

Reactividad al estrés y patología afectiva en personal sanitario

C. DE LAS CUEVAS CASTRESANA* y J. L. GONZALEZ DE RIVERA Y REVUELTA**

* Profesor Titular de Psiquiatría. ** Catedrático De Psiquiatría. Unidad de Investigación del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, y Servicio de Psiquiatría de la Fundación Jiménez Díaz, Madrid

Resumen

Aunque la etiología de los trastornos afectivos todavía constituye un enigma, el estado actual del conocimiento hace pensar que la interacción entre los/actores genéticos y ambientales juega un papel crucial. El estrés ha sido implicado como un factor relevante en la aparición y progresión de los trastornos afectivos. Para una adecuada comprensión de la patofisiología de los trastornos afectivos es preciso el estudio de las características individuales que hacen a una persona mas o menos vulnerable a la exposición al estrés. La reactividad al estrés bien podría ser una de estas características individuales ya que en el ipresente estudio se pone de manifiesto una correlación estadísticamente significativa entre la reactividad al estrés y la psicopatología afectiva objetivada.

Palabras clave: Reactividad al Estrés. Cuestionario de Reactividad al Estrés. IRE. Psicopatología Afectiva. Hospital Anxiety and Depression Scale. HADS.

Summary

While the etiology of the affective disorders remains unknown, most believe that interactions between genetic and environmental factors are critical. Stress has been implicated as an important factor related to the onset and progression of affective disorders. Characteristics rendering individuals more or less vulnerable to stress are very important to elucidate and will be relevant to understanding the pathophysiology of affective disorders. Stress reactivity could be one of these individual characteristics since the results of the present paper show a statistically significant correlation between stress reactivity and the affective psychopathology observed.

Key words: Stress Reactivity. Stress Reactivity Questionnaire. SRI. Affective Psychopathology. Hospital Anxiety and Depression Scale. HADS.

De la misma manera que es imposible la felicidad absoluta, es imposible vivir sin estrés. El organismo se encuentra en continuo proceso de adaptación a las exigencias de su medio, por un lado, y a las de su propio desarrollo, por otro. Una cierta dosis de estrés parece ser necesaria para que desarrollo y adaptación procedan con normalidad. Paradójicamente, la estimulación insuficiente también constituye una fuente nociva de estrés. El organismo esta preparado para encontrar un cierto grado de estimulación ambiental, y a niveles superiores o inferiores al idóneo, es necesario un esfuerzo extra para mantener el funcionamiento adecuado en los procesos fisiológicos. La aplicación de este principio permite establecer una ley general del estrés, que puede formularse de la siguiente manera: «cuando la influencia del ambiente supera o no alcanza las cotas en las que el organismo responde con máxima eficiencia, éste percibe la situación como amenazante, peligrosa o desagradable, desencadenando una reacción de lucha o huida y/o una reacción de estrés, con hipersecreción de catecolaminas y cortisol» (González de Rivera, 1978).

La creencia de que el estrés induce o favorece la precipitación de enfermedad fue ya expresada hace siglos por Galeno (Le Shan, 1959); sin embargo, ésta corres-

ponde a un axioma cultural, una hipótesis que precisa ser validada. Además, si el estrés es causa de enfermedad, queda por clarificar cómo la produce (Leventhal y Tomarken, 1987).

Se reconoce que diversas variables económicas, sociales y biológicas alteran la resistencia personal a la enfermedad, pudiendo facilitar la precipitación de la misma. De este modo, al conceptualizar el importante binomio o relación estrés-enfermedad se deben tener en cuenta los diferentes niveles de estrés: biológico, psicológico y social (González de Rivera, 1991).

Los trabajos de Holmes y Rahe (1967) sobre la cuantificación del potencial estresante de diversos acontecimientos vitales son bien conocidos. Estos trabajos tratan de relacionar la intensidad y acúmulo de diversas modificaciones ambientales con la aparición de enfermedad.

No obstante, aparte de considerar el estrés al que se encuentra sometido el individuo, conviene estimar la reactividad individual frente al mismo. Las características del individuo, y el estado en el que se encuentra en el momento de responder a situaciones estresantes, han de influir en la capacidad de adaptación ante tales situaciones. La reactividad al estrés se define como «el conjunto de pautas de respuestas neurovegetativas, cognitivas,

conductuales y emocionales características del individuo ante situaciones de estrés o tensión nerviosa» (González de Rivera, 1983). La cuantificación de estas pautas mediante cuestionario constituye el *índice de reactividad al estrés* (IRE), variable que parece constituir un marcador inespecífico de vulnerabilidad ante el estrés (González de Rivera, 1984, 1989, 1993).

Parece claro que, dentro de una concepción multicausal de la enfermedad, si hemos de conceder un lugar al estrés entre los mecanismos patógenos inespecíficos, éste no puede estar limitado a las modificaciones ambientales que inciden sobre el organismo, sino que deben incluir su peculiar respuesta frente a las mismas.

MATERIAL Y METODO

Realizamos un estudio transversal de carácter analítico descriptivo sobre una muestra representativa de los distintos profesionales involucrados en el Sistema de Atención Primaria a la Salud (pediatras, médicos generales, DUE, Auxiliares de Enfermería, Auxiliares Administrativos y Trabajadores Sociales) de la provincia de Santa Cruz de Tenerife con el objetivo de determinar la prevalencia y distribución de trastornos afectivos así como su relación con la reactividad al estrés. Se utilizó un cuestionario confidencial de cumplimentación voluntaria que incluyó los instrumentos autoadministrados Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) y Cuestionario de Reactividad al Estrés (IRE-32), en sus versiones adaptadas al castellano. Registramos una excelente tasa de respuesta del 76.87% que nos suministró una muestra de 123 sujetos.

El *hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (Zigmond y Snaith, 1983) es un instrumento autoadministrado de screening para la detección de pacientes con trastornos afectivos. Consta de dos subescalas, *ansiedad* y *depresión*, que no contienen ningún ítem que haga alusión funciones físicas o síntomas somáticos que puedan dar lugar a falsos positivos y, a diferencia de otras escalas, las de este instrumento derivan de la experiencia clínica más que del análisis factorial. En esta escala ambos conceptos psicopatológicos de ansiedad y depresión son independientes y se valoran mediante dos series de siete cuestiones cada una - una representa a la subescala de ansiedad y la otra a la de depresión, en las que cada ítem es valorado según una escala categorizada de 4 puntos de frecuencia que va de 0 a 3. Este instrumento pretende la detección de trastornos del humor relativamente leves, como son aquellos que se presentan en ámbitos de asistencia no psiquiátricos. Es un instrumento bien aceptado y fácil de comprender y cumplimentar. El paciente que lo cumplimenta debe referir como se siente en el momento presente incluyendo los días previos. Las puntuaciones mayores de 10 se consideran indicativas de morbilidad. Una puntuación de 8-10 se interpreta como caso borderline o fronterizo, y las puntuaciones inferiores a 8 indican ausencia de morbilidad significativa.

El *Cuestionario de Reactividad al Estrés* (IRE) (González de Rivera, 1981, 1990) es un inventario autoadministrado de 32 ítems que el sujeto valora como presentes

o ausentes en su forma habitual de reaccionar ante situaciones de estrés o tensión nerviosa. Este cuestionario suministra un *índice global* de reactividad al estrés, así como cuatro índices específicos (*vegetativo, emocional, cognitivo y conductual*). Ha sido empleado en múltiples estudios, tanto de población general (G de Rivera y col., 1993) como de pacientes médicos (González de Rivera y col., 1989) o psiquiátricos (De las Cuevas y col., 1989).

RESULTADOS

Escala de Ansiedad (HADS-ANX)

La puntuación media global de la escala de ansiedad fue de $7,34 \pm 3,94$, registrando los varones valores ligeramente superiores a los alcanzados por las mujeres ($7,54 \pm 4,11$ vs. $7,25 \pm 3,89$), aunque dicha diferencia no fue estadísticamente significativa.

El 57,7% de la muestra obtuvo puntuaciones que los ubicaba dentro del rango de normalidad de la escala, mientras que el 23,6% registró puntuaciones que les situaban en el rango borderline del instrumento, y el 18,7% obtuvo puntuaciones indicativas de la probable presencia de un trastorno de ansiedad. La figura 1 representa gráficamente el histograma de frecuencias registrado para cada puntuación de la escala.

Aunque la variable sexo produjo modificaciones en la distribución anteriormente comentada, éstas no fueron estadísticamente significativas.

Ni la variable edad, ni las de realización de guardias, o posesión en propiedad de la plaza desempeñada hicieron que se registraran variaciones significativas en la puntuación de la escala de ansiedad del instrumento.

En relación con la profesión desempeñada, los auxiliares clínicos fueron quienes obtuvieron la máxima puntuación en la escala de ansiedad del HADS, seguidos a continuación por los trabajadores sociales. Los celadores fueron quienes registraron la menor puntuación en esta escala. La tabla I muestra los valores alcanzados por la escala de ansiedad del HADS así como la distribución de frecuencia de casos con puntuación patológica (>10) en los distintos profesionales de la muestra.

Escala de Depresión (HADS-DEP)

La puntuación media global obtenida en la escala de depresión fue de $5,31 \pm 3,41$, con valores ligeramente superiores para las mujeres frente a los varones ($5,33 \pm 3,34$ vs. $5,27 \pm 3,60$), aunque tal diferencia no fue estadísticamente significativa.

El 73,2% de la muestra global puntuó en la escala de depresión dentro del rango de normalidad de la misma, mientras que el 17,1% registró puntuaciones dentro del rango borderline de la escala, y el 9,7% obtuvo puntuaciones francamente patológicas indicativas de un probable trastorno depresivo. La figura 2 representa gráficamente el histograma de frecuencias registrado para cada puntuación de la escala.

La variable sexo no produjo variaciones significativas en la distribución anteriormente comentada.

TABLA I Estadística básica de las escuelas de ansiedad y depresión del HADS según profesión.

	HADS-ANS	Distribución de frecuencia (%) de casos con HDS-ANS > 10	HADS-DEP	Distribución de frecuencia (%) (le casos con HDS-DEP > 10)
Pediatra	7,17± 4,28	8,7	6,42± 4,12	16,7
Médico general	7,22± 3,70	30,4	5,37± 3,48	25
Enfermería	7,15± 3,74	26,1	5,46± 3,21	33,3
Trabajador social	8,00± 3,74	4,3	3,60± 2,88	0
Auxiliar enfermería	8,5± 7,917	13,1	5,14± 5,08	16,7
Auxiliar administrativo	7,56± 3,42	17,4	5,08± 3,10	8,3
Celador	6,00± 3,60	0	3,67± 1,53	0

HADS-ANS = Escala de ansiedad del HADS. HADS-DEP = Escala de depresión del HADS

Ni la variable edad, ni las de realización de guardias, o posesión en propiedad de la plaza desempeñada hicieron que se registraran variaciones significativas en la puntuación de la escala de ansiedad del instrumento.

Con respecto a la profesión desempeñada, los pediatras fueron quienes registraron las mayores puntuaciones en la escala de depresión del HADS, mientras que fueron los trabajadores sociales los que obtuvieron las menores. La tabla I muestra los valores alcanzados por la escala de depresión del HADS así como la distribución de frecuencia de casos con puntuación patológica (>10) en los distintos profesionales de la muestra.

Cuestionario de Reactividad al Estrés

IRE Total

El IRE-Total medio registrado fue de 9,21 para la muestra global, con una desviación típica de 3,86 y un rango comprendido entre 1 y 20.

Con respecto al sexo, los varones obtuvieron un menor valor que las mujeres (9,08±3,53 vs. 9,27±4,01) aunque dicha diferencia no fue estadísticamente significativa.

No se obtuvo una correlación estadísticamente significativa entre el IRE Total y la edad. Las variables realización de guardias, profesión desempeñada o propiedad de la plaza tampoco produjeron variaciones estadísticamente

te significativas.

Donde si se registraron diferencias estadísticamente significativas en el IRE Total fueron en los distintos rangos de puntuación suministrados por las escalas de ansiedad y depresión del HADS. Con objeto de conocer en que muestras concretas se encontraban las diferencias significativas, realizamos un contraste pormenorizado mediante la prueba de comparación múltiple de Newman Keuls en la cual se puso de manifiesto que el valor global del IRE aumenta en función de la gravedad de la puntuación registrada en las escalas de ansiedad y depresión del HADS (tabla II).

Índices Específicos

Los valores correspondientes a los índices vegetativo, emocional, cognitivo y conductual figuran en la tabla III. Los varones obtuvieron mayores valores en los índices vegetativo y emocional, mientras que las mujeres registraron mayores valores en los índices cognitivo y conductual, aunque ninguna de estas diferencias fue estadísticamente significativa.

Únicamente el índice cognitivo registró una correlación estadísticamente significativa con la edad, que resultó ser negativa y alcanzó un valor de -0,214 (p<0,05). Con excepción del índice emocional con respecto a la escala de depresión del HADS, los demás índices especí-

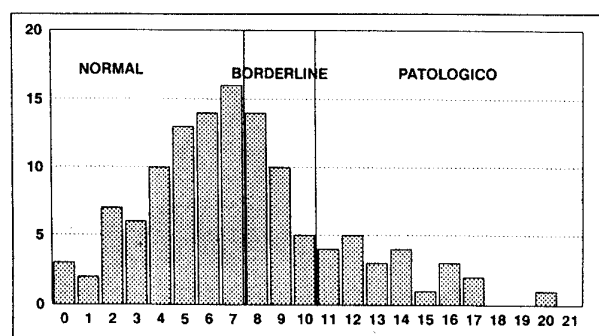


FIG. 1.-Escala (le ansiedad del HADS. Puntuaciones registradas.

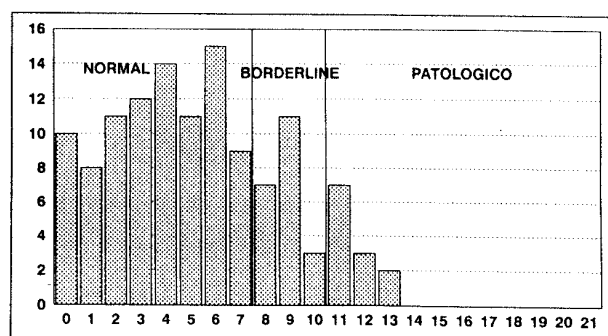


FIG. 2.-Escala de depresión del HADS. Puntuaciones registradas.

TABLA II Análisis de la varianza (ANOVA) del IRE Total y de los índices específicos en función del rango de puntuación alcanzado en la escala de ansiedad del HADS

HADS-ANS	IRE-TOT	IRE-VEG	IRF-EMO	IRIE-COG	IRE-CON
Normal	7,55 ± 3,1	2,34 ± 1,1	2,01± 1,8	2,78 ± 2,2	2,49 ± 1,6
Borderline	10,75 ± 3,4	3,21 ± 1,2	2,34± 2,1	3,70 ± 2,4	4,23 ± 1,9
Patológico	12,13 ± 3,9	3,69 ± 1,4	2,95± 2,3	4,24 ± 2,4	4,34 ± 1,7
Significatividad	p=3,6-10-8	p=0,00001	No	p=0,020	p=7,1-10-7

Análisis de la varianza (ANOVA) del IRE Total y de los índices específicos en función del rango de puntuación alcanzado en la escala de depresión del HADS

HADS DE P	IRE-TOT	IRE-VEG	IRE-EMO	IRE-COG	IRE-CON
Normal	8,44 ± 3,6	2,56 ± 1,2	2,15 ± 1,9	3,05± 2,2	2,89 ± 1,9
Borderline	10,3 ± 3,0	3,21 ± 1,1	1,90 ± 1,6	3,62± 2,9	4,14 ± 1,5
Patológico	13,0 ± 4,3	3,95 ± 1,5	3,66 ± 2,5	4,37± 2,1	4,40 ± 1,4
Significatividad	p=0,00015	p=0,00070	p=0,034	No	p=0,0021

ficos y el IRE Total registraron correlaciones estadísticamente significativas con ambas escalas (ansiedad y depresión) del RADS. Los valores registrados figuran en la tabla IV.

La tabla II muestra los resultados del análisis de la varianza de los índices específicos del instrumento en función del rango de puntuación alcanzado en las escalas de ansiedad y depresión del HADS. Únicamente el índice emocional con respecto a la escala de ansiedad, y el cognitivo con respecto a la escala de depresión no alcanzaron valores estadísticamente significativos.

TABLA III Valores del IRE Total y de los índices específicos registrados en la muestra global y según sexo

IRE	Global	Varón	Mujer	Diferencia
Vegetativo	2.81± 1.33	2,89±1,25	2,78± 1,37	p=0,67*
Emocional	2,26±2,03	2,43± 2,11	2,18± 2,00	p=0,53*
Cognitivo	3,27±2,38	2,91±2,32	3,44± 2,40	p=0,25*
Conductual	3,25±1,93	2,93±1,42	3,38± 2,11	p=0,16*
Total	9,21±3,86	9,08± 3,53	9,27± 4,01	p=0,80*

* No significativo.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

El malestar psíquico autoinformado por los distintos profesionales del Sistema de Atención Primaria de nuestra muestra, alcanza cifras similares a las registradas en estudios epidemiológicos en la población general (Vázquez Barquero, 1982). Una quinta parte de los participantes en el estudio registró puntuaciones que les ubicaba dentro del rango clínico de los trastornos afectivos, y un tercio de los respondientes refirió experimentar sínto-

mas de ansiedad y/o depresión dentro del rango subclínico borderline. No obstante, una alta prevalencia de síntomas psiquiátricos en nuestra muestra no implicaría la existencia de problemas relevantes pues muchos de estos síntomas pueden encontrarse de forma temporal en personas sanas. Dichos síntomas deberían ser considerados de relevancia tan sólo si el sufrimiento personal que causan es superior al culturalmente aceptable, si tienden a tener un curso crónico o si impiden que el individuo desempeñe adecuadamente sus roles sociales y laborales.

A pesar de que la mayoría de los estudios comunitarios registran una prevalencia psiquiátrica dos o tres veces más alta en las mujeres que en los hombres (Dohrenwen y Dohrenwend, 1976; De las Cuevas, 1991), los resultados de nuestro estudio arrojan una similar incidencia y distribución en ambos sexos.

Con respecto al índice de reactividad al estrés, el valor medio registrado en la muestra global fue similar al publicado por González de Rivera y col. (1993) para población general de nuestro medio (9,75±5,17). No obstante, el valor obtenido en aquellos individuos que obtuvieron puntuaciones patológicas tanto en la escala de ansiedad como en la de depresión del HADS fue significativamente mayor, siendo muy similar a los informados por otros estudios llevados a cabo sobre pacientes psiquiátricos ambulatorios (De las Cuevas et al., 1989) o ingresados en una unidad de agudos (Henry et al., 1992). Si tenemos en cuenta la participación del estrés, en especial de la elevada reactividad frente a éste, en la facilitación o precipitación de la enfermedad en general y de la enfermedad psiquiátrica en especial, el hecho de un alto índice de reactividad al estrés en los posibles casos psiquiátricos bien podría explicarse como indicativo de una predisposición que incrementa la susceptibilidad general para el desarrollo tanto de patología somática como psíquica (González de Rivera, 1984). Sin embargo, no debemos olvidar que también la enfermedad puede anteceder al estrés y ser causa del mismo (Leventhal y Tomar-

TABLA IV Tabla de correlaciones registradas entre el IRE Total y los índices específicos y las escalas del HADS

	<i>HADS-ansiedad</i>	<i>HADS-Depresión</i>
IRE-vegetativo	0,44*	0,39*
IRE-emocional	0,23*	0,14**
IRE-cognitivo	0,33*	0,25*
IRE-conductual	0,46*	0,46*
IRE-total	0,55*	0,47*

*= $p < 0,05$. ** = No significativo.

ken, 1987) tanto en enfermedades médicas como psiquiátricas; de este modo, por ejemplo, niveles subclínicos de depresión pueden interferir con las relaciones interpersonales y el rendimiento laboral y conllevar una disfunción en el ámbito de las relaciones sociales y la pérdida del empleo, sucesos éstos que precisamente suelen ser considerados como causantes de un importante estrés. En el momento presente, uno de los retos primordiales es el cómo conseguir que las entrevistas de sucesos o acontecimientos vitales sean más fiables, ya que muestran graves inconsistencias al respecto.

La relación entre estrés y ansiedad es tan estrecha que muchas veces ambos términos parecen utilizarse casi como sinónimos. Sin embargo, hay matizaciones muy importantes que conviene tornar en consideración. Aunque la ansiedad es uno de los acompañantes frecuentes de las situaciones de estrés, no es el único, ni tampoco es exclusivo. En los estudios de González de Rivera y col. (1995) sobre la reactividad al estrés en sujetos normales, únicamente el 28,2% reconocen la experiencia subjetiva de ansiedad psíquica como su reacción habitual ante el estrés, aunque casi todos presentan algunas de las manifestaciones vegetativas clásicamente consideradas como concomitantes de la angustia.

El término vulnerabilidad es ampliamente utilizado en el estudio y conceptualización del estrés psicológico y la adaptación humana, considerándose con frecuencia en términos de la suficiencia de recursos físicos, psicológicos y sociales de los que dispone el individuo para hacer frente a las demandas adaptativas del medio. Sin embargo, entre los individuos con un nivel de funcionamiento adecuado, la insuficiencia de recursos es condición necesaria, pero no suficiente, para la vulnerabilidad psicológica, tal insuficiencia convertirá al individuo en vulnerable sólo cuando haga referencia a algo que realmente le importa de forma particular. En conclusión, la vulnerabilidad psicológica no viene determinada solamente por un déficit de recursos, sino por la «relación entre la importancia que las consecuencias tengan para el individuo y los recursos de que disponga para evitar la amenaza de tales consecuencias» (Lazarus y Folkman, 1984).

Con respecto al rol del estrés en la mediación de la psicopatología, estudios recientes parecen indicar que las elevaciones prolongadas en las concentraciones de glucocorticoides inducidas por estreses intensos pueden dar

lugar a cambios en la estructura cerebral en las regiones límbicas, regiones éstas importantes en la regulación del afecto, motivación y memoria (Kahn, 1992).

BIBLIOGRAFIA

1. DE LAS CUEVAS CASTRESANA, C.; HENRY BENITEZ M.; MONTERREY, A.L. y GONZALEZ DE RIVERA, J.L.: «Reactividad al Estrés en Pacientes Psiquiátricos Ambulatorios». *Psiquis*, 10(9): 320-323, 1989.
2. DE LAS CUEVAS CASTRESANA, C.: «Síntomas Psiquiátricos y Psicósomáticos en la Población General». Tesis Doctoral. Servicio de Publicaciones de la Universidad de La Laguna, 1991.
3. DOHRENWEND, B. P. y DOHRENWEND, B. S.: «Sex Differences and Psychiatric Disorders». *Am. J. Sociology*, 81: 1147-1454, 1976.
4. GONZALEZ DE RIVERA, J. L.: «Metabolismo y funciones generales de las catecolaminas. Estudio de su acción en la secreción neuroendocrina y el comportamiento». *Anales de la Real Academia de Medicina*, 95: 677-681, 1978.
5. GONZALEZ DE RIVERA, J. L.: «Estrés, homeóstasis y enfermedad». En: González de Rivera et al., editores. *Manual de Psiquiatría*. Madrid: Karpos, 1980.
6. GONZALEZ DE RIVERA, J. L.: «Stress Reactivity Patterns. VI World Congress of the International College of Psychosomatic Medicine». Montreal. Canadá, 1981.
7. GONZALEZ DE RIVERA, J. L. y MORERA, A.: *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 12: 207-213, 1984.
8. GONZALEZ DE RIVERA, J. L.; DE LAS CUEVAS, C.; FERNANDEZ, L. et al.: «Stress Reactivity and Somatic Illness». VIII Congreso Mundial de Psiquiatría. Atenas, 1989.
9. GONZALEZ DE RIVERA, J. L.: «El Índice de Reactividad al Estrés». Inteva, Madrid, 1990.
10. GONZALEZ DE RIVERA, J. L.: «Factores de Estrés y Enfermedad». *Actas Luso Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 19: 290-297, 1991.
11. GONZALEZ DE RIVERA, J. L.; DE LAS CUEVAS, C.; MONTERREY, A. L. y col.: «Stress Reactivity in the General Population». *European Journal of Psychiatry*, 7: 5-11, 1993.
12. GONZALEZ DE RIVERA, J. L.: «Estrés y ansiedad». *Actas Luso-Esp. Neurol. Psiquiatr.*, 23, 1995: 310-313.
13. HENRY, M.; DE LAS CUEVAS, C. GONZALEZ DE RIVERA, J. L. et al.: «Cuantificación de la reactividad al Estrés en Pacientes Ingresados en una Unidad de Agudos». *Psiquis*, 20 (2): 76-80, 1992.
14. HOLMES, T. y RAHE, R.: «The social readjustment rating scale». *Psychosom. Res.*, 11 : 213-218, 1967.
15. KALIN, N. H.: «Stress and Psychopathology: An overview, *Clin. Neuropharm.*, 15 (supl. 1): 151, 1992.
16. LAZARUS, R.S. y FOLKMAN, J.: «Stress, appraisal and coping». New York: Springer, 1984.
17. LE SHAN, L.L.: «Psychological states as factors in the development of malignant disease: a critical review». *J. National Cancer Institute*, 22: 1-18, 1959.

18. LEVENTHAL, H. y TOMARKEN, A.: «Stress and illness: perspectives from health psychology». En: Kasl y Cooper, editores. Stress and Health: Issues in Research Methodology. Londres: Wiley & Sons, 1987.
19. VAZQUEZ BARQJERO, J.L.; MUÑOZ, P.E.; JAUREGUI, M. et al.: «The Influence of the Process of Urbanization on the Prevalence of Neurosis. A Community Survey. Acta Psychiatr. Scand., 65: 161-170, 1982.
20. ZIGMOND, S. y SNAITH, R.P.: «The Hospital Anxiety and Depression Scale». Acta Psychiatr. Scand., 67: 361-370, 1983.

Correspondencia:
J.L. González de Rivera
Servicio de Psiquiatría
Fundación Jiménez Díaz
Avenida Reyes Católicos, 2
Ciudad Universitaria
28040 Madrid.