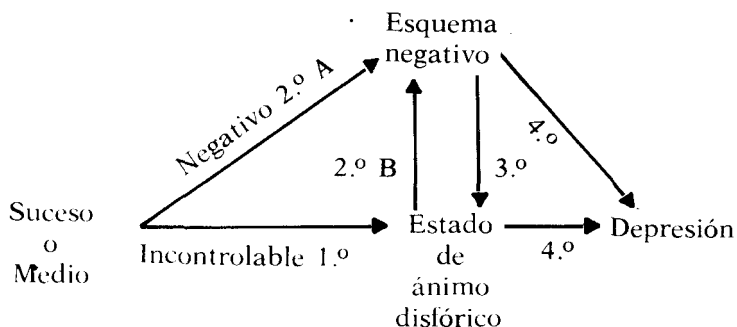
Por último, Persons y Rao (1985) encontraron que las ideas «depresivas» precedían los síntomas depresivos.

Estos hechos confirman que puede haber una relación entre esquema de sí, sucesos y depresión (Hammen et al, 1985).

Otro problema es que los esquemas de sí parecen depender del estado de ánimo y varían con él. Dos investigaciones, utilizando el instrumento de Beck para el esquema de sí (escala de actitud disfuncional), encontraron que los sujetos que habían remitido sintomatológicamente no mostraban un esquema de sí negativo. (Hammen et al, 1985).

Creemos que lo más razonable es pensar que hay un efecto interactivo entre esquema cognitivo y estado de ánimo siendo este último el predominante y el que se desata primero a partir de sucesos de vida negativos y tensiones en la red social incontrolables. El esquema de sí jugaría un rol directo secundario y sobre todo en un rol de mantención de la depresión. El cuadro siguiente presenta un modelo simplificado del proceso:

(op. cit. Teasdale, 1985). En fin, digamos que esto no niega la



eficacia de la terapia cognitiva. Cuatro investigaciones clínicas han mostrado que ésta reducía los síntomas de depresiones mayores tanto o más que las drogas antidepresivas. (Teasdale 1985). Esto se puede explicar porque la terapia cortaría las influencias 3.º y 4.º del modelo.

Examinemos ahora los resultados referentes a los esquemas cognitivos más específicos de atribución de causalidad y expectativas de actuación.

B) *Evaluación empírica de la relación entre estilo atributivo y síntomas*

Seligman y sus colaboradores (Miller y Seligman, 1984) encontraron correlaciones consistentes (0.63 y 0.51) entre el estilo de atribución de causalidad antes descrito, medido en un primer tiempo y la sintomatología depresiva mediada a posteriori. Nueve estudios sobre doce van a confirmar el poder predictivo de la atribución insidiosa (Brewin, 1985).

Investigaciones longitudinales han confirmado que las puntuaciones en estilo atributivo de estudiantes, estaban asociadas significativamente con su puntuación depresiva,

cuando éstos tenían malos resultados (Peterson y Seligman, 1984).

Se ha encontrado que este estilo cognitivo es un buen predictor de la depresión explicando, eso sí, el 10% de la varianza (Cutrona, 1983; O'Hara et al, 1982).

Sin embargo, estas correlaciones no se han encontrado en otras muestras, clínicas y no clínicas (Mandly et al, 1982). Revisando 61 investigaciones realizadas sobre la presencia del estilo atributivo insidioso en depresivos, Peterson et al (1985) encontraron que el 74% de las investigaciones confirmaban que la suma compuesta de atribuciones internas, estables y globales caracterizaban a los depresivos. El 78% confirmaba que los depresivos hacían atribuciones más globales, el 53% confirmaba la tendencia hacia atribuciones más internas y el 46% confirmó la tendencia hacia atribuciones más estables. Con respecto a la utilización espontánea de estas tres dimensiones por los sujetos, se han encontrado mediante diferentes métodos (análisis factorial, escalas multidimensionales, conclusiones con esquemas a priori) en siete investigaciones las dimensiones internalidad-externalidad y estabilidad -no ha ocurrido lo mismo con la de globalidad (Brenin, 1985).

Por otro lado, si bien los resultados sobre la presencia más fuerte en los depresivos del estilo atributivo insidioso, en el momento de la crisis, son consistentes, no está tan claro que éste sea un estilo cognitivo estable (Hamilton y Abramson; 1983; Hammen y De Mayo, 1982).

Las primeras investigaciones sobre el estilo atributivo mostraron correlaciones test-retest (tres meses) de 0.58 para el estilo atributivo de los hechos negativos de 0.70 para el estilo atributivo de hechos positivos y de 0.70 para una escala compuesta —adición de los dos estilos— (Miller y Seligman, 1984, p. 110).

La actual escala de estilo de atribución ha mostrado correlación test-retest (cinco semanas) de 0.70 para los hechos positivos y de 0.64 para los hechos negativos (Hamilton

y Abramson, 1983, p. 176). Estos datos van en el sentido de una consistencia del estado atributivo. Siguiendo esta línea Miller y Seligman (1984) y Eaves y Rush (1984) encontraron que pacientes deprimidos tenían un estilo atributivo interno, global y estable de los hechos negativos, más marcado que un grupo control. Esto se produce consistentemente, tanto en el momento de la crisis depresiva, como cuando los síntomas habían remitido. Por otro lado, utilizando los porcentajes combinados de atribución de causas a hechos negativos y positivos, Hamilton y Abramson (1984, p. 179) encontraron que pacientes depresivos tenían un puntaje más interno, global y estable, sólo en el momento de la crisis sintomatológicas —cuando los síntomas habían remitido no había diferencias en estilo cognitivo entre depresivos y «normales».

Dadas las limitaciones en tamaño y características de los grupos comparados, creemos que faltan más datos, aunque podemos concluir que la atribución de causalidad interna global y estable de los hechos negativos, muestra una cierta consistencia y predice o está asociado a la depresión, aunque este estilo o esquema cognitivo causal explicatorio cambia junto con los síntomas y los sucesos (Peterson y Seligman, 1984).

Ahora bien, si se ha mostrado que este estilo atributivo es más marcado en los depresivos (los pacientes esquizofrénicos no lo muestran), también se ha encontrado que la mitad de los depresivos se encuentran en el rango de puntuación de los no depresivos, vale decir, no mostraban un déficit cognitivo (Hamilton y Abramson, 1983, p. 183).

Otro elemento crítico es que el estilo de atribución de causalidad de hechos negativos, no ha precedido significativamente la atribución de causalidad para posteriores sucesos de vida negativa (Cutrona, 1983, p. 167). De ahí que pueda cuestionarse que sea un esquema cognitivo estable, únicamente para explicar la depresión.

Una visión alternativa es que los sujetos depresivos en

vez de mostrar un estilo de explicación causal específico, se caractericen por la ausencia del sesgo de atribución defensiva. Los sujetos «normales» presentan un sesgo atributivo defensivo —le atribuyen las causas de los fracasos personales a factores externos y/o inestables, haciendo lo contrario con los éxitos (Baubois, 1984, p. 93 y ss.). Los sujetos depresivos después de fracasar no presentan este sesgo defensivo y presentan una baja de la autoestima (Pyszczynski y Geenberg, 1985).

Por último se ha encontrado que el estilo atributivo insidioso también estaba asociado a la ansiedad (Metalsky et al in Garber et al, 1980).

En otros términos, además de su carácter inestable, de la falta de relación entre estilo atributivo y atribuciones concretas, el estilo atributivo estaría también asociado a la ansiedad. Aceptando que tiene cierto poder predictivo y que juega un rol en la mantención de la depresión, creemos que es insuficiente como factor explicativo específico.

C) Percepción del control del medio y síntomas

Ahora bien la atribución de causalidad es un constructo que tiene que ver con el origen o la causa que el sujeto atribuye a un fenómeno. Pero, tanto o más importante que la explicación que un sujeto da a un fenómeno, es la percepción que este tiene de su capacidad de controlar los efectos de este. La percepción del control del medio sería otro factor mediador que explicaría que las clases bajas y las mujeres tuvieran más síntomas, ya que se caracterizan más por una falta de control del medio, asociada ésta a la depresión y desesperanza (Ashkanasy, 1985). Además son los sujetos de clase alta y los hombres los que tienden a percibir una mayor capacidad de control del medio (Beauvois, 1984).

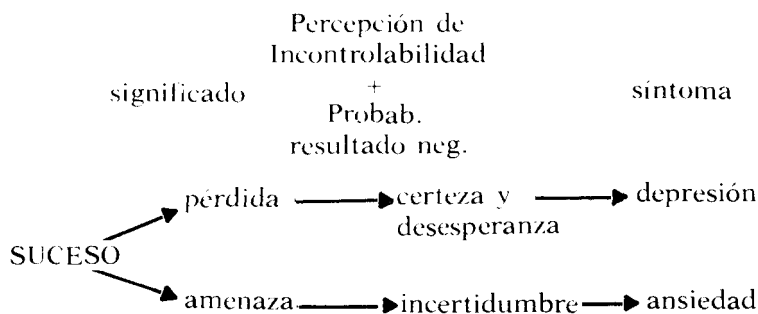
En una investigación sobre sucesos stressantes y depresión en profesores se encontró, que la atribución de causali-

dad de los sucesos stressantes, no estaba asociado a la autoestima ni a la sintomatología depresiva. En cambio las representaciones y expectativas sobre la capacidad percibida de controlar y enfrentar las causas u orígenes, y los efectos de los sucesos negativos estaban asociados a la depresión (Hammen y De Mayo, 1982, p. 99).

Esto nos lleva a concluir que son las bajas capacidades, reales y percibidas, de controlar el medio, en particular los sucesos negativos, los que están asociados a la depresión.

Warren et al (1983) encontraron que la percepción de la capacidad de controlar su vida, era el predictor más fuerte de la depresión, incrementando en un 21% la varianza explicada —controlando mediante la regresión múltiple la influencia de varias variables sociodemográficas y psicosociales (como los sucesos de vida negativa y el soporte social).

Por otro lado, si bien la ansiedad y la depresión pueden coexistir, ambas se relacionan con diferentes condiciones. La depresión aparece vinculada a la desesperanza mientras que la ansiedad aparece vinculada a la incontrolabilidad y a la incertidumbre sobre ciertos resultados o metas (Garber et al, 1980). En el mismo sentido, recordemos que Finlay y Brown (1981) habían encontrado que la depresión se asociaba a sucesos de pérdida realizados y la ansiedad a amenazas futuras. En síntesis, el tipo de sucesos provocaría la cadena siguiente:



Garber (et al, 1980) proponen un cuadro que diferencia el control, la certeza y la probabilidad de obtener una meta o resultado (ver cuadro).

Según estos autores, tanto la ansiedad como la depresión se basan en una percepción de falta de control. Ambas sintomatologías se presentarán en los casos E e I. Sin embargo, es en el caso E en el que la ansiedad es mayor, ya que ésta se asocia a la incertidumbre y en ese caso ésta es muy fuerte, ya que la probabilidad de que ocurra un resultado negativo o no, es intermedia según actúe el sujeto o no y la ambigüedad es máxima. La ansiedad también ocurriría en los casos F y H, ya que en ellos también hay incertidumbre, aunque menor que en el caso E. En la depresión, a la indefensión o percepción de que no hay control sobre el resultado a partir de las respuestas del sujeto, se agrega la certidumbre de que la probabilidad del resultado negativo es total. En cambio, cuando la indefensión se asocia a la incertidumbre, aparecería ansiedad.

En este sentido, la depresión más fuerte aparecería en el caso I (donde haga lo que haga el sujeto, es totalmente cierto que el mal resultado se producirá). En términos más directos, si un sujeto cree que un hecho negativo (evitar el desempleo) es incontrolable, su respuesta será de depresión o ansiedad según la certeza de la ocurrencia de este hecho. Supongamos que el mantener el empleo depende del humor del patrón y éste está de buen humor, la controlabilidad es baja, pero, la certeza de evitar el hecho negativo es total, por lo que no hay síntomas. Si el sujeto cree que la probabilidad de evitar el hecho es incierta, está entre 0 y 1 (el patrón puede oscilar o estar de buen o mal humor) el sujeto estará ansioso. En fin, si el sujeto cree que la probabilidad de evitar el desempleo es 0 (el patrón está de muy mal humor), ya que hay certeza total sobre un resultado negativo, el sujeto estará deprimido. En todos estos casos hay indefensión o incapacidad de controlar con sus respuestas el medio. La diferencia es que asociado a la ansiedad hay una percep-

ción de incertidumbre sobre el resultado final y en la depresión hay certeza que éste es negativo.

La ansiedad y la depresión correlacionan alto, sujetos deprimidos presentan además síntomas ansiosos, y hay síntomas comunes a ambos estados: un estado de ánimo «quejumbroso», irritabilidad, insomnio y problemas de sueño; y un estado de duda sobre sí mismo. Esto se explicaría porque ambas sintomatologías corresponden a un estado de descontrol. En cambio, la incertidumbre sobre el resultado final estaría asociado a los sentimientos de tensión y pánico, a la actividad agitada, a la hiperactivación del SN simpático y a los pensamientos de inseguridad (síntomas más específicos de la ansiedad). La certeza de un resultado negativo estaría asociada al estado de ánimo abatido, a la apatía conductual, a la disminución de desesperanza, de culpabilidad, de autocastigo y criticismo ante el fracaso cierto (todos estos síntomas más específicos de la depresión) (Garber et al, 1980).

Aunque lo antes reseñado es más bien especulativo, los datos ya citados de Finlay y Brown, así como algunos resultados planteados más adelante, creemos que refuerzan estas hipótesis. Además de la percepción de control actual y de la probabilidad a corto plazo de obtener ciertas metas, también son importantes las expectativas genéricas de conducta y la autoevaluación a partir de ellas.

D) *Expectativas o standards de actuación, hipercriticismo y sintomatología*

Se ha confirmado consistentemente que los ansiosos y los depresivos tienen una eficacia autopercibida baja, que hay en los depresivos un desfase entre los niveles de actuación y ese nivel de eficacia, así como que éstos se auto refuerzan menos, pero, no se ha confirmado consistentemente que los depresivos tengan expectativas de actuación más altas que los normales (Kanfer y Zeiss, 1983).

CUADRO

PROBABILIDAD DE QUE SE DE UN HECHO NEGATIVO (HN) SI SE REALIZA UNA RESPUESTA R

$p \text{ HN} / \bar{R} = 0$	$p \text{ HN} / R = 0$	$0 > p \text{ HN} / R < 1$	$p \text{ HN} / R = 1$
$p \text{ HN} / \bar{R} = 0$	Incontrolable, cierto. Probabilidad = 0. Ej.: es funcionario con <i>enchufe</i>, <i>haga lo que haga</i> no pierde empleo. ¿Ansiedad? (A) ¿Depresión?	Controlable, incierto. Probabilidad intermedia $R \text{ ó } 0R$. Ej.: Es funcionario que <i>puede</i> <i>problemas</i> (tema conflictual) si (D) no no tiene problemas.	Controlable, cierta. Probabilidad = 1 $R \text{ ó } 0 / R$. Ej.: Si hace un <i>trabajo conflictual</i> va al <i>paro</i>, si no no. (G)
$p \text{ HN} / \bar{R} = 1$	Controlable, incierto. Probabilidad $0 / R$ intermedia si R. Ej.: Es funcionario antiguo, si <i>trabaja</i> no pierde su empleo, si no <i>trabaja</i>. (B) resultado incierto.	Incontrolable, incierto. Intermedia r / r y R. Ej.: Es funcionario, si hace un trabajo conflictual <i>puede</i> tener problemas, sino lo (E) hace también. Ansiedad.	Controlable, incierto. Probabilidad $1 / R$ ó intermedia R. Ej.: Si hace trabajo conflictual, va a la calle, si no lo hace, puede que lo despidan o no. (H) Ansiedad.
$p \text{ HN} / \bar{R} = 1$	Controlable, cierto. Probabilidad $0 / R$ ó $1 / R$. Ej.: Es obrero a contrato, si <i>trabaja</i> guarda empleo, sino a la calle. (C)	Controlable, incierto. Probabilidad intermedia $R \times 1 / R$. Ej.: Hay reducción de personal, si <i>trababa</i> bien puede no quedar, si no <i>trababa</i>, seguro va al paro. (F) Ansiedad «normal».	Incontrolable, cierto. Probabilidad = 1. DEPRESION Ej.: Es obrero siderúrgico, <i>trabaja</i> o no va igual al paro por cierre empresarial. (I)

Ahora bien, si efectivamente pacientes depresivos muestran puntajes más bajos que los normales, en capacidades sociales de control del medio, también se caracterizan por reforzarse menos, aunque sus actuaciones no sean más bajas que las de estos. El control estadístico del nivel de capacidades de control del medio social tampoco elimina el hecho de que los depresivos se autorrefuerzan menos que los normales (Gotlib, 1982). Por otro lado, dos investigaciones han encontrado una relación entre una evaluación moral negativa de sí —autoculparse y creer que uno merece lo que le sucede— y la sintomatología depresiva (Brewin, 1985).

Vale decir, los sujetos depresivos, tienen una baja capacidad de control del entorno y *además*, se autorrefuerzan menos por sus conductas y se evalúan moralmente de manera hipercrítica.

Recordamos que este bajo autorrefuerzo no puede ser explicado, por expectativas y criterios elevados ya que no se encontró que los depresivos tuvieran standards de actuación más elevados. Tampoco se puede decir que los depresivos tengan una visión poco realista de su nivel de actuación de hecho, como ya decíamos, algunos resultados muestran lo inverso. Son los normales los que tienden a sobrevalorar su eficacia y sus niveles de actuación o de control del medio (Gotlib, 1982; Tabachnik et al, 1983, p. 695-697).

En el mismo sentido, cuando el sujeto depresivo mejora sus actuaciones y obtiene éxitos, aunque su nivel de funcionamiento sea similar al de sujetos no depresivos, el depresivo se caracteriza por una evaluación más baja de su eficacia, que la que hacen los normales (que sobrevaloran su eficacia) (Kanfer y Zeiss, 1983).

Por ejemplo, los sujetos no depresivos autoevalúan más su capacidad social que observadores externos «objetivos»; en cambio estos últimos coinciden en sus evaluaciones con las de los depresivos. En el mismo sentido de sesgos normales, como previamente dijimos, los sujetos no depresivos

aceptan la responsabilidad de los sucesos o consecuencias positivas, pero no aceptan la de las consecuencias o sucesos negativos. En cambio, los deprimidos aceptan al mismo nivel la responsabilidad de ambos hechos.

La mayoría de los sujetos presentan un sesgo defensivo en la memoria de sucesos (tienden a sobrerrecordar los sucesos positivos) en cambio los depresivos no presentan este sesgo, como ya vimos anteriormente.

Por otro lado, la mayoría de los sujetos presentan el sesgo de falso consenso —tienden a creer que sus pensamientos, rasgos o acciones son comunes o predominan; por ejemplo, un sujeto feminista tiende a creer que el 60% de los sujetos está a favor del M.L.F. —sobrevalorando el carácter consensual de sus creencias (Pyszczynski y Greenberg, 1985, pp. 106-7). En cambio sujetos deprimidos muestran un menor sesgo de falso consenso (Tabachnik et al, 1983). Además, los sujetos normales tienden a creer que, a tenor del carácter normativo consensual de sus características, ellos lo son de manera más marcada. Esta individualización por la conformidad de sí a la norma superior de la mayoría es lo que se denomina como fenómeno *Primus inter pares* (el primero entre los iguales) (Codol, 1984, pp. 22-23).

La misma investigación que mostró que los depresivos presentaban un menor sesgo de falso consenso que los no depresivos, confirmó que los normales se caracterizaban como más positivamente diferentes. Los depresivos en cambio, aún creyéndose distintos, no mostraban ninguna tendencia a creerse diferentemente mejores o peores.

Nuevamente, no es que los depresivos muestren un sesgo negativo de diferenciación, sino que lo que los caracteriza es la ausencia de la tendencia a creerse mejores que los demás —que caracterizaría a los normales—.

Hay que relativizar estos resultados, ya que se trata de muestras no clínicas (Tabachnik et al, 1983).

E) *La Depresión como un estado de quiebra de los sesgos cognitivos y de autocontrol normales*

En síntesis, lo que caracterizaría al depresivo no sería tanto, un déficit o distorsiones cognitivas, como la ausencia de las distorsiones «normales».

Los sujetos «normales» presentan una serie de sesgos o distorsiones cognitivas. Entre ellos está el sesgo de positividad de la memoria, esquema de sí y de la atribución de causalidad; sesgo de falso consenso; sesgo de Primus inter pares o identidad normativa positivamente diferenciada y de sesgo de sobreevaluación de sus niveles de actuación.

En cambio los sujetos depresivos no presentan estos sesgos. El cuadro de la página siguiente sintetiza estas diferencias:

Como se puede constatar, los deprimidos se caracterizarían por la ausencia de sesgos, lo que haría que tuvieran una visión más realista de sus características y actuaciones positivas y negativas. Sólo a nivel del recuerdo y en menor medida a nivel de la atribución de causalidad y del autoesfuerzo, habrían unos sesgos invertidos. Aún relativizando estos resultados, dado que son investigaciones experimentales hechas con depresivos medios, podríamos decir que, la evaluación lúcidamente realista estaría asociada a tasas de autorrefuerzo más bajas.

Sería una autoevaluación realista, asociada a unas bajas expectativas de control exitoso del medio, las que provocarían los síntomas depresivos. Los depresivos se caracterizarían en este sentido por una autopercepción y autoconciencia exagerada. Esta última se ha encontrado asociada a atribuciones insidiosas ante fracasos, a evaluaciones negativas y a pobres actuaciones en sujetos normales (Pyszczynski y Greenberg, 1985).

Se ha encontrado empíricamente que un estado de conciencia muy fuerte de sí o de centración perceptiva en sí mismo y de expectativas negativas de control del medio

AREA	SESGO	NORMALES	DEPRESIVOS
Percepción de control y expectativas de actuación.	Ilusión de control	Presente; se sobrevalora la capacidad de control y expectativas altas.	Ausente; Valoran realista-mente su capacidad y expectativas bajas.
Atribución de causalidad.	De positividad.	Presente; se atribuyen a causas internas los éxitos y a externas los fracasos.	Ausente; Se acepta la responsabilidad de hechos positivos y negativos, se tiende a atribuir los sucesos negativos a causas internas en los momentos de depresión.
Recuerdo	Idem.	Presente; se recuerdan más los sucesos positivos.	Invertido o sesgo de negatividad autorreferente.
Autorrefuerzo	Hipercriticismo.	Ausente.	Presente; Se autorrefuerzan poco.
Comparación normativa social	Falso consenso.	Presente; tienden a creer que sus características son más comunes y normales.	Ausente; No sobrevaloran el carácter común de sus características.
	Primus inter pares.	Presente; tienden a creer que ellos están más de acuerdo con la norma que la mayoría.	Ausente; No se creen ni mejor ni peor, normativamente.
Esquema de sí	Positividad.	Presente; Se tiene un esquema de sí positivo.	Ausente; Se tienen esquemas positivos y negativos o negativos en el momento fuerte de la depresión.

produce déficit cognitivos y conductuales —en estudios experimentales con sujetos no pacientes (Strack et al, 1985). También se ha encontrado una fuerte asociación entre el nivel de depresión y el nivel de autoconciencia en sujetos deprimidos en tratamiento (Ganellen in Strack et al, 1985; Pyszczynski y Greenberg, 1985).

Dado el carácter aversivo del estado de autoconciencia después de fracasos, los sujetos normales tienden a rechazar este tipo de estados. En cambio, los sujetos deprimidos no tienden a evitar o a rechazar los estados de autoconciencia. Experimentalmente se confirmó esto y también que los sujetos deprimidos *preferían* más un estado de autoconciencia fuerte después de un fracaso que de un éxito (Pyszczynski y Greenberg, 1985). Los mismos autores hacen referencia a la frase de Freud sobre el carácter placentero del autocríticoismo que caracterizaría al deprimido. La interpretación que hacen es que esta tendendencia a no rechazar o preferir los estados de autoconciencia puede tener la función de mantener niveles bajos de evaluación, sesgando los estándares de actuación del deprimido y minimizando su sufrimiento. Aunque, esta tendencia a la autoconciencia está también asociada a la formación de bajas expectativas, baja autoestima y atribuciones negativas.

Con respecto a la relación entre expectativas de actuación y la ansiedad, aunque hay menos información, Whortman y Brehm (1975) sugieren a partir de datos experimentales que sujetos sometidos a procesos stressantes medianos, que valorizan mucho sus esfuerzos amenazados y que tienen una expectativa de actuación alta, van a reaccionar reactivamente, con hostilidad y ansiedad. Mientras más valorizado sea el refuerzo perdido, más hostilidad y ansiedad resultarán asociadas a una tentativa de volver a aumentar su control del medio.

Inversamente, mientras más bajas sean las expectativas previas de actuación y más valorizado sea el refuerzo, más fácilmente se producirá la depresión. Si la falta de control,

o el suceso stressante continúan durante mucho tiempo, se erosionarán las expectativas de actuación y aparecerá la depresión —a pesar de expectativas iniciales altas—.

Estas afirmaciones parafrasean las realizadas cuando hablábamos de la percepción del control.

Autoestima, identidad y rol social

Se ha postulado que la baja eficacia autopercebida, las bajas habilidades sociales y la atribución interna, estable y global de los sucesos negativos, se generan mediante un proceso de aprendizaje social de la impotencia (Miller y Seligman, 1984; Seligman et al, 1982; Abramson y Martin, 1981).

Este proceso de aprendizaje de la impotencia o de la indefensión se produciría cuando un sujeto, haga lo que haga, no puede controlar el medio —no puede evitar consecuencias negativas, ni puede obtener voluntariamente consecuencias positivas. El aprendizaje de la incapacidad de controlar las contingencias de refuerzo mediante su conducta, se generalizaría cognitivamente bajo la forma de los esquemas cognitivos anteriormente descritos— bajo standar de actuación autopercebido, tendencia a culparse globalmente y personalmente de los fracasos e hipercriticismo. Todo esto provocaría el déficit de autoestima y la apatía conductual.

El propio Seligman sintetizaría así el modelo:

«Cuando los seres humanos (y los animales) son expuestos a situaciones incontrolables, muestran cuatro tipos de déficit: 1) *motivacional*, que consiste en un inicio retrasado de las respuestas voluntarias (las personas tardan en intentar una respuesta); 2) *cognitivo*, que implica dificultad para aprender nuevas contingencias entre las respuestas y los resultados (por ejemplo, las personas tienen dificultades para aprender que los nuevos resultados pueden ser controlables); 3) *emocional*, particularmente el humor depresivo;

4) una *autoestima disminuida*» (Miller y Seligman, 1984, p. 160).

La premisa fundamental del modelo del desamparo es que la exposición a (y la percepción de) la imposibilidad para controlar la situación en el presente origina (de ordinario) la expectativa de una incontrollabilidad futura. A su vez, esta expectativa produce los distintos tipos de déficit del desamparo. En otras palabras, las personas que se ven a sí mismas impotentes ante una situación de desamparo incontrollable caen en la expectativa de estar desamparados en el futuro. Como resultado de esta expectativa sufren déficits motivacionales, cognitivos, emocionales y de autoestima.

Reinterpretamos este modelo introduciendo procesos más sociológicos, utilizando como ejemplo la investigación de Brown y Harris.

Recordemos que éstos encontraron que la pérdida de la madre por defunción antes de la edad de once años incrementaba significativamente el riesgo de depresión en las mujeres que habían experimentado una pérdida importante reciente. La presencia de uno de estos tres factores de «invulnerabilidad» disminuía el riesgo de la depresión: 1) tener relación íntima con su marido; 2) poseer un trabajo de jornada completa o media jornada; 3) no tener en casa tres o más hijos de edad inferior a los catorce años.

Estos datos se pueden interpretar de la siguiente manera —en el sentido del modelo del aprendizaje social de la indefensión—.

«Cuando la joven pierde a su madre por defunción, la fuente más importante de refuerzo de su vida desaparece y nunca más vuelve. Además, está incapacitada para controlar la situación en cualquier forma, y realiza una atribución global y estable de su situación («la muerte me la ha quitado para siempre»). Tal experiencia fundamental hará mucho más probable para ella explicar sus pérdidas posteriores en términos globales y estables, lo que determinará una depresión grave. Los factores de la invulnerabilidad poseen

un importante elemento en común: hacen evidente su capacidad para conseguir refuerzos importantes y además transforman las atribuciones que ella realiza acerca de sus fracasos presentes en atribuciones más inestables y específicas». (Miller y Seligman, 1984, p. 183; Lefcourt, 1984, p. 165).

Seligman y sus colaboradores reformularon el modelo en una óptica cognitiva, planteando como mecanismo central el proceso de atribución de causalidad insidioso. Creemos, sin embargo, que esta reformulación es limitada —y de hecho, el apoyo empírico es sólo parcial— como hemos visto.

Los mismos elementos anteriores no tienen porque interpretarse unidimensionalmente, sólo referidos a la formación de un estilo atributivo insidioso. Creemos que estos elementos se interpretan mejor en el sentido pluridimensional, (y no sólo en el sentido de formación de un estilo de atribución de causalidad interna, global y estable de los fracasos) de los efectos de los éxitos y fracasos en los procesos de formación, de capacidades sociales, de estándares o expectativas de actuación, de autoevaluación y autorrefuerzo, y en fin de una baja autoestima y representación negativa generalizada de sí (asociada a la quiebra de los sesgos positivistas «normales» de procesamiento de la información).

Analizando sólo los elementos actuales, el tener una buena relación con la pareja, un trabajo propio y no tener un exceso de trabajo doméstico en casa, puede ser interpretado pluridimensionalmente así: el sujeto tiene y autopercebe una capacidad de control exitoso del medio; se forma expectativas «normales» de actuación, congruentes con su capacidad autopercibida; se autoevalúa satisfactoriamente y se autorrefuerza; tiene una buena autoestima y una imagen de sí positiva. Eventuales fracasos serán amortiguados por el soporte social y por las capacidades de enfrentar al medio del sujeto. Estos fracasos serán explicados específicamente, se atribuirán a causas externas inestables —que se pueden

superar—. Evidentemente, estos esquemas dependen de la experiencia social, y fracasos repetidos o tragedias irreparables los pueden alterar —y no la mera disminución de los refuerzos positivos o formas de no contingencia entre conductas, como sugiere Lewinson et al (1979), ya que estos hechos serán ignorados y compensados por la tendencia «normal» a sobrevalorar la actuación y la capacidad de control del medio.

En este sentido, la ausencia de confidente, el tener tres o más niños pequeños y la sobrecarga de trabajo que ésto implica, y el no tener trabajo fuera de casa son todas experiencias que cuestionan centralmente la capacidad de controlar el medio de la sujeto. Si ésta siente que controla poco el medio, un suceso de vida o un estado problemático, no puede menos que llevar a la conclusión que ella no puede superar este hecho y caer en la desesperanza.

Recordemos, además, que eran los sucesos severos, amenazantes e importantes, indeseables, incontrolables, imprevisibles y agrupados temporalmente, los que estaban asociados a la depresión. Es evidente que un medio de estas características puede llevar a la quiebra del sentido de competencia, a unas expectativas de actuación baja y a un estado de disforia, que puede favorecer la quiebra de los sesgos defensivos normales (el abandono de los sesgos atributivos, de consenso, etc.) así como llevar a un estado de autoconciencia, y a la inactivación del procesamiento de la información positiva sobre sí.

En este sentido, no sólo los sucesos dramáticos, sino que el fracaso o la erosión paulatina de la actuación en un rol central para la sujeto, pueden producir la depresión.

Como vimos previamente, un soporte social débil, implicaba que el sujeto tenía pocos roles o roles insatisfactorios y una identidad y autoestima debilitada. El abandono o erosión de un rol significa, o que el sujeto no puede seguir actuando adecuadamente en él, o que los otros sujetos abandonan las interacciones esperadas. No se trata sólo del

control de las recompensas o de las capacidades sociales, sino que del sentido que le darían a la vida del sujeto una serie de relaciones.

Un hijo ladrón encarcelado, un marido infiel, la imposibilidad de dar una buena vida a sus hijos, para una mujer mayor «normal» cuya vida se restringe al ámbito familiar, se unen a que: a) no tiene otros roles que los de madre y esposa, b) ni capacidades para generar nuevos roles, c) ni la capacidad de participar en actividades satisfactorias.

Una pérdida o un estado interpersonal penoso, puede erosionar la autoestima de una persona dramáticamente, si ésta no tiene otros roles u otros significados que darle a su vida (Fredern, 1984; Oatley y Bolton, 1984).

Son aquellos sucesos o situaciones insatisfactorias, en las relaciones sociales, que «destruyen» significados centrales de la vida de las personas, las que están asociadas a la depresión —y no cualquier forma de contingencia entre conductas y refuerzos, o cualquier disminución de refuerzos positivos—.

Sintetizando los resultados empíricos y las reflexiones anteriores en un lenguaje psicosociológico —inspirados en el Rose (1975) y Becker (1975); el modelo de Becker expuesto por Fredern (1984); Brown (1983) y Oatley y Bolton (1984)— podemos decir que la depresión está asociada a:

a) circunstancias exteriores negativas y difíciles de controlar;

b) un pequeño número de acciones controlables y de roles alternativos, por ende, pocas relaciones sociales significativas y una gama de acciones reducidas;

c) un pequeño número de significaciones y de esquemas de acción limitados y rígidos;

d) una crisis dramática o una erosión paulatina golpean un rol o significación central, que el sujeto no puede reemplazar o superar;

e) la estima de sí del sujeto, ya de por sí frágil, incluso probablemente a partir de la historia familiar, se derrumba

y da paso a la disforia y a un esquema de sí negativo.

Con esta traducción a un lenguaje más psicosociológico, hemos querido referir el modelo psicosocial del stress, soporte social, tácticas de enfrentamiento, estima de sí, control del medio, expectativas de actuación y autoevaluación, a un marco teórico diferente, pero, que en lo esencial coincide con él.

Además, este marco se refiere a las corrientes teóricas marxistas, interaccionista simbólica y al análisis durkeiano de la anomía y de las conductas desviantes.

Anomía y Suicidio: Durkheim, el «soporte social» y la conducta depresiva extrema

La anomía es una expresión forjada por Durkheim para explicar un comportamiento como el suicidio.

Por anomía se entiende la debilitación, la desaparición o la puesta en cuestión de las normas sociales que deja a los sujetos con «falta de sentido».

Como veremos, Durkheim buscó analizar las causas sociales del suicidio y se centró en las relaciones entre individuo y sociedad para explicarlas. En ese sentido, es el principal precursor del modelo psicosocial de los trastornos psicológicos.

La incidencia real del suicidio es difícil de evaluar, pero, se estima en un 16-17 x100.000 entre los hombres y entre 4-5 x 100.000 para las mujeres (Freedman et al, 1982). Entre el 30 y 80% de los suicidas se pueden diagnosticar retrospectivamente como depresivos (Rome, 1973; Polaino, 1985, aunque sólo el 1% de los depresivos se suicida. Esto significa que mientras la incidencia del suicidio en la población total estudiada (Veteranos militares de USA) era de 0,01, entre los depresivos era de 0,06 —un riesgo seis veces mayor— (Mendels, 1977).

Excluyendo ciertos factores biológicos y geográficos, tra-

bajando con las estadísticas de suicidios exitosos, Durkheim llegó a ciertas constataciones que aún hoy en día son válidas:

- los divorciados y solteros se suicidan más;
- los casados con hijos se suicidan menos;
- hay más suicidios en la ciudad, que en áreas rurales (al menos en Europa) en la época de Durkheim. En la actualidad el suicidio es mayor en áreas rurales (Freedman et al, 1982; Chesnais, 1982).
- y hay más suicidios en países protestantes que católicos (aunque hay excepciones) (Freedman et al, 1982; Giddens, 1977; Aparicio, 1985; Chesnais, 1982).

Durkheim va a postular tres tipos de suicidio, asociados a tantas otras formas de relación del individuo con la sociedad. El *suicidio altruista*, se explicaría por exceso de integración social y sería del tipo de la muerte de los miembros de un ejército, etc. El *suicidio egoísta* o por individuación excesiva se debería a la falta de integración o al aislamiento social. Dado que la relaciones sociales son más estrechas e integradoras en los países católicos, así como se puede suponer que el estar casado, en general, está asociado a una mayor integración social, sería el mayor aislamiento social prevalente entre protestantes y solteros y viudos, lo que explicaría su conducta suicida. En otras palabras, el suicidio egoísta estaría asociado a la falta de soporte social.

El *suicidio anómico* o por crisis del orden social, sería aquél asociado al desfase entre normas sociales y medio social actual. Tanto en los momentos de crisis económica (por defecto), o de gran auge económico (por exceso), los recursos de los sujetos están desfasados en relación al modo de vida normal. Estos momentos ascendentes y descendentes del ciclo económico, ponen en tensión las normas sociales y desintegran el modo habitual de vida. El hecho de que los suicidios aumenten en las recesiones y auge, así como, entre los divorciados, según las estadísticas que Durkheim revisó, confirma la relación entre crisis de normas o anomía

y suicidio. En otros términos, el desfase entre las «capacidades sociales» y el medio explicarían el suicidio.

Las relaciones entre aislamiento social, crisis de las normas sociales y suicidio, postuladas por Durkheim, pueden considerarse como unos pasos hacia el modelo psicosocial. De particular importancia es el concepto de anomía, que está emparentado al concepto marxista de alineación, ya que éste describe una situación de trastorno emocional asociado a una situación psicosociológica —y no meramente psicológica—. Un elemento ausente del concepto de anomía de Durkheim son la relación entre pertenencia de clases, distribución desigual de la riqueza, trastornos emocionales, y suicidios. Sólo se toma en cuenta el grado de integración social y el estado de las normas ideológicas dominantes. Un segundo elemento ausente es el análisis de la relación entre la posición social, las normas ideológicas y la identidad individual. El aporte de la teoría marxista es responder a la primera limitación y el del interaccionismo simbólico es responder a la segunda. Además de estas críticas teóricas, la contrastación de la teoría de Durkheim permite clarificar sus limitaciones.

Las hipótesis e investigaciones de Durkheim se han replicado posteriormente. Con respecto a la asociación entre aislamiento social y suicidio, se sigue confirmando que entre los suicidas están sobrerrepresentados los solteros, separados. Investigaciones que han operacionalizado de manera más precisa el nivel de integración social también han confirmado la relación entre aislamiento y suicidio (Gibbs y Martin in Cuff, E. y Payne, G., 1979).

Estudios estadísticos más sofisticados de series temporales han confirmado que los suicidios tienden a aumentar en los periodos de crisis económica, pero, no han confirmado que éstos aumenten durante los auges económicos —aunque hay un ligero aumento en la fase final del periodo de auge (Henry y Short, 1985). La actual recesión también se ha

asociado a un aumento de la tasa con suicidios, aunque de manera más matizada (Chesnais, 1981).

Igualmente, se ha encontrado que las clases altas son más sensibles a las fluctuaciones económicas. En cambio, las clases bajas lo son menos, y en ellos predomina un suicidio por aislamiento social (op. cit. ant.). Estos resultados muestran la importancia de integrar la dimensión de la estructura de clases en esta problemática.

A otro nivel, hay que señalar que tanto las investigaciones de Durkheim, como las posteriores, utilizaron las estadísticas oficiales, que son un indicador muy limitado. Se estima que el número de suicidios es de 3 a 4 veces superior al registrado. Además, el número de tentativas es de 5 a 8 veces superior al de suicidios exitosos. Ahora bien, el desfase entre el suicidio registrado y el presumido o investigado epidemiológico, variaba de 1 a 2 ó de 1 a 5, y el de tentativas de 1 a 10 y de 1 a 15 (Pichot in Rome, 1973). En síntesis, las estadísticas de suicidio son, en sí mismo, un hecho social, que dependen de factores culturales. Por ejemplo, en las comunidades más integradas o católicas, el suicidio se repudia más (los suicidas no tenían derecho a «cristiana sepultura») por lo que se tienden a ocultar. Para establecer relaciones claras, sólo es posible trabajar con investigaciones epidemiológicas y probablemente, sobre estados emocionales menos «definitivos». El calificar una muerte de suicidio es un hecho muchas veces interpretativo, con el agravante que el sujeto no puede contestar nuestras interpretaciones (Rome, 1973).

La teoría de Durkheim no es tan fecunda por los datos con que se construyó, como cuanto por las relaciones que él planteó.

Anomía, Sociedad y Alienación

Para Durkheim, la sociedad es una totalidad consensual, cuya integración está asegurada por la hegemonía de ciertas

normas ideológicas. La desorganización social provocaría la crisis de normas y/ o el aislamiento, y por ende, las conductas desviadas. Sin embargo, otros autores sociológicos, aún coincidiendo en el enfoque funcional e ideologista de lo social, plantearon el problema de la anomía de un modo diferente.

Esta nueva formulación tiene la ventaja de ser más específica y de tomar en cuenta la distribución desigual de riqueza y poder en la estructura social.

Para un estructural-funcionalista como Merton, será la sociedad, proponiendo los objetivos (valores) y los medios (normas concretas y los recursos necesarios), la que produzca la desviación del individuo.

Los sistemas sociales incluyen dos aspectos:

1. Un conjunto de metas, propósitos e intereses culturalmente definidos aceptados como objetivos legítimos por todos los miembros de la sociedad o por los diversamente ubicados. («metas culturales»).
2. El segundo aspecto es el que define, regula y controla los medios aceptables para llegar a estas metas. Estos medios pueden ser diferentes para alcanzar las metas y serán los «*medios institucionalizados*».

La desviación no es para Merton algo patológico, sino algo que emerge en la textura de la sociedad. Por ello, tanto el comportamiento «desviado», como el «conformista» se forma por la estructura social: «Algunas estructuras sociales ejercen una presión definida sobre ciertas personas de la sociedad, llevándolas a asumir una conducta no conformista en lugar de una conformista» (Merton, 1978).

Así, los valores sociales de riqueza, amor, salud, son objetivos generales, pero, normalmente se distribuyen de manera desigual los medios para acceder a éstos, produciendo la desviación.

Para Merton, es la anomía del sistema social la que provoca la desviación, la anomía está constituida por ruptu-

ras del sistema social entre valores (fines) y normas (medios). Por ello, se dará Anomía cuando hay disyunción aguda entre las normas, los fines culturales y las capacidades socialmente estructuradas de los miembros. La enfermedad mental sería un modo de adaptación, de repliegue, en una situación anómica.

El que la anomía así definida pueda estar más presente en las clases desfavorecidas respondería al interrogante, ya planteado en las estadísticas en la época de Durkheim y que éste ignoró: ¿Por qué la tasa de suicidios es más alta en las clases bajas?. Los datos estadísticos actuales confirman que el suicidio es más frecuente a medida que se desciende en la escala social —siendo ésto válido para países como USA, Francia, Inglaterra y Hungría— (Chesnais, 1981).

Un concepto similar al de anomía, que también se refiere a una relación conflictual entre individuo-sociedad, es el de alienación. Además, este concepto puede abarcar tanto la anomía como el aislamiento social. El concepto marxista de alienación también supone que la estructura social crea situaciones en las que el producto de la actividad humana y ésta, se separan. Esta separación, distanciamiento y autonomización de ciertos sectores de la vida social, hacen que el sujeto pierda el control sobre ellos y se sienta «extraño». Lo característico de la alienación es la cosificación o reificación de la actividad humana: ésta aparece como cosa objetiva, independiente del ser humano y rigiendo sus destinos (Jakubowski, 1977).

La alienación consiste en la asociación de la reificación o cosificación de las producciones materiales e ideológicas del sujeto, con la anomía o conflicto normativo en el nivel de las relaciones sociales.

El cuadro siguiente muestra la relación entre la alienación y la desviación inducida por la anomía.

RELACION ENTRE LAS DIMENSIONES DE LA ALIENACION, LA REIFICACION Y LA ANOMIA

Condiciones objetivas para la alienación.

Reacciones subjetivas a la alienación.

REIFICACION

Alienación en relación a los medios de actividad.

Impotencia.

Alienación en relación a la creación espiritual.

Impresión de no sentido.

ANOMIA

Alienación en relación a la SOCIEDAD.

Falta de criterios, o normas. Aislamiento social. Hiperconformismo.

Vamos a describir las características psicológicas generales de la alienación para analizar posteriormente las formas específicas de la reificación y anomia del sujeto enfermo mental deprimido.

La alienación se caracteriza en el nivel subjetivo por:

a) La impotencia: el sujeto no tiene capacidad de controlar su vida. Hay un «locus of control» externo extremo y el sujeto cree que no tiene poder sobre el medio social.

b) Impresión de no sentido: toda una parte de la vida aparece sin razón de ser, sin sentido, no se comprende el sentido de la vida social.

c) Ausencia de normas: las normas sociales son percibidas como inadecuadas.

d) Hiperconformismo, o excesiva conformidad con las reglas, es decir, la obediencia ciega a las normas sociales sabiendo que son arbitrarias e inadecuadas.

e) Aislamiento social: es la sensación de sentirse solo, marginado y excluido.

f) La sensación de ser exterior a sí: el sujeto se siente incapaz de comprenderse y de desarrollar sus capacidades (Seeman, 1974, 1971; Rosmer, 1974; Jiménez, 1985).

La alienación es el efecto subjetivo de las presiones sociológicas.

El cuadro siguiente sintetiza las dimensiones objetivas y subjetivas de ésta.

DIMENSIONES DE LA ALIENACION Y REACCIONES QUE IMPLICA

<i>Esfera</i>	<i>Dimensión objetiva</i>	<i>Dimensión subjetiva</i>
Creación material	Alienación en relación a los medios de producción.	Impotencia.
Creación espiritual.	Alienación en relación a la creación espiritual.	Impresión de no sentido.
Relación con los otros hombres y con la sociedad.	Alienación en relación a la sociedad y en relación al hombre.	Aislamiento social. Falta de criterios. Hiper-conformismo.
Relación a su propia actividad.	Alienación por relación al rol social.	Hecho de sentirse extraño a sí mismo.

La sociedad produce regularmente esta pérdida de control y de sentido de las interacciones. Algunas veces, esta parálisis de la capacidad creadora del hombre se exagera.

A este momento, de alienación extrema corresponde la crisis de la enfermedad mental.

Como dice Rosmer, «los individuos tienen una depresión nerviosa cuando no «están haciendo», cuando el mundo exterior no refleja el empeño activo de su propio poder creador» (1974).

La enfermedad mental emergía no sólo como una desviación del rol, sino que también como una forma extrema de intentar llevar a cabo los valores y normas sociales, pero siendo incapaz de hacerlo exitosamente.

Los fines (valores) y medios (normas) se les imponen a los sujetos como algo extraño que tienen que realizar y que no pueden.

En ese sentido, se puede decir que los «enfermos mentales» son alienados extremos, es decir, alienados que han perdido totalmente el control de sus actos —se trataría de un caso particular del fenómeno de alienación. Si tomamos primero la dimensión de la anomia, como crisis normativa, la alienación existiría cuando hay disyunción aguda entre las normas, los fines culturales y las capacidades socialmente estructuradas de los sujetos.

En este sentido, una crisis psicológica (la depresión de una mujer casada, sub-proletaria) sería la disfunción inducida por la disyunción aguda entre los fines y normas de la femeneidad y de la familia y las capacidades y medios reales de que dispone esta mujer para realizarlos (abandono del marido, encarcelamiento de un hijo, incapacidad de controlar el medio de trabajo, pérdida de un rol de mujer como sujeto sexual, exceso de trabajo, que conduce a un rechazo y a la ruina emocional). Si seguimos con la dimensión de la anomia, vemos que la alienación estaría asociada al aislamiento o bajo soporte social. Igualmente, el hiperconformismo se puede entender como el apoyo acrítico a una serie

de esquemas y roles que ya no resultan gratificantes y ante los que no se tiene alternativa ni práctica ni de significado —ambos elementos eran centrales en el modelo psicosocial de la «enfermedad mental».

Por último, si tomamos la dimensión de la reificación, vemos que la percepción de incapacidad de control del medio y la impresión de no sentido —la crisis de los significados principales— también corresponden a elementos centrales del modelo psicosocial.

No sólo los trastornos depresivos, sino incluso el suicidio pueden integrarse en el marco anterior. Se han encontrado asociaciones entre el nivel de «desorientación frustrante» y la tasa de suicidios. Otra investigación constató que el 75% de los suicidas habían «caído cuesta abajo», perdiendo estatus y roles. El suicidio puede ser interpretado como una tentativa última de renegociar y poner fin a la degradación de status y de los roles sociales. El suicidio es una tentativa de darle un sentido a una vida que ya no la tiene. Dado que la persona depresiva y fuertemente alienada —en el sentido antes descrito—, no puede ni controlar, ni darle un sentido a su vida, el acto de eliminación de su propio cuerpo es uno de los últimos actos de autocontrol que puede realizar, justificando y dándole un sentido definitivo a sus fracasos anteriores.

El aporte esencial de la psico-sociología actual es el de operacionalizar, modelizar y contrastar estadísticamente esta serie de ideas paradigmáticas. (Ver Echevarría, Páez y Valencia, 1986).

Síntesis e integración teórica

Sintetizando todos los elementos anteriormente descritos, en un lenguaje menos psico-sociológico, tenemos lo siguiente: una autoestima elevada y la creencia en la capacidad de controlar el medio disminuyen el carácter amena-

zante de los acontecimientos no deseados de vida. Los sentimientos de autoevaluación positiva y las habilidades de control del medio están asociadas a la clase social y al rol sexual —más elevada la clase y el rol sexual, más alto el nivel de estima y de control del medio.

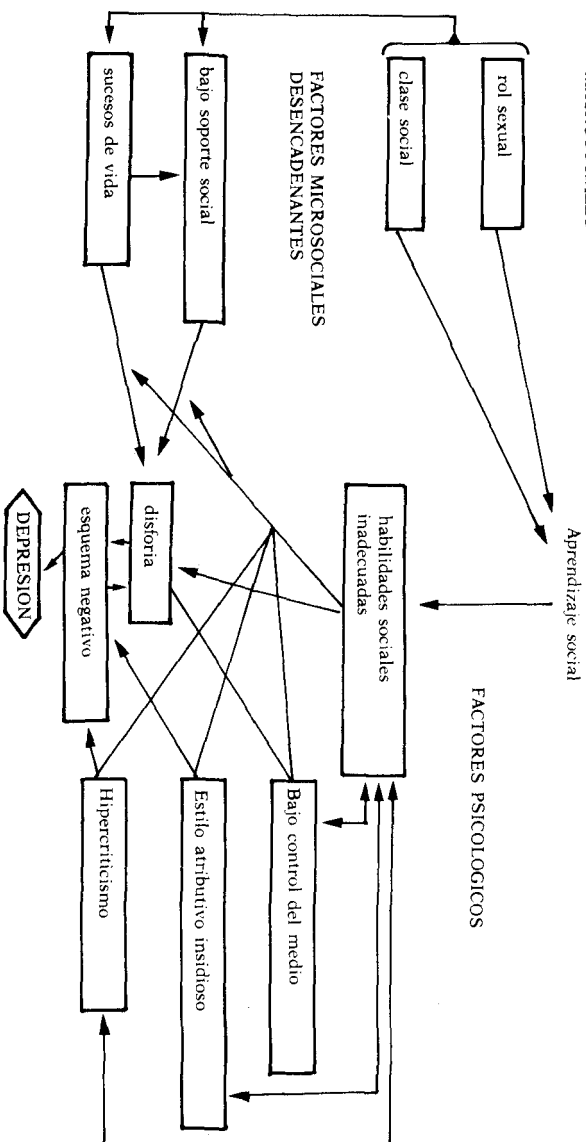
Dado que en las clases bajas y en las mujeres, la frecuencia de stress es más elevada; dado que los recursos y soportes sociales son menores, que las estrategias de enfrentamientos son menos eficaces, que la estima de sí es más baja y la creencia en su capacidad de controlar el medio es menor... todos esos elementos explicarían la vulnerabilidad acrecentada de las mujeres y de las clases populares al stress y por ende la mayor frecuencia de síntomas y trastornos psicológicos.

La ausencia de refuerzos centrales positivos, vale decir, la aparición de sucesos severos o los déficit en las relaciones sociales, pueden generar un estado de disforia y provocar el quiebre de los mecanismos defensivos normales.

Esto unido a bajas expectativas de actuación y a un «desarme social» del sujeto, llevarían a una autoimagen negativa y a la depresión.

Integrando todos los elementos anteriormente expuestos, el modelo psico-social y explicativo final de la depresión, sería el siguiente (de manera gráfica):

FACTORES DE VULNERABILIDAD MACROSOCIALES



Aunque no hay una investigación que haya contrastado empíricamente en su totalidad el modelo, tenemos los siguientes datos —algunos de ellos antes descritos—.

Controlando el nivel social y el nivel de síntomas iniciales, los sucesos severos y las tensiones crónicas explicaban un 13% de la depresión medida en un segundo tiempo. El soporte social incrementaba en un 18% la explicación —en el mismo estudio (Billing y Moos, 1985).

Recientemente, se han realizado investigaciones longitudinales que han contrastado la relación entre sucesos stressantes, esquemas cognitivos y atribución de causalidad.

Se midieron, en pacientes hospitalizados deprimidos, al ingresar, al salir y siete meses más tarde los sucesos de vida, ciertas ideas «depresogénicas», el estilo atributivo y los síntomas depresivos. Tanto las ideas «depresogénicas» o esquema cognitivo, como la atribución de causalidad estaban asociadas específicamente a la depresión.

También se encontró un efecto de interacción entre los sucesos de vida stressantes y estilo atributivo —pero no hubo interacción entre las ideas irracionales y los sucesos de vida. Además, se encontró que el estilo atributivo y las ideas negativas variaban con la sintomatología (Pearson y Rao, 1985).

Otras investigaciones han confirmado la relación entre la atribución de causalidad interna de sucesos negativos, la percepción de pérdida de control, el stress y los síntomas.

En el caso de esposas de sujetos gravemente enfermos, tomando en cuenta el nivel de stress, tanto la atribución de causalidad interna como la percepción de control del medio estaban asociadas significativamente con el nivel de depresión medido simultáneamente. También se encontró un efecto interactivo —la asociación entre pérdida de control y depresión aumentaba con la tendencia a hacer atribuciones de causalidad interna. Controlando el nivel de depresión inicial una medida de pérdida de control y su interacción con la atribución de causalidad tenían asociaciones signifi-

cativas y explicaban un 10% de la depresión (Pagel et al, 1985).

A nivel de relación entre stress y factores psicológicos, los sujetos que presentaban un estilo «robusto» de control del medio, soportaban mejor los niveles altos de stress (Ganellen y Blaney, 1984; Holahan y Moos, 1985).

Combinando la relación entre stress, soporte social y control del medio, un estudio correlacional mostró que los sujetos con bajos sucesos stressantes, alto soporte social y que controlaban mejor el medio eran los que tenían puntuaciones más bajas de depresión (Ganellen y Blaney, 1984).

Otro estudio que combinó la percepción de la competencia del control del medio, las capacidades de enfrentamiento del stress, el nivel de stress y el soporte familiar, encontró que existía una asociación entre todas esas variables y los síntomas depresivos.

Comparando el grupo sometido a alto stress con fuerte sintomatología, con el grupo sometido a alto stress y baja sintomatología depresiva, se comprobó que el grupo resistente al stress tenía puntuaciones más altas en sentimiento de competencia, en soporte familiar y una puntuación más baja en tácticas de evitación del stress (negación de los sentimientos, etc.). No hubo diferencia a nivel de las puntuaciones de modos de enfrentamiento activo del stress. Como podemos ver estos resultados previos confirman parcialmente las relaciones antes planteadas. Otro elemento interesante es que en las mujeres, el soporte familiar era un factor discriminante más fuerte que entre los hombres. Esto es, evidentemente, coherente con el rol expresivo-comunitario de la mujer, la que tiende a enfrentar el stress apoyándose en el soporte externo más que el hombre, el cuál actúa de acuerdo con un rol más activo y autónomo (Holahan y Moos, 1985).

En el mismo sentido otras dos investigaciones mostraron que el soporte social y el stress actuaban más fuertemente en aspectos diferentes en hombres y mujeres. En las mujeres

la presencia de un confidente mostraba efectos directos e indirectos —y no entre los hombres—. Entre los hombres las relaciones de amistad y conocimiento jugaban un rol directo e indirecto —y no entre las mujeres— (Cohen y Ashby, 1985). Mujeres y hombres responden de manera diferente al stress: mientras las mujeres refuerzan su estima en relaciones intimistas sentimentales, los hombres lo hacen a partir de las actividades de «compañerismo» y de tareas instrumentales. Aun en el terreno de las respuestas y trastornos emocionales la sociedad modela a los individuos.

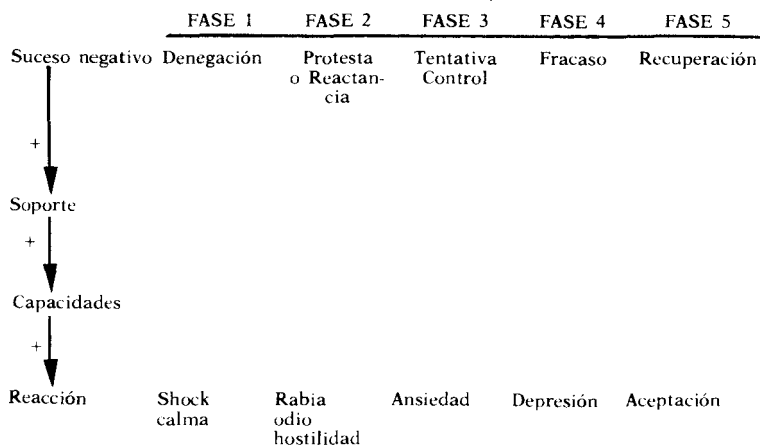
Limitaciones del modelo

Es evidente que el modelo antes planteado «va más allá de los datos» y simultáneamente es demasiado genérico y estático. Primero, creemos que es imposible construir un modelo general que explique todo el fenómeno humano (o complejo) deterministamente. Un «porcentaje de la varianza no explicado» es siempre esperable epistemológicamente. Es verdad que es un módulo relativamente estático o estructural «congelado». Aunque la realidad sea multidireccional es posible representarla en flujos unidireccionales estáticos, utilizando los tiempos de medición como referente.

En este sentido se puede constatar que el modelo planteado es estructural, lineal y fundamentalmente recesivo (unidireccional). Los dos últimos elementos responden más bien a las limitaciones de las técnicas estadísticas —una evaluación de procesos bidireccionales es posible, aunque es más compleja.

El carácter estructural del modelo es parcial: de hecho se supone que las relaciones «causales» están dadas por una precedencia y orden temporal. Ahora bien, aunque sería deseable un modelo dinámico, éste es aún más difícil de formular. Un modelo muy popular entre los clínicos es el de las etapas. Su formulación más sencilla (que ha sido plan-

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



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

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

ANEXO

INSTRUMENTOS PARA MEDIR FACTORES PSICOSOCIALES Y SINTOMAS ANSIOSOS Y DEPRESIVOS

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

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

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

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

Los instrumentos que se presentan son:

- Una versión del inventario de Depresión de Beck (ver Beck et al, 1983).

- Una formulación de los criterios diagnósticos para trastornos de ansiedad y depresión en la forma de escala. Las preguntas se elaboraron a partir del PSE por J. Martín Txurimendi, psiquiatra del Módulo de Ortuella, basándose en su experiencia clínica de los síntomas más comunes. Es el instrumento más experimental de todos.

- Una versión ampliada de la escala de Stress del Departamento de Salud Mental de California (Conde y Franch, 1984) a la que se le agregaron los sucesos de vida de Holmes y Rahe que los psicólogos clínicos del Módulo de Rekalde consideraron más frecuentes y relevantes en su contexto.

- Una escala de Soporte Social del Departamento de Salud Mental de California (Conde y Franch, 1984).

- La escala de Centro de Control de Paulhus y Christie.

- Y la escala de Estilo Atributivo Insidioso de Causalidad.

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

- pasada en al menos dos momentos diferentes de los instrumentos;

- un período de tiempo no demasiado largo entre las mediciones de factores psicosociales en un primer tiempo y la sintomatología en un segundo tiempo;

- una muestra de tamaño mediano o grande, de poblaciones normales o de gran variabilidad en los niveles de stress, soporte, síntomas, etc.

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

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

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

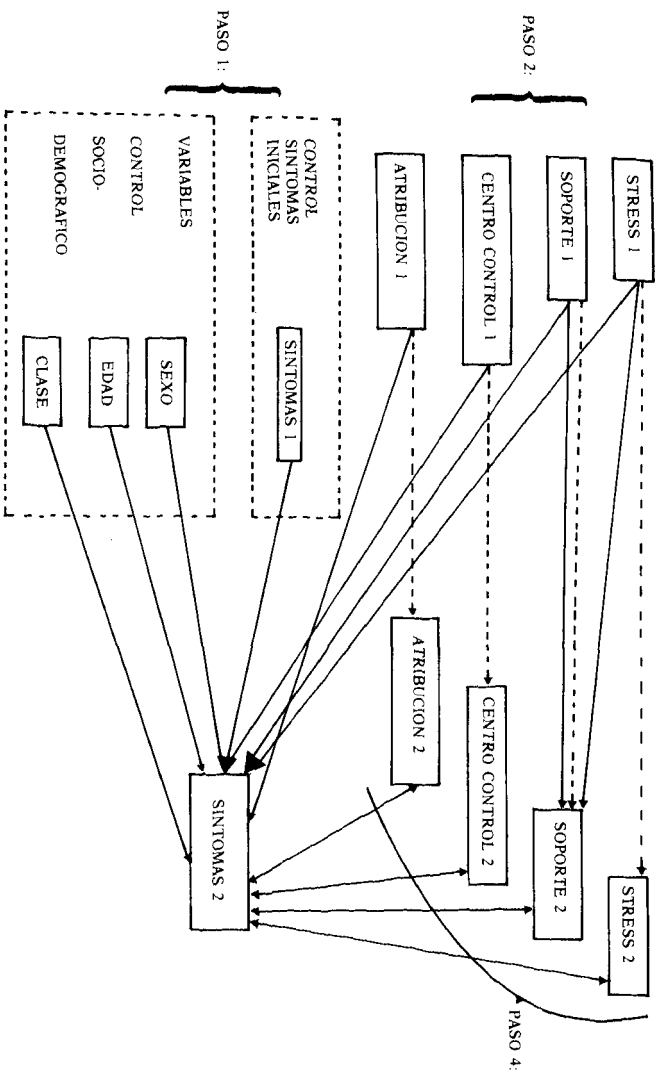
En fin, aunque es discutible y de hecho se trata más bien de correlaciones concurrentes, en un cuarto paso se pueden introducir las variables del tiempo dos.

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

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

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

PASO 3: Términos de Interacción



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

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

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

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

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

No es un instrumento diagnóstico, sino que arroja una puntuación que se estima como una medida de la profundidad de la depresión de pacientes con cualquier diagnóstico.

Hay varias versiones de la prueba: en esta los 21 ítems se convierten en 4 ó 6 manifestaciones autoevaluativas graduadas cuantitativamente (depresión ausente o mínima, depresión leve, depresión moderada, y depresión grave) correspondientes a grados crecientes de intensidad del síntoma.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La fiabilidad test-retest para RHHM, 1975, es de +0.75.

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

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

Su validez también ha sido evaluada comparándolo con

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

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

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

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

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

- +20 sujetos sometidos a hemodiálisis.

- +20 sujetos control.

El coeficiente alpha obtenido fue de 0.90.

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

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

- +48 sujetos de Planificación familiar.

- +27 sujetos de Salud mental.

- +73 sujetos universitarios y familiares de éstos.

Se obtuvo un coeficiente alpha de 0.899.

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

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

Items tendenciales: 18, 19.

Items no significativos: 9, 10, 20.

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

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

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

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

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

BAREMO: la respuesta para cada items es elegida entre

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

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

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

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

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

Al someter a análisis discriminante se obtuvo que:

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

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

Escala de ansiedad del D.M.S. III

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

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

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

BAREMO

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

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

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

FIABILIZACION

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

ANÁLISIS DISCRIMINANTE

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

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

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

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

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

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

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

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

FACTOR DEPRESION

Medido por las preguntas siguientes del DSM III.

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

FACTOR ANSIEDAD

Medido por las siguientes preguntas del DSM III.

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

Estados de trastornos afectivos

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

DEPRESION MAYOR

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

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

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

NEUROSIS DEPRESIVA O TRASTORNO AFECTIVO DISTIMICO

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

TRASTORNOS FOBICOS-TRASTORNOS POR ANSIEDAD

Trastornos Fóbicos

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

Agorafobia

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

Fobia social

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

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

Fobia simple

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

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

Estados de ansiedad

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

Trastorno por angustia

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

- C) No es debido a trastorno físico ni mental.
- D) El trastorno no está asociado a la agorafobia (no relacionada con (19)).
- (S) Estas preguntas están medidas por la Escala de Ansiedad de Zung y por una Escala de Hipocondría, creada a partir de los criterios diagnósticos del DSM III por el Departamento de Psicología Social de la Universidad de San Sebastián, la cual no ha sido publicada en este libro.
- (NO) Cuando las preguntas que tenemos no miden tal síntoma.

Trastorno por ansiedad generalizada

A) Ansiedad persistente y generalizada.

Tres categorías de las siguientes:

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

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

Obsesivo compulsivo

A) Obsesiones o compulsiones:

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

Evaluación del stress. Soporte social

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

Esta escala consta de dos partes:

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

El sujeto deberá responder a los siguientes items según si

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

a) AREA PERSONAL: Consta de 11 items.

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

b) AREA ECONOMICO-LABORAL: Consta de 5 items.

12) Pérdida de trabajo o retiro laboral. 13) Compra o venta de alguna casa o piso. 14) Ascenso en el trabajo o en el sueldo. 15) Problemas con compañeros de trabajo. 16) Problemas con su jefe.

c) AREA FAMILIAR: Consta de 11 items.

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

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

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

Consta de las seis siguientes preguntas:

1. La riña o el problema que ha tenido en su trabajo:
¿A cuántas personas se lo cuenta?
*¿A cuántas le gustaría poder contárselo?
2. Los favores como prestar alimentos, herramientas, utensilios de casa, cuidarle los niños...
¿A cuántas personas se los hace?
*¿A cuántas le gustaría poder hacérselos?
3. Los amigos o miembros de su familia allegados le visitan en su casa
¿Con qué frecuencia lo hacen?
*¿Con qué frecuencia le gustaría que lo hicieran?
4. Sus problemas personales
¿A cuántos amigos o familiares se los cuenta?
*¿A cuántos le gustaría poder contárselo?
5. El participar en grupos sociales de su comunidad o en deportes
¿Con qué frecuencia lo hace?
*¿Con qué frecuencia le gustaría poder hacerlo?
6. ¿Tiene un esposo/a o compañero/a?

BAREMO: Exponemos los valores obtenidos por el Departamento de Salud Mental de California (1981) que intentan establecer un índice que hable del riesgo de enfermar o de la probabilidad de mantenerse en un buen estado de salud.

* Estas preguntas se agregaron para medir la diferencia entre expectativas y relaciones sociales. La diferencia (suma relaciones reales menos la suma de expectativas) negativa es un indicador de tensión o insatisfacción con el soporte social.

NIVEL DE STRESS

Tiene un bajo nivel de stress y su vida ha sido estable en la mayoría de sus facetas.

Tiene un nivel de stress moderado y ha habido grandes cambios en su vida.

Tiene un alto nivel de stress y ha habido grandes cambios en su vida.

PUNTUACION

Menos de 10 puntos.

De 10 a 15 puntos.

16 o más puntos.

NIVEL DE APOYO SOCIAL

Su apoyo tiene poca fuerza. Nivel bajo.

Su apoyo es probablemente suficiente salvo situaciones de stress. Nivel moderado.

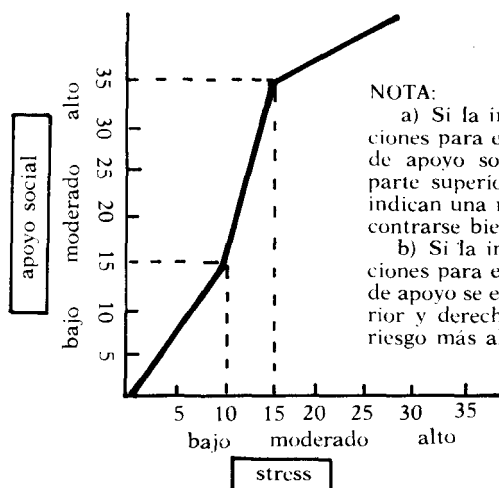
Su apoyo tiene mucha fuerza incluso en situaciones de stress. Nivel alto

PUNTUACION

menos de 15 puntos

de 15 a 29 puntos

30 o más puntos.



NOTA:

a) Si la intersección de las puntuaciones para el nivel de stress y el nivel de apoyo social se encuentran en la parte superior e izquierda de la línea, indican una mayor probabilidad de encontrarse bien.

b) Si la intersección de las puntuaciones para el nivel de stress y el nivel de apoyo se encuentran en la parte inferior y derecha de la línea, indican un riesgo más alto de enfermar.

Clave de corrección

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Estilo atributivo en adultos, Seligman y Miller, 1984

Esta escala mide el estilo atribucional en tres dimensiones:

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

Consta de 12 situaciones agrupadas en cuatro áreas:

- a) Logro positivo: consta de tres situaciones.
 1. Vd. llega a ser muy rico.
 2. Vd. se esfuerza por llegar a un puesto que quiere obtener (un trabajo importante, etc...) y lo obtiene.
 3. Vd. obtiene un ascenso. (5.^a).

- b) Logro negativo: consta de tres situaciones.
1. Vd. ha estado buscando trabajo sin éxito durante cierto tiempo. (1ª).
 2. Vd. realiza una importante intervención en público y éste reacciona negativamente. (3ª).
 3. Vd. no puede realizar la cantidad de trabajo que los otros esperan.
- c) Interpersonal positivo: consta de tres situaciones.
1. Vd. se encuentra con un amigo que le hace cumplidos sobre su apariencia. (6ª).
 2. Su compañero, novio/a, esposo/a, le está tratando más afectuosamente que de costumbre. (7ª).
 3. Vd. realiza un proyecto que es alabado.
- d) Interpersonal negativo: consta de tres situaciones.
1. Un amigo le va a contar sus problemas y Vd. no le ayuda. (2ª).
 2. Vd. se encuentra con un amigo que actúa negativamente hacia usted. (4ª).
 3. Vd. va a cenar y la cita le sale mal.

El formato para cada situación hipotética se repite, siendo este el siguiente:

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

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

c) ¿Estará esta causa presente en el futuro cuando vuelva a... encontrarse en esa situación?

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

d) ¿Esta causa es algo que influye solamente... (situación) o influye en otras áreas de su vida?

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

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

Ninguna importancia 1 2 3 4 5 6 7 Mucha importancia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Esperas de control, Paulhus y Christie, 1981

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Totalmente de
acuerdo

1 2 3 4 5 6 7

Totalmente en
desacuerdo

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

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

- a) 20 sujetos sometidos a hemodiálisis.
- b) 20 sujetos control (estudiantes).

Los coeficientes alpha obtenidos para cada una fueron:

- a) Eficacia personal: 0.47
- b) Control interpersonal: 0.54
- c) Control sociopolítico: 0.65
- d) General: 0.69

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

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

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

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

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

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

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

BIBLIOGRAFIA

- ABRAHAM, K.: *Preliminaires au traitement de la Folie maniaco-depressive et des etats voisins* in Oeuvres, Completes, France, Payot, 1977.
- ABRAMSON, L. y MARTIN, D.: *Depression and the causal inference process* in Harvey J. et al, *New directions in attribution Research*, Hillsdale, N. J., Lawrence Erlbaum, 1981.
- AIZPIRI, J. et al.: *Análisis y Perspectivas de la Asistencia Sanitaria*, Bilbao, Ed. Consejería de Sanidad y Seguridad Social del Gobierno Vasco, 1980.
- AJURIAGUERRA, J. et al: *Plan de asistencia psiquiátrica y Salud Mental*, Gasteiz, Departamento de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1983.
- ALLAIS, C. et al: *La Recherche sur les grandes maladies*, Paris, Seuil, 1981.
- AMESHENSEL, C. et al: *Race Ethnicity and Depression: A confirmatory analysis*, JPSP, 1983, vol. 44, n.º 2, pp. 385-398.
- APARICIO, V.: *El suicidio: un estudio de Guipúzcoa*, Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, vol. 13, abril-junio, 1985.
- ARIETI, S. y BEMPORAD, J.: *Psicoterapia de la Depresión*, Buenos Aires, Paidós, 1981.
- ARREOLA, Edmundo: *La depression nerveuse*. Louvain la Neuve: Memoire presenté à la Faculté de psychologie et des Sciences de l'education UCL, 1981.
- ARNHOFF, E.: *Sociology of health*, in Lloyd et al, 1979.
- ASHKANAZY, N.: *Rotter's Internal External Scale*, JPSP, 1985, vol. 48, pp. 1328-341.

- AYUSO, J.: *Aspectos psicológicos de las depresiones*, Psiquis, 1985, vol. IV, 2, pp. 26-32.
- BANDURA, A.: *L'Apprentissage Social*, Bruxelles, Dessart-Mardaga, 1980.
- BARNNET, R. y BARUCH, G.: *Women's involvement in multiple roles and psychological distress*, JPSP, 1985, vol. 49, n.º 1, pp. 135-145.
- BARR, C.: *DSM III and Behavioral Assaement*, Behavioral Assessment, 1983, 5, pp. 5-14.
- BASABE, N.: *Estudios sociológicos sobre la Asistencia infantil en el MAPS durante el período 1978-1982*, Bilbao. MAPS Rekalde, 1983.
- BASTERRA, J. y VAZQUEZ, L.: *Representaciones sociales y sensibilidad ante la sintomatología*, inédito, trabajo de investigación, Departamento de Psicología social, UPV, 1984.
- BAYES, R.: *Psicología y medicina*. Barcelona, Fontanella, 1979.
- BEAUVOIS, J. L.: *La Psychologie Quotidienne*, Paris, PUF, 1985.
- BEBBINGTON, P.: *The epidemiology of depressive Disorder*, Culture, Medicine and Psychiatry, 1978, vol. 2, n.º 4, pp. 297-341, Holland.
- BECK, A. et al: *Terapia de la depresión*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 1983.
- BECKER, E.: *Socialization, command of performace and mental illness in Cox y Mead*, 1975.
- BECKER, J.: *Vulnerable Self-Esteem as a Predisposing Factor in Depressive Disorders in Depue, R.*, 1979.
- BECKHAM, E. y ADAMS, R.: *Coping Behavior in Depression: soport a new scale*, BRT, 1984, vol. 22, n.º 1, pp. 71-75.
- BEIDEL, D. et al: *Physiological Cognitive and Behavioral Aspects of Social Anxiety*, BRT, 1985, vol. 23, n.º 2, pp. 109-117.
- BEISER, M.: *Psychiatric Epidemiology*, In A. Nicholi (Ed), *The Harvard Guide to Moderne Psychiatry*, Cambridge, Mass. and London, England: Harvard University Press, 1978.
- BEM, S.: *Probing the promise of androgyny*, en Kaplan G. A. y otros, *Beyond Sex-role stereotypes*, Melhnm, 1976.
- BENÍTEZ, E.: *Medicina y Sociedad*, Publicación n.º 1.375, Madrid, Instituto Nacional de la Salud, 1981.
- BENSAID, N.: *La lumiere Medicale*, Paris, Seuil, 1981.
- BERGERET, J.: *La depression et les Etats-Limites*, France.
- BILLINGS, A. et al: *Social-Environmental Factors in Unipolar Depres-*

- sion: Comparisons of Depressed Patients and Nondepressed Controls, JAP, 1983, vol. 92, n.º 2, pp. 119-133.
- BILLINGS, A. y MOSS, R.: *Life Stressors and Social Resource Affect Posttreatment Outcomes Among Depressed patients*, JAP, 1985, vol. 94, n.º 2, pp. 140-153.
- BOUDON, R.: *Mathematiques et Sciences Sociales*, París, PUF, 1971.
- BOYD, H. J. y WEISSMAN, M. M.: *Epidemiology in Paykel, E. S.*, (ed), 1982.
- BREWIN, C.: *Depression and causal Attributions: What is the relation?* Psychological Bulletin, 1985, vol. 98, n.º 2, pp. 297-309.
- BROWN, E. H., y HARRIS, T.: *Social Origins of Depression*, London, Tavistock Publications, 1978.
- BROWN, G.: *The Social Etiology of Depression in Depue, R.*, 1979.
- BROWN, G.: *Ansiedad y depresión en la Sociedad Actual in AAVV Sociología de la Salud*, Gasteiz, Eds. del Gobierno Vasco, 1983.
- BROWN, G.: *Social Conditions Related to the Life Stress Process: Contextual Measures of Life Event's in Dohrenwend y Dohrenwend*, 1984.
- BRUGA, T.: *Personal Losses and deficiencies in social networks*, SP, 1984, 19, pp. 69-74.
- BUGLAS, D.: *The relations of social class to the characteristics and treatment of parasuicide*, SP, 1976, 11, pp. 107-119.
- BURNS, D. y BECK, A.: *Cognitive behavior Modification of Mood Disorders in Daitzman, R. (ed.) Clinical Behavior Therapy and Behavior Modification*, vol. 1, New York, Garland Pub, 1980.
- CAMARERO, C.: *Servicios Sociales y Calidad de Vida. Boletín de Estudios y Documentación de Servicios Sociales*, Monografía n.º 13, INSERSO, 1982.
- CARO, I., et al: *What's the thing to do when you're feeling depressed?* BRT, 1983, vol. 21, n.º 5, pp. 447-483.
- CARVER, C. S. y GANELLEN, R.: *Depression and Components of Self-Punitiveness: High Standards, Self-Criticism and Overgeneralizations*, JAP, 1983, vol. 92, n.º 3, pp. 330-337.
- CARVER, C. et al: *Depression and Cognitive Style: Comparison Between Measures*, JPSP, 1985, vol. 49, n.º 3, pp. 722-728.
- CASTEL, R. et al: *La Sociedad Psiquiátrica Avanzada*, Barcelona, Anagrama, 1980.
- CHESSLER, PH.: *Paciente y patriarca: Las mujeres en la relación psicoterapéutica in Sáez*, 1979.

- CLARK, D. y TEASDALE, J.: *Diurnal Variation in Clinical Depression and Accessibility of Positive and negative experiences*, JAP, 1982, vol. 91, n.º 2, pp. 87-95.
- COCKERHAM, W.: *Labeling Theory and Mental Disorder: A synthesis of Psychiatric and Social Perspectives in AAVV Studies in Symbolic Interaction*, vol. 2, USA: Jai Press, 1979.
- CODOL, J. P.: *Semblables et Differents*, These Doctorale, Lille, Atelier National de Reproduction des Theses, 1984.
- COHEN, S. y ASHBY, T.: *Stress, Social Support and the Buffering Hypothesis*, Psychological Bulletin, 1985, vol. 98, n.º 2, pp. 310-357.
- COLLETTI, G. y BROWNELL, K.: *The Physical and Emotional benefits of Social Support*, in Hersen, M. et al Progress in Behavior Modifications New York, Academic Press, 1982.
- CONDE, V. y FRANCH, J.: *Escalas de Evaluación conductual para la cuantificación de sintomatología psicopatológica en los trastornos ansiosos y depresivos*, Valladolid, Dpto. de Psic. Médica Univ. de Valladolid, 1984.
- CORRAL, N.: *Psychologie de L' Exil*, Universidad de Lovaina: Memoire Facultad de Psicologia, 1983.
- CORYELL, W. y WINOKUR, G.: *Course and outcome*, in Paykel, E.S., ed., 1982.
- COYNE, J.: *Depression and the response of others*, JAP, 1976, 85, pp. 186-193.
- COX, C. y MEAD, A.: *A Sociology of Medical Practice*, London: Collier-Mc Millan, 1975.
- CRANDALL, J.: *Social Interest as a Moderator of Life stress*, JPSP, 1984, vol. 47, n.º 1, pp. 164-174.
- CROCETTI, G.: *Psychiatry and Social Class*, SP, 1976, 11, pp. 99-105.
- CUFF, E. y PAYNE, G.: (Ed.) *Perspective in Sociology*, London, Allen and Unwin, 1979.
- CUTRONA, E. C.: *Casual Attribution and Perinatal Depression*, JAP, 1983, vol. 92, n.º 2, pp. 161-172.
- CHESNAIS, J. C.: *Histoire de la Violence*, Paris, Laffont, 1981.
- DEMBROSKI, TH. y MAC DOUGALL, J.: *Coronary Prone Behavior, Social Psychophysiology, and Coronary heart disease* in Eiser, 1982.
- DE MIGUEL, J.: *Sintomas y enfermedades de la Sanidad Española actual* in Aizpiri et al, 1980.
- DEPARTAMENTO DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL DEL GOBIERNO

- VASCO, *Informe sobre psiquiatría Infantil*, Gasteiz, Dpto. de publicaciones del Gobierno Vasco, 1983.
- DEPNER, CH. et al.: *Social Support: Methodological Issues in design and measurement*, J.S.I., 1984, Vol. 40, n.º 4, pp. 37-54.
- DEPUE, R.: *The Psychobiology of the Depressive Disorders*, New York, Academic Press, 1979.
- DESCHAMPS, J.C.: *Définition de Soi et identité sociales*, Doise et al, Psychologie Sociale Experimentale, France: A. Collin, 1978.
- DE VEGA, M.: *Introducción a la psicología cognitiva*, Madrid, Alianza Editorial, 1984.
- DEVINS, G. et al.: *Perceived Self-Efficacy, Out-come expectancies and Negative Mood States in End-Stage Renal Disease*, J.A.P., 1982, vol. 91, n.º 4, pp. 241-244.
- DIAZ LOVING, R. et al.: *Comparación Transcultural y análisis psicométrico de una medida de rasgos masculinos (instrumentales) y femeninos (expresivos)*, Revista de la Asociación Latinoamericana de psicología social, 1981, vol. 1, n.º 1, pp. 3-33.
- DOHERTY, W.: *Impact of Divorce on Locus of Control Orientation in Adult women: A longitudinal study*, J.P.S.P., 1983, vol. 44, n.º 4, pp. 834-880.
- DOHRENWEND, B. P.: *Socialcultural and Social-psychology factors in the genesis of mental disorders*, J.H.S.B., 1975, n.º 16, pp. 365-392.
- DOHRENWEND, B. P. et al: *The Mental Illness in the USA*, New York, Praeger, 1980.
- DOHRENWEND, B. y DOHRENWEND, B. (Edit.): *Stressful life events and their contexts*, USA: Rutgers University Press, 1984.
- DOHRENWEND, B. et al.: *Symptoms, hassles, social supports and life events: Problem of confunded measures*. J.A.P., 1984, vol. 93, n.º 2, pp. 222-230.
- DUMONT, P.: *Rapport sur «Classe Sociale et Maladie Mentale de Hollingshead y Redlich»*, Louvain, Séminaire Psychologie et Société, 1979.
- DUNHAM, H.W.: *Social Causation and Social Selection Theories of Schizophrenia*, in Masserman et al, Social Psychiatry, 1974.
- DURAN, M. A.: *Desigualdad social y enfermedad*, España, Ed. Tecnos, 1983.
- EAVES, G. y RUSH, J.: *Cognitive Patterns in Symptomatic and Remitted Unipolar Major Depression*, J.A.P., 1984, vol. 93, n.º 1, pp. 31-40.
- EISENBERG, L.: *La Dépression Nerveuse*, Allais et al, 1981.

- EISENBERG, L.: *La distribución diferencial de los trastornos psiquiátricos según el sexo*, in Sullerot, E. et al, *El hecho femenino*, Barcelona: Eds. Argos, 1979.
- EISER, R.: *Social Psychology and Behavioral Medicine*, New York: Wiley & Sons, 1982.
- EYSENCK, H. et al, *Diagnosis and Clinical Assessment: DSM III*, USA: A.R.P., 1983, 34, pp. 167-193.
- ERON, L. y PETERSON, R.: *Abnormal Behavior: Social Approaches*, USA: A.R.P., 1982.
- ETXEBARRIA, A., PÁEZ, D. y VALENCIA, J.: *Teorías Sociológicas y Psicología Social*: Eds. Depto. Psic. Social UPV, San Sebastián, 1986.
- FAIRBANK, D. y HOUGH, R.: *Cross Cultural Differences in Perceptions of Life Events*, in Dohrenwend & Dohrenwend, 1984.
- FARAVELLI, C. y AMBENTTI, A.: *Assesment of life events in depressive disorders. A comparison of three methods*, S.P., 1983, 18, pp. 51-56.
- FINLAY, R. y BROWN, R.: *Types of Stressful Life Event and the onset of Anxiety and Depressive Disorders*, *Psychological Medicine*, II, 1981, pp. 803-815.
- FINN, S.: *Base rates, Utilities and DMS III*, J.A.P., 1982, vol. 91, n. 4, pp. 294-302.
- FISKE, S. y TAYLOR, S.: *Social Cognition*: Read, Massachusetts, Addison-Weley Pub. Co., 1984.
- FLAUMENBAUN, R.: *Dépression et passage a l'acte*, *Entretiens Psychiatriques*, vol. 15, 1972.
- FREDERN, L.: *Aspects Psychosocial de la Depression*, Bruxelles: Mardaga, 1984.
- FREEDMAN, A. et al: *Tratado de Psiquiatría*, Barcelona: Salvat Eds., 1982.
- FREEDMAN, H. y GIOVANNONI, J.: *Social Psychology of Mental Health*, in Lindzey, G. & Aronson, E. Eds., *Handbook of Social Psychology*, USA, Addison-Wesley, Pub. Co., 1969.
- FOESSA: *Informe sociológico sobre el cambio social en España*, 1975-1983, vol. II, Madrid, Foessa, Euramérica, 1983.
- FOX, J.: *Gove's Specific Sex-Role Theory of Mental Illness*, J.H.S.B., 1980, vol. 21, n.º 3.
- GABINETE DE SOCIOLOGIA KRIEFF: *Libro blanco de la depresión en España*, Mimeo, 1982.
- GANELLEN, R. y BLANEY, P.: *Hardiness and Social Support as Modera-*

- tors of the effects of Life Stress, J.P.S.P., 1984, vol. 47, n.º 1, pp. 156-163.
- GARBER, J. et al: *On the Distinction between anxiety and depression. Perceived Control certainty and probability of goal attainment*, in Garber, J. y Seligman, M., M. Human Helplessness. Theory and Applications, New York, Academic Press, 1980.
- GARCIA, M.: *Análisis y modelización causal en Sociología*, Revista Española de Investigaciones Sociológicas, vol., 29, en marzo 1985, pp. 143-164.
- GIDDENS, A. *El Capitalismo y la Moderna Teoría Social*, Barcelona, Ed. Labor, 1977.
- GIDDENS, A.: *Durkheim*, London, Fontana, 1985.
- GONZALEZ, R.: *Sociología de la profesión psiquiátrica*, Mimeo, Congreso de la Salud, Getxo, 1983.
- GONZALEZ, D. E.: *Historia reciente de la Asistencia psiquiátrica en España*, in González de Ch, 1980.
- GONZALEZ DE CH., M.: *La locura y las elecciones locales*, El País, 5-5-1983.
- GONZÁLEZ DE CH. M.: *La Transformación de la Asistencia Psiquiátrica*, Madrid: Ed. Mayoria, 1980.
- GOSES, S.: *Stress Buffering Function of Social Support* in Dohrenwend & Dohrenwend, 1984.
- GOTTLIB, H. I.: *Self-Reinforcement and Depression in Interpersonal Interaction: The role of Performance Level*, J.A.P., 1982, Vol. 91, n.º 1, pp. 3-13.
- GOTTLIB, H.I.: *Depression and General Psychopathology in University Students*, J.A.P., 1984, Vol. 93, n.º 1, pp. 19-30.
- GOTTLIB, H., y Mc CANN, C.: *Construct Accessibility and Depression: An Examination of Cognitive and affective factors*, J.P.S.P., 1984, Vol. 47, n.º 2, pp. 427-439.
- GOVE, W. y TUDOR, J.: *Roles sexuales adultos y enfermedad mental*, in SAEZ, C.: *Mujer, locura y feminismo*, Madrid, Dédalo Ediciones, S. A., 1979.
- GUIMÓN, J.: *El apoyo comunitario en la Asistencia Psiquiátrica*, en Osasunketa, Sociología de la Salud, Gasteiz, Dpto. de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1983.
- GURING, G. et al.: *People who have gone for help* in KIRSON, S. (Ed.) *The Sociology of Mental Disorders*, USA, Aldine, Pub Co, 1967
- HAMILTON, E. y ABRAMSON, L.: *Cognitive Patterns and Major Depres-*

- sive Disorder. Alongitudinal Study in a Hospital Setting*, J.A.P., 1983, Vol. 92, n.º 2, pp. 173-184.
- HAMMEN, C. et al: *Depressive Self-Scheams Life Stress and Vulnerability to depression*, J.A.P., 1985, Vol. 43, n.º 3, pp. 308-319.
- HAMMEN, C. y DE MAYO, R.: *Cognitive Correlates of Teacher Stress and Depressive Symptoms: Implications for Attributional Models of Depression*, J.A.P., 1982, Vol. 91, n.º 2, pp. 96-101.
- HAMMEN, C. et al: *Self Schemas and Risk for Depression: A prospective-Study*, J.P.S.P., Vol. 49, n.º 5, pp. 1.147-1.159, 1985b.
- HARRIS, T.: *The Social Etiology of Depression* in KORE, J. y PEPLINKHUIZEN, L., Editors, *Depression, Proceeding of the Symposium 25-February-1983*, Erasmus University, Rotterdam, TGO Found, 1983.
- HELLEVIK, O., *Introduction to Causal Analysis*, London, G. Allen & Unwin, 1984.
- HELZER, J., *Methodological Issues in the interpretations of the consequences of Extreme Situations* in Dohrenwend & Dohrenwend, 1984.
- HENDERSON, S.A.: *Interpreting the evidence on social support*, S. P., 1984, 19, pp. 49-52.
- HENRY, A. y SHORT, J.: *Suicidio, Estatuto y ciclo económico* in CHAZEL, F. et al., *Metodología de las Ciencias Sociales*, III, Barcelona, Laia, 1985.
- HERZLICH, Cl.: *Médecine, Maladie et Société*, Paris, Mouton Ed., 1970.
- HERNANZ, M.: *Actitud de la familia ante el enfermo psíquico crónico hospitalizado*, Rev. Documentación social n.º 47, 1982, pp. 65-74.
- HINOJAL, I.: *Sociología de la medicina*. Madrid: Tecnos, 1977.
- HIRSCHFELD, R. et al.: *Epidemiology of Affective disorders*, Arch. General of Psychiatry, 1982, 39, pp. 35-46.
- HOLAHAN, C. y MOOS, R.: *Life Stress and Health: Personality, Coping and family Support in Stress Resistance*, J.P.S.P., 1985, Vol. 49, n.º 3, pp. 739-747.
- HORWITZ, A.: *The Economy and Social Pathology*, A.R.P., 1984, 10, pp. 95-119.
- HUICI, C. et al.: *Ciencias de la Conducta*, Madrid, UNED, 1980.

- HUBERT, W.: *Psychologie de la Personnalité*, Bruxelles, Mardaga, Ed., 1977.
- INGRAM, R. et al.: *Depression and Information Processing: Self Schemata and the Encodign of self referent Information*, J.P.S.P., 1983, Vol. 45, n.º 2, pp. 412-420.
- INSAM: *Atención Primaria y Salud Mental: Informe Resumido*, Mimeo, 1983.
- JAKUBOWSKI, F.: *Les Superstructures Ideologiques dans la conception materialiste de l'Histoire*, Paris, EDI, 1976.
- JERVIS, G.: *Manual Critico de Psiquiatrda*, Barcelona, Eds. Anagrama, 1979.
- JERVIS, G.: *El mito de la Antipsiquiatria*, España, J.J. de Olañeta, Editor, 1979 b.
- JIMENEZ, F.: *Sobre la perspectiva Sociopsicológica de la Alienación*, Revista de Psicología Social, n.º 0, octubre, 1985.
- KANFER, R. y ZEISS, M.A.: *Depression, Interpersonal Standars Setting and Judgments of Self-Efficacy*, J.A.P., 1983, Vol. 92, n.º 3, pp. 319-329.
- KAPLAN, B.: *Mental Illnes as a Social Problem in O. Smigel. Handbook on the Study of Social Problem*, New York, University, 1971.
- KAPLAN, H. B.: (Ed.), *Psychosocial Stress: Trends in Theory and Research*, New York, Academic Press, 1983.
- KESSLER, R. et al.: *Sex differences in Psychiatric Help-seeking*, J.H.S.B., 1981, Vol. 22, pp. 49-61.
- KESSLER, R. et al.: *Social factors in Psychopatology*, A.R.P., 1985, 36, pp. 351-372.
- KIECOLT, J. y GREENBERG, B.: *Social Support as a Moderator of the after effects of stress in female psychiatrics inpatients*, J.A.P., 1984, Vol. 93, n.º 2, pp. 192-199.
- KIESLER, C.: *Public and Professional Myths about Mental Hospitalization*, American Psychologist, 1982, Vol. 37, n.º 12, pp. 1.323-1.339.
- KING, L.: *Social and Cultural Influences on Psychopatology*, USA, A.R.P., 1978.
- KING, D. y HELLER, K.: *Depression and the response of others*, J.A.P., 1984, Vol. 93, n.º 4, pp. 477-480.
- KIRSCH, I.: *Self-Efficacy and Expectancy: old wine with New Labels*, J.P.S.P., 1985, Vol. 49, n.º 3, pp. 824-830.

- KOVESS, V. y TOUSSIGNANT, M.: *Les instruments utilisés lors des enquêtes de Santé Mentale*, L'Information Psychiatrique, 1983, Vol. 59, n.º 6, pp. 805-812.
- KRANTZ, S. y RUDE, S.: *Depressive Attribution: Selection of Different Causes or Assignment of Dimensional Meanings*, J.P.S.P., 1984, Vol. 47, n.º 1, pp. 193-203.
- KRANTZ, D. et al.: *Health Psychology*, A.R.P., 1985, 36, pp. 349-383.
- LEAF, J.P. et al.: *Social factors related to Psychiatric disorders*, The Yale Epidemiologic Catchment. Area Study, S.P., 1984, 19, pp. 53-61.
- LEE, C.: *Self-Efficacy and Behaviour as Predictors of Subsequent Behavior in an Assertiveness Training Program*, BRT, 1983, Vol. 21, n.º 3, pp. 225-232.
- LEFCOURT, H.: (Ed.), *Research with the locus of control construct*, New York, Academic Press, 1981, Vol. 1.
- LEFCOURT, H.: *Locus of Control and Stressful Life Events* in Dohrenwend & Dohrenwend, 1984.
- LEFCOURT, H. et al.: *Locus of control and social Support: Interactive Moderators of stress*, J.P.S.P., 1984, Vol. 47, n.º 2, pp. 378-389.
- LEGRAND, M.: *Depression et Société*, Rapport Centre Psychologie et Société, Belgique, 1982.
- LE MOAL, M.: *La Schizophrénie*, Allais et al., 1981.
- LEWINSOHN, P. et al.: *Reinforcement and Depression* in Depue, R., 1979.
- LEWINSOHN, P.M. y HOBBERMAN, H.M.: *Behavioural and cognitive approaches*, in Paykel, E.S., Ed. 1982.
- LEYENS, J.P.: *Sommes-nous tous des psychologues*, Bruxelles, Dessart-Mardaga, 1983.
- LIEM, R. y LIEM, J.: *Relations among social class, life events and mental disorders* in Dohrenwend y Dohrenwend, 1984.
- LIN, N. y DEAN, A.: *Social Support and Depression. A panel study*, S.P., 1984, 19, pp. 83-91.
- LINDSAY, P. y NORMAN, D.: *Introducción a la Psicología cognitiva*, España, Tecnos, 1984.
- LLOYD, J. et al.: *Sociology and Social life, USA*, D. Van Nostrand Co., 1979.
- MAHONEY, M. J.: *Cognición y modificación de la conducta*, México, Trillas, 1983.
- MANLY, C. P. et al.: *Depressive Attributional Style and Depression*

- Following Childbirth*, J.A.P., 1982, Vol. 91, n.º 4, pp. 245-254.
- MARKUS, H. y ZAJONC, R.B., *Cognitive Perspective in Social Psychology* in Handbook of Social Psychology Lindzey, G. y Aronson, E., Eds., Vol. 1, Hillsdale, New Jersey, L. Erlbaum, 1985.
- MARQUINEZ, F.: *La atención al alcoholismo y otras toxicomanías*, in González de Ch. coordinador, *La transformación de la Asistencia psiquiátrica*, Madrid, Ed. Mayoria, 1980.
- MARSELLA, J.: *Thoughts on Cross-cultural Studies on the epidemiology of depression*, Culture, Medicine and Psychiatry, 1978, Vol. 2, n.º 4, pp. 343-358.
- MARTIN, M.: *Neuroticism and the Recall of Positive and Negative Personality Information*, BRT, 1983, Vol. 21, n.º 5, pp. 495-503.
- MASSERMAN, J.: *Social Psychiatry I*, New York, Grune & Stratton, 1974.
- MASSERMAN, J. et al., *Social Psychiatry II*, New York, Grune & Stratton, 1976.
- MATTHEWS, K. y GLASS, D.: *Type a Behavior, Stress-full Life Events and Coronary Heart Disease* in Dohrenwend y Dohrenwend, 1984.
- MATHEWS, A. y BRADLEY, B.: *Mood and the Self Reference Bias in Recall*, B.R.T., 1983, 21, n.º 3, pp. 232-239.
- MC CRANIE, E. y BASS, J.: *Childhood Family Antecedents of Dependency and Self-Criticism: Implications for Depression*, J.A.P., 1984, Vol. 93, n.º 1, pp. 3-8.
- MC DOWALL, J.: *Recall of Pleasant and Unpleasant Words in Depressed Subjects*, J.A.P., 1984, Vol. 93, n.º 4, pp. 401-407.
- MEDNICK, M. y WEISSMAN, H.: *The psychology of Women*, A.R.P., 1975, pp. 1-18.
- Memorandum de datos básicos de salud en Euskadi*, Gasteiz, Gobierno Vasco, octubre, 1982.
- MENAGHAN, E. G.: *Individual coping Efforts: Moderators of the relationship between life stress and mental health outcomes*, in Kaplan, H. B., Ed., 1983.
- MENDELSON, M.: *Psychodinamics os Depression* in Paykel, E. S., (Ed.), 1982.
- MERTON, R.: *Estructura social y anomia* en AA.VV. *La Familia*, Barcelona, Eds. Península, 1978.
- METALSKY, G. y ABRAMSON, L.: *Attributional Styles* in Kendall, P. y Hollon, S. (Ed.) *Assesment Strategies for Cognitive Behavioral Interventions*, New York, Academic Press, 1981.

- MILLER, S. y SELIGMAN, M.: *El modelo reformulado del desamparo y la depresión: evidencia y teoría* in Neuffeld, R. Psicopatología y stress, Barcelona, Eds. Toray, 1984.
- MILLER, McC.P. y INGHAM, J.G.: *Friends, Confidants and Symptoms*, S.P., 1976, 11, pp. 51-58.
- MILLER, W. I. et al.: *Depressed and Nodepressed Inpatients Cognitions of Hypothetical Events, Experimental Tasks and Stressful Life Events*, J.A.P., 1982, Vol. 91, n.º 1, pp. 78-81.
- MITCHELL, E.R. et al.: *Stress, Coping and Depression among Married Couples*, J.A.P., 1983, Vol. 92, n.º 4, pp. 433-448.
- MONROE, M. LEFKOWITZ y TESINY, P.E.: *Rejection and Depression Prospective and Contemporaneous Analysis*, Developmental Psychology, 1984, Vol. 20, n.º 5, pp. 776-785.
- MONROE, M. S. et al.: *Prediction of Psychological Symptoms under High-Risk Psychosocial Circumstances: Life Events, Social Supports and Symptom Specificity*, J.A.P., 1983, Vol. 92, n.º 3, pp. 338-350.
- MONROE, S.: *Life Events and Disorder: Event-Symptom Association and the Course of Disorder*, J.A.P., 1982, Vol. 91, 1, pp. 14-24.
- MOSCOVICI, S.: *La Psychanalyse, son image et son public*, París, P.U.F., 1976.
- MUÑOZ, P.: *Población de un Hospital Psiquiátrico Tradicional: Análisis sociológico*, Argibide, n.º 1, junio, 1977, pp. 23-31.
- MURPHY, H. et al.: *Matching methods with objective in Community mental health surveys*, communication, en el symposium: Measurement of disability in mental illness, Montreal, 1982.
- NAVARRO, V.: *Medicine under Capitalism*, New York: WATSON, N., Academic Pub., 1976, España, ed. Crítica, 1978.
- NAVARRO, V.: *Capitalismo, Imperialismo, Salud, Medicina*, España, Ed. Ayuso, 1979.
- NEFF, J.: *Race and Vulnerability to stress*, J.P.S.P., 1985, Vol. 49, n.º 2, pp. 489-491.
- NEUGEBAUER, R.: *The reliability of life events reports* Dohrenwend & Dohrenwend, 1984.
- OATLEY, K. y BOLTON, W.: *A Social Cognitive Theory of Depression in Reaction to Life Events*, Psychological Review, 1985, Vol. 92, n.º 3, pp. 372-388.
- O'HARA, W. M. et al.: *Predicting depressive symptomatology:*

- Cognitive-behavior models and postpartum depression*, J.A.P., 1982, Vol. 91, n.º 6, pp. 457-461.
- OMS, *The future of mental hospitals*, Copenhagen, Regional office for Europe, 1976, (1978).
- OMS, *Appréciation des Problèmes de Santé publique et des problèmes sociaux liés à l'usage des substances psychotropes*, Gêneve, Rapports techniques, n.º 656, 1981.
- ONU, *Conferencia mundial del decenio de las Naciones Unidas para la mujer*, Madrid, Ministerio de Cultura, Sub-dirección de la mujer, 1982.
- OSASUNKETA, *Psiquiatría infantil*, Gasteiz, Dpto. de publicaciones del Gobierno Vasco, 1984.
- OSASUNKETA, *Población hospitalaria psiquiátrica —1980-1981—, Alava y Guipúzcoa*, Gasteiz, Departamento de publicaciones del Gobierno Vasco, 1984.
- PAGEL, M. et al., *Loss of control, self blame an depression*, J.A.P., 1985, Vol. 94, n.º 2, pp. 169-182.
- PARKER, G.: *The measurement of pathogenic parental style and its relevance to psychiatric disorder*, S. P., 1984, 19, pp. 75-81.
- PAULHUS, D. y CHRISTIE, R.: *Spheres of Control: an Interactionist Approach to Assesment of Perceived Control* in Lefcourt, 1981.
- PAYKEL, E. S.: (Ed.), *Handbook of affective disorder*, London, Churchill livingstone, 1982.
- PAYKEL, E. S.: *Life events and early enviroment* in Paykel, E.S., 1982.
- PENNEBAKER, J.W.: *The psychology of pysical symptoms*, New York, Springer Verlag, 1982.
- PERRIS, C.: *The distinction between bipolar and ipolar affective disorders* in Paykel, E.S. (ed.), 1982.
- PEARSON, J. y RAO, P.: *Longitudinal Study of Cognitions, Life event and Depression in Psychiatric Inpatients*, J.P.S.P., 1985, Vol. 94, n.º 1, pp. 51-63.
- PERRUCI, R. y TARG, D.: *Network Structure and Reactions to Primary Deviance of Mental Patients*, J.H.S.B., 1982, Vol. 23, n.º 1.
- PETERSON, C. y SELIGMAN, M.: *Causal Explanations as a Risk factor for Depression: Theory and Evidence*, Psychological Review, 1985, Vol. 9, n.º 3, pp. 347-374.
- PETERSON, C. et al.: *Depression and attribution Factors Responsible for inconsistent results in the publish literare*, J.A.P., 1985, Vol. n.º 2, 165-168.

- PHILLIPS, S. y FISCHER, C.: *Measuring social Support Network in General Population* in Dohrenwend & Dohrenwend, 1984.
- PICHOT, P.: *Coordinador DSM III. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales*, Barcelona, Masson, 1983.
- PIERLOTT, R.: *Securité et stress dans la société in fundation J. RENSON: La société generatrice des troubles intaux*, Bruxelles: Ed. Fondaj. Renson, 1977 (1978).
- PIETROMONACO, P. y MARKUS, H.: *The nature of negative thoughts in depression*, J.P.S.P., 1985, Vol. 48, n.º 3, pp. 799-807.
- POLAINO, A.: *Depresión*, Barcelona, Martínez Roca, 1985.
- PYSZCZYNSKI, T. y GREENBERG, J.: *Depression and Preference for Self Focusing Stimuli after Success and Failure*, J.P.S.P., Vol. 49, n.º 4, 1.066-1.075.
- RACHMANS, S.: *Agoraphobia: A Safety-Signal Perspective*, B.R.T., Vol. 22, n.º 1, pp. 59-70, 1984.
- RAHE, R.: *Developments in life change measurement* in Dohrenwend & Dohrenwend, 1984.
- RAPS, CH. et al.: *Atributional Style among depressed patients*, J.A.P., 1982, Vol. 91, n.º 2, pp. 102-108.
- REIS, H. et al.: *On specificity in the impact of social participation on physical and psychological health*, J.P.S.P., 1985, Vol. 48, n.º 2, pp. 456-471.
- RENDUELES, Gu.: *La psiquiatría asilar española*, Gonz. de Ch., 1980.
- ROCHE, L. et al.: *L'Economie de la Santé*, Paris, PUFF, 1982.
- ROME, H.: *La Maladie depressive et ses implications sociopsychiatrique* in Kielhoz, P. (Ed.) *La Depression Masquée* Eds. H. Huber, Suisse, 1973.
- ROOK, K. y DOOLEY, D.: *Applying Social Support research*. J. of Soc. Iss. Vol. 41, 5-28, 1985.
- ROSE, A.: *A Social-psychological theory of neurosis* in Cox y Mead, 1975.
- ROSENFELD, S.: *Sex differences in Depression: do women always have higher rates?*, J.H.S.B., 1980, pp. 33-42.
- ROSNER, M.: *Aliénation, Fetichisme, Anomie in AAVV, Freudo-Marxime et Sociologie de l'Aliénation*, Paris, U.G.E., 1574.
- ROSS, R.: *L'Athérosclérose* in Allais et al., 1981.
- SAEZ, CARMEN: *Mujer, locura y feminismo*, Madrid, Ed. Dédalo, 1979.
- SARASON, I. et al.: *Assesing social support: The social support questionnaire*, J.P.S.P., 1983, Vol. 44, n.º 1, pp. 127-139.

- SARASON, B. et al.: *Concomitants of social support: social skill, physical attractiveness and gender*, J.P.S.P., 1985, Vol. 49, n.º 2, pp. 469-480.
- SARTORIUS, N. et al.: *Les troubles dépressifs dans différents contextes culturels*, Geneve, OMS, 1983.
- SCHWAB, J. et al.: *Human ecology and depressive symptomatology in Maserman*, 1976.
- SEGAL, S. et al.: *Neighborhood types and community reactions to the mentally ill: A paradox of intensity*, J.H.S.B., 1980, 21, pp. 345-356.
- SELIGMAN, E.P.M.: *Attributional style among depressed patients*, J.A.P., 1982, Vol. 91, n.º 2, pp. 102-108.
- SEVA, A. et al.: *El alma del asfalto*, Zaragoza, Ed. Univ. y Ayuntamiento de Zaragoza, 1983.
- SHAW, B. F.: *Stress y depresión: una perspectiva cognitiva*, in Neufeld, R., *Psicopatología y stress*, Barcelona, Ed. Toray, 1984.
- SHERMAN, S. et al.: *The Role of evaluation and Similarity Principles in the False Consensus Effect*, J.P.S.P., 1984, Vol. 47, n.º 6, pp. 1.244-1.262.
- SHINN, M. et al.: *Social interaction and Social Support*: J.S.I., Vol. 40, n.º 4, pp. 55-76.
- SHUMAKER, S. y BROWNELL, A.: *Toward a theory of social support*, J.S.I., 1984, Vol. 40, n.º 4, pp. 11-36.
- SILVER, R. y WORTMAN, A.: *Coping with Undesirable Life Events* in Garber, J. *Human Helplessness*, New York, Academic Press, 1980.
- SIVADON, P.: *Psychopatologie-psychologie medicale*, Bruxelles, 3M edit., 1970.
- SLIFE, B. et al.: *Differential Recall as a Function of Mood disorder in Clinically Depressed Patients*, J.A.P., 1984, Vol. 93, n.º 4, pp. 391-400.
- SNYDER, S. R. e INGRAM, R. E.: *Company motivates the miserable: The impact of consensus information for help seeking for psychological problems*, J.P.S.P., 1983, Vol. 45, n.º 5, pp. 1.118-1.126.
- SROLE, L. y LANGNER, T.: *Socio-economic Status Group: Their mental Health Composition* in Kirson, (Ed.) *The Sociology of Mental Disorders*, USA, Aldine Pub Co, 1967.
- STRACK, S. y COYNE, J.: *Social Confirmation of Dysforia: Shared and*

- Private Reactions to Depression*, J.P.S.P., 1983, Vol. 44, n.º 4, pp. 789-806.
- STRACK, et al.: *Pessimistic Self-Preoccupation, Performance Deficits and Depression*, J.P.S.P., 1985, Vol. 49, n.º 4, pp. 1.076-1.085.
- STRAUSS, J.: *Social and Cultural influences on psychopatologie*, USA: A.R.P., 1979.
- STURDIVANT, S.: *Les femmes et la psychothérapie*, Bruxelles, Dessart-Mordaga, 1984.
- SURTESS, P.: *Kith, Kin and psychiatric health: A scottish survey*, S.P., 1984, 19, pp. 63-67.
- SUTTON SIMON, K.: *Assesing Belief System in Kendall y Hollon*, S. (Ed.) *Assesment Strategies for Cognitive Behavioral Intervention*, New York, Academic, 1981.
- TABACHNIK, N. et al.: *Depression, social comparison, and the false consensus effectus*, J.P.S.P., 1983, Vol. 45, n.º 3, pp. 688-699.
- TEASDALE, J.: *Psychological Treatments for Depression*, B.R.T., Vol. 23, n.º 2, pp. 157-165, 1985.
- THOITS, P.: *Self-Labeling Processes in Mental Illness: The Role of Emotional Deviance*, American Journal of sociology, 1985, Vol. 91, n.º 2, pp. 221-249.
- THOITS, A.P.: *Multiple identities and psychological wellbeing. A re-formulation and test of the social isolation hypothesis*, American sociological review, 1983, Vol. 48 (april), pp. 174-187.
- THOITS, P.: *Dimensions of life events that influence psychological distress: An evaluation and synthesis of the literature in Kaplan*, H.B. (ed.) 1983.
- THYER, B. et al.: *Agoraphobia: A test of the Separation Anxiety Hypothesis*, B.R.T., Vol. 23, n.º 1, pp. 75-78 (1985).
- TIMIO, M.: *Clases sociales y enfermedad*, México, Ed. Nueva Imagen, 1981.
- TIZON, J. et al.: *La neuropsiquiatria de Zona, una vergüenza nacional*, El País, 2 y 3-9-1983.
- TURNER, J.R.: *Social support as a contingency in psychological well-being*, J.H.S.B., 1981, Vol. 22 (December), pp. 357-367.
- TURNER, R.J.: *Direct, indirect and moderating effect of social support on psychological distress and asociated conditions*, in Kaplan, H.B., 1983.
- VAZQUEZ, B.J.: *Sociología de la Neurosis*, Psiquis, 1981, n.º 2, pp. 126-135.

- VAZQUEZ, B.J.: *Clase social y movilidad social como factores condicionantes de la Salud Pública*, Revista de Psiquiatría y Psicología médica, XV, 7, 1982.
- VAZQUEZ, B.J.: et al.: *The influence of the process of urbanization on the prevalence of neurosis*, Acta Psych. Scandiv., 1982, 65, pp. 161-170.
- VAZQUEZ, B. J.: *Investigación en Epidemiología Psiquiátrica*, Comunicación en el Seminario de Psiquiatría Social, Bilbao, 1984.
- WARREN, L. et al.: *Psychosocial correlates of depressive symptomatology in adult women*, J.A.P., 1983, Vol. 92, n.º 2, pp. 151-160.
- WILLIAM, W.A. et al.: *A model of mental health, life events and social supports applicable to general populations*, J.H.S.B., 1981, Vol. 22, n.º 4, pp. 324-335.
- WING, J.K. et al.: *The concept of a 'case' in psychiatric population survey*, Psychological medicine, 1978, 8, pp. 203-208.
- WING, J.K. et al.: *Guide pour un examen psychiatrique: PSE*, Bruxelles, Mardaga Editions, 1980.
- WOLLERT, R. et al.: *Causal Attributions, Sanctions and Normal Mood Variations*, J.P.S.P., 1983, Vol. 45, n.º 5, pp. 1.029-1.044.
- WORSLEY, P.: *Introducing sociology*, England: Penguin Books, 1980.
- WORTMAN, C. y BREHM, J.: *Responses to Uncontrollable Outcomes* in Berkowitz, L. (Ed.) *Advances in Experimental Social Psychology*, New York, Academic Press, 1975, Vol. 8.
- ZOLA, I.K.: *Culture and sympyoms: An analisys of patient's presenting complaints* in Cox & Mead, 1975.
- ZUBIN, J. et al.: *Biometric approach to psychopathology*, USA, A.R.P., 1975.

Código de Abreviación de Revistas en Citaciones:

J.P.S.P.=Journal of Personality and Social Psychology
 J.A.P.=Journal of Abnormal Psychology
 S.P.=Social Psychiatry
 B.R.T.=Behavioral Research and Therapy
 A.R.P.=Annual Review of Psychology
 J.S.I.=Journal of Social Issues
 J.H.S.B.=Journal of Health and Social Behavior

«Por lo menos cien millones de personas desarrollan cada año formas de depresión reconocibles clínicamente y, por diversas razones, es probable que dicha cifra aumente». (Sartorius, 1979).

Darío Páez y sus colaboradores del Módulo de Asistencia Psicosocial de Rekaldeberri, inspirados en una orientación de psiquiatría y psicología comunitarias, caracterizados por unos ejes centrados en lo social, lo interdisciplinar, lo comunitario y lo grupal, exponen en este libro tanto el estado de la cuestión como las aportaciones de sus investigaciones; se analiza la influencia de los instrumentos y equipos diagnósticos que estiman epidemiológicamente las tasas de ocurrencia (Prevalencia e incidencia) de los fenómenos ansioso-depresivos en la población y el inquietante desfase entre necesidades reales y demandas concretas de tratamiento.