

## **ADAPTACION ESPAÑOLA DE LA ESCALA DE ACTITUDES DISFUNCIONALES (DAS) de BECK: PROPIEDADES PSICOMETRICAS Y CLINICAS**

**Jesús Sanz (\*)**

**Carmelo Vázquez (\*\*)**

(\*) YALE UNIVERSITY. Department of Psychology

(\*\*) UNIVERSIDAD COMPLUTENSE. Facultad de Psicología

### **RESUMEN**

*El presente estudio consiste en una adaptación y validación de la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) (Weissman & Beck, 1978), específicamente diseñada para medir estas cogniciones latentes que supuestamente juegan un papel causal en la depresión. La escala tiene una consistencia moderada (alfa Cronbach=.70). La solución factorial más adecuada proporcionó tres factores: logro, dependencia, y actitudes autónomas que, en su conjunto, explican un 27% de la varianza total. Los índices alfa de consistencia fueron, respectivamente, .79, .36, y .47. Los dos primeros factores reflejan la típica solución bifactorial hallada en otros estudios factoriales del DAS, mientras que el tercer factor -semejante al hallado por Sahin y Sahin (1992)- puede tener un componente artefactual dado que está compuesto básicamente por ítems formulados a la inversa (es decir, reflejando pensamientos adaptativos). En cuanto a la validez del DAS, los resultados muestran que es capaz de distinguir adecuadamente entre deprimidos y no deprimidos tanto en la puntuación global como en cada una de las escalas. Además, un análisis discriminante demostró que 19 ítems eran capaces de clasificar correctamente un 85% de los sujetos deprimidos. El DAS también reveló algunas diferencias sexuales (e.g., Barnett y Gotlib,*

1990): los hombres tienden a manifestar más actitudes disfuncionales relacionadas con el logro que las mujeres. Se discuten las ventajas y limitaciones de la DAS tanto en la investigación básica como en su uso en la clínica aplicada.

**Palabras clave:** ACTITUDES DISFUNCIONALES; DEPRESION, CREENCIAS IRRACIONALES y ESQUEMAS NEGATIVOS

## SUMMARY

*In the present study we report a factorial analysis and validation of the Dysfunctional Attitudes Scale (DAS, Weissman & Beck, 1978) in a Spanish population. The DAS is a 40-item instrument aimed at measuring one of the central elements of Beck's cognitive theory of emotional disorders: latent cognitive structures which predispose to emotional problems. The results from the Spanish version yielded a moderate overall consistency ( $\alpha$  Cronbach=.70). A rotated 3-factor solution fit well our data: the first factor was one related to Achievement ( $\alpha$ =.79), the second one was related to Dependency ( $\alpha$ =.36), and the third factor was called Autonomous attitudes (e.g., independent judgments regardless others' criticisms) -  $\alpha$ =.47. These three uncorrelated factors explained 27% of the total variance. Whereas the first two factors are virtually identical to those found in other factorial studies on the DAS, the third one is similar to that found by Sahin and Sahin (1992) as it basically includes positively worded items (i.e., expressing positive, adaptive attitudes), which might be interpreted as an artifact of the scale itself. As expected, depressed subjects scored higher than nondepressed both in the DAS total score and in each of the subscales. Furthermore, a discriminant analysis revealed that 19 DAS items were able to classify correctly 85% of depressed subjects. Whereas no differences were found between men and women in DAS total scores, a further analysis revealed that, as in other studies (e.g., Barnett and Gotlib, 1990) men showed more dysfunctional attitudes on Achievement topics than women did. No other sex differences were found. Some suggestions are given as to the advantages and limitations of the scale both in clinical and experimental settings.*

**Key Words:** DYSFUNCTIONAL ATTITUDES, DEPRESSION, IRRATIONAL BELIEFS, NEGATIVE SCHEMATA

## INTRODUCCION

Uno de los resultados más profundos de la denominada revolución cognitiva en la Psicología Clínica ha sido el creciente interés por el estudio de las cogniciones en prácticamente todos los trastornos psicopatológicos y en especial en el área de los trastornos emocionales (Brewin, 1988; Williams, Watts, McLeod, y Mathews, 1988). En concreto, en los trastornos afectivos puede afirmarse que tanto en la investigación como en la clínica aplicada, la aproximación cognitiva es el paradigma imperante (Vázquez y Sanz, 1991; Sanz y Vázquez, 1991). En todos estos modelos se formula, de uno u otro modo, que determinadas *cogniciones* (pensamientos automáticos, atribuciones causales, ideas irracionales, sesgos atencionales, etc.) juegan un papel importante en el inicio o en el mantenimiento de tales problemas.

Esta revolución ha tenido también un fuerte impacto en el área de las terapias para la depresión con la aparición y difusión de la terapia cognitiva de Beck (Beck, 1976; Beck, Rush, Emery y Shaw, 1979). Si históricamente el tratamiento de elección para los cuadros clínicos depresivos era biofarmacológico (antidepresivos tricíclicos, IMAOs y terapia electroconvulsiva), desde finales de los 70 se viene reconociendo que la terapia cognitiva de Beck es equivalente e *incluso superior* a las terapias farmacológicas en el tratamiento de pacientes depresivos externos, reconocimiento que proviene de destacados miembros de la comunidad psiquiátrica (e.g., Paykel, 1989) e incluso de asociaciones oficiales como el Instituto Nacional de Salud Mental de los EE.UU. (Elkin et al., 1985, 1989). Numerosos estudios controlados avalan la *efectividad* de la terapia cognitiva de Beck con pacientes externos con depresión unipolar. Por ejemplo, el meta-análisis de 27 estudios realizado por Dobson (1989) ha demostrado claramente la eficacia de la terapia cognitiva en la depresión unipolar y su superioridad frente a otros tratamientos, incluyendo la medicación antidepresiva. Más importante aún, la terapia cognitiva parece ser bastante eficaz a la hora de mantener las ganancias obtenidas tras el tratamiento y a la hora de *prevenir las recaídas*, las cuales suelen ser muy frecuentes tras los tratamientos farmacológicos. Hollon y Najavits (1988) revisan los resultados de cinco estudios que indican que la terapia cognitiva tiene un mayor efecto profiláctico que los psicofármacos antidepresivos, siendo las diferencias a veces muy sustanciales: un 12-25 % de recaídas en la terapia cognitiva frente al 66-78 % de la terapia farmacológica.

## El modelo cognitivo de Beck

La terapia cognitiva de Beck se fundamenta en su *teoría cognitiva de la depresión* (Beck 1976, 1987; Beck et al., 1979). Brevemente, la teoría afirma que en la depresión existe una distorsión o sesgo sistemático en el procesamiento de la información ligada a los sucesos que implican una pérdida o privación, de forma que los individuos depresivos valoran excesivamente esos sucesos negativos, los consideran globales, frecuentes e irreversibles, mostrando, pues, lo que se conoce como la *triada cognitiva negativa* (una visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro). Esta triada sería el desencadenante a su vez de la presencia y mantenimiento de los demás síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos que caracterizan a la depresión.

Este procesamiento sesgado negativamente puede ser el producto de muchos factores, pero la teoría cognitiva de Beck afirma que en la depresión *unipolar no endógena* la etiología tendría que ver con la interacción de tres factores: (a) la presencia de *actitudes o creencias disfuncionales* sobre el significado de ciertas clases de experiencias, actitudes que impregnan y condicionan la construcción de la realidad y que no son de naturaleza poco accesible; (b) una alta valoración subjetiva de la *importancia* de esas experiencias, y (c) la ocurrencia de un *estresor* específico a los anteriores factores. (Una exposición más detallada de la teoría se puede encontrar en Vázquez y Sanz, 1991a, o Sanz, 1992). No obstante es importante resaltar que en sus últimas reformulaciones Beck (1987) plantea una postura cognitiva menos fuerte aunque algo paradójica: las cogniciones *no son causa de la depresión* sino importantes *concomitantes* del fenómeno depresivo (véase también Stiles y Gøtestam, 1978).

En este marco teórico no es de extrañar que todas las estrategias y las técnicas cognitivas y conductuales de la terapia de Beck tengan como objetivo final *identificar y modificar* las actitudes o creencias disadaptativas del paciente las cuales, en interacción con los otros dos factores, son la causa *distal* (o más remota en el tiempo) de un procesamiento negativo de la información del entorno y, por ende, de la depresión (Beck et al., 1979; Scott, Williams, y Beck, 1989). Efectivamente, la modificación de las creencias erróneas o disfuncionales del paciente tendrá un efecto directo sobre su capacidad para evitar depresiones futuras, ya que son esas creencias disfuncionales las que supuestamente le predisponen a la depresión.

Durante los años de desarrollo y especialmente durante la *infancia*, todos las personas aprenden reglas o fórmulas con las cuales intentan dar sentido al mundo que les rodea. Estas reglas se configuran como actitudes, suposiciones, creencias tácitas, estables, acerca de sí mismo y del mundo, que determinan el significado y valor que el individuo da a sus experiencias cotidianas. A menudo, tales creencias están conectadas con recuerdos relevantes a su desarrollo y formación. Las *actitudes disfuncionales* se convierten en un elemento de *vulnerabilidad cognitiva*, y se diferencian de las adaptativas por ser rígidas, inapropiadas y excesivas. Así, en los individuos vulnerables a la depresión sus actitudes vitales son disfuncionales porque establecen contingencias tan inflexibles e inapropiadas para determinar su propia autovalía, que es muy fácil que los acontecimientos normales de la vida diaria obstaculicen sus intentos por cumplir tales contingencias. Esta propuesta teórica se ve avalada por hallazgos clínicos que, por ejemplo, demuestran que los pacientes depresivos efectúan más afirmaciones relacionadas con temas de logro que no deprimidos y tienen un lenguaje más absolutista, más exagerado (Andreasen y Pfohl, 1976).

Obviamente, como acertadamente han señalado algunos autores (e.g., Beidel y Turner, 1986), uno de las mayores obstáculos conceptuales en la medida de las actitudes disfuncionales es que se trata, en teoría, de elementos latentes, de difícil aprehensión, y para cuya "captura" suele hacer falta la guía del clínico (e.g., Burns, 1990). Esto es, se trata de evaluar elementos cognitivos subyacentes y más abstractos.

Para la identificación y medida de estas creencias disfuncionales, paso previo inexcusable para su posterior modificación, además de los consabidos *registros* de pensamientos negativos utilizados en terapia (e.g., Burns, 1980; Beck et al., 1979; Scott, Williams y Beck, 1989), existe una escala de medida específica de autoinforme: la Escala de Actitudes Disfuncionales (*Dysfunctional Attitude Scale, DAS*) diseñada por Weissman (1979, 1980; Weissman y Beck, 1978). Dado el valor que tiene la DAS dentro de la teoría cognitiva y de la terapia cognitiva de la depresión de Beck, el objetivo principal del presente trabajo fue evaluar las propiedades psicométricas de la versión española del formato más utilizado de la DAS, la Forma A (DAS-A). Conscientes de la importancia que tiene para la investigación y para la clínica el contar con instrumentos ampliamente contrastados en cuanto a su fiabilidad y validez, el artículo se inicia con una descripción de la DAS-A y con una revisión de la literatura sobre sus propie-

dades psicométricas, y se cierra con una serie de consideraciones sobre su uso y papel en la práctica clínica y en la investigación de la depresión.

### La Escala de Actitudes Disfuncionales

La Escala de Actitudes Disfuncionales es un autoinforme diseñado para elicitarse y medir las suposiciones comunes que subyacen a las cogniciones depresivas y que, según la teoría de Beck, son responsables no sólo de éstas, sino a la postre, del cuadro depresivo. Weissman redactó un conjunto amplio de potenciales ítems a partir de las sugerencias de un grupo de clínicos sobre sus experiencias con pacientes depresivos. Posteriormente, la autora refinó estos ítems tratando de reflejar siete sistemas de valores relevantes para caracterizar el sustrato cognitivo subyacente de los pacientes depresivos según la teoría de Beck (Weissman, 1979). Los sistemas de valores seleccionados fueron:

1) *Aprobación*: Ítems que pretenden evaluar la tendencia de la persona a juzgar su autoestima en función de cómo la gente reacciona ante ella o de lo que piensan de ella (e.g., "Para agradar a otras personas, lo mejor es renunciar a los propios intereses");

2) *Amor*: Actitudes que tienen que ver con la tendencia del individuo a medir su valía y su felicidad en función de si es amado o no (e.g., " Puedo encontrar la felicidad sin ser amado por otra persona");

3) *Logro*: Estos ítems indican si el individuo tiene un sentido constreñido de su autovalía centrado en el trabajo y en la productividad (e.g., "Si fracaso en el trabajo seré un fracaso como persona");

4) *Perfeccionismo*: Ítems que tratan de medir la tendencia de la persona hacia el perfeccionismo, al establecimiento de criterios de rendimiento inflexibles y excesivamente altos (e.g., " Si no consigo el nivel máximo, es probable que acabe siendo una persona de segunda categoría");

5) *Derechos*: Son ítems destinados a medir hasta qué punto cree el individuo cree que tiene "derecho" a ciertas cosas como éxito, amor, felicidad, etc., que existe alguna razón inherente para que las cosas funcionen siempre como uno quiere (e.g., " Si uno evita los problemas, los problemas acaban desapareciendo");

6) *Omnipotencia*: Ítems que indican si la persona focaliza su atención en su universo personal y se considera responsable de casi todo lo que

ocurre a su alrededor (e.g., "Para ser una persona buena, honesta y de valía, debo ayudar a todo el que lo necesite");

7) *Autonomía*: Son ítems que se refieren a la habilidad de una persona para encontrar la felicidad dentro de sí misma, para darse cuenta de que su potencial para la felicidad y para la autoestima no viene de fuera, sino que en última instancia es él quien las crea (e.g., "Uno puede disfrutar de una actividad independientemente del resultado final").

La disfuncionalidad de las actitudes se reflejaría en la presencia en estas afirmaciones de expresiones inflexibles y absolutistas, para lo cual se usó, por ejemplo, cuantificadores extremos ("todo", "siempre", "nunca") o imperativos categóricos ("debo", "tengo que").

Tras sufrir varias modificaciones basadas en las opiniones de un grupo de residentes de psiquiatría sobre la validez aparente y comprensibilidad de los ítems, el conjunto de ítems quedó establecido en 100. La DAS original o total (DAS-T) está compuesta, pues, por 100 actitudes o creencias hacia las que el sujeto muestra su conformidad o disconformidad en una escala de Likert de 7 puntos, desde "totalmente en desacuerdo" a "totalmente de acuerdo". La autora determinó "a priori" si el acuerdo o el desacuerdo a una actitud en cuestión indicaba una reacción adaptativa o desadaptativa. A efectos de la corrección, al acuerdo máximo con una creencia supuestamente disfuncional se le asigna una puntuación de un 7 y al desacuerdo máximo un 1, y para los ítems que reflejan a priori actitudes funcionales o adaptativas (ítems inversos) la corrección se hace de forma contraria, es decir, a "totalmente de acuerdo" se le asigna un 1 y a "totalmente en desacuerdo" un 7. Así, el rango de puntuaciones en la DAS-T puede oscilar entre 100 y 700.

Puesto que en los estudios piloto la mayor crítica que se le había hecho a la DAS-T era su excesiva longitud, Weissman decidió construir dos formas paralelas fiables pero más breves. Para ello, tomó los datos de la DAS-T obtenidos con una muestra de 275 universitarios y, tras realizar un análisis factorial y emplear el método de construcción de tests paralelos propuesto por Gulliksen (1950), construyó dos formas de 40 ítems cada una, Formas A y B (para una descripción más detallada del proceso de construcción véase Weissman, 1979, 1980). La puntuación en estas escalas puede oscilar entre 40 y 280.

Weissman (1980) afirma que las dos formas son realmente paralelas, alegando que, en una muestra de 70 universitarios, la correlación entre

ambas formas fue de .79 y las puntuaciones medias no diferían (113.01 vs. 113.73, para las Formas A y B respectivamente). Es más, con una muestra independiente de 355 universitarios, la correlación entre ambas formas fue .80. Sin embargo, Oliver y Baumgart (1985) encontraron en una muestra de 275 sujetos normales (empleados de un hospital y sus esposos) que ambas formas tenían correlaciones ítem-total muy bajas y que sus soluciones factoriales no eran equivalentes. Esta falta de equivalencia en las soluciones factoriales de las dos formas ha sido posteriormente confirmada por Power, Katz, McGuffin, Duggan y Lam (1992). Por otro lado, Power et al. (1992) encontraron que las puntuaciones en la DAS-B eran significativamente mayores que las de la DAS-A<sup>1</sup>. En resumen, parece que la conclusión más prudente es que ambas formas no son totalmente paralelas y que no se pueden utilizar de forma intercambiable.

Según se desprende de la literatura, la Forma A es la que tiene un uso más extendido y sobre la cual hay acumulados más datos sobre sus propiedades psicométricas. Una popularidad que viene avalada por el estudio de Parker, Bradshaw y Blignault (1984) en el que se encontró que la solución factorial de la Forma A era más coherente teóricamente y más comprensible psicológicamente que la solución de la Forma B, lo que aconsejaba el uso de la Forma A frente a la B. Por estos motivos, en el presente estudio se decidió evaluar las propiedades psicométricas de la versión española de la DAS-A traducida por M. Gurpegui, J. Ring y C. Vázquez<sup>2</sup>, y que se presenta al final de este trabajo<sup>3</sup>.

Recientemente han aparecido otras dos versiones de la DAS. La primera es fruto de un análisis factorial realizado por Beck, Brown, Steer y Weissman (1991) con más de 2000 pacientes psiquiátricos de la DAS-T y retiene 80 ítems de ésta última. 66 de los cuales saturan de forma significativa en nueve factores de primer orden (Vulnerabilidad, Aprobación, Perfeccionismo, Necesidad de agradar a los demás, Imperativos, Necesidad de impresionar a los demás, Evitación de la debilidad, Control sobre las emociones y Desaprobación). La segunda versión consta de 24 ítems y ha sido realizada por Power et al. (1992) aunando, para su construcción, criterios empíricos (los resultados de los análisis factoriales de las Formas A y B) y criterios racionales (la validez aparente de los ítems en reflejar el contenido de tres subescalas: Logro, Dependencia y Autocontrol). Ambas versiones, la DAS-66 y la DAS-24, han sido construidas con el objetivo de identificar dimensiones de *vulnerabilidad cognitiva más específicas* que podrían



haber quedado oscurecidas por las puntuaciones totales de las versiones anteriores de la DAS. Evidentemente, la ventaja de estas últimas es que cuentan con más estudios de validez y fiabilidad.

### **La Escala de Actitudes Disfuncionales Forma A: Propiedades Psicométricas**

#### **(1) *Fiabilidad***

La DAS-A presenta buenos índices de consistencia interna. Los coeficientes alfa que se han obtenido rondan entre .79 y .92 sin que existan apenas diferencias en función de si la muestra está compuesta por universitarios (Cane et al., 1986; Weissman, 1980; Sahin y Sahin, 1992), adultos normales (Oliver y Baumgart, 1985) o es mixta -adultos normales, pacientes depresivos en remisión y estudiantes- (Power et al., 1992). Los índices de estabilidad temporal son francamente buenos, lo que es un indicio claro de que la DAS-A puede reflejar actitudes vitales estables del individuo. Barnett y Gotlib (1988a) encontraron una correlación test-retest de .77 con un intervalo de 3 meses y, con este mismo intervalo, Kwon y Oei (1992) hallaron un coeficiente de .75. Es más, con un intervalo de 12 meses, Zuroff, Igreja y Mongrain (1990) calcularon una correlación test-retest de .82. En estos tres trabajos, las muestras estudiadas estaban compuestas de universitarios.

#### **(2) *Validez de Constructo: Diferenciación de Grupos***

La DAS-A tiene una buena validez discriminativa a la hora de distinguir entre individuos que presentan síntomas depresivos y aquellos que no. Diversos estudios han demostrado que tanto los individuos clínicamente deprimidos (Dobson y Shaw, 1986; Norman, Miller y Dow, 1988; Blackburn, Jones y Lewin, 1986; Zimmerman, Coryell, Corenthal y Wilson, 1986) como los estudiantes deprimidos (Dobson y Breiter, 1983; Gotlib, 1984) obtienen puntuaciones más altas en la DAS que los sujetos normales no deprimidos.

Una ojeada a la literatura indica que, grosso modo, los no pacientes tienden a puntuar entre 80 y 120, mientras que los pacientes depresivos tienden a puntuar entre 120 y 200. Como puede observarse en la Tabla 1, las puntuaciones medias para los pacientes con un diagnóstico de depresión unipolar han oscilado entre 140 y 166, con un promedio de 150.7. La puntuación media de los pacientes tras la remisión de la depresión en di-

versos estudios oscila entre 104 y 137, con una puntuación media global de 123.5 (véase la Tabla 1). Para muestras de universitarios, los resultados que se recogen en la Tabla 2 señalan que el rango de la puntuación media de los estudiantes se encuentra entre 112 y 140, con un promedio de 122.5. Es interesante señalar que, como es de esperar, los pacientes *maniacos* presentan puntuaciones menores que los individuos normales, con una media de 94 (Silverman, Silverman y Eardley, 1983; Hill, Oei y Hill, 1989).

**TABLA 1. -Medias y Desviaciones Típicas en la DAS-A para muestras de Pacientes Depresivos**

Estudio	Muestra	Pretratamiento Postratamiento			
		M	-	M	-
Isaacs y Silver (1980)	38 Dep. Externos - RDC	150.6	-	-	-
Hamilton y Abramson (1983)	20 Dep. - RDC	148.5	46.8	116.6	27.7
Eaves y Rush (1984)	31 Dep. Mujeres Externas - RDC	162.8	43.8	132.4	38.3
Keller y Haase (1984)	19 Dep. Mayor - DSM-III	146.8	32.0	-	-
Parker et al. (1984)	43 Dep. Neurótica - CATEGO	146.9	-	137.1	-
Silverman et al. (1984)	35 Dep. Mayor - DSM-III	147.5	-	113.3	-
	63 Dep. Mayor - DSM-III	-	-	123.3	29.2
Simons et al. (1984)	70 Dep. Externos - RDC	158.9	29.0	119.8	-
Rapp (1985)	100 Dep. (26 Externos) - RDC	150.3	37.4	-	-
Dobson y Shaw (1986)	35 Dep. Internos - RDC	146.8	41.3	136.8 <sup>a</sup>	34.6
Hollon et al. (1986)	16 Dep. Mayor - DSM-III	140.8	23.1	-	-
	13 Dep. Mayor - DSM-III	-	-	104.6	29.4
Zimmerman et al. (1986)	106 Dep. Mayor - DSM-III	150.6	39.0	-	-
Dohr et al. (1989)	25 Dep. - RDC	154.2	32.6	-	-
	22 Dep. - RDC	-	-	124.5	30.6
	12 Dep. - RDC	154.8	26.8	127.0	28.0
DeRubeis et al. (1990)	64 Dep. Externos - RDC	152.2	-	134.2 <sup>b</sup>	-
Robins et al. (1990)	53 Dep. Endógena - RDC	142.7	39.7	-	-
	27 Dep. No Endógena - RDC	166.7	38.1	-	-
Thase et al. (1992)	50 Dep. Mayor - DSM-III-R	140.1	34.3	112.0	37.4

Nota. Dep. = Pacientes con depresión unipolar; RDC = Criterios Diagnósticos de Investigación (Spitzer et al., 1978); DSM-III = Criterios diagnósticos del DSM-III (APA, 1980); DSM-III-R = Criterios diagnósticos del DSM-III-R (APA, 1987); CATEGO = Criterios de la ICD-9 a través del programa CATEGO (Wing y Sturt, 1978); <sup>a</sup>N=15 en el postratamiento; <sup>b</sup>evaluación a mitad del tratamiento.

**TABLA 2.- Medias y Desviaciones Típicas en la DAS-A para muestras de Universitarios**

Estudio	Mujeres			Varones			Total		
	M	_	n	M	_	n	M	_	n
Weissman (1980)	-	-	50	-	-	20	113.1	-	70
	-	-	-	-	-	-	119.4	27.2	355
Wise y Barnes (1986)	112.3	20.8	27	126.5	25.4	22	119.4	-	49
Olinger et al. (1987)	-	-	-	-	-	-	122.4	27.9	132
Barnett y Gotlib (1988a)	123.3	22.3	57	-	-	-	-	-	-
Power (1988)	-	-	42	-	-	19	112.6	27.2	61
Kuiper et al. (1988)	-	-	-	-	-	-	117.9	23.3	61
Barnett y Gotlib (1990)	113.6	23.5	177	126.0	23.0	63	119.8	-	240
Kwon y Oei (1992)	-	-	251	-	-	104	130.3	24.9	355
	-	-	112	-	-	88	131.4	23.5	200
Sahin y Sahin (1992)	137.9	23.8	244	140.5	23.2	101	138.7	23.6	345
Sanz y Vázquez	121.7	21.8	404	123.5	21.5	73	122.0	21.7	477

Nota. En aquellos estudios donde se había pasado la DAS-A dos veces, sólo se han considerado los datos de la primera evaluación para controlar los efectos de aprendizaje.

Hay que resaltar que esas diferencias intergrupales obscurecen el hecho de no todos los pacientes depresivos manifiestan altas puntuaciones en la DAS (e.g., Scott et al., 1989). Sólo el 50-55% de los pacientes con episodios depresivos muestran durante el mismo una puntuación anormalmente elevada en la DAS-A (Norman et al., 1983; Hamilton y Abramson, 1983). Sin embargo, este hecho sería consistente con la teoría cognitiva de Beck (cf. Vázquez y Sanz, 1991) de que los factores cognitivos de vulnerabilidad son causa *suficiente* (en interacción con factores de estrés) pero *no necesaria* de la depresión, asumiendo, pues, la existencia de depresiones posiblemente más ligadas a factores de índole no cognitivo (e.g., factores biológicos). En la misma dirección apuntan los resultados de los estudios de Zimmerman et al. (1986) y de Robins, Block y Peselow (1990). Zimmerman et al. (1986) hallaron que los pacientes deprimidos con valores anormales en el test de supresión con dexametasona (DST), un parámetro biológico, obtenían puntuaciones más bajas en la DAS-A que los deprimidos con

valores normales en el DST. Robins et al. (1990) descubrieron que los pacientes con depresión no endógena puntuaban significativamente más en la DAS-A que los pacientes con depresión endógena<sup>1</sup>. No obstante, existen otros estudios que sugieren que no existen diferencias en la DAS-A entre los diversos tipos de depresión, de manera que la mayoría de los subtipos de depresión evaluados muestra un número anormalmente alto de actitudes disfuncionales, incluyendo los pacientes con depresión unipolar endógena (Eaves y Rush, 1984; Zimmerman et al., 1986) y con depresión bipolar (Hollon et al., 1986; Hill et al., 1989), los candidatos más probables para una mediación no cognitiva del inicio de la depresión.

Por otro lado, la *especificidad* de la DAS-A a la hora de distinguir la depresión de otros trastornos psiquiátricos es relativamente *escasa*. Las investigaciones no han conseguido hallar diferencias significativas entre sujetos con un trastorno depresivo y sujetos con otros trastornos como, por ejemplo, fobias, trastorno por ansiedad, trastornos de la alimentación, esquizofrenia, etc. (Hollon et al., 1986; Silverman et al., 1984; Hill et al., 1989). Es más, algunos pacientes con esquizofrenia (Silverman et al., 1984) o con trastornos de personalidad (Hill et al., 1989) pueden presentar puntuaciones significativamente más altas que los pacientes con trastornos depresivos. No obstante, algunos estudios han encontrado que los pacientes depresivos manifiestan un mayor número de actitudes disfuncionales que otros pacientes psiquiátricos (Dobson y Shaw, 1986; Hamilton y Abramson, 1983).

### ***(3) Validez de Constructo: Estructura Factorial***

Se han localizado seis estudios que han investigado la estructura factorial de la DAS-A. En la Tabla 5 se recogen las características principales de cinco de ellos. El sexto, el trabajo de Oliver y Baumgart (1985), no aparece en dicha tabla porque en su artículo no especificaban qué items componían cada uno de los factores que extrajeron, ni tampoco si rotaron o no esos factores a la hora de definirlos definitivamente. En cualquier caso, estos autores obtuvieron tres factores mediante un análisis de componentes principales (a los que denominaron "necesidad de aprobación", "perfeccionismo" y "evitación de riesgos"), una solución que es consistente con los resultados presentados en la Tabla 5. En todas estas investigaciones factoriales existe cierta coincidencia en la denominación de los dos primeros

factores. Al primero se le ha llamado "Evaluación del rendimiento", "Autoestima externalizada" o "Logro", mientras que al segundo factor se le ha denominado "Dependencia", "Necesidad de aprobación", "Aprobación por otros" y "Autoestima anaclítica". Las coincidencias semánticas no son de extrañar puesto que como refleja la Tabla 5 existe una gran semejanza entre los ítems que componen los dos primeros factores en los diversos estudios. Este acuerdo desaparece al comparar el tercer o el cuarto factor.

En conclusión, parece que la DAS-A presenta una estructura bifactorial bastante estable, que se replica en diversos estudios con muestras distintas, y que señala a un primer factor relacionado con temas de *Logro y perfeccionismo*, y a un segundo relacionado con temas de *Dependencia y necesidad de aprobación*.

La presencia de estos dos factores es coherente con la propuesta de Beck (1987) sobre la existencia de dos dimensiones de personalidad relevantes a la depresión: *Autonomía* y *Sociotropía*, para las cuales diferentes sucesos ambientales podrían desencadenar la aparición de un episodio depresivo. Los sucesos típicos que según la teoría provocarían la depresión en los individuos autónomos y sociotrópicos (el fracaso en alcanzar metas o estándares personales y la ruptura de relaciones personales, respectivamente) están relacionados claramente con los dos factores encontrados en la DAS-A, lo que permite investigar de manera más específica la triple interacción que propone Beck como etiología de la depresión: Estresores específicos  $\times$  Vulnerabilidad específica  $\times$  Importancia del estresor.

#### **(4) Validez de Constructo: Validez Convergente**

La DAS-A presenta índices adecuados de validez convergente tanto con el constructo psicopatológico con el que supuestamente está relacionado, la depresión, como con otros constructos que se refieren a procesos cognitivos desadaptativos asociados a la depresión.

Respecto a la depresión, varios estudios han demostrado la existencia de una correlación positiva significativa entre la DAS-A y medidas de sintomatología depresiva, en especial con el Inventario de Depresión de Beck (BDI). Las magnitudes de estas correlaciones son moderadas y no varían mucho en función de si la muestra es normal o clínica. Por ejemplo, con estudiantes universitarios los coeficientes de correlación encontrados

oscilan entre .19 y .59, con una media de .39<sup>5</sup>. O'Hara, Rehm y Cambell (1982) encontraron una correlación de .28 en un grupo de 170 mujeres embarazadas. Por otro lado, Dobson y Shaw (1986) encontraron una correlación de .64 entre el BDI y la DAS-A en una muestra de 61 sujetos que incluía pacientes depresivos, pacientes psiquiátricos no depresivos y sujetos normales. Con una muestra parecida, que incluía además pacientes de medicina general y pacientes con depresión unipolar y bipolar en remisión, Hollon, Kendall y Lumry (1986) hallaron un coeficiente de correlación de .54. Un coeficiente semejante, de .57, fue obtenido por Hill et al. (1989) con una muestra también mixta que estaba formada por cuatro grupos de pacientes con depresión, siete grupos de pacientes con diferentes trastornos psiquiátricos y tres grupos normales. El único estudio que se ha encontrado que comparaba directamente las correlaciones entre ambos instrumentos en una muestra de universitarios y en una muestra de pacientes con un trastorno depresivo diagnosticado, mostraba que en estos últimos la correlación era significativamente menor que en los universitarios (.19 vs. .59; Wierzbicki y Rexford, 1989). Wierzbicki y Rexford sugerían que sus resultados ponen en entredicho la hipótesis de la continuidad de la depresión, ya que de ser ésta correcta la relación observada entre depresión y otros factores (como las actitudes disfuncionales) deberían ser semejantes en poblaciones clínicas y no clínicas. Sin embargo, antes de extraer ninguna conclusión definitiva sobre los resultados del estudio de Wierzbicki y Rexford (1989), éste debería ser replicado ya que los coeficientes hallados por estos autores se encuentran entre los más extremos hallados en la literatura.

Por otro lado, la DAS-A presenta correlaciones moderadas con medidas de pensamientos automáticos negativos y de inferencias negativas (una descripción más detallada de estas últimas medidas puede encontrarse en Sanz y Vázquez, 1991a y en Vázquez, en prensa). Con una muestra clínica, Hollon et al. (1986) han encontrado que la DAS-A correlaciona .53 con el Cuestionario de Pensamientos Automáticos (Automatic Thoughts Questionnaire, ATQ), el cual es una medida de productos cognitivos depresivos. Con las mismas medidas, Kwon y Oei (1992) han hallado correlaciones entre la DAS-A y el ATQ que oscilan entre .42 y .50 en una muestra de universitarios. Con una muestra de pacientes con un diagnóstico de depresión, DeRubeis et al. (1990) hallaron una correlación de .43 entre la DAS-A y el ATQ, y de .56 entre la DAS-A y la Escala de Desesperanza de Beck. Trabajando también con pacientes depresivos, Hamilton y Abramson (1983)

informaron de correlaciones entre  $-.42$  y  $-.60$  entre la DAS-A y un índice de estilo atribucional adaptativo extraído del Cuestionario de Estilo Atribucional (ASQ) de Seligman y colaboradores.

##### **(5) Validez de Constructo: Predicciones de la Teoría Cognitiva de Beck**

La validez de constructo de la DAS-A también se puede examinar en relación a la teoría que subyace a su construcción para ver si el constructo que supuestamente mide se comporta tal y como la teoría predice.

a) *Causalidad*. La principal hipótesis derivada de la teoría de Beck es que las actitudes disfuncionales son un *factor cognitivo de vulnerabilidad* a la depresión, lo que supone que la DAS-A por sí sola o en interacción con medidas de estrés debería predecir niveles futuros de sintomatología depresiva (Sanz y Vázquez, 1991). Con la excepción de un estudio (Rush, Weissenberger y Eaves, 1986), las investigaciones en general han demostrado que la DAS-A *no es un predictor significativo* de niveles posteriores de sintomatología depresiva tanto cuando se la considera en solitario como en interacción con acontecimientos vitales negativos (O'Hara, Rehm y Campbell, 1982; Barnett y Gotlib, 1988a, 1990; Power, 1988).

b) *Estabilidad*. Una suposición que se deriva de la hipótesis anterior y que la teoría de Beck asume, es que las creencias disfuncionales son una característica cognitiva *estable* de los individuos deprimidos. Esto supone, en primer lugar, que las puntuaciones en la DAS-A de los pacientes depresivos no deberían variar de forma significativa una vez que la depresión hubiera remitido. Sin embargo, los datos demuestran que en general las puntuaciones en la DAS-A disminuyen cuando la depresión remite tras un tratamiento (Eaves y Rush, 1984; Blackburn et al., 1986; Silverman et al., 1984; Simons, Garfield y Murphy, 1984; Reda, Carpiniello, Secchiaroli y Blanco, 1985). Este hallazgo contradice claramente la hipótesis de la vulnerabilidad, máxime cuando ninguno de los tratamientos utilizados en estas investigaciones (terapias farmacológicas) estaba dirigido específicamente a la modificación de creencias disfuncionales. Es más, la disminución en las puntuaciones en la DAS-A no es mayor después de un tratamiento cognitivo que después de un tratamiento farmacológico (Simons et al., 1984).

No obstante, esta disminución en las puntuaciones de la DAS-A no sería una amenaza a la validez de constructo si se demostrara que, tras la remisión

de la depresión, las puntuaciones de los pacientes son aún mayores que las de los sujetos normales a pesar de haber disminuido. Una comparación de las Tablas 1 y 2 indica que éste no parece ser el caso (véase también la sección de Diferenciación de Grupos). Los análisis estadísticos confirman esta opinión y han demostrado, en su mayoría, que las puntuaciones en la DAS-A de los pacientes en los que la depresión ha remitido no son diferentes de forma estadísticamente significativa de las puntuaciones de los individuos normales (Blackburn et al., 1990; Hamilton y Abramson, 1983; Simons et al., 1984; Silverman et al., 1984; Hollon et al., 1986; Dohr, Rush y Bernstein, 1989)<sup>6</sup>.

La suposición de la estabilidad implica que las variaciones en estado de ánimo no deberían influir de manera significativa en las puntuaciones obtenidas por los sujetos en la DAS. Miranda, Persons y Byers (1990) hallaron que las puntuaciones en la DAS de un grupo de pacientes deprimidos variaban en función de fluctuaciones espontáneas del estado de ánimo a lo largo del día, de forma que las puntuaciones eran más elevadas cuando el estado de ánimo era peor y disminuían cuando era mejor. De manera semejante, Miranda y Persons (1988), usando un procedimiento Velten de inducción de estado de ánimo, descubrieron que las puntuaciones en la DAS de un grupo de sujetos no deprimidos variaban en función de la inducción de un estado de ánimo alegre y deprimido. Ambos estudios, pues, apoyan la idea de que las actitudes disfuncionales que mide la DAS-A no son una característica estable, sino más bien dependiente del estado de ánimo.

En resumen, el grueso de la literatura parece indicar que las actitudes disfuncionales que mide la DAS-A no son una característica cognitiva estable predictora de una depresión futura, lo que entra en contradicción con la teoría de Beck y amenaza claramente la validez de constructo de la DAS-A. Sin embargo, una lectura más atenta a la teoría de Beck podría explicar los resultados negativos encontrados en la literatura y, por tanto, dejar en el aire, a la espera de nuevas investigaciones, la validez de constructo de la DAS-A respecto a este punto. Efectivamente, la teoría de Beck afirma que las actitudes disfuncionales permanecerían "latentes" en el individuo hasta que la aparición de un suceso estresor congruente con el contenido de tales actitudes las activara, iniciando así una cadena de factores conducentes a la experiencia depresiva (Beck, 1987; Beck et al., 1979). De este modo, el descenso en la puntuación de la DAS-A que se observa tras la remisión de la depresión es un resultado predecible puesto que las actitudes volverían



a su estado de "latencia" y no serían ya accesibles para el individuo. Por consiguiente, la presencia de altos niveles de actitudes disfuncionales en las personas vulnerables a la depresión sólo sería evidente cuando de alguna manera se *activaran* esas creencias "latentes" (e.g., mediante un procedimiento de inducción de estado de ánimo o de "priming" cognitivo). Consistentemente con esta hipótesis, dos recientes trabajos (Miranda y Persons, 1988; Miranda et al., 1990) han comprobado que cuando se induce a las personas un estado de ánimo negativo, los individuos que tienen una historia *previa* de depresión muestran más creencias disfuncionales que aquellos que nunca han padecido una depresión. A pesar de todo, este es un serio problema conceptual y de medida que habrá que abordar en el futuro para clarificar definitivamente el concepto y evaluación de las "actitudes disfuncionales" (Haaga et al., 1991).

## ADAPTACION ESPAÑOLA DE LA DAS-A

### METODO

#### Sujetos

Tres grupos de estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid participaron en este estudio, formando una muestra de 477 sujetos, la mayoría de los cuales (84.6%) eran mujeres (404 mujeres y 73 varones). La edad de los sujetos oscilaba entre 18 y 53 años, siendo la media de 22.04 (DT = 2.7).

#### Instrumentos de Evaluación

Además de la *Escala de Actitudes Disfuncionales, Forma A*, se utilizaron los siguientes autoinformes:

1. *El Inventario de Depresión de Beck* (Beck Depression Inventory, BDI; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). Este inventario es sin duda el instrumento más utilizado para evaluar el estado de ánimo deprimido y la presencia de sintomatología depresiva en poblaciones normales y clínicas (Vázquez, en prensa). El BDI consta, en su versión de 1978, de 21 ítems, cada uno de los cuales refleja un síntoma depresivo distinto por medio de cuatro afirmaciones graduadas, correspondientes a grados crecientes de intensidad del síntoma, valoradas de 0 a 3. La puntuación total en el BDI, por tanto, puede

oscilar entre 0 y 63. El BDI cuenta con unas excelentes propiedades psicométricas avaladas por una abundante literatura empírica en diversos países (cf. Beck, Steer y Garbin, 1988). En un estudio con más de 1000 sujetos, Vázquez y Sanz (1991b) han demostrado la fiabilidad y validez factorial de la versión española del BDI en su uso con muestras universitarias.

2. *La Escala de Evitación y Ansiedad Social* (Social Avoidance and Distress Scale, SAD; Watson y Friend, 1969). Esta escala, elaborada por Watson y Friend (1969) a partir de muestras de universitarios de ambos sexos, consta de 28 ítems con formato de respuesta verdadero-falso. La mitad de los ítems pretenden medir la tendencia a evitar, o el deseo de evitar, o escapar de interacciones sociales, y los restantes 14 ítems se refieren a la tendencia a experimentar emociones negativas, como sentirse preocupado, angustiado, tenso o ansioso en interacciones sociales. Las puntuaciones en la SAD están comprendidas entre 0 y 28, indicando la puntuación más alta una mayor evitación y malestar en las situaciones sociales. De entre todos los autoinformes de ansiedad social, la SAD es la que mayor cantidad de datos ha acumulado sobre su validez (Glass y Arnkoff, 1989). De hecho, es el instrumento más usado para medir la ansiedad social tanto con propósitos clínicos como de investigación (Leary, 1991). En el presente estudio se ha utilizado la versión española realizada por Gil (1981), quien ha ofrecido índices más que aceptables de fiabilidad y de validez, esta última en cuanto a su poder para discriminar entre sujetos con y sin problemas de ansiedad social. Por su parte, Sanz (1991) ha presentado datos que indican que la validez convergente y divergente de la versión española de la SAD son adecuadas.

3. *La Escala de Ansiedad a la Interacción* (Interaction Anxiousness Scale, IAS; Leary, 1983). La IAS es un autoinforme creado para medir la tendencia a experimentar ansiedad social subjetiva, independientemente de la presencia o no de conductas observables (e.g., conductas de evitación, escape, inhibición). La IAS está compuesta por 15 ítems que el sujeto ha de valorar entre 1 y 5, por lo que la puntuación total en la escala está comprendida entre 15 y 75, indicando la puntuación más alta una mayor tendencia a la ansiedad social. Los ítems cubren un amplio rango de situaciones potencialmente ansiógenas que implican todas ellas interacciones sociales contingentes, es decir, encuentros en los que la respuesta del individuo es contingente a las respuestas de los otros participantes en la situación

(al contrario que ocurre, por ejemplo, al hablar en público). Aunque de reciente creación, la IAS está ganando aceptación entre los investigadores de la ansiedad y fobia social (Glass y Arnkoff, 1989). Leary y Kowalski (1986) han presentado una gran cantidad de datos que demuestran la consistencia interna, fiabilidad test-retest, validez convergente y validez de criterio de la IAS. La versión española, realizada por Sanz (1993), presenta también unas excelentes propiedades psicométricas con muestras universitarias.

### **Procedimiento**

De la muestra total, 32 sujetos correspondían a los primeros de un grupo más amplio que participó voluntariamente en un experimento sobre estado de ánimo deprimido y cognición. Estos sujetos completaron el BDI, la DAS-A y una Escala Análogica Visual de forma individual, al principio de la sesión experimental, siguiendo ese orden de presentación (véase Vázquez y Ring, 1993). Otros 157 sujetos de la muestra total completaron, en un orden aleatorio de presentación, la IAS, el BDI, la SAD y la DAS-A. Un tercer grupo de 234 sujetos completó, también en un orden aleatorio, la SAD, el BDI y la DAS-A. Finalmente, un cuarto grupo de 54 sujetos completó, primeramente, la DAS-A y luego el BDI. Estos tres últimos grupos de sujetos participaron en este estudio para cumplir los requisitos de una de sus asignaturas y rellenaron los cuestionarios en una sola sesión, en grupos de 25-30. Las medias y desviaciones típicas de los sujetos en todos los instrumentos citados aparecen en la Tabla 3.

## **RESULTADOS**

### **Estructura Factorial**

Para investigar la estructura factorial de la versión española de la DAS-A se utilizó el análisis factorial pues tanto el índice Kaiser-Meyer-Olkin de adecuación de la muestra (igual a .83) como el test de esfericidad de Bartlett ( $B=3745.50$ ,  $p < 0.00001$ ) indicaban que el modelo factorial era adecuado para analizar los datos. Los análisis factoriales fueron realizados mediante el paquete estadístico SPSS/PC+ (Norusis, 1989). La extracción inicial de factores mediante el procedimiento de componentes principales resultó en 13 factores con valores propios mayores que 1, que explicaban

un 59.3% de la varianza total (un resultado casi idéntico al 59.3% de varianza explicada por los 14 factores obtenidos en la primera extracción por Sahin y Sahin, 1992).

**TABLA 3.- Medias y Desviaciones Típicas en todas las Medidas. (Número de Sujetos entre Paréntesis).**

	Total		Varones		Mujeres No Deprimidos		Deprimidos		M	DT
	M	DT	M	DT	M	DT	M	DT		
<b>Edad</b>	22.0 (477)	2.7	22.5 ( 73)	4.3	21.9 (404)	2.3	22.1 (395)	2.8	21.4 ( 33)	2.5
<b>DAS-A Total</b>	122.0 (477)	21.7	123.5 ( 73)	21.5	121.7 (404)	21.8	119.2 (395)	19.8	143.8 ( 33)	26.5
<b>DAS-A Logro</b>	35.3 (477)	9.8	37.4 ( 73)	10.3	34.9 (404)	9.7	34.0 (395)	8.6	44.9 ( 33)	14.0
<b>DAS-A Dependencia</b>	32.5 (477)	7.1	31.6 ( 73)	7.1	32.7 (404)	7.1	32.0 (395)	7.1	36.2 ( 33)	8.0
<b>DAS-A Autonomía</b>	29.5 (477)	4.1	30.0 ( 73)	3.6	29.4 (404)	4.2	29.7 (395)	4.1	26.9 ( 33)	3.7
<b>BDI</b>	5.4 (477)	5.6	5.7 ( 73)	5.5	5.4 (404)	5.7	3.4 (395)	2.6	20.9 ( 33)	5.8
<b>SAD</b>	7.7 (391)	5.8	7.5 ( 53)	6.1	7.7 (338)	5.8	6.9 (336)	5.3	13.3 ( 21)	6.4
<b>IAS</b>	42.7 (157)	10.8	39.3 ( 32)	10.2	43.6 (125)	10.8	41.5 (131)	10.2	54.2 ( 9)	12.2

Nota. M = Media; DT = Desviaciones Típicas; DAS-A = Escala de Actitudes Disfuncionales. Forma A; BDI = Inventario de Depresión de Beck; SAD = Escala de Evitación y Ansiedad Social; IAS = Escala de Ansiedad a la Interacción.

El hecho de que el porcentaje de varianza que explicaba cada factor disminuyera radicalmente tras los tres primeros factores unido a los resultados del test *scree* de Catell, aconsejaron retener únicamente *tres factores*. El primer factor explicaba un 16 % de la varianza total, el segundo factor un 6.3 % y el tercero un 4.5 % (valores propios iguales a 6.34, 2.53 y 1.80, respectivamente), lo que en total suponía un 26.7 % de la varianza de los datos. Se procedió a rotar esos tres factores mediante un procedimiento de rotación oblicua (oblimin directo)<sup>8</sup> imponiendo también a los datos soluciones factoriales de dos y cuatro factores, es decir, aquellas otras so-

luciones que en la literatura previa se habían obtenido (véase la Tabla 5). Tras examinar las matrices de estructura de todas las soluciones en cuanto a su interpretabilidad psicológica, también se llegó a la conclusión de que la solución de tres factores era la más adecuada.

La Tabla 4 muestra los ítems de la DAS-A que saturaban de forma más clara en cada uno de los tres factores rotados. Esos 27 ítems tenían saturaciones mayores de .40 en alguno de los tres factores y saturaciones no significativas en el resto de los factores (menores de .30 y, para 20 de los 27 ítems, menores de .20). Los ítems con saturaciones más elevadas en el primer factor tenían que ver con la motivación de logro, con el miedo al fracaso y con creencias irracionales de perfeccionismo, por lo que fue denominado *Logro*. Los ítems con pesos factoriales más elevados en el segundo factor implicaban cuestiones de dependencia y aprobación por los demás, sugiriendo que la propia felicidad y autoestima dependían del amor y la consideración de los otros. Por tanto, este segundo factor fue denominado *Dependencia Necesidad de aprobación*. El tercer factor fue más difícil de interpretar que los dos anteriores. Los ítems que saturaban de forma significativa en este tercer factor parecían indicar una actitud de autonomía frente a las opiniones de los demás o frente a las circunstancias externas, que además no parecían reflejar, dada la saturación del ítem 25, una actitud negativa de "pasotismo", sino simplemente un autocontrol sobre la propia estima y felicidad. En consecuencia, el tercer factor fue denominado *Actitud autónoma*. Es importante observar que de los seis ítems que saturan en este factor, cinco son parte de los 10 ítems que están formulados de manera inversa en la escala y expresan por lo tanto actitudes adaptativas; por lo tanto, este factor podría representar un elemento cognitivo de adaptación. Sobre la composición de este factor se volverá más adelante. La matriz de correlaciones entre los tres factores indicaba una relativa independencia entre los factores. La correlación entre el factor 1 y el factor 3 fue de -.22, lo que suponía tan solo un 4 % de varianza compartida. Las correlaciones entre los factores 1 y 2, y entre los factores 2 y 3 fueron aún menores ( $r = .17$  y  $.05$ , respectivamente).

Como se desprende de la Tabla 5, existe una gran semejanza entre los ítems que componen los dos primeros factores en el presente estudio y los ítems de los dos primeros factores en investigaciones anteriores, de manera que, sin ninguna duda, se puede afirmar que se han obtenido los mismos dos factores. En conclusión, pues, parece que en la DAS-A la solución de

dos factores es estable transculturalmente. En el momento actual, es difícil afirmar si la aparición de más factores es producto de variables relacionadas con el muestreo, con las técnicas estadísticas o con características peculiares de la población.

**TABLA 4.- Estructura Factorial de la DAS-A**

<b>FACTOR 1 : LOGRO</b>		
20.	Si no consigo el nivel máximo, es probable que acabe siendo una persona de segunda categoría.	.63
4.	Si no hago siempre las cosas bien, la gente no me respetará.	.60
3.	La gente probablemente me considerará menos si cometo algún fallo.	.59
31.	No puedo confiar en otras personas, porque podrían ser crueles conmigo.	.54
9.	Si no hago las cosas tan bien como los demás, eso significa que soy una persona inferior.	.53
21.	Para ser una persona valiosa debo destacar de verdad por lo menos en un aspecto importante.	.52
15.	Si los demás saben cómo eres realmente, te considerarán menos.	.51
22.	Las personas a quienes se les ocurren buenas ideas valen más que aquellas a quienes no se les ocurren.	.48
11.	Si no puedo hacer bien una cosa, es mejor no hacerla.	.47
14.	Si fracaso en parte, eso lo considero tan malo como ser un completo fracaso.	.45
18.	La gente debería tener una razonable probabilidad de éxito antes de emprender cualquier cosa.	.42
13.	Si alguien no está de acuerdo conmigo, eso probablemente indica que no le agrado.	.41
33.	Para agradar a otras personas, lo mejor es renunciar a los propios intereses.	.41
<b>FACTOR 2 : DEPENDENCIA/NECESIDAD DE APROBACION</b>		
38.	Es muy importante lo que otras personas piensan sobre mí.	-.64
35.	Para ser feliz, no necesito la aprobación de los demás.	.60
28.	Si uno no tiene otras personas en las que confiar, está destinado a estar triste.	-.59
19.	Mi valor como persona depende en gran medida de lo que los demás opinen de mí.	-.58

32.	Si desagradas a los demás no puedes ser feliz.	-.57
7.	No puedo ser feliz a no ser que me admire la mayor parte de la gente que conozco.	-.45
39.	Estar aislado de los demás termina por llevar a la infelicidad.	-.42
40.	Puedo encontrar la felicidad sin ser amado por otra persona.	.40

**FACTOR 3 : ACTITUD AUTÓNOMA**

24.	Las opiniones que tengo de mí mismo son más importantes que las opiniones que los demás tiene de mí.	.55
29.	Puedo alcanzar metas importantes sin esclavizarme a mí mismo.	.50
30.	Es posible ser reprendido y no sentirse molesto.	.46
17.	Uno puede disfrutar de una actividad independientemente del resultado final.	.42
25.	Para ser una persona buena, honesta y de valía, debo ayudar a todo el que lo necesite.	.41
2.	La felicidad depende más de mi actitud hacia mí mismo que de la impresión que los demás tienen de mí.	.40

Nota. Sólo se han admitido ítems con saturaciones factoriales iguales o mayores de .40.

Se formaron tres subescalas a partir de los ítems que saturaban de forma significativa en cada uno de los tres factores (véase la Tabla 4). Dado que el tercer factor reflejaba la presencia de actitudes adaptativas, la forma habitual de corrección de los ítems que componían dicho factor fue invertida. Como se esperaba del análisis factorial, las correlaciones entre las subescalas fueron relativamente bajas, aunque dado el tamaño de la muestra, todas fueron estadísticamente significativas. Así, la correlación entre las subescalas de logro y dependencia/necesidad de aprobación fue de .37, entre logro y actitud autónoma fue -.32 y entre esta última y dependencia/necesidad de aprobación fue -.25.

**Fiabilidad**

Las correlaciones entre los ítems y el total corregido de la escala (la suma de los otros ítems) fueron moderadas: el 42 % de los ítems tenían correlaciones ítem-total mayores que .30, y el 70 % de los ítems mostraban correlaciones

**TABLA 5.- Comparación entre los Diversos Análisis Factoriales Publicados de la DAS-A**

	Sahin y Sahin (1992)	Cane y cols. (1986)	Power y cols. (1992)	Parker y cols. (1984)	Persons y cols. (1991)	Sanz y Vázquez
Nº Sujetos	345	664	144	117	239	477
Población	Univer.	Univer.	Univer. y Ex-Depres.	Pacientes Medicina	PacientesUniver. Depresivos	
Extracción Factores	C.P.	C.P.	C.P.	C.P.	C.P.	C.P.
Nº Factores	4	2	3	4	2	3
Rotación Factores	Varimax	Varimax	Varimax	Oblimin	Varimax	Oblimin
Selección de Items	>.30	>.40	>.40	>.30	?	>.40
<b>FACTOR 1</b>						
<b>% Varianza</b>	?	47.0	22.5	16.0	?	15.9
<b>Items</b>	1	1	1	1	1	-
	3	3	3	3	3	3
	4	4	4	4	4	4
	5	-	-	-	-	-
	-	-	-	6	-	-
	7	-	7	7	-	-
	8	8	8	-	8	-
	9	9	9	9	9	9
	10	10	10	-	10	-
	11	11	-	-	11	11
	-	12	-	-	-	-
	13	13	13	-	13	13
	14	14	14	-	14	14
	15	15	15	15	15	15
	16	-	-	-	-	-
	-	-	-	-	-	18
	-	-	-	19	-	-
	20	-	20	-	20	20
	-	21	21	-	21	21
	-	22	22	-	22	22
	-	-	23	-	23	-
	26	26	-	-	26	-
	31	31	-	-	-	31
	33	-	-	-	-	33
	37	-	-	37	-	-



**TABLA 5.- (Continuación) Comparación entre los Diversos Análisis Factoriales Publicados de la DAS-A**

	Sahin y Sahin (1992)	Cane y cols. (1986)	Power y cols. (1992)	Parker y cols. (1984)	Persons y cols. (1991)	Sanz y Vázquez
<b>FACTOR 2</b>						
<b>% Varianza</b>	?	14.0	6.2	8.0	?	6.3
<b>Items</b>	-	7	-	-	7	7
16	-	-	-	16	16	-
19	-	19	-	-	19	19
21	-	-	-	-	-	-
22	-	-	-	-	-	-
23	-	-	-	-	-	-
27	-	27	27	-	27	-
28	-	28	28	28	28	28
-	-	-	29	-	-	-
32	-	32	32	32	32	32
34	-	34	34	34	34	-
-	-	35	-	35	35	35
38	-	38	38	-	38	38
39	-	39	-	-	39	39
40	-	40	40	-	40	40

Nota. Univer. = Estudiantes Universitarios; Ex-Depres. = Pacientes Depresivos recuperados; P.C. = Componentes Principales; ?= Información no suministrada.

item-total mayores que .20, resultados similares a los obtenidos en otros estudios con muestras de universitarios (Cane et al., 1986). Sin embargo, otros índices de consistencia interna fueron ligeramente inferiores a los que aparecen en la literatura. Así, el coeficiente alfa de Cronbach fue de .70, lo que representa una moderada consistencia interna, pero inferior a la encontrada en otros estudios con universitarios en los que los coeficientes oscilaron entre .79 y .89 (Cane et al., 1986; Weissman, 1980; Sahin y Sahin, 1992).

Los datos de consistencia interna de las subescalas formadas a partir de los resultados del análisis factorial fueron relativamente pobres, excepto para la subescala de logro. Así, los coeficientes alfa de las subescalas de logro, dependencia/necesidad de aprobación y actitud autónoma fueron, respectivamente, .79, .36 y .47. El coeficiente alfa de la subescala de logro es

similar al de subescalas parecidas en estudios anteriores (Sahin y Sahin, 1992; Cane et al., 1986), pero el valor del coeficiente de la subescala de dependencia/necesidad de aprobación es claramente inferior. Por tanto, la utilización de las subescalas de dependencia/necesidad de aprobación y de actitud autónoma debería hacerse con mucha precaución hasta que posteriores estudios ofrezcan más datos sobre su fiabilidad.

### **Normas**

La media y la desviación típica en la DAS-A para la muestra de universitarios españoles de este estudio fueron, respectivamente, 122 y 21.7 (véase la Tabla 3). Como se desprende de la Tabla 2, ambos valores son muy semejantes a los obtenidos con universitarios en otros países. Como ha ocurrido en otros estudios (véase la Tabla 2), los hombres tienden a puntuar más alto en la DAS-A que las mujeres (123.5 vs. 121.7), aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa [ $t(475) = -.62$ , n.s.], ausencia de significación que replica los hallazgos de investigaciones previas (Barnett y Gotlib, 1990; Sahin y Sahin, 1992)<sup>9</sup>.

Las medias y desviaciones típicas de los universitarios de este estudio para cada una de las subescalas de la DAS-A aparecen en la Tabla 3. No existen diferencias estadísticamente significativas entre los sexos en la subescala de dependencia/necesidad de aprobación ni en la subescala de actitud autónoma [ $t(475) = 1.27$  y  $-1.32$ , respectivamente, ambas n.s.]. Sin embargo, las mujeres puntúan más bajo en la subescala de logro que los hombres [34.9 vs. 37.4;  $t(475) = -2.01$ ,  $p < 0.05$ ]. Este patrón de resultados, en cuanto a las subescalas de dependencia/necesidad de aprobación y logro, corrobora aquél hallado por Barnett y Gotlib (1990) a partir de la factorización del DAS-A de Cane et al. (1986). Barnett y Gotlib también encontraron que las mujeres mostraban de forma significativa menos actitudes disfuncionales en la subescala de "evaluación del rendimiento", mientras que no existían diferencias entre varones y mujeres en la subescala de "aprobación por los otros".

### **Validez de Constructo: Relación con la Depresión y con la Ansiedad Social**

En la Tabla 6 se muestran los coeficientes de correlación entre la DAS-A y sus subescalas con las medidas de sintomatología depresiva y ansie-

dad social. Puesto que la DAS-A pretende medir actitudes disfuncionales propias de las personas deprimidas, la validez convergente de la escala queda demostrada por la presencia de correlaciones positivas y significativas entre la DAS-A y el BDI, y entre las subescalas de logro y dependencia/necesidad de aprobación y el BDI. Por supuesto, la validez de constructo también queda confirmada por la presencia de una correlación negativa estadísticamente significativa entre la subescala de actitud autónoma y el BDI. Las magnitudes de estos coeficientes de correlación son similares a los obtenidos en otros estudios con universitarios tanto respecto a la puntuación total en la DAS-A (véase la Nota 5) como respecto a las puntuaciones en las diferentes subescalas (Barnett y Gotlib, 1990)<sup>10</sup>. La moderada magnitud de esas correlaciones indican que aunque las actitudes depresogénicas están significativamente relacionadas con la depresión, su relación es sólo parcial, y, por tanto, tales actitudes depresogénicas se configuran como un constructo conceptualmente diferente de la depresión, probablemente más relacionado con características de personalidad que con estados de ánimo.

Los resultados sobre las correlaciones entre la DAS-A y las medidas de ansiedad social muestran por otro lado que la validez divergente de la escala frente a la ansiedad social es baja. Efectivamente, los coeficientes de correlación que se muestran en la Tabla 6 de las medidas de la DAS-A con la IAS y la SAD son bastante semejantes a los que presentan las primeras medidas con el BDI. Es más, esta semejanza en el patrón de correlaciones se mantuvo cuando se hallaron las correlaciones parciales entre el BDI y las medidas de la DAS-A (controlando los efectos de la SAD y de la IAS), y entre las medidas de ansiedad social y las medidas de la DAS-A (controlando los efectos del BDI). Estos resultados se añadan a los datos presentados en la introducción y señalan la falta de especificidad de la DAS-A como medida de actitudes disfuncionales ligadas específicamente a la depresión. Es más, esta falta de especificidad abarca no sólo a la puntuación total de la DAS-A, sino también a las subescalas que la integran.

### **Validez de Constructo: Discriminación entre Sujetos Deprimidos y No Deprimidos**

Para examinar las características de la DAS-A a la hora de distinguir entre individuos con altos y bajos niveles de sintomatología depresiva, se seleccionaron dos grupos de sujetos de la muestra total de acuerdo a sus puntuaciones en el BDI. Teniendo en cuenta los criterios ampliamente acepta-

dos de Kendall, Hollon, Beck, Hammen e Ingram (1987), los sujetos que obtuvieron en el BDI una puntuación igual o menor de 9 fueron clasificados como "no deprimidos" mientras que aquellos que obtuvieron 16 o más fueron clasificados como "deprimidos". El grupo no deprimido estaba compuesto por 339 mujeres y 56 varones, mientras que el grupo deprimido estaba formado por 28 mujeres y 5 varones. Ambos grupos no diferían en la proporción varones/mujeres que incluían [ $\chi^2(1, N=428) = 0.23, n.s.$ ], ni diferían de la muestra total. Como era de esperar (véase la Tabla 3), la diferencia entre ambos grupos en el BDI era estadísticamente significativa [ $t(33.1) = -17.23, p < 0.001$ ], pero no así la diferencia en edad [ $t(426) = -1.37, n.s.$ ].

La Tabla 3 muestra las puntuaciones en la DAS-A y en cada una de sus subescalas de los grupos deprimido y no deprimido. Como se esperaba, los individuos deprimidos, en comparación a los no deprimidos, mostraban puntuaciones significativamente más altas en la escala total y en las subescalas de logro y dependencia/necesidad de aprobación [respectivamente,  $t(35.05) = -5.22, t(33.92) = -4.25$  y  $t(426) = -3.22$ , en todos los casos  $p < 0.001$ ]. Por el contrario, el grupo de sujetos no deprimido obtuvo una puntuación media en la subescala de actitud autónoma significativamente más alta que la del grupo deprimido [ $t(426) = 3.66, p < 0.001$ ]. Estos resultados avalan, pues, el poder discriminativo de la DAS-A a la hora de distinguir entre individuos con y sin síntomas depresivos.

**TABLA 6.- Coeficientes Alfa de Cronbach y Correlaciones entre las Subescalas de la DAS-A y las Medidas de Depresión y Ansiedad Social**

Subescalas factoriales de la DAS-A	BDI	SAD	IAS	Alfa
LOGRO	.35	.30	.25*	.79
DEPENDENCIA/NECESIDAD				
APROBACION	.17	.11	.21*	.36
ACTITUD AUTONOMA	-.19	-.23	-.29	.47
DAS-A (TOTAL)	.36	.33	.36	.70
	N= (477)	(391)	(157)	(477)

Nota. \* Significativas con  $p < 0.01$ ; todas las demás correlaciones significativas con  $p < 0.001$ .

Para evaluar la validez de los ítems, se comparó la puntuación de los grupos deprimido y no deprimido en cada uno de ellos. Puesto que la realización de múltiples comparaciones aumenta considerablemente la probabilidad de cometer errores Tipo I, se decidió ajustar el nivel de significación mediante el procedimiento de Bonferroni, estableciéndose, por tanto, en 0.001. A este nivel, 8 ítems distinguían de forma significativa a los grupos deprimido y no deprimido (ítems 3, 14, 16, 23, 27, 28, 29, 31). Un posterior análisis discriminante incluyendo todos los ítems demostró que 19 ítems formaban parte de la función discriminante (ítems 31, 14, 3, 28, 29, 8, 27, 34, 38, 23, 18, 22, 6, 16, 4, 20, 26, 13, 36). Esta función podía clasificar correctamente al 84.81 % de los sujetos como no deprimidos o deprimidos, con un  $\lambda$  de Wilks igual a .77 [ $\chi^2(19, N=428) = 109.81, p < 0.0001$ ]. En general, pues, los resultados avalan la validez de los ítems de la DAS-A.

## **CONCLUSIONES Y CONSIDERACIONES SOBRE EL USO DE LA DAS-A**

El estudio que se ha presentado demuestra que las propiedades psicométricas de la DAS-A con muestras universitarias españolas son, en general, aceptables para su uso en la investigación y en la práctica clínica. De hecho, los índices de fiabilidad y validez de la DAS-A son semejantes a los obtenidos en otros países. Por supuesto, que estas afirmaciones serán más rotundas cuando posteriores trabajos evalúen las propiedades psicométricas de la DAS-A española con poblaciones adultas aleatoriamente seleccionadas y con poblaciones clínicas, especialmente con pacientes depresivos. No obstante, a tenor de lo que ha ocurrido en otros países y como así queda recogido en la introducción, parece que la constatación de buenos índices psicométricos en poblaciones universitarias es un buen predictor del comportamiento de la DAS-A en otros tipos de poblaciones. También es evidente que la investigación futura con la versión española de la DAS-A deberá abordar otros índices psicométricos que no se han considerado aquí como, por ejemplo, la fiabilidad test-retest, la validez convergente con otras medidas de depresión y de procesos cognitivos disfuncionales o la validez divergente con otras medidas psicopatológicas; asimismo, sería deseable la realización de un estudio que comparase las versiones españolas de las Formas A y B.

Futuros estudios deberían también prestar atención al comportamiento peculiar de los ítems inversos de la DAS-A, comportamiento que replica

los resultados de Sahin y Sahin (1992) y, que debido a que la literatura previa no había abordado el análisis pormenorizado de los items, ha podido pasar inadvertido antes de la publicación de ese trabajo y del presente. Claramente, los resultados que se han obtenido señalan ciertas anomalías en los items inversos. Primero, cinco de los 10 items inversos saturaban de forma muy clara en el factor de actitud autónoma, lo cual es muy revelador si se tiene en cuenta que en dicho factor sólo saturaban de forma significativa 6 items. Es más, dejando a un lado los 5 items inversos, el item restante de ese factor parece tener una formulación y contenido con una clara carga de "deseabilidad social" (Item 25: "Para ser una persona buena, honesta y de valía, debo ayudar a todo el que lo necesite"). Segundo, excepto el item 6, ninguno de los restantes 9 items inversos aparecía en la función discriminante, y ninguno distinguía, a través de pruebas de comparación de grupos, a los sujetos deprimidos y no deprimidos. Tercero, cuando estos items son eliminados, la consistencia interna de la DAS-A se eleva de forma muy significativa ( $\alpha = .83$ ). Finalmente, ninguno de los items inversos satura de manera significativa en el primer factor de la estructura factorial (logro), y sólo dos lo hacen en el segundo factor (dependencia/necesidad de aprobación).

Como han sugerido Sahin y Sahin (1992), es posible que un factor de deseabilidad social subyazca a la respuesta de los sujetos a los items inversos (y por ende a aquellos que conforman la subescala de actitud autónoma). Para ilustrar este punto, Sahin y Sahin ofrecen un ejemplo que también es oportuno en este caso. Obsérvense las siguientes expresiones:

«Está bien cometer fallos, porque de ellos puedo aprender».

«La gente probablemente me considerará menos si cometo algún fallo».

La primera corresponde a uno de los items inversos, la segunda a uno de los items que discriminaban de manera significativa a los individuos con y sin síntomas depresivos. La primera representa una actitud autónoma-individualista focalizada en la primera persona del singular, mientras que el mismo contenido, con ligeras diferencias en la formulación, es un item de la subescala de logro, sugiriendo que la propia autoestima depende de cómo haga uno las cosas y del juicio de los demás al respecto. Dos posibles explicaciones, no mutuamente excluyentes, pueden explicar el comportamiento anómalo de los items inversos frente al resto de los items. Primero, que tales items estén reflejando un factor de deseabilidad social. En este sentido, un estudio que evaluara la relación entre deseabilidad social (medida, por ejemplo, a través de alguna escala de Deseabilidad Social) y estos items

arrojaría bastante luz al respecto. Segundo, que el elemento clave que distingue al ítem discriminativo es su formulación en cuanto que refleja la representación que los individuos tienen sobre las contingencias de su autoestima en relación a las relaciones que mantienen con los demás. En este sentido, Segal (1988) ha sugerido que lo que realmente distingue a los individuos deprimidos y no deprimidos es la representación de las relaciones entre las personas, más que las descripciones de naturaleza autoevaluativa que aparecen en los ítems inversos y en el factor actitud autónoma, e incluso en muchos ítems de la subescala de logro. Existe cierta evidencia empírica que apoyaría esta última hipótesis y que tiene que ver con la relación entre depresión y las variables de sociotropía y autonomía. En varios estudios se ha encontrado que únicamente el factor de sociotropía (aquel en que la autoestima está definida socialmente) está relacionado con el BDI, pero no el factor de autonomía (Pilon, 1989; Robins y Block, 1988).

Hasta que estas lagunas de conocimiento sean resueltas, la DAS-A se presenta por ahora como un instrumento adecuado para identificar y evaluar las actitudes disfuncionales de los individuos, evaluación que puede ser bastante específica si se utilizan las subescalas desarrolladas a partir del análisis factorial. La posibilidad de esta evaluación específica permite responder a algunas de las críticas que con más fuerza se le han hecho no sólo a la DAS, sino en general a casi todas las medidas cognitivas en el campo de la depresión (cf. Gotlib y Barnett, 1988b; Vázquez, Sanz y Avia, 1990): su vaguedad e inespecificidad. En este sentido, baste señalar que la evaluación más específica, el *microanálisis* de las actitudes disfuncionales parece ser una fructífera línea de investigación para determinar grupos de estímulos específicos que activan actitudes o grupos de actitudes específicos, lo cual supone un avance teórico y metodológico respecto a las formulaciones bastante amplias y generales de las teorías cognitivas de la depresión y enlaza con una abundante literatura sobre tipos de personalidad e interacción «*Personalidad x Sucesos estresantes*», la cual está dando ahora sus frutos en el campo de la depresión (cf. Nietzel y Harris, 1990). Por ejemplo, Reda et al. (1985) han observado que aunque las actitudes disfuncionales cambian en función del estado clínico, un subgrupo de ítems de la DAS parece permanecer invariable, concretamente aquellos que reflejan la necesidad de agradar a los otros y los relacionados con el perfeccionismo. Por otro lado, utilizando las dos subescalas de la DAS-A propuestas por Canc et al. (1986), bastante similares como se recordará a

dos de las subescalas encontradas en este trabajo, Segal, Shaw y Vella (1989) han encontrado en un estudio longitudinal que los pacientes deprimidos que exhibían más actitudes de *dependencia* mostraban un riesgo mayor de recaída y unos niveles más altos de depresión tras la ocurrencia de acontecimientos *estresantes interpersonales* (e.g., "la ruptura de un noviazgo") que tras la ocurrencia de acontecimientos estresantes relacionados con el logro (e.g., "suspender un curso escolar"). De hecho, este tipo de análisis ha permitido en nuestro estudio constatar ciertas diferencias entre varones y mujeres en la presencia de algunas actitudes disfuncionales (en concreto aquellas que tienen que ver con la necesidad de logro y el perfeccionismo), las cuales quedaban ocultas tras la puntuación global en la DAS-A, y sólo se manifestaron con una evaluación más específica.

No obstante es importante señalar que el microanálisis de las puntuaciones no debe estar dirigido exclusivamente por los resultados de la factorización. Es decir, además de la puntuación total y las puntuaciones en las subescalas, el clínico debería prestar atención, por ejemplo, a aquellos items con puntuaciones más elevadas (algo también apuntado por Weissman, 1980). Es decir, cabe emplear estrategias de análisis diferenciadas. Como nuestro análisis discriminante ha puesto de manifiesto, hay una serie de items que pueden ser de utilidad para identificar los sujetos deprimidos de los no deprimidos y, para esta función en concreto, la utilización del resultado factorial parece *no ser adecuada*.

Por otro lado, la utilidad clínica de la DAS esta siendo refrendada muy recientemente por un grupo de estudios que evalúan la eficacia de las terapias cognitivo-conductuales de la depresión. Se ha descubierto que aquellos sujetos que tras una terapia cognitivo-conductual muestran aún altas puntuaciones en la DAS-A, tienen un mayor riesgo de *recaída* (Thase et al., 1992). Asimismo, parece que los cambios en las actitudes disfuncionales medidas a través de la DAS-A predicen la respuesta de los pacientes a la terapia cognitiva de Beck a lo largo de ésta (DeRubeis et al., 1990).

Sentadas en cierta medida las bases psicométricas para el empleo de la DAS en la investigación y en la clínica, su uso, no obstante, plantea otros interrogantes. Por ejemplo, ¿cuál o cuáles son los métodos teórica y clínicamente más significativos a la hora de puntuar la DAS-A? ¿Es más significativo considerar la puntuación total de la DAS-A o de sus subescalas, o bien habría que considerar alguna otra forma de puntuación como, por ejemplo, la proporción de actitudes que el sujeto mantiene de una forma



extrema (y presumiblemente rígida)? Clínicamente, un individuo con pocas actitudes disfuncionales pero que las mantiene en un grado extremo e inflexible puede ser más vulnerable o más difícil de tratar terapéuticamente. Desde un punto de vista más teórico, ¿reflejan las actitudes disfuncionales el contenido proposicional supuestamente almacenado en los "esquemas" depresogénicos que postulan las teorías cognitivas? Algunos autores igualan los dos constructos (Beck et al., 1979), mientras que otros defienden que los esquemas y las actitudes disfuncionales se refieren a diferentes aspectos de la organización cognitiva de los pacientes (Segal, 1988; cf. Sanz y Vázquez, 1991). Por último, ¿cuál es la estabilidad temporal de las puntuaciones totales en la DAS-A, de sus subescalas y de cada ítem en concreto? Como se ha discutido en la introducción, parece que la estabilidad de las actitudes "accesibles" es dudosa, o dicho de otra manera, la "accesibilidad" de las actitudes parece ser bastante variable, por lo que la evaluación de éstas quizás necesite, incluso en la clínica, de procedimientos adicionales de "priming" que activen tales actitudes para poder así obtener una medición significativa de éstas.

## NOTAS A PIE DE PAGINA

1. Power et al. (1992) encontraron sólo una correlación moderada (.74) entre ambas formas, algo baja para dos formatos supuestamente paralelos. Sin embargo, diferencias en el muestreo pueden explicar esta baja correlación, puesto que Oliver y Baumgart (1985) hallaron un coeficiente de correlación de .83, más propio de formas paralelas y más cercano a los valores indicados por Weissman (1980).

2. Existe también una traducción al español de la Forma B de la DAS que se puede solicitar al segundo autor del presente trabajo.

3. Al corregir la Forma A hay que tener en cuenta que los ítems inversos son los siguientes: 2, 6, 12, 17, 24, 29, 30, 35, 37, 40. Los ítems a los que el sujeto no responde deben puntuarse con un 0 pero, si el sujeto no responde a una proporción muy grande de ítems se debería descartar la puntuación de la escala.

4. Peselow, Robins, Block, Barouche y Fieve (1990) han replicado este hallazgo utilizando la Forma B de la DAS.

5. La correlación media para los universitarios fue obtenida a partir de los datos de los siguientes estudios: Gillis y Lanning (1989:  $r = .40$ ,  $n = 125$ ), Robins y Block (1989:  $r = .46$ ,  $n = 83$ ), Kwon y Oei (1992:  $r = .46$ ,  $n = 355$ ;  $r = .46$ ,  $n = 200$ ), Barnett y Gotlib (1988a:  $r = .31$ ,  $n = 57$ ), Wierzbicki y Rexford (1989:  $r = .59$ ,  $n = 143$ ), Sahin y Sahin (1992:  $r = .19$ ,  $n = 345$ ), y la presente investigación. Para hallar la correlación media se transformaron los coeficientes de correlación en valores  $z$  de Fisher, se ponderaron según la varianza de la muestra (McNemar, 1962) y el valor resultante fue transformado de nuevo

en coeficiente de correlación. En aquellos estudios en los que se había administrado varias veces la DAS-A o el BDI sólo se ha tenido en cuenta la correlación entre las primeras medidas de ambos cuestionarios.

6. Sin embargo, algunas excepciones se pueden encontrar en la literatura que muestran como, a pesar de que las puntuaciones en la DAS-A de los pacientes con depresión decrecen cuando ésta remite, aún así siguen siendo más elevadas que las de los sujetos normales (Eaves y Rush, 1984; Rush et al., 1986).

7. Sin embargo, también en este área existen resultados contradictorios. En concreto, Vázquez y Ring (1993) no hallaron en un grupo de universitarios no deprimidos que las puntuaciones en la DAS variaran en respuesta a una experiencia de éxito o fracaso en una tarea experimental. Por otro lado, estos tres estudios deben tomarse con ciertas precauciones ya que emplearon para hacer el test-retest ambas formas de la DAS y, como se dijo antes, la equivalencia de ambas formas está en entredicho.

8. Aunque la mayoría de los estudios sobre la estructura factorial de la DAS-A han utilizado un procedimiento de rotación ortogonal, preferentemente varimax (véase la Tabla 5), la imposición de ortogonalidad sobre los datos no parece el método más correcto para evidenciar ésta. La manera más razonable de determinar que los factores son verdaderamente ortogonales es realizar una rotación oblicua y observar entonces las correlaciones entre los factores. Si estas correlaciones se acercan a cero, se puede suponer la ortogonalidad de los factores extraídos.

9. Wise y Barnes (1986) encontraron que la diferencia entre hombres y mujeres en la puntuación total de la DAS-A era estadísticamente significativa, pero sus resultados deben considerarse con mucha precaución ya que utilizaron una muestra muy pequeña.

10. Barnett y Gotlib (1990) encontraron coeficientes de correlación más altos en los varones que en las mujeres. Así, entre los universitarios, las correlaciones entre el BDI y las subescalas de evaluación del rendimiento y aprobación por los otros eran, respectivamente, .41 y .42, mientras que entre las universitarias las correlaciones eran ambas .25.

11. En los casos en los que el test inicial de Levene de comparación de varianzas demostraba que éstas eran significativamente diferentes, se utilizaron pruebas t con varianzas separadas y de ahí los decimales en los grados de libertad.

## NOTAS DE LOS AUTORES

En la realización de este estudio, el primer autor ha estado subvencionado por una beca FPI y posteriormente por una beca postdoctoral Fulbright, ambas del Ministerio de Educación y Ciencia.

La correspondencia en relación a este trabajo puede dirigirse bien a Carmelo Vázquez, cuya dirección es Departamento de Psicología Clínica, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, Campus de Somosaguas, 28223 Madrid (BITNET: [psper01@SIS.UCM.ES](mailto:psper01@SIS.UCM.ES)), o bien a Jesús Sanz, cuya dirección actual es Department of Psychology, Yale University, P.O. Box 11A, Yale Station, New Haven, CT 06520-7447, USA (BITNET: [psper02@SIS.UCM.ES](mailto:psper02@SIS.UCM.ES)).

**BIBLIOGRAFIA**

- American Psychiatric Association (APA) (1980). *Diagnostic and Statistical Manual-III-Revised*. Washington: American Psychiatric Press (Trad. esp. en Barcelona: Masson, 1984).
- American Psychiatric Association (APA) (1987). *Diagnostic and Statistical Manual-III-Revised*. Washington: American Psychiatric Press (Trad. esp. en Barcelona: Masson, 1988).
- Andreasen, N.J. y Pfhol, B. (1976). Linguistic analysis of speech in affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, *33*, 1361-1367.
- Barnett, P.A. y Gotlib, I.H. (1988a). Dysfunctional attitudes and psychosocial stress: The differential prediction of future psychological symptomatology. *Motivation and Emotion*, *12*, 251-270.
- Barnett, P.A. y Gotlib, I.H. (1988b). Psychosocial functioning and depression: Distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences. *Psychological Bulletin*, *104*, 97-126.
- Barnett, P.A. y Gotlib, I.H. (1990). Cognitive vulnerability to depressive symptoms among men and women. *Cognitive Therapy and Research*, *14*, 47-61.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, *1*, 5-37.
- Beck, A.T., Brown, G., Steer, R.A. y Weissman, A.N. (1991). Factor analysis of the Dysfunctional Attitude Scale in a clinical population. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *3*, 478-483.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press (Trad. esp. en Bilbao: Desclée de Brower, 1983).
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Garbin, M.C. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, *8*, 77-100.
- Blackburn, I.M., Jones, S. y Lewin, R.J. (1986). Cognitive style in depression. *British Journal of Clinical Psychology*, *25*, 241-251.
- Brewin, C.R. (1988). *Cognitive Foundations of Clinical Psychology*. London: Erlbaum.
- Burns, D.D. (1990). *Sentirse bien*. Barcelona: Paidós. (Orig. 1980).
- Cane, D.B., Olinger, J., Gotlib, I.H. y Kuiper, N.A. (1986). Factor structure of the Dysfunctional Attitude Scale in a student population. *Journal of Clinical Psychology*, *42*, 307-309.
- DeRubeis, R.J., Evans, M.D., Hollon, S.D., Garvey, M.J., Grove, W.M. y Tuason, V.B. (1990). How does cognitive therapy work? Change in cognitive therapy and

- pharmacotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *58*, 862-869.
- Dobson, K.S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *57*, 414-419.
- Dobson, K.S. y Breiter, H.J. (1983). Cognitive assessment of depression: Reliability and validity of three measures. *Journal of Abnormal Psychology*, *92*, 107-109.
- Dobson, K.S. y Shaw, B.F. (1986). Cognitive assessment with major depressive disorders. *Cognitive Therapy and Research*, *10*, 13-29.
- Dohr, K.B., Rush, A.J. y Bernstein, I.H. (1989). Cognitive biases in depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *98*, 263-267.
- Eaves, G. y Rush, A.J. (1984). Cognitive patterns in symptomatic and remitted major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *93*, 31-40.
- Elkin, I., Parloff, M.B., Hadley, S.W., & Autry, J.H. (1985). NIMH treatment of depression collaborative research program. *Archives of General Psychiatry*, *42*, 305-316.
- Elkin, I., Parloff, M.B., Hadley, S.W., & Autry, J.H. (1989). NIMH treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, *46*, 971-982.
- Ellis, A. (1987). A sadly neglected cognitive element in depression. *Cognitive Therapy and Research*, *11*, 121-146.
- Gil, F. (1981). *Eficacia de los distintos métodos en el entrenamiento de la habilidad social de hablar en público*. Tesis Doctoral. Servicio de Publicaciones de la Universidad Complutense de Madrid.
- Gillis, J.S. y Lanning, K. (1989). Cognitive mediation of response to life stress. *Behavioral Medicine*, *15*, 18-22.
- Glass, C.R. y Arnkoff, D.B. (1989). Behavioral assessment of social anxiety and social phobia. *Clinical Psychology Review*, *9*, 75-90.
- Gotlib, I.H. (1984). Depression and general psychopathology in university students. *Journal of Abnormal Psychology*, *93*, 19-30.
- Gulliksen, H. (1950). *Theory of mental tests*. New York: Lyle Stuart.
- Haaga, D.A., Dyck, M.J. y Ernst, D. (1991). Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychological Bulletin*, *2*, 215-236.
- Hamilton, E.W. y Abramson, L.Y. (1983). Cognitive patterns and major depressive disorder: A longitudinal study in a hospital setting. *Journal of Abnormal Psychology*, *92*, 173-184.
- Hill, C.V., Oei, T.P.S. y Hill, M.A. (1989). An empirical investigation of the specificity and sensitivity of the Automatic Thoughts Questionnaire and Dysfunctional Attitudes Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *11*, 291-311.
- Hollon, S.D. y Najavits, L. (1988). Review of the empirical studies of cognitive therapy. En A.J. Frances y R.E. Hales (Eds.). *American psychiatric press*

- review of psychiatry, Vol. 7* (pp. 643-666). Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Hollon, S.D., Kendall, P.C. y Lumry, A. (1986). Specificity of depressotypic cognitions in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology, 95*, 52-59.
- Isaacs, K. y Silver, R.J. (1980). Cognitive structure in depression. Trabajo presentado en la Association for the Advancement of Behavior Therapy. Toronto (Noviembre).
- Keller, E.K. y Haase, R.F. (1984). The relationship of dysfunctional attitudes to depression and hopelessness in a depressed community sample. *British Journal of Cognitive Psychotherapy, 2*, 61-66.
- Kendall, P.C., Hollon, S.D., Beck, A.T., Hammen, C.L. y Ingram, R.E. (1987). Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive Therapy and Research, 11*, 289-299.
- Kuiper, N.A., Olinger, L.J. y Martin, R.A. (1988). Dysfunctional attitudes, stress, and negative emotions. *Cognitive Therapy and Research, 12*, 533-547.
- Kwon, S. y Oei, T.P.S. (1992). Differential causal roles of dysfunctional attitudes and automatic thoughts in depression. *Cognitive Therapy and Research, 16*, 309-328.
- Leary, M.R. (1983). Social anxiousness: The construct and its measurement. *Journal of Personality Assessment, 47*, 66-75.
- Leary, M.R. (1991). Social anxiety, shyness, and related constructs. En J.P. Robinson, P.R. Shaver y L.S. Wrightsman (Eds.). *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes, Vol. 1* (pp. 161-194). San Diego: Academic Press.
- Leary, M.R. y Kowalski, R.M. (1987). Manual for the Interaction Anxiousness Scale. *Social and Behavioral Sciences Documents, 16*, 2. (Ms. No. 2774)
- Marzillier, J. (1987). A sadly neglected cognitive element in depression: A reply to Ellis. *Cognitive Therapy and Research, 11*, 147-152.
- McNemar, Q. (1962). *Psychological Statistics, 3ª Edición*. New York: Wiley.
- Miranda, J. y Persons, J.B. (1988). Dysfunctional attitudes are mood-state dependent. *Journal of Abnormal Psychology, 97*, 76-79.
- Miranda, J., Persons, J.B. y Byers, C.N. (1990). Endorsement of dysfunctional beliefs depends on current mood state. *Journal of Abnormal Psychology, 99*, 237-241.
- Nietzel, M.T. y Harris, M.J. (1990). Relationship of dependency and achievement/autonomy to depression. *Clinical Psychology Review, 10*, 279-297.
- Norman, W.H., Miller, I.W. y Dow, M.G. (1988). Characteristics of depressed patients with elevated levels of dysfunctional cognitions. *Cognitive Therapy and Research, 12*, 39-52.
- Norusis, M.J. (1989). *SPSS/PC+ for the IBM PC/XT/AT, V.3.1*. Chicago: SPSS Inc.
- O'Hara, M.W., Rehm, L.P. y Campbell, S.B. (1982). Predicting depressive

- symptomatology: Cognitive-behavioral models and post-partum depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *91*, 457-461.
- Olinger, L.J., Kuiper, N.A. y Shaw, B.F. (1987). Dysfunctional attitudes and stressful life events: An interactive model of depression. *Cognitive Therapy and Research*, *11*, 25-40.
- Oliver, J.M. y Baumgart, E.P. (1985). The Dysfunctional Attitude Scale: Psychometric properties and relation to depression in an unselected adult population. *Cognitive Therapy and Research*, *9*, 161-167.
- Ostell, A. (1992). Absolutistic thinking and emotional problems. *Counselling Psychology Quarterly*, *5*, 161-172.
- Parker, G., Bradshaw, G. y Blignaut, I. (1984). Dysfunctional attitudes: measurement, significant constructs and links with depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *70*, 90-96.
- Paykel, E.S. (1989). Treatment of depression. The relevance of research for clinical practice. *British Journal of Psychiatry*, *155*, 754-763.
- Persons, J.B., Miranda, J. y Perloff, J.M. (1991). Relationships between depressive symptoms and cognitive vulnerabilities of achievement and dependency. *Cognitive Therapy and Research*, *15*, 221-235.
- Peselow, E.D., Robins, C., Block, P., Barouche, F. y Fieve, R. (1990). Dysfunctional attitudes in depressed patients before and after clinical treatment and in normal control subjects. *American Journal of Psychiatry*, *147*, 439-444.
- Pilon, D.J. (1989. junio-julio). *The Sociotropy-Autonomy Scale in a university population: An overview*. Comunicación presentada en el Congreso Mundial de Terapia Cognitiva. Oxford. Inglaterra.
- Power, M.J. (1988). Cognitive failures, dysfunctional attitudes, and symptomatology: A longitudinal study. *Cognition and Emotion*, *2*, 133-143.
- Power, M.J., Katz, R., McGuffin, P., Duggan, C.F. y Lam, D. (1992). *The Dysfunctional Attitude Scale (DAS): A comparison of Forms A and B and proposals for a new sub-scaled version*. Manuscrito bajo revisión editorial.
- Rapp, S.R. (1985). Cognitive and behavioral patterns among depressive subtypes. Trabajo presentado en la Association for the Advancement of Behavior Therapy. Houston, Texas (Noviembre).
- Reda, M.A., Carpiniello, B., Secchiarioli, L. y Blanco, S. (1985). Thinking, depression, and antidepressants: Modified and unmodified beliefs during treatment with amitriptyline. *Cognitive Therapy and Research*, *9*, 161-167.
- Robins, C.J. y Block, P. (1988). Personal vulnerability, life events and depressive symptoms: A test of a specific interactional model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*, 846-852.
- Robins, C.J. y Block, P. (1989). Cognitive theories of depression viewed from a diathesis-stress perspective: Evaluations of the model of Beck and of Abramson, Seligman, and Teasdale. *Cognitive Therapy and Research*, *13*, 297-313.

- Robins, C.J., Block, P. y Peselow, E.D. (1990). Endogenous and non-endogenous depressions: Relations to life events, dysfunctional attitudes and event perceptions. *British Journal of Clinical Psychology*, *29*, 201-207.
- Rush, A.J., Weissenberger, J. y Eaves, G. (1986). Do thinking patterns predict depressive symptoms? *Cognitive Therapy and Research*, *10*, 225-235.
- Sahin, N.H. y Sahin, N. (1992). How dysfunctional are the dysfunctional attitudes in another culture? *British Journal of Medical Psychology*, *65*, 17-26.
- Sanz, J. (1991). The specific traits of anxiety in the Anxiety Situations and Responses Inventory (ASRI): Construct validity and relationship to depression. *Evaluación Psicológica/Psychological Assessment*, *7*, 149-173.
- Sanz, J. (1992). *Procesos cognitivos en la ansiedad y en la depresión*. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.
- Sanz, J. (1993). *The Spanish version of the Interaction Anxiousness Scale: Psychometric properties and relationship with cognitive factors*. Manuscrito bajo revisión editorial.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1991). Trastornos depresivos (II): Productos, operaciones, proposiciones y estructuras cognitivas. En A. Belloch y E. Ibáñez (Eds.), *Manual de Psicopatología, Vol. 2* (785-875). Valencia: Promolibro.
- Scott, J., Williams, J.M.G., y Beck, A.T. (1989). *Cognitive therapy in clinical practice*. London: Routledge.
- Segal, Z.V. (1988). Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin*, *103*, 147-162.
- Segal, Z.V., Shaw, B.F. y Vella, D.D. (1989). Life stress and depression: A test of the congruency hypothesis for the life event content and depressive subtype. *Canadian Journal of Behavioral Science*, *21*, 389-400.
- Silverman, J.S., Silverman, J.A. y Eardley, D.A. (1984). Do maladaptive attitudes cause depression. *Archives of General Psychiatry*, *41*, 28-30.
- Simons, A.D., Garfield, S.L. y Murphy, G.E. (1984). The process of change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Changes in mood and cognition. *Archives of General Psychiatry*, *41*, 45-51.
- Stiles, T.C. y Götestam, K.G. (1988). The role of cognitive vulnerability factors in the development of depression: Theoretical and methodological considerations. En C. Perris, I.M. Blackburn y H. Perris (Eds.), *Cognitive Psychotherapy: Theory and practice*. Berlin: Springer Verlag.
- Thase, M.E., Simons, A.D., McGeary, J., Cahalane, J.F., Hughes, C., Harden, T. y Friedman, E. (1992). Relapse after cognitive behavior therapy of depression: Potential implications of longer courses of treatment. *American Journal of Psychiatry*, *149*, 1046-1052.
- Vázquez, C. (en prensa). Evaluación de trastornos depresivos. En A. Roa (Ed.), *Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la Salud*.
- Vázquez, C. y Lozoya, G. (en prensa). Trastornos anímicos en las personas de edad:

- Epidemiología, evaluación, y diagnóstico diferencial. En J. Buendía (Ed.), *Psicología de la salud y envejecimiento*. Madrid: Siglo XXI.
- Vázquez, C. y Ring, J.M. (1993). Altered cognitions in depression: Are dysfunctional attitudes stable? *Personality and Individual Differences*, *15*, 475-479.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1991a). Trastornos depresivos (I): Datos clínicos y modelos teóricos. En A. Belloch y E. Ibáñez (Eds.). *Manual de Psicopatología*, Vol. 2 (717-784). Valencia: Promolibro.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1991b). *Fiabilidad y validez factorial de la versión española del Inventario de Depresión de Beck*. Comunicación presentada en el III Congreso de Evaluación Psicológica. Barcelona. 25-28 de septiembre.
- Vázquez, C., Sanz, J. y Avia, M.D. (1990). *Procesos cognitivos en la depresión: ¿Un problema de evaluación o de validez?* II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Valencia.
- Watson, D. y Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *33*, 448-457.
- Weissman, A.N. (1979). The Dysfunctional Attitude Scale: A validation study. *Dissertation Abstracts International*, *40*, 1389B-1390B. (University Microfilm No. 79-19. 533).
- Weissman, A.N. (1980). *Assessing depressogenic attitudes: A validation study*. Comunicación presentada en la 51ª Reunión Anual de la Eastern Psychological Association. Hartford. Connecticut.
- Weissman, A.N. y Beck, A.T. (1978. noviembre). *Development and validation of the Dysfunctional Attitude Scale: A preliminary investigation*. Comunicación presentada en la reunión anual de la Association for the Advancement of the Behavior Therapy. Chicago.
- Wierzbicki, M. y Rexford, L. (1989). Cognitive and behavioral correlates of depression in clinical and nonclinical populations. *Journal of Clinical Psychology*, *45*, 872-877.
- Williams, J.M.G., Watts, F.N., MacLeod, C. y Mathews, A. (1988). *Cognitive psychology and emotional disorders*. Chichester: Wiley.
- Wing, J.K. y Sturt, E. (1978). *The PSE-ID-CATEGO System. Supplementary Manual*. Londres: Social Psychiatry Unit.
- Wise, E.H. y Barnes, D.R. (1986). The relationship among life events, dysfunctional attitudes, and depression. *Cognitive Therapy and Research*, *10*, 257-266.
- Zimmerman, M., Coryell, W., Corenthal, C. y Wilson, S. (1986). Dysfunctional attitudes and attribution style in healthy controls and patients with schizophrenia, psychotic depression, and nonpsychotic depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *95*, 403-405.
- Zuroff, D.C., Igrēja, I. y Mongrain, M. (1990). Dysfunctional attitudes, dependency, and self-criticism as predictors of depressive mood states: A 12-month longitudinal study. *Cognitive Therapy and Research*, *14*, 315-326.



**DAS-A**

Nombre..... Fecha.....

Este inventario contienen una lista de distintas actitudes o creencias que tienen a veces la gente. Lea cada frase con atención y decida en qué medida está o no de acuerdo.

Para cada frase, señale su respuesta marcando un aspa (X) bajo la columna que mejor describe su modo de pensar. Dado que cada persona es distinta, no existen respuestas correctas ni erróneas.

Para decidir si una determinada actitud es típica de su modo de ver las cosas, basta con que tenga presente cómo es usted la mayoría de las veces.

**EJEMPLO**

	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Neutral	Ligeramente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. La mayoría de las personas son buenas una vez que se las conoce							X

Fíjese en el ejemplo anterior. Para mostrar en qué medida una frase describe su actitud, usted puede marcar cualquier punto desde "totalmente de acuerdo" hasta "totalmente en desacuerdo". En el ejemplo, la señal colocada en "ligeramente de acuerdo" indica que esta frase es algo típica de las actitudes de la persona que responde.

Recuerde que la respuesta de usted describe su manera de pensar la mayoría de las veces.

	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Neutral	Ligeramente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. Es difícil ser feliz si no es atractivo, inteligente, rico y creativo.							
2. La felicidad depende más de mi actitud hacia mí mismo que de la impresión que los demás tienen de mí.							

	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Neutral	Ligeramente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
3.	La gente probablemente me considerará menos si cometo algún fallo.						
4.	Si no hago siempre las cosas bien, la gente no me respetará.						
5.	Correr un riesgo, incluso pequeño, es una locura, porque perder es probable que sea desastroso.						
6.	Es posible ganar la consideración de otra persona sin estar especialmente dotado en algo.						
7.	No puedo ser feliz a no ser que me admita la mayor parte de la gente que conozco.						
8.	Si una persona pide ayuda, es señal de debilidad.						
9.	Si no hago las cosas tan bien como los demás eso significa que soy una persona inferior.						
10.	Si fracaso en mi trabajo seré un fracasado como persona.						
11.	Si no puedes hacer bien una cosa, es mejor no hacerla.						
12.	Está bien cometer fallos, porque de ellos puedo aprender.						
13.	Si alguien no está de acuerdo conmigo, eso probablemente indica que no le agrado.						
14.	Si fracaso en parte, eso lo considero tan malo como ser un completo fracasado.						
15.	Si los demás saben cómo eres realmente, te considerarán menos.						
16.	No soy nada si no me quiere una persona a quien quiero yo.						

	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Neutral	Ligeramente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
17.	Uno puede disfrutar de actividad independientemente del resultado final.						
18.	La gente debería tener una razonable probabilidad de éxito antes de emprender cualquier cosa.						
19.	Mi valor como persona depende en gran medida de lo que los demás opinen de mí.						
20.	Si no consigo el nivel máximo, es probable que acabe siendo una persona de segunda categoría.						
21.	Para ser una persona valiosa debo destacar de verdad por lo menos en un aspecto importante.						
22.	Las personas a quienes se les ocurren buenas ideas, valen más que aquellas a quienes no se les ocurren.						
23.	Me encontraría incómodo si cometiera un fallo.						
24.	Las opiniones que tengo de mí mismo son más importantes que las opiniones que los demás tienen de mí.						
25.	Para ser una persona buena, honesta y de valía, debo ayudar a todo el que lo necesite.						
26.	Hacer una pregunta me hace parecer inferior.						
27.	Es horrible recibir la censura de personas importantes para uno.						
28.	Si uno no tiene otras personas en las que confiar, está destinado a estar triste.						
29.	Puedo alcanzar metas importantes sin esclavizarme a mí mismo.						

	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Neutral	Ligeramente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
30.	Es posible ser reprendido y no sentirse molesto.						
31.	No puedo confiar en otras personas, porque podrían ser crueles conmigo.						
32.	Si desagradas a los demás no puedes ser feliz						
33.	Para agradar a otras personas, lo mejor es renunciar a los propios intereses.						
34.	Mi felicidad depende más de los demás que de mí.						
35.	Para ser feliz, no necesito la aprobación de los demás						
36.	Si uno evita problemas, los problemas acaban desapareciendo.						
37.	Puedo ser feliz incluso si me faltan muchas de las cosas buenas de la vida.						
38.	Es muy importante lo que otras personas piensan sobre mí.						
39.	Estar aislado de los demás termina por llevar a la infelicidad.						
40.	Puedo encontrar la felicidad sin ser amado por otra persona.						
© Traducción y adaptación : M. Gurpegui, J. Ring, & C. Vázquez							
CORECCION: Los ítems 2.6.12.17.24.29.30.35.37. y 40 se puntúan de modo inverso.							