

Relación entre factores de estrés, depresión y enfermedad médica

Armando Luis Morera Fumero y J. L. González de Rivera

Resumen

La incidencia de cambios o sucesos vitales acontecidos en los 12 meses previos al estudio, así como el grado de adaptación, la reactividad al estrés y el grado de depresión fueron valorados en 42 pacientes de consultas médicas de un Hospital General y en 36 sujetos sanos.

Los pacientes puntuaron de manera significativamente más elevada en todas las escalas. El valor discriminante entre enfermos y sanos de la escala de sucesos vitales se incrementa de manera significativa al cualificarla con el índice de reactividad al estrés. El índice de adaptación y el grado de depresión aportan también un incremento de este valor discriminante.

Abstract

The life-events in the past year, stress-reactivity, general adaptation and depression were scored in 42 patients of the medica/ outpatient department of a General Hospital and in .36 controls. The patients scored significantly higher on all variables. The theoretical predictive value of the life-events questionnaire was significantly increased by the stress-reactivity score. The other variables aported a further increase on the predictive valve of the life-events questionnaire.

*Departamento de Psiquiatría y Psicología Médica.
Facultad de Medicina de la Universidad de La Laguna.
Tenerife.*

Introducción

El primer uso científico del término estrés se remonta a los trabajos de W. Cannon (1911), cuando describió la «Redacción de lucha o huída» o respuesta aguda del organismo a toda situación percibida como peligrosa, y en la que juega un papel principal la liberación de catecolaminas. Estrés era para Cannon el estímulo capaz de desencadenar dicha reacción. Posteriormente, definió el concepto de homeostasis como «conjunto de procesos por los que el organismo mantiene la constancia de su medio interno», y aplicó el término estrés a los factores del medio cuya influencia exige un esfuerzo inhabitual de los mecanismos homeostáticos (Cannon, 1935).

En 1936, H. Selye describió el Síndrome General de Adaptación y definió el estrés como «respuesta inespecífica del organismo a toda exigencia hecha por él».

Posteriormente el concepto de estrés ha sido aplicado cada vez más al campo psicológico. Así, Engel (1962) definió el «estrés psicológico» como: «todo proceso originado tanto en el ambiente exterior como en el interior de la persona, que implica un apremio o exigencia sobre el organismo, y cuya resolución o manejo requiere el esfuerzo de los mecanismos psicológicos de defensa antes de que sea activado ningún otro sistema».

Teniendo en cuenta la influencia de la fantasía y experiencias traumáticas, González de Rivera (1980), definió el estrés vital como «Conjunto de modificaciones en el funcionamiento basal del organismo, directamente atribuibles a la eliminación o adaptación a estímulos nocivos o peligrosos, reales o imaginarios».

Una modificación importante en el concepto de estrés se debe a Mason (1971), quien puso en duda la supuesta inespecificidad de la reacción de estrés de Selye, demostrando experimentalmente que diferentes circunstancias estresantes son susceptibles de evocar distintas respuestas endocrinas. Según Mason, es la interpretación de un estímulo como nocivo, peligroso o desagradable, lo que determina la respuesta de estrés, y no necesariamente el estímulo en sí. No solamente la naturaleza o exageración de un estímulo puede ser estresante, sino que también la ausencia de estímulos puede desencadenar una reacción de estrés, tal como lo demuestran los estudios de Tygranyan y col. (1976) sobre privación sensorial.

En un intento de integrar estas teorías, González de Rivera, (1980) enuncia la «Ley general del estrés» de la siguiente manera: «cuando la influencia del ambiente supera o no alcanza las cotas en las que el organismo responde con máxima eficiencia, este percibe la situación como nociva, peligrosa o desagradable, desencadenando una reacción de lucha o huida y/o una reacción de estrés con hipersecreción de catecolaminas y cortisol».

La relación entre estrés y enfermedad viene explicitada ya desde los primeros trabajos de Selye y su descripción del «Síndrome General de Adaptación» y de las «enfermedades de adaptación».

En otro lugar (G. de Rivera, 1980, 1983) hemos elaborado un modelo de esta relación que puede resumirse de la siguiente manera: En su estado de funcionamiento idóneo, el organismo mantiene un equilibrio homeostático, cuya alteración prolongada se acompaña de manifestaciones sintomáticas de orden fisiológico y/o psicológico.

En situaciones normales de interacción con el entorno, los mecanismos psicológicos, neuronales y endocrinos de regulación interna contrarrestan los cambios del medio interno inducidos por modificaciones externas. Sin embargo, cuando estas alteraciones superan las capacidades de adaptación y defensa del organismo, bien sea por su intensidad o por su duración, el estado de funcionamiento idóneo no puede mantenerse, favoreciéndose el desarrollo de procesos patológicos.

Los primeros intentos de estudio experimental de este modelo fueron realizados por Holmes y Rahe (1967), con su cuantificación del potencial estresante de diversos sucesos vitales.

El predominio de sujetos con elevadas puntuaciones en la «escala de reajuste social» de Holmes y Rahe en poblaciones de enfermos, comparativamente con la población general, parece apoyar los postulados básicos del modelo. Sin embargo, es obvio que deben tomarse en consideración otras variables, además de la intensidad y el acúmulo de modificaciones ambientales. Así, por ejemplo, las características generales del individuo, y el estado en que se encuentra en el mo-

mento de responder a situaciones estresantes, han de influir en su capacidad de adaptación ante dicha situación. En un intento de objetivar estas variables, hemos definido el índice de reactividad al estrés, o «conjunto de pautas de respuestas neurovegetativa, cognitiva y conductual características del individuo ante situaciones de estrés o tensión nerviosa» (Giez. de Rivera et al. 1983) y el índice general de adaptación o capacidad de establecer relaciones gratificantes en los aspectos social, laboral, sexual, familiar y lúdico.

Aparte de los estudios sobre el estrés, existe evidencia de que los estados depresivos prolongados predisponen al desarrollo de enfermedades somáticas, e incrementan la mortalidad (Paykel 1969, Parkes 1972, Ward 1976).

El propósito del presente trabajo es estudiar la relación entre depresión, factores de estrés (índice de sucesos vitales, índice de reactividad al estrés e índice general de adaptación) y predisposición a enfermar.

Material y método

1) Sujetos. La muestra se compone de 42 pacientes, con enfermedad somática aguda y diagnóstico de certeza procedentes de consultas ambulatorias de medicina interna del Hospital General y Clínico de Tenerife y 36 sujetos en estado de salud y que no habían padecido ninguna enfermedad durante los 12 meses previos al estudio. La edad media de la muestra es de 29 años, con una mínima de 17 y máxima de 59, y la distribución por sexos similar (38 hombres y 40 mujeres).

2) Instrumentos de medida:

a) *Cuestionario de sucesos vitales:* Consta de 61 ítems, cada uno con un valor relacionado con la intensidad, impacto emocional o grado de cambio que induciría en un sujeto medio normal (González de Rivera y Morera, 1983). El resultado se expresa como índice de sucesos vitales (I.S.V.) y se obtiene sumando las puntuaciones de los ítems señalados como positivos. Un modelo de este cuestionario se encuentra en el apéndice.

b) *Cuestionario de reactividad al estrés:* Consta de 25 ítems, y el resultado se expresa como Índice de Reactividad al Estrés (I.R.E.), obtenido mediante contaje simple de los ítems señalados como positivos. Un modelo de este cuestionario se encuentra en el apéndice.

c) *Escala de adaptación general:* Esta escala consta de 7 factores, su resultado se expresa como Índice General de Adaptación (I.G.A.). Un modelo de este cuestionario se encuentra en el apéndice.

d) *S.D.S.:* Esta escala descrita originalmente por Zung (1965), y adaptada al castellano por Con-

de (1970), consta de 20 ítems relacionados con el estado anímico-afectivo del individuo, que el sujeto ha de valorar con cuatro respuestas cualitativas. Un modelo de esta escala se encuentra en el apéndice.

3) Método. Cada sujeto fue entrevistado independientemente por el mismo investigador. Las instrucciones fueron las mismas para cada sujeto, registrando el entrevistador las respuestas a cada ítem. La duración total del estudio fue de 4 meses, y el estudio estadístico se realizó con el paquete de programas S.P.S.S., y el ordenador VAX-11 del centro de cálculo de la Universidad de La Laguna.

Resultados

1) El índice medio de sucesos vitales en el grupo de enfermos fue de 376,3 y en el de sanos de 195,4 (Tabla I), las diferencias fueron significativas ($p < 0.001$) tras la comparación mediante el estadístico T de Student.

TABLA I

Índice de sucesos vitales en sujetos sanos y pacientes médicos ambulatorios

	Media	S.D.	Mínimo	Máximo	G.L	T	P
Enfermos	376.3	145.9	124	707	72	6.46	0.0001
Sanos	195.4	99.7	51	505			

TABLA II

Índice de Reactividad al estrés en sujetos sanos y pacientes médicos ambulatorios

	Media	S.D.	Mínimo	Máximo	G.L	T	P
Enfermos	10.6	4.2	3	19	76	4.9	0.0001
Sanos	6.3	3.4	1	13			

2) El índice medio de reactividad al estrés es de 10,6 en el grupo de enfermos, y de 6,3 en el de sanos, diferencias que son significativas ($p < 0,001$) aplicando el estadístico T de Student, (Tabla II).

3) El índice medio de adaptación general (Tabla III) es de 10,9 en los enfermos y de 9,2 en los sanos, siendo significativa esta diferencia entre ambos grupos ($p < 0,01$).

4) Los valores medios del S.D.S. (Tabla IV) para la muestra de enfermos fue de 41,2 y de 34,1 para la de sanos ($p < 0,01$).

5) Asociación de variables: con objeto de identificar posibles relaciones entre las variables con-

sideradas, hemos realizado una correlación múltiple en cada uno de los grupos, obteniendo los coeficientes de correlación de Pearson entre cada par de variables. Estos coeficientes se exponen en las Tablas V (enfermos) y VI (sanos). La elevada correlación entre el S.D.S. y el I.R.E. (0,76) en el grupo de enfermos no se evidencia en los sanos).

TABLA III

Índice de Adaptación General en sujetos sanos y pacientes médicos ambulatorios

	Media	S.D.	Mínimo	Máximo	G.L	T	P
Enfermos	10.9	2.7	6	18	76	76	0.003
Sanos	9.2	2.0	6	14			

TABLA IV

Puntuaciones del S.D.S. de sujetos sanos y pacientes médicos ambulatorios

	Media	S.D.	Mínimo	Máximo	G.L	T	P
Enfermos	41.2	10.1	24	66	76	3 3	0.001
Sanos	34.1	8 5	23	60			

TABLA V

Matriz de correlación de variables, sujetos enfermos

	S.D.S.	I.R.E.	I.S.V.	I.A.G.
S.D.S.	1.0000 42 xxxxxx			
I.R.E.	0.7690 42 0.000	1.0000 42 xxxxxx		
I.S.V.	0.1895 42 0.115	0.0155 42 0.461	1,0000 42 xxxxxx	
I.A.G.	0,3779 42 0.007	0.4748 42 0.001	0.0631 42 0.346	1,0000 42 xxxxxx

La primera cifra de cada casilla es el coeficiente de correlación de Pearson. La segunda cifra el número de sujetos. La tercera cifra es la significatividad del coeficiente de correlación.

Por otra parte, en el grupo de sanos se obtiene una correlación relativamente elevada entre I.A.G. y S.D.S. (0,53) que no se manifiesta en él de enfermos. La correlación entre I.R.E. e I.S.V. tanto en los enfermos como en los sanos es muy débil (0.08 y 0.01), lo cual indica la independencia de dichas variables.

TABLA VI

Matriz de correlación de variables, sujetos sanos

	S.D.S.	I.R.E.	I.S.V.	I.A.G.
S.D.S.	1.0000 36 xxxxxx			
I.R.E.	0.3282 36 0.025	1.0000 36 xxxxxx		
I.S.V.	-0.2223 36 0.096	0.0865 36 0.308	1.0000 36 xxxxxx	
I.A.G.	0.5336 36 0.00	0.2964 36 0.040	-0.0586 36 0.367	1.0000 36 xxxxxx

La primera cifra de cada casilla es el coeficiente de correlación de Pearson. La segunda cifra el número de sujetos. La tercera cifra es la significatividad del coeficiente de correlación.

Discusión

Nuestros resultados con el índice de sucesos vitales coinciden en líneas generales con los comunicados por otros autores, apoyando la ya abundante casuística de la relación entre cambios vitales y enfermedad (Rahe 1969, Rubin et al 1969), Rosenmann 1971, Rahe et al 1974, Theorell 1976, Petrich y Holmes 1977, Civeira y Morales 1982, entre otros).

Respecto al I.R.E. la media (6,3 puntos) del grupo de sanos coincide con los valores encontrados en trabajos anteriores para población general (González de Rivera et al 1983). En cambio el I.R.E. en enfermos es significativamente superior (10,6 de media), lo cual parece indicar una mayor susceptibilidad al desarrollo de procesos patológicos que la población general.

Respecto al I.A.G., los resultados obtenidos con nuestra escala son distintos para ambos grupos, pudiendo concluir que existe una mayor predispo-

sición a enfermar en sujetos mal adaptados con incapacidad para la obtención consistente de gratificación apropiada de su entorno.

Respecto a los valores del S.D.S., las puntuaciones mayores para el grupo de enfermos que para el de sanos coinciden con los resultados de otros autores (Jacobs et al 1968, Schottstaed et al 1971 Raft et al 1977, Morera et al 1983).

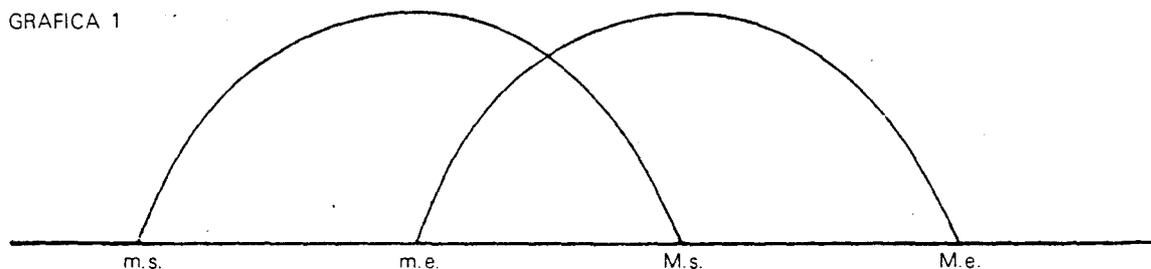
Aunque desde el punto de vista epidemiológico se observa una mayor tendencia a desarrollar estados patológicos en sujetos con altas puntuaciones en la E.S.V., la gran dispersión del I.S.V. tanto en la muestra de enfermos como en la de sanos (ver Tabla I) determina una zona de solapamiento importante (definida entre el valor mínimo de los enfermos y el máximo de los sanos) que contradice el valor predictivo individual que se ha pretendido asignar a esta variable (ver gráfica 1). Sin embargo si aplicamos las medidas del I.R.E. en los sujetos de la zona de solapamiento, observamos que se obtiene una clara diferenciación entre sujetos sanos y enfermos al considerar este segundo factor de estrés (ver Tabla VII). Una discriminación menor, pero también importante se obtiene con nuestro tercer factor de estrés, el I.A.G. (Tabla VIII). Por otra parte el índice de depresión obtenido con el S.D.S. de Zung también tiene un valor discriminativo importante (ver Tabla IX) respecto al grupo de sanos y enfermos contenidos en la zona de solapamiento, lo que nos indica que este índice de depresión refleja también alteraciones de los mecanismos homeostáticos del sujeto.

TABLA VII

Índice de reactividad al estrés en la zona de solapamiento

	Media	S.D.	G.L	T	P
Enfermos	10.7	4.3	54	3.96	0.0001
Sanos	6.6	3.0			

GRAFICA 1



m.s. = mínimo valor del i.s.v. en los sanos.
 m.e. = mínimo valor del i.s.v. en los enfermos.
 M.s. = máximo valor del i.s.v. en los sanos.
 M.e. = máximo valor del i.s.v. en los enfermos.

TABLA VIII
Índice de adaptación general en la zona
de solapamiento

	Media	S.D.	G.L	T	P
Enfermos	10.8	2.7	54	2,64	0.02
Sanos	9.1	1.9			

TABLA IX
S.D.S. en la zona de solapamiento

	Media	S.D.	G.L	T	P
Enfermos	40.83	9.6	54	3.66	0.001
Sanos	32.4	6.8			

Conclusiones

Podemos considerar que el acúmulo de sucesos estresantes es favorecedor del desarrollo de estados patológicos, actuando la reactividad al estrés como factor sensibilizante o amortiguante frente al impacto de estos sucesos, así como en menor medida el grado de adaptación general del individuo. Respecto a la depresión hemos podido constatar que es un factor que también influye sobre los mecanismos homeostáticos del individuo predisponiendo al desarrollo de enfermedades.

Sin embargo los sujetos cuyas puntuaciones en la E.S.V. se encuentran en la zona de solapamiento no pueden ser discriminados con arreglo a ésta única variable. La existencia de una zona de solapamiento en la E.S.V. era previsible teóricamente si tenemos en cuenta que la E.S.V. mide cambios vitales externos, y que sujetos con igual puntuación en ésta variable pueden tener diferente capacidad de reacción y adaptación, y por lo tanto acusar diferentemente los efectos estresantes del medio. Es precisamente por lo que hemos indicado la necesidad de estudiar otras variables como el I.R.E., I.A.G. y depresión.

Bibliografía

1. CANNON W and DE LA PAZ D.: *Am. J. Psysiolog.* 28: 64, 1911.
2. CANNON W: *Stresses and Strains of homeostasis.* *Am. J. Med. Sci.* Vol. 189, 1-35, 1935.
3. SELYE H.: *A syndrome produced by diverse nocivous agents.* *Nature*, Vol. 138. pp 32, 1936.
4. ENGEL G.L.: *Psychological development in health disease.* Philadelphia, Saunders, 1962.
5. GONZALEZ DE LA RIVERA, J.L.: *Estrés, homeostasis y enfermedad.* En *Manual de Psiquiatría*, J.L.

- González de Rivera, A. Vela. J. Arana (Eds.) pág. 771-782. Ed. Karpos, Madrid, 1980.
6. MASON, J. W.: *A reevaluation of the concept of non specificity in the stress theory.* *J. Psychiat. Res.* 8, 323-333, 1971.
7. TYGRANYAN R. T., DAVYDOVA N. and KALITA N. K.: *Catecholamines and adrenal cortex during bed rest.* En *catecholamines and stress.* E. Usdin (Eds). pp 529. Pergamon Press, Oxford, 1976.
8. GONZÁLEZ DE RIVERA, J. L.: *Estrés psicossocial y enfermedad.* *Informaciones psiquiátricas*, nº 91, 1983.
9. HOLMES, T and RAHE, R.: *The social readjustment rating scale.* *J. Psychosom. Res.* 1 1, 213-218 1967.
10. GONZÁLEZ DE RIVERA J.L., MORERA A.L., SANCHIS P. y SANCHEZ A.: *Reactividad al estrés. Desarrollo de una escala de medida.* *Psiquis.* Aceptado para publicación 1983.
11. PAYKEL E.S.: *Life events and depression.* *Arch. Gen. Psych.* 21, 753-760, 1969.
12. PARKES C.M., BROWN R.J.: *Health after bereavement: A controlled study of young Boston widows and Widowers.* *Psychosom. Med.* 34, 449-461. 1972.
13. WARD, A. W: *Mortality of bereavement.* *Brit. Med. J.* 1. 700-702, 1976.
14. GONZALEZ DE LA RIVERA, J.L., MORERA, A.L.: *La valoración de sucesos vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe.* *Psiquis.* Vol. 4, núm. 1, pág. 20-25, 1983.
15. ZUNG, W. W. K.: *A self-rating depression scale.* *Arch. Gen. Psychiat.* 12. 63-70, 1965.
16. CONDE V., ESCRIBA J. e IZQUIERDO J.: *Evaluación estadística y adaptación castellana de la escala autoaplicada para la depresión de Zung.* *Arch. Neurobiol.* Parte I y II, XXXIII, 2, 185-206, y 2, 281-303. 1970.
17. RAHE, R. H.: *Life crises and health change.* In May, P.R.A., and Wittenborn, J.K., eds.: *Psychotropic Drug Responses. Advances in Prediction.* Springfield, Charles C. Thomas, pp. 92-125, 1969.
18. RUBIN R. T, GUNDERSON E. K. E. and ARTHUR R.J.: *Prior life changes and illness onset in an attack carrier's crew.* *Arch. Environ. Health*, 19: 753-757, 1969.
19. ROSENMANN R.H.: *Assessing the risk associated with behavior patterns.* *J. Med. Assoc., Georgia*, 60: 31. 1971.
20. RAHE R. H., FLISTAD I., BERGAN T et al.: *A model for life changes and illness research.* *Arch. Gen. Psych.*, 31: 1972-1977, 1974.
21. THEORELL T.: *Selected illnesses and somatic factors in relation to two psychosocial stress indices—a prospective study on middle-aged construction building workers.* *J. Psychosomat. Res.*, 20: 7-20, 1976.
22. PETRICH, J. and HOLMES, TH.: *Cambio da vida y comienzo de enfermedad.* *Clin. Med. Nort.*, pág. 825-838, Julio, 1977.
23. CIVEIRA J. y MORALES C.: *La escala de medida del reajuste social en enfermos hospitalizados.* *Psiquis.* Vol. 3, ns 6, pp. 55-62, 1982.
24. JACOBS J.J, FOLGESON S. and CHARLES E.: *Depression ratings in hypochondriacs.* *N.Y.J. Med.* 38: 3119-3122, 1968
25. SCHOTTSTAEDT M.F., DECKER G.H., SCHNIDER J. M. *Depression in a university outpatient medical*

- clinic. J. Okla. State Med. Assoc. 64: 311-316. 1971.*
26. RAFT D., SPENCER R.F., TOOMEY T and BROGAN D.: *Depression in medica/ outpatients: Use of the Zung scale. Diseases of the Nervous System, Vol. 38, n4 12, pág. 999-1004, 1971.*
27. MORERA A. L., GARCIA MARCO R. y GONZALEZ DE RIVERA J.L.: *La depresión en la consulta externa de un Hospital General. Comunicación al I Symposium de «Psiquiatría en Medicina Generalb. Pto. de la Cruz. Tenerife, 1983.*

Apéndice

Questionario de reactividad al estrés Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna

Instrucciones: Rodee con un círculo las respuestas que indican su forma de reacción habitual ante una situación de estrés o tensión nerviosa.

- 1) Agotamiento o excesiva fatiga.
- 2) Euforia, sensación de disfrutar de la situación.
- 3) Sentimientos de depresión o de tristeza.
- 4) Suspiros. opresión en el pecho, en la garganta, sensación de ahogo.
- 5) Palpitaciones.
- 6) Boca seca.
- 7) Sudoración.
- 8) Tensión general, dificultad para relajarse y estar tranquilo.
- 9) Aumento de actividad.
- 10) Disminución de actividad.
- 11) Mayor necesidad de dormir.
- 12) Aumento de apetito.
- 13) Mayor dificultad en dormirse.
- 14) Pérdida de apetito.
- 15) Náuseas, mareos.
- 16) Vómitos.
- 17) Diarreas.
- 18) Estreñimiento.
- 19) Urinación frecuente.
- 20) Temblores.
- 21) Enfado.
- 22) Dolor abdominal.
- 23) Preocupación de su salud.
- 24) Tendencia a verificar repetidamente si todo esta en orden.
- 25) Necesidad de confiar en alguien y de ser aconsejado.
- 26) Necesidad de estar sólo y escapar de todos los conflictos.
- 27) Irritabilidad, tendencia a echar la culpa a alguien.
- 28) Esfuerzo por mantener la calma, razonando la situación.
- 29) Tomar algo (bebida, cigarrillos, pastillas, etc.).

Escala de adaptación general Departamento de Psiquiatría. Facultad de

Medicina. Universidad de La Laguna

I. Grado de relación social

1. Capaz de establecer y disfrutar de relaciones continuadas.
2. Generalmente capaz de establecer y mantener relaciones, con inconsistente satisfacción en ellas.
3. Incapaz de establecer o mantener una relación satisfactoria. Deriva poco placer de los contactos sociales.
4. Evita las relaciones. Dificultades notables con casi todo el mundo. El contacto social es causa de sufrimiento.

II. Grado de actividad general

1. Intereses amplios y variados, que ejerce activamente.
2. Algunos hobbies o intereses, con cierta actividad en ellos.
3. Pocas cosas le interesan.
4. Totalmente concentrado en sí mismo, sin ningún interés o actividad especial.

III. Grado de adaptación laboral

1. Adecuada. Trabaja de manera continuada y eficaz. Satisfacción con su trabajo.
2. Ligeró déficit de eficiencia. Ausencias. Dificultades con la rutina. Poca satisfacción con el trabajo.
3. Incapaz de trabajar más que a tiempo parcial. Largas ausencias o ausencias cortas frecuentes. Déficit evidente de eficiencia. Muy poca satisfacción con su trabajo.
4. Incapaz de trabajar. Total ausencia de satisfacción o interés en el trabajo. Incompetencia notoria y evidente.

IV. Grado de satisfacción sexual

1. Actividad heterosexual consistente, acompañada de sentimientos de amor y ternura.
2. Trastornos ocasionales (eyaculación precoz, orgasmo inconsistente, frigidez...) insatisfacción ocasional.
3. Trastornos o dificultades marcadas, repugnancia, ansiedad o vergüenza.
4. Actividad nula, impotencia o frigidez persis-

tente.

V. Grado de satisfacción familiar

1. Totalmente feliz. Dificultades sólo ocasionales y motivadas por factores externos.
2. Bueno, pero con dificultades de relación y conflictos emocionales.
3. Satisfacción inconsistente. Muchas dificultades, fricciones y peleas.
4. Conflictos constantes, relaciones muy malas, ningún placer en la vida familiar.

VI. Grado dependencia social

1. Autosuficiente. Toma por sí mismo todas las decisiones importantes.
2. Dependencia ocasional en la familia, instituciones, etc., económica o para apoyo emocional en situaciones de estrés.
3. Dependencia frecuente en familiares o instituciones.
4. Dependencia continuada. Incapaz de tomar decisiones por sí mismo.

VII. Grado de satisfacción personal

1. Satisfecho y contento consigo mismo.
2. Cierta tendencia a infravalorarse, pero razonablemente satisfecho.
3. Generalmente insatisfecho consigo mismo, con períodos fugaces de satisfacción por su actividad. Necesita de la aprobación de los demás para valorarse.
4. Totalmente insatisfecho con todas sus actividades. Se autorecrimina, se siente inferior e incapaz.

Escala de sucesos vitales

Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de La Laguna

1. Muerte del cónyuge.
2. Separación.
3. Divorcio.
4. Matrimonio.
5. Reconciliación.
6. Rotura de un noviazgo o relación similar.
7. Enamorarse o iniciar una amistad íntima profunda.
8. Embarazo deseado.
9. Embarazo no deseado.
10. Aborto provocado.
11. Aborto no deseado.
12. Relación sexual al margen del matrimonio.
13. Ruptura de la relación sexual al margen del matrimonio.
14. Dificultades sexuales.
15. Dificultades en la educación de los hijos.
16. Niños bajo el cuidado de otras personas.
17. Muerte de un familiar cercano.
18. Enfermedad o mejoría de una enfermedad en

un miembro cercano a la familia.

19. Incorporación de un nuevo miembro en la familia.
20. Un miembro de la familia deja de vivir en la casa familiar.
21. Ruptura de la familia (separación de padres).
22. Problemas con vecinos o familiares que no viven en la casa familiar.
23. Desaparición de problemas con los vecinos o familiares que no viven en la casa familiar.
24. Período de alejamiento del hogar.
25. Hijos lejos del hogar.
26. Quedarse sin trabajo.
27. Retiro laboral.
28. Despido.
29. Cambio de lugar de trabajo.
30. El cónyuge comienza o deja de trabajar fuera de casa.
31. Ascenso en el trabajo.
32. Problemas con superiores en el trabajo.
33. Nuevo empleo en la misma línea de trabajo.
34. Nuevo empleo en una nueva línea de trabajo.
35. Cambio de horario o de las condiciones de trabajo actual.
36. Problemas con colegas o compañeros de trabajo.
37. Préstamo o hipoteca de más de un millón pesetas.
38. Ingresos aumentados sustancialmente (25%)
39. Ingresos reducidos sustancialmente (25%)
40. Problema legal grave que puede terminar en encarcelamiento
41. Problema legal menor (multa, borrachera).
42. Complicación en una pelea.
43. Enfermedad o accidente que requiere guardar cama.
44. Muerte de un amigo.
45. Cambio de casa.
46. Compra de casa.
47. Accidente o situación de violencia física.
48. Éxito personal de gran envergadura.
49. Exámenes.
50. Reformas en la casa.
51. Cambio en las costumbres personales (dé salir, de vestir, de estilo de vida, etc.).
52. Cambio en opiniones religiosas.
53. Cambios en opiniones políticas.
54. Cambios en costumbres sociales.
55. Cambio en el ritmo del sueño.
56. Cambio en las costumbres alimenticias o de apetito.
57. Vacaciones fuera de casa.
58. Fiesta de Navidad y Reyes.
59. Problemas relacionados con el alcohol o drogas.
60. Enfermedad prolongada que requiere tratamiento médico.
61. Repentino y serio deterioro de la audición y/o visión.

	Muy poco tiempo	Algún tiempo de	Gran parte del tiemp.	Casi siempre
	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
	Raramente	De vez en cuando	Frecuentemente	Casi todo el tiempo
1. Me siento triste y deprimido				
2. Por las mañanas me siento mejor que por las tardes				
3. Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro				
4. Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche				
5. Ahora tengo tanto apetito como antes				
6. Todavía me siento atraído por sexo opuesto				
7. Creo que estoy adelgazando				
8. Estoy estreñido				
9. Tengo palpitaciones				
10. Me canso por cualquier cosa				
11. Mi cabeza está tan despejada como antes				
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes				
13. Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto				
14. Tengo esperanza y confianza en el futuro				
15. Me siento más irritable que habitualmente				
16. Encuentro fácil tomar decisiones				
17. Me creo útil y necesario para la gente				
18. Encuentro agradable vivir. mi vida es plena				
19. Creo que sería mejor para los demás si me muriera				
20. Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradan				