Análisis y Modificación de Conducta, 2000, Vol. 26, Nº 107

ESCALA DE INADAPTACIÓN (EI): PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS EN CONTEXTOS CLÍNICOS

Enrique Echeburúa[1]
Paz de Corral[1]
Javier Fernández-Montalvo[2]

1 Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO.
2 Departamento de Psicología y Pedagogía. UNIVERSIDAD PÚBLICA DE NAVARRA

RESUMEN

En este artículo se presentan las propiedades psicométricas de una escala breve de 6 ítems que resulta útil para evaluar el grado de inadaptación a la vida cotidiana en diferentes tipos de pacientes. La muestra contó con 222 pacientes aquejados de cuadros clínicos diversos (fobia social, trastorno de estrés postraumático, juego patológico, conductas violentas en el hogar) y con una muestra normativa de 100 sujetos. Se analizaron en estas dos muestras la fiabilidad y la validez de la escala. El instrumento mostró una consistencia interna satisfactoria, así como una validez de contenido, discriminante y convergente adecuada. Esta escala, que es sensible al cambio terapéutico, parece un instrumento útil y puede ser de interés para planificar el tratamiento y las investigaciones clínicas.

Palabras clave: *INADAPTACIÓN. ESCALA. EVALUACIÓN.*

Correspondencia: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco. E-mail: ptpodece@ss.ehu.es.

SUMMARY

This paper describes the psychometric properties of a brief instrument for assessing maladjustment to the daily life in psychiatric population. The sample consisted of 222 patients affected by different mental disorders (social phobia, PTSD, pathological gambling, violent behaviors at home) and 100 people from the general population. These two samples were used to analyze the reliability and validity of the scale. The instrument showed high internal consistency, as well as good discriminant and concurrent validity. This scale, which is sensitive to therapeutic changes, appears to be a sound instrument and should prove useful for treatment planning and research.

Key words: *MALADJUSTMENT. SCALE. ASSESSMENT.*

INTRODUCCIÓN

La salud mental -un concepto mucho más amplio que el de ausencia de trastornos mentales o de la personalidad- implica el modo en que cada persona armoniza sus deseos, capacidades, sentimientos y conciencia para hacer frente a las exigencias de la vida. La salud mental tiene que ver, por ello, con la forma en que la gente se desenvuelve en la familia, en la escuela, en el trabajo, en el ocio, con la pareja, con los compañeros, etc.

En definitiva, la salud mental supone estar bien con uno mismo (controlar la propia vida y ser responsable de las conductas; no encontrarse desbordado por las emociones o los impulsos; tener autoestima; disfrutar de las cosas pequeñas, etc.); sentirse cómodo con otras personas (es decir, integrarse en un grupo social sin perder la identidad propia); y, por último, ser capaz de establecer un proyecto de vida y de hacer frente a los requerimientos del día a día. En la clínica psiquiátrica la gravedad se define a partir de tres elementos: la cantidad de síntomas, el valor cualitativo (por ejemplo, la presencia de alucinaciones o de ideas delirantes) de esos síntomas y, finalmente, la repercusión de esos síntomas en el quehacer de la persona afectada (Bulbena, Zúñiga, Martín Carrasco y Ballesteros, 2000).

Por ello, la inadaptación a la vida cotidiana constituye una luz roja de alarma en relación con la salud mental de la persona afectada. De hecho, la frontera -no siempre nítida- entre la *normalidad* y la *anormalidad* de los síntomas y de las conductas extrañas de una persona se sitúa, como criterio principal, en el grado de interferencia negativa de los mismos en las distintas facetas de la vida diaria. De este modo, una persona deja de estar *triste* para volverse *deprimida*, de ser *tímida* para convertirse en *fóbica social* o de ser *miedosa* para llegar a ser *ansiosa*, cuando las emociones (miedo o tristeza) o los rasgos de personalidad (timidez) adquieren tal intensidad que le impiden a una persona adaptarse a la vida ordinaria (*cfr.* Labrador, Echeburúa y Becoña, 2000).

Ha habido diversos intentos por crear instrumentos de evaluación de esta variable. En unos casos la escala de medida se ha diseñado para aplicarla en un trastorno concreto, como la *Escala de Incapacidad* de Sheehan para el trastorno de pánico y la agorafobia (León, Shear, Portera y Klerman, 1992; Sheehan y Raj, 1991), que consta de 3 ítems (con un rango de 0 a 10 en cada uno) referidos a la vida social, familiar y laboral del paciente. En otros se ha evaluado la interferencia del cuadro clínico en diversas áreas más específicas de la vida cotidiana (trabajo, amistades, relación de pareja, vida familiar, manejo de la casa, tiempo libre) con una escala de 0 a 8 en cada una de ellas (Marks, 1986). Por último, el sistema diagnóstico multiaxial del *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994) ha incluido, en el marco de un enfoque biopsicosocial, el *eje V*, referido al grado de adaptación o a la valoración global del funcionamiento psicosocial, social y laboral en una persona afectada por un cuadro clínico. La medición de este eje se lleva a cabo mediante la *Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG)*, con una escala de 0 a 100, que ha resultado ser farragosa y muy poco utilizada. En realidad, el uso de los *ejes IV* y *V* del *DSM-IV* (APA, 1994) ha sido más bien escaso. Ninguno de estos instrumentos citados ha sido validado en muestras españolas.

En este artículo se presenta una escala breve de inadaptación que se puede aplicar a cuadros clínicos diversos y que es sensible al cambio terapéutico. La *Escala de Inadaptación (EI)* tiene como objetivo determinar el grado de desajuste que produce un determina-

do trastorno en la vida cotidiana, tanto a nivel global como en áreas más concretas (trabajo o estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar). No se trata, por tanto, de un instrumento diagnóstico de un cuadro clínico, sino de una escala que permite cuantificar la severidad de la interferencia negativa de un trastorno, cualquiera que éste sea, en la vida cotidiana, así como precisar la evolución de esta variable en el transcurso del tratamiento.

Esta escala se ha aplicado por los autores en diferentes ocasiones a cuadros clínicos distintos: la agorafobia (Echeburúa y Corral, 1992); la fobia social (Echeburúa, 1995); el trastorno de estrés postraumático (Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 1995); el juego patológigo (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997) y la violencia familiar (Echeburúa y Corral, 1998). El buen rendimiento obtenido en el ámbito clínico con trastornos heterogéneos, sobre todo si se tiene en cuenta su brevedad, ha hecho aconsejable la validación de la misma y la presentación de sus propiedades psicométricas.

MÉTODO

Sujetos

Esta escala ha sido cumplimentada por dos grupos de sujetos: a) una muestra clínica de 222 pacientes aquejados de cuadros clínicos diversos (juego patológico, fobia social y trastorno de estrés postraumático) o de un problema de violencia familiar (maltratadores domésticos), con una edad media de 30 años y con una distribución de hombres y mujeres del 63% y del 37%, respectivamente; y b) una muestra normativa de 100 sujetos *normales* elegidos aleatoriamente, pero apareados con los pacientes en las variables de *edad* y *sexo* (*tabla 1*). Los sujetos de ambos grupos residen en el País Vasco.

La muestra de pacientes de este estudio está constituida por sujetos que han acudido en busca de tratamiento a los diferentes programas de investigación clínica dirigidos por el primer autor de este texto (Corral, Echeburúa, Sarasua y Zubizarreta, 1995; Corral, Echeburúa, Zubizarreta y Sarasua, 1995; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997; Echeburúa, Fernández-Montalvo y Báez, 1999; Salaberría y Echeburúa, 1995).

Tabla 1.- Características de la muestra

	MUESTRA CLÍNICA (N)	MUESTRA NORMATIVA (N)
CUADRO CLÍNICO		
Juego patológico	69	
Fobia social	71	
Trastorno de estrés postraumático	40	
Conductas de violencia en el hogar	42	
Total	222	100
SEXO		
Hombres	139 (62,6%)	60 (60%)
Mujeres	83 (37,4%)	40 (40%)
EDAD		
X (DT)	30,6 (12,4)	34,6 (8,7)
Rango	(15-67)	(20-40)

Instrumento de evaluación

La *Escala de Inadaptación (EI)* refleja en qué medida los problemas psicológicos de los pacientes afectan a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo o estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar.

Este instrumento cuenta con cinco ítems específicos, referidos a ámbitos concretos de la vida diaria, y con un sexto ítem global, que refleja el grado de inadaptación general. Cada uno de ellos oscila de 0 a 5 en una escala de tipo Likert. El rango de la escala total es, por tanto, de 0 a 30. Cuanto más alta es la puntuación, mayor es el grado de inadaptación. Se trata asimismo de una prueba que ha resultado ser sensible al cambio terapéutico (*Apéndice 1*).

PROCEDIMIENTO

Todos los sujetos de este estudio (pacientes y sujetos normativos) rellenaron la *Escala de Inadaptación (EI)* de forma autoaplicada e individualmente. Siempre había alguno de los investigadores cerca del sujeto para ayudarle a resolver las dudas que se le podían presentar.

En el caso concreto de la muestra clínica la escala se cumplimentaba en el transcurso de la evaluación antes del tratamiento, junto con otros instrumentos de evaluación específicos del problema clínico que les aquejaba y por el que solicitaban ayuda terapéutica.

RESULTADOS

Fiabilidad

La fiabilidad de la *Escala de Inadaptación (EI)* se ha obtenido a partir del índice de consistencia interna de los ítems. En concreto, el coeficiente alfa de Cronbach en la muestra total de sujetos (clínicos y normativos) (*N*=322) es de 0,94. Si se parcela la muestra, el alfa de la muestra clínica es de 0,83 y el de la muestra normativa de 0,56. No es extraño, desde una perspectiva estadística, que los valores de las correlaciones sean algo menores cuando, al parcelar la muestra total, los tamaños de las submuestras resultantes son más reducidos. En cualquier caso, los índices de consistencia interna obtenidos son satisfactorios.

Validez

La *validez de contenido* se refiere al grado en que un instrumento de medida abarca una muestra representativa de las conductas que son objeto de evaluación. En el caso concreto de la *Escala de Inadaptación (EI)*, se ha procedido a analizar el grado en que los seis ítems que la componen reflejan las principales áreas de la vida cotidiana que pueden verse afectadas en las personas aquejadas de un cuadro clínico, cualquiera que éste sea.

En este sentido, según los criterios diagnósticos del *DSM-IV* (APA, 1994), la categorización de un trastorno mental o de personalidad

implica la existencia de repercusiones importantes en las principales áreas que componen el instrumento: trabajo o estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar. Por lo tanto, la validez de contenido de la *Escala de Inadaptación (EI)* puede considerarse razonablemente satisfactoria.

Tabla 2.- Correlación entre la Escala de Inadaptación (EI) y la gravedad de los distintos cuadros clínicos

GRAVEDAD DEL TRASTORNO	CORRELACIÓN CON LA ESCALA DE INADAPTACIÓN
Cuestionario de Juego de South Oaks (SOGS)	0,38 **
Escala de Estrés y Evitación Social (SAD)	0,25 *
Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático	0,42 **
Cuestonario de Variables Dependientes del Maltrato (Indicador Subjetivo del Paciente)	0,42 *

* p<0,05 ** p<0,01

En cuanto a la *validez convergente*, no ha habido posibilidad de correlacionar la *Escala de Inadaptación (EI)* con otros instrumentos de medida general de inadaptación, que hasta la fecha son inexistentes o no están validados en nuestro país. Por ello, lo que se ha hecho es establecer una correlación entre las puntuaciones de la *Escala de Inadaptación (EI)* y los instrumentos que evalúan el nivel de gravedad de cada cuadro clínico implicado en este estudio: a) la versión española (Echeburúa, Báez, Fernández-Montalvo y Páez, 1994) del *Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS)* (Lesieur y Blume, 1987), en el caso de los jugadores patológicos; b) la *Escala de Estrés y Evitación Social* (Watson y Friend, 1969),

en el caso de los fóbicos sociales; c) la *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático* (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997), en el caso de las víctimas de agresión sexual; y d) el *Indicador subjetivo del paciente* del *Cuestionario de Variables Dependientes del Maltrato* (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998), en el caso de los hombres violentos en el hogar. Los resultados obtenidos figuran expuestos en la *tabla 2*.

Como puede observarse, las puntuaciones obtenidas en la *Escala de Inadaptación (EI)* por parte de la muestra clínica de este estudio correlacionan de forma significativa con las distintas medidas de gravedad utilizadas. Por lo tanto, a falta de una relación con otras medidas de inadaptación no disponibles, la escala presenta una buena validez convergente, más aún si se tiene en cuenta que un criterio ampliamente utilizado para establecer la gravedad clínica de un trastorno es precisamente el grado de inadaptación que provoca en la vida cotidiana del sujeto.

Tabla 3.- Validez discriminante global de la Escala de Inadaptación (EI)

	MUESTRA CLÍNICA (N=222)	MUESTRA NORMATIVA (N=100)	
	X (DT)	X (DT)	t
PUNTUACIÓN TOTAL (0-30)	18,04 (6,26)	2,22 (1,66)	25,30 *
* p<0,001			

Desde la perspectiva de la *validez discriminante*, se ha intentado determinar, en primer lugar, si la *Escala de Inadaptación (EI)* sirve para diferenciar *globalmente* a las personas afectadas por un cuadro clínico de los sujetos normales y, en segundo lugar, si los ítems que

componen la escala discriminan *específicamente* entre uno y otro tipo de sujetos. Los resultados obtenidos figuran en las *tablas 3 y 4*, respectivamente. Como se puede ver, la escala en su conjunto y cada uno de los ítems en particular permiten diferenciar significativamente entre los sujetos normales y los afectados por un problema psicológico.

Tabla 4.- Capacidad discriminativa de cada ítem de la Escala de Inadaptación (EI)

	MUESTRA CLÍNICA (N=222)	MUESTRA NORMATIVA (N=100)	
	X (DT)	X (DT)	t
Ítem 1: Trabajo o estudios (0-5)	2,88 (1,59)	0,55 (0,49)	14,16 *
Ítem 2: Vida social (0-5)	3,10 (1,46)	0,10 (0,30)	20,27 *
Ítem 3: Tiempo libre (0-5)	3,02 (1,52)	0,55 (0,49)	15,71 *
Ítem 4: Relación de pareja (0-5)	3,32 (1,42)	0,30 (0,26)	20,49 *
Ítem 5: Vida familiar (0-5)	3,02 (1,34)	0,30 (0,56)	19,44 *
Ítem 6: Inadaptación global (0-5)	3,56 (1,08)	0,50 (0,67)	25,94 *
* p<0,001			

Eficacia diagnóstica de la escala

Un aspecto interesante de todo instrumento de evaluación es el establecimiento de un punto de corte. Ello permite al evaluador discriminar entre los sujetos que presentan algún tipo de problema y los que no están afectados por el mismo. Por ello, se ha establecido un punto de corte general para la escala -indicador del grado de inadaptación general como consecuencia del trastorno- y un punto de corte específico para cada ítem -indicador de la existencia de una alteración en esa área concreta-.

Tabla 5.- Eficacia diagnóstica de la Escala de Inadaptación(EI)(punto de corte=12)

GRUPOS DIAGNÓSTICOS	GRUPOS PREDICHOS POR LA FUNCIÓN DISCRIMINANTE		
	"Normales"	Clínicos	TOTAL
"Normales"	100	0	100
Clínicos	31	191	222

$$\text{Sensibilidad} = \frac{\text{Verdaderos positivos}}{\text{Total pacientes}} \times 100 = \frac{191}{222} \times 100 = 86\%$$

$$\text{Especificidad} = 100 - \frac{\text{Falsos positivos}}{\text{Total de normales}} \times 100 = 100 - \frac{0}{100} \times 100 = 100\%$$

$$\text{Eficacia diagnóstica} = \frac{\text{Total de bien clasificados}}{\text{Total global}} \times 100 = \frac{291}{322} \times 100 = 90{,}3\%$$

Por lo que se refiere a la escala en su conjunto, después de analizar todas las posibilidades, se propone un punto de corte de 12. La sensibilidad y la especificidad son, en este caso, del 86% y del 100%, respectivamente. De este modo, la eficacia diagnóstica sería del 90% (*tabla 5*).

Desde una perspectiva más específica, el punto de corte más adecuado para cada ítem de la escala es de 2. En concreto, la eficacia diagnóstica de cada ítem con este punto de corte es, en la mayor parte de los casos, igual o superior al 90% (*tabla 6*).

Tabla 6.- Eficacia diagnóstica de cada ítem de la escala. (Punto de corte=2)

ÍTEMS	EFICACIA DIAGNÓSTICA
Ítem 1: Trabajo o estudios	86%
Ítem 2: Vida social	90%
Ítem 3: Tiempo libre	88%
Ítem 4: Relación de pareja	90%
Ítem 5: Vida familiar	90%
Ítem 6: Inadaptación global	97%

CONCLUSIONES

No es exagerado señalar que la inadaptación a la vida cotidiana desempeña un papel central en la psicopatología de muchos trastornos mentales y que decrece de forma considerable con la aplicación de un tratamiento efectivo. Resulta claramente insuficiente -y muy pobre psicopatológicamente- limitarse a un diagnóstico clínico del *DSM-IV* sin referirse específicamente al grado de inadaptación experimentado por el paciente.

Evaluar la intensidad de la inadaptación, más allá de una mera intuición clínica, no es una tarea fácil. En la práctica clínica con

diversos tipos de pacientes y con diferentes cuadros clínicos se puede observar que, en general, las entrevistas y los autoinformes constituyen los instrumentos fundamentales de evaluación (Echeburúa, 1996).

Por ello, resulta oportuno poder contar con la escala presentada en este artículo, que es breve y sencilla de valorar, dispone de unas propiedades psicométricas adecuadas, resulta sensible al cambio terapéutico y, en última instancia, sirve de apoyo a la práctica profesional y a la investigación clínica. No está de más señalar que, al tratarse de la única escala sobre este tema disponible en castellano y validada en muestras clínicas españolas amplias y heterogéneas (ludópatas, fóbicos sociales, víctimas aquejadas de trastorno de estrés postraumático y hombres violentos en el hogar), aporta un interés adicional al quehacer profesional del clínico y del investigador.

La eficacia diagnóstica de la escala es muy alta si se establece un punto de corte global de 12 y unos puntos de corte específicos de 2 en cada uno de los seis ítems. No obstante, una limitación de esta escala -inherente, en realidad, a los procedimientos de autoevaluación- es que, al tratarse de una prueba autoaplicada, puede proporcionar una información pobre cuando se aplica a pacientes psicóticos -no conscientes del alcance de sus conductas- o a sujetos afectados por trastornos adictivos, en los que la *negación* (o *minimización*) del trastorno constituye un rasgo fundamental (Bulbena *et al.*, 2000).

En suma, se trata de una escala de evaluación autoaplicada que es poco costosa y resulta útil para detectar problemas de inadaptación que pueden acompañar a -o ser precursores de- trastornos mentales. Desde esta perspectiva, es aplicable a pacientes aquejados de diversos problemas médicos en el marco de la medicina de Atención Primaria y de los servicios médicos de empresa, así como a quienes acuden por trastornos mentales a los Servicios de Salud Mental.

BIBLIOGRÁFÍA

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th. de.).* Washinton. DC. Author.

Bulbena, A., Zúñiga, A., Martín Carrasco, M. y Ballesteros, J. (2000). Gravedad clínica en psiquiatría. En A. Bulbena, G.E. Berrios y P. Fernández de Larrinoa (Eds.). *Medición clínica en psiquiatría y psicología.* Barcelona. Masson.

Corral, P., Echeburúa, E., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1995). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático agudo en víctimas de agresiones sexuales: un estudio piloto. *Psicología Conductual, 3,* 195-210.

Corral, P., Echeburúa, E., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1995). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales: un estudio experimental. *Psicología Conductual, 3,* 195-210.

Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social.* Barcelona. Martínez Roca.

Echeburúa, E. (1996). Evaluación psicológica de los trastornos de ansiedad. En G. Buela-Casal, V.E. Caballo y J.C. Sierra (Eds.). *Manual de evaluación en psicología clínica y de la salud.* Madrid. Siglo XXI.

Echeburúa, E., Báez, C., Fernández-Montalvo, J y Páez, D. (1994). Cuestionario de Juego Patológico de South Oaks (SOGS): validación española. *Análisis y Modificación de Conducta, 20,* 769-791.

Echeburúa, E. y Corral, P. (1992). *La agorafobia: nuevas perspectivas de evaluación y tratamiento.* Valencia. Promolibro.

Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar.* Madrid. Siglo XXI.

Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997). Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta, 23,* 503-526.

Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1995). *Tratamiento del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales.* La Coruña. Fundación Paideia.

Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de hombres violentos en el hogar: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta, 23,* 355-384.

Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1998). Hombres maltratadores. En E. Echeburúa y P. Corral (Eds.). *Manual de violencia familiar.* Madrid. Siglo XXI.

Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Báez, C. (1999). Prevención de recaídas en la terapia del juego patológico: eficacia diferencial de tratamientos. *Análisis y Modificación de Conducta, 25,* 375-403.

Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). *Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta.* Madrid. Pirámide.

Labrador, F.J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos. Hacia una nueva psicología clínica.* Madrid. Dykinson.

León, A.C., Shear, M.K., Portera, L. y Klerman, G.L. (1992). Assessing impairment in patients with panic disorder: The Sheehan Disability Scale. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 27,* 78-82.

Lesieur, H.R. y Blume, S.B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry, 144,* 1184-1188.

Marks, I.M. (1986). *Behavioral psychotherapy: Maudsley pocket book of clinical management.* Bristol. Wriht.

Salaberría, K. y Echeburúa, E. (1995). Tratamiento psicológico de la fobia social: un estudio experimental. *Análisis y Modificación de Conducta, 21,* 151-179.

Sheehan, D.V. y Raj, A.B. (1991). Treatment of the difficult case with panic disorder. En J.R. Walker, G.R. Norton y C.A. Ross (Eds.). *Panic disorder and agoraphobia.* Pacific Grove, CA. Brooks/Cole.

Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33,* 448-457.

APÉNDICE 1

ESCALA DE INADAPTACIÓN (EI)

NOMBRE: ..... Nº: .....
TERAPEUTA: ..... FECHA: .....

Rodee con un círculo el número que mejor describa su situación actual acerca de los aspectos de su vida cotidiana que se le señalan a continuación.

Trabajo y/o Estudios

A causa de mis problemas actuales, mi funcionamiento en el trabajo y/o en los estudios se ha visto afectado:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

Vida social

A causa de mis problemas actuales, mi vida social habitual (relaciones de amistad con otras personas) se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

Tiempo libre

A causa de mis problemas actuales, mis actividades habituales en los ratos libres (salidas, cenas, excursiones, viajes, práctica deportiva, etc.) se han visto afectadas:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

Relación de pareja

A causa de mis problemas actuales, mi relación de pareja (o la posibilidad de encontrarla) se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

Vida familiar

A causa de mis problemas actuales, mi relación familiar en general se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

Escala global

A causa de mis problemas actuales, mi vida normal en general se ha visto afectada:

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

Análisis y Modificación de Conducta, 2000, Vol. 26, Nº 107

PROPUESTA DE UNA TAREA PSICOMOTORA COMPETITIVA PARA LA EVOCACIÓN DEL ESTADO EMOCIONAL DE IRA Y LA REACTIVIDAD CARDIOVASCULAR

Gustavo A. Reyes del Paso
Ana García-León

Dpto. de Psicología. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
UNIVERSIDAD DE JAÉN.

RESUMEN

El presente trabajo presenta una tarea psicomotora competitiva de tiempo de reacción, basada en un programa informático, para inducir los sentimientos de ira en el laboratorio. El procedimiento permite generar cuatro condiciones experimentales: control (C), hostigamiento (H), frustración (F) y frustración+hostigamiento (F+H). El programa obtiene información sobre el tiempo de reacción y la respuesta de agresión de los sujetos en cada uno de los ensayos. Con el objetivo de validar el procedimiento y la tarea propuestos, se llevó a cabo un estudio experimental donde se evaluaron las respuestas cardiovasculares (tasa cardíaca y presión sanguínea) y subjetivas ante la realización de cada una de las condiciones experimentales. Respecto a los resultados de las variables psicofisiológicas, la tarea produce una reactividad cardiovascular significativa que es mayor en los grupos de H y F+H. Respecto a las

Correspondencia: Las personas interesadas en obtener una copia del programa pueden escribir a Gustavo A. Reyes del Paso. Departamento de Psicología. Area de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Universidad de Jaén. Paraje de las lagunillas, s/n. 23071 Jaén. Tel: 953212126. FAX: 953212197. Email: greyes@ujaen.es.