PSICOMETRÍA II

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓNPSICOLÓGICA PARA EL ESTUDIO DE LOS ESTADOS DEANSIEDAD Y DEPRESIÓN

1.1. INTRODUCCIÓN

Algunos problemas teóricos y metodológicos en

la evaluación de la ansiedad y la depresión.

(M. Martín)

La depresión y la ansiedad han sido de los fenómenos más estudiados y no por eso, mejor comprendidos. Una de las fuentes de confusión se encuentra en el hecho de que los términos tienen significados distintos en diferentes campos como, por ejemplo, en la neurofisiología, la farmacología, la psiquiatría y la psicología. De hecho, en una misma disciplina como la psicopatología, los términos ansiedad y depresión suelen usarse indistintamente para referirse a un estado de ánimo, a un síntoma y a un síndrome.

El abordaje psicológico sobre las relaciones entre la vulnerabilidad personal y los acontecimientos vitales en la génesis de estos estados, también han contribuido a aumentar la incertidumbre. Los modelos más difundidos (como el modelo psicoanalítico de la retroflexión de la hostilidad, los modelos cognitivos conductuales de Beck (1967), Seligman (1981), los modelos conductuales sobre la ansiedad, etc.) han realizado aportes interesantes, pero no esclarecen definitivamente la relación que existe entre la fenomenología de los estados ansiosos y depresivos y los procesos que conducen a su génesis y desarrollo.

Otro de los factores que contribuye a fomentar la confusión se basa en que fenomenológicamente y genéticamente, la ansiedad y la depresión tienen muchas características en común, como ha sido reconocido ampliamente por la literatura y la práctica clínica (Trull y Phares, 2003).

Una gran parte de los pacientes presentan los, comúnmente diagnosticados, síndromes ansioso-depresivos; por otra parte, algunos síntomas como la irritabilidad, la inquietud, los trastornos del sueño y la alimentación, etc., son comunes a ambos tipos de trastornos.

Además de estas confusiones conceptuales, los avatares del propio desarrollo de la evaluación psicológica han contribuido a incrementar la profusión de instrumentos para el Psicodiagnóstico, sin que hasta el momento haya consenso acerca, no sólo sobre lo que debemos evaluar, si no acerca de cómo lo debemos evaluar.

Según Fernández Ballesteros (2003), las teorías psicológicas pueden agruparse en dos polos: las que consideran que el comportamiento está determinado por factores internos. (polo endógeno) ya sean estas características psicológicas como rasgos de personalidad, procesos psíquicos, mecanismos de autorregulación o factores biológicos como la herencia o el funcionamiento de órganos como el cerebro y las glándulas; y las que consideran que se explica por factores externos. (polo exógeno), como las características de la situación concreta, la educación o el medio social.

En estrecha relación con esos polos están las teorías que consideran que el comportamiento es estable a lo largo del tiempo (polo endógeno generalmente) y las que consideran que es variable porque depende de las circunstancias (polo exógeno generalmente). Enfoques actuales como el cognitivo conductual y el histórico cultural pretenden trascender esta polarización, dando importancia a la dialéctica de lo interno y lo externo, en la determinación del comportamiento, aunque todavía no pueden considerarse acabados, ni mucho menos aceptados por todos los autores.

Las teorías que se enmarcan en el polo endógeno-estable sobre la ansiedad y la depresión, han planteado, como objeto del diagnóstico psicológico, fenómenos tan disímiles como: rasgos de personalidad predisponentes (ansiedad y depresión como rasgo): intensidad y estructuración de los estados transitorios de ansiedad o depresión ; y conceptos dinámicos como los mecanismos de defensa (enfoque psicodinámico) o estructuras internas mentales como las ideas irracionales o errores cognitivos (enfoque cognitivo-conductual) o la jerarquía motivacional y la autovaloración (enfoque histórico cultural).

En el polo exógeno-situacional están los conductistas, que plantean que el objeto de la evaluación son los comportamientos y los factores del ambiente (estímulos, reforzamientos, etc.) que los determinan.

Los métodos que fundamentalmente han influido en el desarrollo de la evaluación psicológica en este campo han sido:

- El correlacional, en el que se basa la construcción de los tests y cuestionarios psicológicos

- El experimental, que se desarrolló originariamente en los laboratorios y que los conductistas y cognitivistas han tratado de adaptar a los contextos prácticos como la clínica, la educación y las organizaciones.

- El método clínico, que proviene de la Medicina, pero que ha influido en el desarrollo de la Psicología Clínica.

Las técnicas pueden clasificarse en:

- Tests (construidos a partir de estrategias correlaciónales y estadísticas)

- Pruebas proyectivas, que se basan en el constructo teórico proyección., propuesto originariamente por el psicoanálisis, pero que otros autores consideran como un proceso de manifestación, de expresión de la personalidad, no necesariamente inconsciente (Alonso, 2003)

- Autoinformes, entre los que se incluyen múltiples y muy disímiles procedimientos como cuestionarios, escalas, autobiografías, composiciones, los cuales tienen en común el hecho de que se basan en lo que refiere el sujeto acerca de sí mismo

- La observación, que se ha nutrido de la tradición clínica y también de la experimental.

La práctica y las tradiciones de los contextos particulares (clínico, educativo, organizacional) y de los diferentes países, ha dado lugar a que se prioricen algunos métodos. En el caso del ejercicio de la Psicología de la Salud en Cuba, se ha popularizado el uso de inventarios autodescriptivos por diversas razones (accesibilidad, facilidad de aplicación y calificación) y no hay dudas que ellos resultan útiles auxiliares en el proceso de diagnóstico, pero, como todas las herramientas, tienen sus limitaciones y de ninguna manera pueden convertirse ni en las únicas ni en las principales vías para la evaluación de fenómenos tan complejos y relevantes como la ansiedad y la depresión.

1.2. INVENTARIO DE ANSIEDAD

RASGO-ESTADO DE CH. SPIELBERGER

Caracterización de la prueba

Título: Inventario de Ansiedad Rasgo. Estado (IDARE)

Autores: C. D. Spielberger, R. L. Gorsuch, R. E. Lushene.

Descripción: El IDARE es un inventario autoevaluativo, diseñado para evaluar dos formas relativamente independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable), autoaplicada.

Cada una de ellas tiene 20 ítems. En el IDARE-E, hay 10 ítems positivos de ansiedad (o sea, que a mayor puntuación mayor ansiedad) y 10 ítems negativos. En la escala rasgo hay 13 ítems positivos y 7 negativos.

La forma de respuesta va de 0 a 4 en ambas subescalas. En la Escala de Estado, se le orienta al sujeto que debe responder cómo se siente en el momento actual en relación a los ítems formulados, y cómo se siente generalmente en relación a los ítems de la Escala de ansiedad como rasgo.

Existen diferentes versiones al español de la prueba, siendo una de las más utilizadas la de Ch. Spielberger, R. Díaz Guerrero y otros (1966).

Aplicación: Evidentemente, en todas las escalas que son autodescriptivas, como ésta, el sujeto puede tergiversar la información, por lo que se necesita un buen rapport, de manera que el sujeto describa sus verdaderos sentimientos y comportamientos. Por otro lado, es necesario que el sujeto tenga una escolaridad de 9º. grado para que pueda comprender las proposiciones cuando se aplica de manera autoadministrada.

No obstante, es posible utilizarla de manera heteroaplicada (el examinador lee los ítems y las alternativas de respuestas) en cuyo caso se ha utilizado con éxito en pacientes con menos escolaridad, ancianos con deterioro cognitivo leve, pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos, etc.

De manera convencional, se aplica primero la escala Ansiedad como estado y luego la escala Ansiedad como rasgo; pero es posible aplicar solamente una de las subescalas, en función de los intereses del examinador.

La subescala ansiedad como estado se puede aplicar de manera repetida, incluso con intervalos de minutos (por ejemplo, antes y después de un tratamiento con técnicas de

relajación). Se han reportado numerosas investigaciones en que se aplica de esta manera. El éxito de la aplicación del IDARE está en garantizar que el sujeto comprenda bien la diferencia entre las consignas de cada subescala.

Antecedentes y bases conceptuales: El Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE) fue construido por Spielberger, Gorsuch y Lushene (1966) con el propósito de disponer de una escala, relativamente breve y confiable, para medir dos dimensiones básicas de la ansiedad: como rasgo (ansiedad personal) y como estado. Las bases conceptuales de esta medición estuvieron en la teoría de señal de peligro de Freud (citado por Grau, Martín y Portero, 1993), los conceptos de Cattell acerca de la ansiedad rasgo-estado (citado por Grau, Martín y Portero, 1993) y el desarrollo refinado de estos conceptos por Spielberger (citado por Grau, Martín y Portero, 1993).

La distinción de ansiedad rasgo-estado (ser-estar) ha sido validada en numerosos estudios de investigación y reenfocada en la clasificación cubana de las distintas formas de ansiedad (Grau, 1982; Castellanos, Martín, Grau, 1986; Grau, Martín, Portero, 1993). De tal forma, los ítems reportados de cómo se siente el sujeto: ahora, en este momento y que indican intensidad en 4 categorías (1-no totalmente, 2-un poco, 3-bastante, 4-mucho), responden a la subescala de Ansiedad-Estado, y siempre debe ser presentada primero a los sujetos, antes que la subescala de Ansiedad-Rasgo, que se refiere a como se sienten: por lo general, habitualmente y se contestan también en 4 puntuaciones de frecuencia (1-casi nunca, 2-algunas veces, 3-frecuentemente, 4-casi siempre).

La evidencia de validez de constructo de la subescala Estado se ha reflejado en los puntajes de estudiantes universitarios cuando se someten a exámenes (aumentan significativamente) y son notoriamente más bajos después de un entrenamiento en relajación, en comparación a cuando estos mismos sujetos son evaluados dentro de una clase cotidiana. Además, se han observado movimientos en los puntajes ante diferentes situaciones estresoras experimentales (Pupo, Martín, López, Grau, 1989; Franco, Martín, Grau, 1991, etc.). También se han obtenido evidencias de validez de constructo de la subescala Rasgo, en pacientes neuropsiquiátricos, que obtienen puntajes más altos que los sujetos normales (Castellanos, Grau, Martín, 1986).

La información adquirida en las investigaciones durante más de una década, con el IDARE, permitió realizar revisiones del instrumento para desarrollar mediciones más puras, con la intención de proveer de una base más firme para diferenciar entre pacientes

que sufren de ansiedad y desórdenes depresivos, por lo que se creó la forma Y. En la forma Y del IDARE, se suprimieron algunos ítems comunes a la depresión y la ansiedad y se logró una distribución más homogénea de los reactivos positivos y negativos con respecto a la ansiedad rasgo. Sin embargo, la forma anterior, que es la que más se conoce y utiliza en Cuba y en muchos países de América Latina, es la forma X. Los estudios han demostrado que la correlación entre ambas formas es muy alta (.98,.99) por lo que en la práctica pueden utilizarse indistintamente.

Desde su aparición, el IDARE había sido traducido y adaptado a 48 idiomas y dialectos (Spielberger, 1989) y se han conducido investigaciones estableciendo normas para estudiantes de educación secundaria, estudiantes universitarios, empleados, militares, presos y pacientes de Medicina General y Cirugía, las cuales se utilizan ampliamente para los estudios de investigación y para la práctica clínica (Spielberger, 2002).

En Cuba se viene utilizando limitadamente el IDARE (forma X) desde los primeros años de 1980, aunque los estudios de validación en población cubana, realizados en la década siguiente, ampliaron notoriamente su empleo con fines asistenciales hacia fines de la década del 80 y principios de los años 90. Diferentes estudios de validación ofrecen normassimilares a las de Spielberger al aplicarlo a sujetos normales, personas con tensión emocional (no ansiosa), pacientes neuróticos, personas con disfunciones sexuales eréctiles, pacientes sometidos a cirugía y con trastornos máxilo-mandibulares, enfermos con diferentes desórdenes tratados en servicios clínicos, etc., examinándose más de 5,000 pacientes en 10 años de investigación. (Cañizares, Rodríguez Grau, 1987; Estrada J, Portero D, 1991; González, Martín, Grau, 1989; Grau, Martín, Portero, 1991; Guimarais, Grau, Martín, 1992; Hernández, Grau, 1989; Hernández, García, Portero, 1990; Márquez, Hernández, 1987; Martín, Grau, 1993a; Martín, Grau, 1993b; Mitjans, Grau, Martín, 1987; Portero, 1978, 1996).

Se ha comprobado en la práctica asistencial y en las investigaciones, que los sujetos que tienen alta calificación en ansiedad como rasgo, son más propensos ante situaciones de estrés, a tener una evaluación alta en ansiedad como estado. Los sujetos que presentan una alta ansiedad como estado, no tienen por qué presentar una patología psiquiátrica, pueden ser sujetos normales sometidos a situaciones conflictivas o estresantes de manera situacional.

Existe una forma abreviada del IDARE para adolescentes y adultos, así como un IDARE-C para niños, básicamente entre 9 y 12 años.

Áreas de aplicación: Ha sido sometido a numerosos procesos de validación y es una de las pruebas que más se utiliza actualmente para la evaluación de la ansiedad, tanto en personas sanas, como en pacientes psiquiátricos y personas con problemas de enfermedades crónicas o dolor.

Se reportan numerosos estudios en contextos clínicos en los que usualmente es complicado realizar una evaluación psicológica, como son las unidades de cuidados intensivos, los salones de operaciones, el paciente encamado, etc.

La validación en Cuba fue realizada en 1986 por Castellanos, Grau y Martín. Desde entonces, se utiliza en la asistencia cotidiana en casi todas las instituciones de salud del país, así como en la docencia y en la investigación.

Corrección e Interpretación: Para calificar se debe conocer el puntaje alcanzado en cada ítem. Se debe utilizar la clave, a manera de saber que grupos de anotaciones se suman, a partir de que algunas proposiciones están formuladas de manera directa, como evaluando la ansiedad (Ej. Estoy nervioso) y otras de manera inversa (Ej. Estoy calmado). Se utiliza posteriormente una fórmula, cuyo resultado final permite ubicar al sujeto en distintos niveles de ansiedad para cada escala, siendo Baja, Moderada o Alta.

Proporciona una puntuación de ansiedad como estado y otra de ansiedad como rasgo, que toman valores de 20 a 80 ptos. En algunas versiones al español, no existen puntos de corte propuestos, sino que las puntuaciones directas que se obtienen se transforman en centiles en función del sexo y la edad, sin embargo, en la validación que se realizó en población cubana en 1986, se pudo establecer la puntuación 45 como punto de corte para la ansiedad alta, tanto estado como rasgo.

Resumen: Estrategia de calificación IDARE

A. Estado

3+4+6+7+9+12+13+14+17+18= A
1+2+5+8+10+11+15+16+19+20= B
(A-B)+50=
___ Alto (> = 45)
___ Medio (30-44)
___ Bajo (< = 30)

A. Rasgo

22+23+24+25+28+29+31+32+34+35+37+38+40 =A
21+26+27+30+33+35+39 =B
(A-B)+35=
___ Alto (> = 45)
___ Medio (30-44)
___ Bajo (< = 30)

IDARE

INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

Nombre: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen

abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique cómo se siente

ahora mismo, o sea, en estos momentos.

No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero

trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

	NO	UN POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me siento calmado	1	2	3	4
2. Me siento seguro	1	2	3	4
3. Estoy tenso	1	2	3	4
4. Estoy contrariado	1	2	3	4
5. Me siento a gusto	1	2	3	4
6. Me siento alterado	1	2	3	4
7. Estoy alterado por algún posible contratiempo	1	2	3	4
8. Me siento descansado	1	2	3	4
9. Me siento ansioso	1	2	3	4
10. Me siento cómodo	1	2	3	4
11. Me siento con confianza en mí mismo	1	2	3	4
12. Me siento nervioso	1	2	3	4
13. Estoy agitado	1	2	3	4
14. Me siento "a punto de explotar"	1	2	3	4
15. Me siento relajado	1	2	3	4
16. Me siento satisfecho	1	2	3	4
17. Estoy preocupado	1	2	3	4
18. Me siento muy excitado y aturdido	1	2	3	4
19. Me siento alegre	1	2	3	4
20. Me siento bien	1	2	3	4

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUEN-TEMENTE	CASI SIEMPRE
21. Me siento bien	1	2	3	4
22. Me canso rápidamente	1	2	3	4
23. Siento ganas de llorar	1	2	3	4
24. Quisiera ser tan feliz	1	2	3	4
25. Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente	1	2	3	4
26. Me siento descansado	1	2	3	4
27. Soy una persona "tranquila serena y sosegada"	1	2	3	4
28. Siento que las dificultades se amon-tonan al punto de no poder soportarlas	1	2	3	4
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia	1	2	3	4
30. Soy feliz	1	2	3	4
31. Me inclino a tomar las cosas muy a pecho	1	2	3	4
32. Me falta confianza en mí mismo	1	2	3	4
33. Me siento seguro	1	2	3	4
34. Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad	1	2	3	4
35. Me siento melancólico	1	2	3	4
36. Estoy satisfecho	1	2	3	4
37. Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente	1	2	3	4
38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
39. Soy una persona estable	1	2	3	4
40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado	1	2	3	4

IDARE

Hoja de Respuesta

Nombre: _____ Fecha: _____

ESTADO					RASGO				
	No	Un poco	Bastante	Mucho		Casi Nunca	Algunas veces	Frecuen-temente	Casi siempre
1.					1.				
2.					2.				
3.					3.				
4.					4.				
5.					5.				
6.					6.				
7.					7.				
8.					8.				
9.					9.				
10.					10.				
11.					11.				
12.					12.				
13.					13.				
14.					14.				
15.					15.				
16.					16.				
17.					17.				
18.					18.				
19.					19.				
20.					20.				