

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento

Psicológicos



**TESIS DOCTORAL:**

***PERSONALIDAD, AFRONTAMIENTO Y  
POSITIVIDAD EN PACIENTES CON  
TRASTORNO ADAPTATIVO***

**BEATRIZ VALLEJO SÁNCHEZ**

Licenciada en psicología

**Directora: DRA. ANA MARÍA PÉREZ GARCÍA**

**2015**

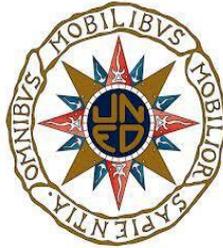


**UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento

Psicológicos



**TESIS DOCTORAL:**

***PERSONALIDAD, AFRONTAMIENTO Y  
POSITIVIDAD EN PACIENTES CON  
TRASTORNO ADAPTATIVO***

**BEATRIZ VALLEJO SÁNCHEZ**

Licenciada en psicología

**Directora: DRA. ANA MARÍA PÉREZ GARCÍA**

**2015**



A Javi, Aitana, y Julia



## **AGRADECIMIENTOS**

A Ana María Pérez García, directora de esta tesis, y a la que admiro profundamente como profesional y como persona. Gracias por tu constante apoyo y ánimo, por tu tiempo y tu generosidad, por tus innumerables revisiones, críticas y correcciones, por tu gran ayuda con el trabajo estadístico y las publicaciones, y por enseñarme el placer de la investigación.

A l@s participantes del estudio, que generosamente se prestaron a colaborar, y que han dotado de contenido y sentido a esta tesis.

A mis compañer@s de la Unidad de Salud Mental del Hospital de Puertollano, por ayudarme y hacer que el trabajo de cada día sea motivo de ilusión.

A tod@s mis compañer@s de viaje, l@s avelin@s que comparten cada día trayecto al trabajo, y lo hacen más llevadero. Gracias por vuestra ayuda y amistad, por escuchar mis alegrías y preocupaciones, y por compartir conmigo las vuestras.

A mis amig@s y mi familia, que también han contribuido de forma importante en la realización de esta tesis, y en lo que soy.

Y sobre todo, gracias a mi marido, Javi, por estar siempre a mi lado, por apoyarme, ayudarme y sobre todo aguantarme en lo que supone realizar una tesis doctoral, y por enseñarme a disfrutar de las cosas cotidianas y realmente importantes de la vida; y a mis hijas, Aitana y Julia, que han llenado mi vida de alegría. Os quiero mucho.



## **INDICE**

<b><u>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN</u></b>	17
1. JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS	19
2. ESTRUCTURA DE LA TESIS	22
 <b><u>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</u></b>	 25
1. LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS (TA)	27
<b>1.1. DIAGNÓSTICO Y SUBTIPOS</b>	27
1.1.1. Definición del TA según las principales clasificaciones diagnósticas: DSM y CIE	27
1.1.2. Controversias diagnósticas	37
1.1.2.1. Sobre los criterios diagnósticos	37
1.1.2.2. Sobre su diferenciación con la normalidad	39
1.1.2.3. Sobre su diferenciación con otros trastornos psicopatológicos	42
<b>1.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS</b>	44
1.2.1. Prevalencia	44
1.2.2. Curso	50
1.2.3. Diagnóstico diferencial	52
1.2.4. Comorbilidad	54
<b>1.3. MODELOS EXPLICATIVOS DE LOS TA</b>	56
1.3.1. Teorías generales del estrés	57
1.3.2. Teorías específicas del TA	62
<b>1.4. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS TA</b>	64
1.4.1. Evaluación de los TA	64
1.4.1.1. Instrumentos diagnósticos	64
1.4.1.2. Escalas sintomatológicas	66
1.4.2. Tratamiento de los TA	67
1.4.2.1. Abordaje psicoterapéutico	67
1.4.2.2. Abordaje farmacológico	71

<b>2. FACTORES PERSONALES QUE INFLUYEN EN LOS TA</b>	72
<b>2.1. PERSONALIDAD (CINCO GRANDES DIMENSIONES)</b>	73
2.1.1. Aproximaciones teóricas a la personalidad	74
2.1.2. Personalidad y psicopatología	78
2.1.2.1. Modelos teóricos más relevantes	78
2.1.2.2. Hallazgos en la relación entre dimensiones específicas y psicopatología	85
2.1.2.3. Relación entre personalidad y TA	92
2.1.2.4. Factores que influyen en la relación entre personalidad y psicopatología	92
<b>2.2. POSITIVIDAD</b>	94
2.2.1. Aproximación teórica a la positividad	94
2.2.2. Positividad y psicopatología	96
<b>2.3. AFRONTAMIENTO</b>	97
2.3.1. Concepto de afrontamiento: “estilo” vs “estrategia de afrontamiento.	98
2.3.2. Dimensiones y clasificación del afrontamiento: las “respuestas de afrontamiento”	101
2.3.3. Determinantes personales y situacionales del afrontamiento: los “recursos de afrontamiento”.	104
2.3.4. Afrontamiento y psicopatología	110
2.3.4.1. Hallazgos específicos en la relación del afrontamiento y psicopatología	118
2.3.4.2. Relación entre afrontamiento y TA	122
2.3.4.3. Factores que influyen en la relación entre afrontamiento y psicopatología	122
<b>2.4. RELACIONES ENTRE PERSONALIDAD (CINCO GRANDES Y POSITIVIDAD) Y AFRONTAMIENTO</b>	123
2.4.1. Relación entre los Cinco Grandes y el afrontamiento	124
2.4.2. Relación de la positividad con los Cinco Grandes y con el afrontamiento	131
<b>3. RESUMEN</b>	133

<b><u>CAPÍTULO III: PARTE EMPÍRICA</u></b>	137
<b>1. ESTUDIO 1. POSITIVIDAD Y AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON TRASTORNO ADAPTATIVO (Artículo 1: <i>Anales de Psicología</i>)</b>	139
<b>2. ESTUDIO 2. THE ROLE OF PERSONALITY AND COPING IN ADJUSTMENT DISORDER (Artículo 2: <i>Clinical Psychologist</i>)</b>	151
<b>3. ESTUDIO 3. PERSONALIDAD, AFRONTAMIENTO Y POSITIVIDAD EN PACIENTES CON TRASTORNO ADAPTATIVO</b>	159
<b>3.1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS</b>	159
<b>3.2. DISEÑO Y VARIABLES</b>	164
<b>3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE PARTICIPANTES</b>	165
<b>3.4. PROCEDIMIENTO</b>	167
<b>3.5. INSTRUMENTOS</b>	174
3.5.1. Hoja de datos personales	174
3.5.2. Medidas para el diagnóstico y selección de la muestra	174
3.5.2.1. Escala de sucesos vitales (ESV)	174
3.5.2.2. Entrevista diagnóstica: International Mini Neuropsychiatric Interview (MINI)	175
3.5.2.3. Medida de Trastornos de Personalidad: International Personality Disorders Examination (IPDE)	177
3.5.3. Medidas para la evaluación de las variables analizadas	181
3.5.3.1. Medida de personalidad: Big Five Inventory-44 (BFI-44)	181
3.5.3.2. Medida de afrontamiento: COPE-28.	183
3.5.3.3. Medida de positividad: Escala de Positividad.	187
3.5.3.4. Medida de depresión: Beck Depression Inventory (BDI-IA)	187
3.5.3.5. Medida de ansiedad: Beck Anxiety Inventory (BAI)	190
<b>3.6. ANALISIS ESTADÍSTICOS</b>	192
<b>3.7. RESULTADOS</b>	194
3.7.1. Análisis previos	194
3.7.1.1. Análisis de las características sociodemográficas por grupo	194

3.7.1.2. Análisis factorial del cuestionario de afrontamiento	196
3.7.1.3. Datos preliminares de los cuestionarios de personalidad, positividad, afrontamiento y de síntomas	197
3.7.2. Análisis de resultados principales	200
3.7.2.1. Diferencias entre el grupo clínico y control	200
A) Diferencias en personalidad (Cinco Grandes y positividad)	200
B) Diferencias en afrontamiento	200
C) Diferencias en las medidas sintomatológicas	202
3.7.2.2. Relaciones entre personalidad (Cinco Grandes y positividad), afrontamiento y sintomatología	202
3.7.2.3. Variables predictivas de la sintomatología depresiva y ansiosa	211
<b>3.8. DISCUSION</b>	214
<b><u>CAPÍTULO IV. RESUMEN Y CONCLUSIONES GENERALES</u></b>	247
<b>1. RESUMEN DE LOS RESULTADOS</b>	249
<b>2. APORTACIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES</b>	252
<b>3. PROPUESTAS PARA INVESTIGACIONES FUTURAS</b>	262
<b><u>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u></b>	265
<b><u>ANEXOS</u></b>	327
Anexo I. Hoja de información y consentimiento	329
Anexo II. Hoja de datos personales	330
Anexo III. Escala de sucesos vitales (ESV)	331
Anexo IV. Entrevista diagnóstica: International Mini Neuropsychiatric Interview (MINI). Módulo X de Trastornos adaptativos.	333
Anexo V. Medida para la valoración del TA.	335
Anexo VI. Medida de Trastornos de Personalidad: International Personality Disorders Examination (IPDE)	336
Anexo VII. Medida de personalidad: Big Five Inventory-44 (BFI-44)	339
Anexo VIII. Medida de afrontamiento: COPE-28.	341
Anexo IX. Medida de positividad: Escala de Positividad.	343
Anexo X. Medida de depresión: Beck Depression Inventory (BDI-IA)	344

Anexo XI. Medida de ansiedad: Beck Anxiety Inventory (BAI)	347
--	-----

### **LISTADO DE CUADROS**

Cuadro 1. Categorías diagnósticas del TA desde la primera edición de la clasificación de la APA.	29
Cuadro 2. Criterios DSM-V (APA, 2013) para el diagnóstico de TA.	31
Cuadro 3. Criterios CIE-10 (OMS, 1992) para el diagnóstico de TA.	35
Cuadro 4. Fases y estructura de la terapia breve/focal de los trastornos reactivos/adaptativos. Extraído de Camino (2012).	68

### **LISTADO DE TABLAS**

Tabla 1. Comparación entre subtipos de TA según las clasificaciones CIE-10, DSM-IV-TR y DSM-V.	37
Tabla 2. Factores del NEO-PI-R y subfacetas que lo componen.	76
Tabla 3. Organización jerárquica de las Estrategias de Afrontamiento y definición de las mismas (extraído de Arrogante, 2014; adaptado de Connor-Smith y Flachsbart, 2007).	105
Tabla 4. Características sociodemográficas de los grupos clínico y control	195
Tabla 5. Análisis factorial de las 10 escalas de afrontamiento del B-COPE ( $N=160$ ).	197
Tabla 6. Análisis descriptivos de las escalas de afrontamiento incluidas del B-COPE ( $N=160$ ).	198
Tabla 7. Análisis descriptivos de las agrupaciones del afrontamiento del B-COPE ( $N=160$ ).	199
Tabla 8. Análisis descriptivos de las medidas de personalidad ( $N=160$ ).	199
Tabla 9. Análisis descriptivos de los cuestionarios de síntomas depresivos (BDI) y ansiosos (BAI) ( $N=160$ ).	199
Tabla 10. Estadísticos descriptivos (media y desviación típica) y F de los análisis de los efectos entre los grupos clínico y control en personalidad (Cinco Grandes factores y positividad) ( $N=160$ ).	201
Tabla 11. Estadísticos descriptivos (media y desviación típica) y F de los análisis de los efectos entre los grupos clínico y control en las cinco categorías de afrontamiento ( $N=160$ ).	201
Tabla 12. Estadísticos descriptivos (media y desviación típica) y F de los análisis de los	202

	efectos entre los grupos clínico y control en las medidas de síntomas (N=160).	
Tabla 13.	Correlaciones encontradas entre las principales variables del estudio (síntomas ansiosos, depresivos, afrontamiento, personalidad y positividad). Muestra total (N=160).	205
Tabla 14.	Correlaciones encontradas entre las principales variables del estudio (síntomas ansiosos, depresivos, afrontamiento, personalidad y positividad). Grupo clínico (N=80).	206
Tabla 15.	Correlaciones encontradas entre las principales variables del estudio (síntomas ansiosos, depresivos, afrontamiento, personalidad y positividad). Grupo control (N=80).	207
Tabla 16.	Correlaciones encontradas entre las principales variables del estudio y las variables sociodemográficas significativas. Grupo total (N=160).	208
Tabla 17.	Correlaciones encontradas entre las principales variables del estudio y las variables sociodemográficas significativas. Grupo clínico (N=80).	209
Tabla 18.	Correlaciones encontradas entre las principales variables del estudio y las variables sociodemográficas. Grupo control (N=80).	210
Tabla 19.	Análisis de regresión de las variables sociodemográficas, dimensiones de personalidad (Cinco Grandes y positividad) y de afrontamiento sobre la depresión y sobre la ansiedad en el grupo total (N=160).	212
Tabla 20.	Análisis de regresión de las variables sociodemográficas, dimensiones de personalidad (Cinco Grandes y positividad) y de afrontamiento sobre la depresión y sobre la ansiedad en la muestra clínica (N=80).	213
Tabla 21.	Análisis de regresión de las variables sociodemográficas, dimensiones de personalidad (Cinco Grandes y positividad) y de afrontamiento sobre la depresión y sobre la ansiedad en la muestra control (N=80).	214

### **LISTADO DE FIGURAS**

Figura 1.	Modelo procesual de estrés de Sandín (2008).	61
Figura 2.	Modelo cognitivo de los TA de Botella, Baños y Guillén (2008).	63
Figura 3.	Diagrama de flujo de sujetos del grupo clínico	170

### **LISTADO DE ABREVIATURAS**

APA: American Psychiatric Association

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades

DSM: Diagnostic and Statistical Manual

ICD: International Classification of Diseases

OMS: Organización Mundial de la Salud

TA: Trastorno Adaptativo

TD (TDM): Trastorno Depresivo (Mayor)

TEA: Trastorno de Estrés Agudo

TEPT: Trastorno de Estrés Postraumático

TP: Trastorno de Personalidad

WHO: World Health Organization



## **CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN**



## 1. JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS

A lo largo de nuestra vida, las personas debemos enfrentarnos a situaciones estresantes, ante las cuales podemos adaptarnos de forma satisfactoria, e incluso vivirlas como una oportunidad de crecimiento, o bien sentirnos sobrepasados por los acontecimientos, en función no sólo del propio suceso, sino también de la percepción que tenemos sobre éste y sobre nuestros recursos personales para afrontarlo, pudiendo desarrollar diferentes síntomas que en ocasiones pueden requerir de ayuda o tratamiento.

Uno de los diagnósticos más frecuentes ante esta situación, es el de “Trastorno adaptativo” (en adelante TA) o “reacción de estrés”. Sin embargo, en torno a esta categoría diagnóstica existe mucha incertidumbre, habiendo sido escasamente investigada y existiendo pocos instrumentos específicos para su evaluación. Casey, Dowrick y Wilkinson señalaban en el 2001 que en los 25 años anteriores había menos de 30 artículos publicados en revistas científicas focalizados exclusivamente en los TA, y la gran mayoría de los libros de texto o bien los obvian, o bien les dedican espacios marginales. No ha habido grandes cambios en la última década.

Los TA son considerados como una especie de categoría puente entre la normalidad y el trastorno, una categoría residual o provisional utilizada para las personas que no cumplen los criterios para otros trastornos, en particular los depresivos y de ansiedad, y cuyos criterios han sido escasamente definidos, basándose su diagnóstico únicamente en dos aspectos: la presencia de un estresor, y la gravedad de leve a moderada de los síntomas. No obstante, no suelen considerarse determinadas variables que influyen, entre otras, en el riesgo, la forma de manifestarse o el curso. En concreto, en las dos principales clasificaciones de los trastornos mentales (*World Health Organization – WHO-*, 1992; *American Psychiatric Association –APA-*, 2013) se puntualiza que la predisposición y la vulnerabilidad personal desempeñan un papel importante en el desarrollo del cuadro, aunque sólo en la primera de las clasificaciones se señala la importancia, de cara al diagnóstico,

---

tanto de los antecedentes como de la personalidad, resaltándose así mismo la presencia frecuente de un sentimiento personal de “incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente”, sin hacer más especificaciones.

Mi interés por esta problemática de salud surge durante mi trabajo en la Unidad de Salud Mental de Puertollano (Ciudad Real). Se trata un recurso asistencial básico en la red de salud mental, integrado por diferentes profesionales (principalmente psicólogos clínicos, psiquiatras y personal de enfermería y de administración), que presta asistencia ambulatoria a pacientes con problemas de salud mental desde una perspectiva multidisciplinar, siendo además la puerta de entrada para el resto de dispositivos asistenciales de salud mental que pueden ser requeridos para otros trastornos más graves que requieran una atención más específica o intensiva.

Durante los 8 años que llevo trabajando en este dispositivo, la demanda asistencial ha ido creciendo de forma progresiva, especialmente la dirigida a lo que se ha llamado “patología mental leve”, y que incluiría al TA, lo que ha contribuido a la disminución de recursos, y por ende, al deterioro de la atención, a personas con otras patologías más graves.

Esta situación me llevó a replantearme la atención que se presta a los pacientes con este tipo de diagnósticos más leves, y en concreto a los pacientes con TA, cuya prevalencia es muy elevada. En concreto, empecé a interesarme por las variables que deberían considerarse para la evaluación e indicación de tratamiento, pretendiendo así mismo una mayor comprensión de la utilidad y validez del diagnóstico, y un abordaje más adecuado de esta problemática. No obstante, me encontré con muy poco interés y estudios al respecto. Esta situación justificaría la realización de la presente Tesis Doctoral, que pretendería llenar ese vacío en el campo de la investigación, y responder a inquietudes y cuestiones más prácticas propias del ejercicio profesional.

El estudio contempló diferentes variables psicosociales que la evidencia empírica había señalado como factores importantes en el bienestar y salud mental de las personas en general, aunque finalmente, y dado que el objetivo no era abarcar todos los factores que

pudiesen influir en el desarrollo de este problema, se centró en algunos de los que parecieron más relevantes e interesantes. En concreto, se estudiaron las características de personalidad, tanto las Cinco Grandes dimensiones de extraversión, neuroticismo, afabilidad, tesón, y apertura a la experiencia (Malouff, Thorsteinsson y Schutte, 2005), como la positividad (Caprara et al., 2012), y los estilos o estrategias de afrontamiento que las personas ponen en marcha ante el estrés (Carver y Connor-Smith, 2010). Estos son considerados algunos de los factores más consistentemente asociados a la psicopatología, e incluso algunos autores han llegado a afirmar que juntos explican aproximadamente la mitad de su varianza (Mírnic et al., 2013). Ambos, además, se consideran factores modificables a través de la psicoterapia, y por tanto, una mayor comprensión de su influencia tendría repercusiones en la práctica, en forma no sólo de una modificación y mejora de los procesos de evaluación y diagnóstico (menos centrada en síntomas, y más en factores psicosociales que influyen en las características clínicas), y en una indicación más adecuada de tratamiento psicoterapéutico, sino también en el desarrollo de intervenciones más eficaces.

Resulta necesario aclarar que aunque la positividad también es una variable de personalidad, en ocasiones se incluye de forma separada a los Cinco Grandes, y por tanto, en adelante cuando nos refiramos a la personalidad, sin hacer ninguna especificación más, en general nos referiremos a las Cinco Grandes dimensiones de personalidad, y no a la positividad.

Por otro lado, también se consideraron en este estudio aquellas variables sociodemográficas relevantes que pueden influir en las dimensiones principales del estudio, así como en la psicopatología.

Finalmente, se estudia la presencia de síntomas ansiosos y depresivos en la muestra, y la influencia de las anteriores variables en estos, debido a que las principales manifestaciones emocionales de una reacción de estrés son la ansiedad y la depresión (APA, 2013).

## 2. ESTRUCTURA DE LA TESIS

La presente Tesis consta de 4 capítulos, y de otros dos apartados más que incluyen las Referencias Bibliográficas y los Anexos.

El presente *Capítulo I*, introductorio y muy breve, incluye una parte dedicada a la justificación de esta tesis, y otra a explicar su estructura.

En el *Capítulo II* se hace una revisión teórica tanto del TA, como de las principales variables estudiadas. En una primera parte se aborda el TA, en primer lugar su definición según las principales clasificaciones diagnósticas y las controversias más importantes en torno a ésta. En segundo lugar, se presentan sus características clínicas, incluyendo aspectos de prevalencia, curso, diagnóstico diferencial y comorbilidad. En tercer lugar, se presentan los modelos explicativos, tanto modelos generales de estrés como modelos más específicos. Y por último, se abordan aspectos de la evaluación y tratamiento, con poca profundidad por no ser el objetivo de este trabajo, aunque sí aspectos relevantes en los que, como se ha comentado, podría contribuir este trabajo. En la segunda parte de este Capítulo II se exponen las principales variables de este estudio: la personalidad, según el modelo teórico de los Cinco Grandes, la positividad, y el afrontamiento. En los tres casos, después de realizarse una aproximación teórica, se presentan las relaciones encontradas de cada uno de ellos con la psicopatología en general, y con el TA en particular. Posteriormente, se abordan las relaciones encontradas entre los tres factores. Y por último, se incluye un resumen del capítulo.

En el *Capítulo III* se presenta la parte empírica, compuesta por tres estudios, los dos primeros publicados, constituyendo el tercero de ellos la parte más extensa de esta Tesis.

En el primero de los estudios se analizan las diferencias en positividad y afrontamiento entre el grupo clínico o de pacientes con TA y el grupo control, y se intenta comprobar si estas variables, junto a algunas sociodemográficas significativas, permiten

predecir la pertenencia de los participantes a uno u otro grupo. Este primer estudio no permitió la inclusión conjunta de todas las variables consideradas en esta Tesis Doctoral, ya que se hizo en una primera fase de recogida de datos, cuando se contaba con una muestra de aproximadamente 60 sujetos en cada uno de los grupos.

El segundo y tercer estudios se realizaron cuando se alcanzaron los 80 participantes en cada una de las muestras, clínica y control, lo cual permitió ya estudiar conjuntamente todas las variables consideradas.

El segundo trabajo, concretamente, constituye un estudio preliminar sobre las diferencias en personalidad, afrontamiento y variables sociodemográficas entre ambas muestras.

Y en el tercero de los estudios, se presentan las diferencias en personalidad, positividad, afrontamiento, en las medidas sintomatológicas aplicadas de depresión y ansiedad, y en las variables sociodemográficas; y se analizan las relaciones entre todas las variables, incluyendo el estudio de los factores relevantes en la predicción de la ansiedad y la depresión (tanto en la muestra total, como por separado, en cada submuestra). Esta parte del trabajo empírico incluye los siguientes apartados: objetivos e hipótesis, diseño y variables, criterios de inclusión y exclusión de participantes, procedimiento, instrumentos, análisis estadísticos, resultados, y discusión.

En el *Capítulo IV* se exponen las conclusiones generales que se derivan de los resultados de los tres estudios realizados, incluyendo los apartados: resumen de los resultados, aportaciones, limitaciones y recomendaciones, y propuestas para investigaciones futuras.

Por último, se presentan los apartados de *Referencias bibliográficas* y *Anexos*.



## **CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO**



## 1. LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS (TA)

### 1.1. DIAGNÓSTICO Y SUBTIPOS

#### 1.1.1. Definición del TA según las principales clasificaciones diagnósticas: DSM y CIE.

En la clasificación de las enfermedades mentales en la actualidad imperan dos sistemas clasificatorios a nivel internacional. En primer lugar, la Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento, que constituye el Capítulo V de la *Internacional Classification of Diseases (ICD)*, de la WHO (1992), en su décima edición, y de uso más extendido en Europa y, según un estudio reciente, a nivel mundial (Reed et al., 2011), estando prevista su última actualización en mayo de 2015. Y en segundo lugar, el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)* de la APA (2013), que va ya por su quinta edición, y que predomina en Estados Unidos y en el ámbito de la investigación.

Desde la primera edición del DSM en 1952 y la octava de la ICD en 1967 fue incluida una categoría diagnóstica para codificar aquellas situaciones en que una persona presentaba sintomatología diversa como reacción a un estresor psicosocial, bajo el epígrafe de “Trastornos de Personalidad Situacionales Transitorios” (ver *Cuadro 1*) o “Reacciones situacionales transitorias”, respectivamente.

El término “Trastorno Adaptativo”, no apareció hasta la tercera edición del DSM en 1980 y la novena de la CIE en 1979, en esta última como “Reacción psicógena (trastorno de adaptación)”. La CIE fue muy criticada por no incluir criterios diagnósticos ni una estructura multiaxial como su homóloga de la APA, por lo que en 1985 un comité técnico realizó una modificación para su uso clínico, y con mayor especificidad, la *International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modification (ICD-9-CM)*, que se ha ido actualizando anualmente y utilizando en combinación con la clasificación vigente actualmente, la ICD-10 (OMS, 1992). La primera edición en español de esta modificación clínica fue publicada por

---

el INSALUD en 1989, siendo la vigente desde enero de 2014 la 9ª edición (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2014).

Inicialmente, el TA fue concebido, tanto en el DSM-III (APA, 1980) como en el DSM-III-R (APA, 1987), como un diagnóstico transitorio que se presenta ante un estresor psicosocial y no excede de seis meses de duración.

La importancia del TA como categoría diagnóstica radica en parte, según autores como Baumeister y Parker (2012), en que ésta fue una de las pocas categorías (junto a otros trastornos en los que se conservó el “apellido” de “debido a condición médica” o “inducido por sustancias”) que sobrevivió al intento de la psiquiatría en el DSM-III de alejarse de orientaciones teóricas predominantes en la época, eliminando las causas o factores etiológicos de la clasificación diagnóstica. No obstante, en la actualidad se están haciendo intentos importantes por volver a incorporar la etiología a las clasificaciones, en cuanto que el avance de la investigación lo permite y supone información diagnóstica muy valiosa (Regier, Kuhl y Kupfer, 2013).

En el DSM-IV (APA, 1994), el TA deja de considerarse un trastorno transitorio, y se contempla la posibilidad de diagnosticar formas crónicas cuando los síntomas, que inicialmente habían aparecido relacionados a un estresor, se desligan de éste para persistir durante más de seis meses incluso después de que el estresor o sus consecuencias hayan dejado de ejercer influencia en la persona.

En el DSM-IV-TR (APA, 2000), no se produjeron grandes cambios en los criterios, únicamente se actualizó la información sobre sus características, en concreto, sobre la comorbilidad, prevalencia y curso.

**Cuadro 1. Categorías diagnósticas del TA desde la primera edición de la clasificación de la APA (Modificado de Strain, Newcorn, Wolf y Fulop, 1996).**

<p><b>DSM-I (1952) Trastorno de la personalidad situacional transitorio</b>  Reacción excesiva al estrés  Reacción situacional adulta  Reacción adaptativa de la infancia  Reacción adaptativa de la niñez  Reacción adaptativa de la adolescencia  Reacción adaptativa de la vejez  Otros trastornos situacionales y pasajeros de la personalidad</p> <p><b>DSM-II (1968) Perturbaciones situacionales transitorias</b>  Reacción adaptativa de la infancia  Reacción adaptativa de la niñez  Reacción adaptativa de la adolescencia  Reacción adaptativa de la vida adulta  Reacción adaptativa de la vejez</p> <p><b>DSM-III (1980) Trastorno adaptativo</b>  TA con estado de ánimo deprimido  TA con estado de ánimo ansioso  TA con síntomas emocionales mixtos  TA con alteración de la conducta  TA con alteración mixta de las emociones y la conducta  TA con inhibición laboral (o académica)  TA con retraimiento social  TA con síntomas atípicos</p> <p><b>DSM-III-R (1987) Trastorno adaptativo</b>  TA con estado de ánimo deprimido  TA con estado de ánimo ansioso  TA con síntomas emocionales mixtos  TA con alteración de la conducta  TA con alteración mixta de las emociones y la conducta  TA con inhibición laboral (o académica)  TA con retraimiento social  TA con síntomas físicos  TA no especificado</p> <p><b>DSM-IV (1994) y DSM-IV-TR (2000) Trastorno adaptativo</b>  TA con estado de ánimo deprimido  TA con ansiedad  TA mixto con ansiedad y estado de ánimo deprimido  TA con trastorno del comportamiento  TA con alteración mixta de las emociones y el comportamiento  TA no especificado</p> <p><b>DSM-V (2013) Trastorno de adaptación</b>  TA con estado de ánimo deprimido  TA con ansiedad  TA mixto con ansiedad mixta y estado de ánimo deprimido  TA con alteración de la conducta  TA con alteración mixta de las emociones y la conducta  TA sin especificar</p>
--

Y por último, en la última actualización, el DSM-V (2013), se han producido algunas modificaciones, principalmente en lo que refiere a su reconceptualización como un “Síndrome de respuesta al estrés” (Friedman et al., 2011), que se asigna a aquellas personas cuyos problemas están claramente relacionados con un evento estresante no traumático que el individuo no es capaz de afrontar. Para ello, el TA deja de clasificarse en un apartado separado, e incluirse dentro de un nuevo apartado de “Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés”, igualándose todos los trastornos que forman parte de él en cuanto a que en todos ellos el factor crítico es la vulnerabilidad individual o la inhabilidad para afrontar las demandas de la situación (falta de resiliencia) más que las características específicas del evento, y que incluiría los siguientes trastornos, además del TA:

- Trastornos de estrés agudo (TEA),
- Trastorno de estrés postraumático (TEPT)
- Trastorno de apego reactivo infantil
- Trastorno de relación social desinhibida
- Otro Trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado (que se utilizaría cuando predominan los síntomas característicos de esta categoría, pero no se cumplen todos los criterios para ninguno de los trastornos, y el clínico indica el motivo del incumplimiento).
- Y por último, Trastorno relacionado con traumas y factores de estrés no especificado (cuando, o bien el clínico no especifica el motivo de incumplimiento de los criterios, o no hay información suficiente para hacer un diagnóstico específico).

En lo que se refiere a los criterios diagnósticos, apenas se producen cambios, excepto en lo que se refiere a los criterios de exclusión, pero éstos tienen implicaciones importantes (ver *Cuadro 2*). Al igual que en las clasificaciones anteriores, continúa considerándose que la característica esencial del TA es el **desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable, siendo necesario para su diagnóstico la presencia de un malestar intenso y superior al esperable dada la**

**naturaleza del estresante, y/o un deterioro significativo en al menos un área de funcionamiento (social, laboral, etc.).** Únicamente se añade la especificación de que para valorarse si el malestar es normal o patológico deben considerarse factores contextuales o culturales.

**Cuadro 2. Criterios DSM-V (APA, 2013) para el diagnóstico de TA.**

<p>A. Desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un factor o factores de estrés identificados que se producen en los 3 meses siguientes al inicio del factor(es) de estrés.</p> <p>B. Estos síntomas o comportamientos son clínicamente significativos, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes:</p> <p style="padding-left: 40px;">(1) malestar intenso desproporcionado a la gravedad o intensidad del factor de estrés, teniendo en cuenta el contexto externo y los factores culturales que podrían influir en la gravedad y la presentación de los síntomas</p> <p style="padding-left: 40px;">(2) deterioro significativo en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento</p> <p>C. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno mental y no es simplemente una exacerbación de un trastorno mental preexistente.</p> <p>D. Los síntomas no representan el duelo normal.</p> <p>E. Una vez que el factor de estrés o sus consecuencias han terminado, los síntomas no se mantienen durante más de otros seis meses.</p> <p><i>Especificar si:</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><b>Agudo:</b> si la alteración dura menos de 6 meses</p> <p style="padding-left: 40px;"><b>Crónico:</b> si la alteración dura 6 meses o más</p> <p>Los TA son codificados según el subtipo, que se selecciona de acuerdo con los síntomas predominantes. El estresante específico puede señalarse en el Eje IV.</p>
--

En los criterios diagnósticos sigue sin requerirse que el estresor sea de un determinado tipo o gravedad, a diferencia de otros trastornos por estrés como el TEPT o el TEA, en los que se requiere que el estresor sea un evento traumático. Por tanto, el estresante que da lugar al TA puede ser un acontecimiento simple (p. ej., una ruptura sentimental) o deberse a factores múltiples (p.ej., dificultades importantes en los negocios y problemas

conyugales); estar limitado en el tiempo o ser recurrente o continuo; puede ser propio del ciclo vital, en el sentido de suponer un cambio biográfico normativo que afecta a la mayoría de las personas (p.ej. ir a la escuela, casarse, la jubilación, etc.); y puede afectar a una o a más personas (p.ej. afectar a una familia). Pero también puede ser un evento traumático.

Las especificaciones temporales se mantienen igual, debiendo los síntomas aparecer en los tres meses siguientes al inicio del estresor y resolverse dentro de los seis meses que siguen a la desaparición del mismo o de sus consecuencias (si no fuera así, se aplicaría la categoría residual de “Otro trastorno relacionado con traumas y factores de estrés especificado”). Aunque también pueden persistir por un período más prolongado si aparecen en respuesta a un estresante crónico (p. ej., una enfermedad médica incapacitante y crónica) o a un estresante con repercusiones importantes (p. ej., dificultades económicas y emocionales a partir de un divorcio).

Y con respecto a los criterios de exclusión, debe haberse descartado que los síntomas se deban a la presencia de otro trastorno mental (p.ej., un trastorno de ansiedad o del estado del ánimo, o un trastorno de personalidad), o que supongan la exacerbación de un trastorno preexistente, aunque puede diagnosticarse junto con otros trastornos del eje I o II si éstos no explican el conjunto de síntomas que han aparecido en respuesta al estresante.

No obstante, y este es otro de los cambios importantes (y más criticados), en esta clasificación desaparece el criterio de exclusión en relación al duelo. Es decir, en el DSM-IV-TR no se aplicaba el diagnóstico cuando los síntomas representaban una reacción de duelo, fuesen cuales fuesen sus características, pero en la nueva clasificación se puede diagnosticar un TA si se considera que no es una reacción de duelo normal. Y no sólo se puede hacer, sino que además aparece un nuevo subtipo relacionado con el duelo, cuando se dan ciertos síntomas específicos (que se incluiría dentro de la categoría de “Otro trastorno relacionado con trauma y factores de estrés especificado”), e incluso los criterios temporales del diagnóstico no se aplican en este subtipo.

En el DSM-V (APA, 2013) se mantiene la clasificación de los TA en los mismos subtipos, en función de los síntomas predominantes:

- En el **TA con estado de ánimo deprimido**, predominan síntomas del tipo del estado de ánimo depresivo, llanto o desesperanza.
- El **TA con ansiedad**, requiere que sus manifestaciones predominantes sean síntomas como nerviosismo, preocupación o inquietud; o, en los niños, miedo a la separación de las figuras con mayor vinculación.
- El subtipo **TA mixto con ansiedad y estado de ánimo deprimido**, debe especificarse cuando las manifestaciones dominantes son una combinación de ansiedad y depresión.
- El subtipo **TA con alteración de conducta** debe usarse cuando la manifestación predominante es una alteración del comportamiento, en la que hay una violación de los derechos de los demás o de las normas y reglas sociales apropiadas a la edad (p. ej., vagancia, vandalismo, conducción irresponsable, peleas e incumplimiento de las responsabilidades legales).
- En el caso del **TA con alteración mixta de las emociones y el comportamiento**, las manifestaciones predominantes son tanto síntomas emocionales (p. ej., depresión y ansiedad) como trastorno de comportamiento (ver subtipo anterior).
- Por último, el subtipo **TA sin especificar** debe usarse para las reacciones desadaptativas (p. ej., quejas somáticas, aislamiento social, inhibición académica o laboral) a estresantes psicosociales que no son clasificables como uno de los subtipos específicos de TA.

Se preveía igualmente la inclusión de dos nuevos subtipos de TA con apoyo empírico, el TA con características del TEA o TEPT (a utilizar cuando se presentasen los síntomas característicos de estos trastornos, pero no se cumpliesen todos los criterios al completo) (Bryant et al., 2011) y TA relacionado con una pérdida (cuando tras la pérdida de un ser querido la persona experimentase una reacción desproporcionada o inconsistente con normas culturales o religiosas o no adecuada a la edad) (Lichtenthal, Cruess y Prigerson,

2004). Pero finalmente no se ha hecho, y en esta última actualización se ha creado dentro de la categoría de Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés, una subcategoría de “Otros trastornos relacionados con traumas y factores de estrés especificado”, que se aplicaría a presentaciones en las que predominan los síntomas característicos de este grupo de trastornos, pero que no cumplieren todos los criterios de ninguno de ellos. Y con respecto a los TA relacionados con una pérdida, se ha denominado Trastorno de duelo complejo persistente a un conjunto más específico de síntomas relacionados con el duelo, respecto a los cuales se apunta que se considera conveniente seguir investigando en el futuro (los criterios se especifican en el capítulo de “Afecciones que necesitan más estudio” en la Sección III del manual).

Además, se continúa indicando que la duración de los síntomas de un TA puede indicarse mediante la elección de una de las siguientes especificaciones:

- **Agudo**, para indicar la persistencia de síntomas durante menos de 6 meses.
- **Persistente (crónico)**, para indicar la persistencia de síntomas durante 6 meses o más, en el caso de que el estresor sea crónico o sus consecuencias permanentes

En cuanto a la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10 (OMS, 1992), la versión en español de la ICD-10 (WHO, 1992), ha seguido una evolución bastante similar a la clasificación de la APA. En ésta, los TA se incluyen dentro del apartado de “Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos”, en el subapartado “Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación”, junto a la “Reacción a estrés agudo” y el “Trastorno de Estrés Post-traumático”, al igual que ocurre en el DSM-V.

No obstante, a diferencia del DSM-V (que exige que los síntomas se inicien en los 3 primeros meses posteriores al acontecimiento estresante), en los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 (ver *Cuadro 3*) se especifica que los síntomas del TA suelen iniciarse durante el primer mes, siendo por tanto un criterio temporal más flexible.

**Cuadro 3. Criterios CIE-10 (OMS, 1992) para el diagnóstico de TA.**

Estados de malestar subjetivo acompañados de alteraciones emocionales que, por lo general, interfieren con la actividad social y que aparecen en el período de adaptación a un cambio biográfico significativo o a un acontecimiento vital estresante. El agente estresante puede afectar la integridad de la trama social de la persona (experiencias de duelo, de separación) o al sistema más amplio de los soportes y valores sociales (emigración, condición de refugiado). El agente estresante puede afectar sólo al individuo o también al grupo al que pertenece o a la comunidad.

Las manifestaciones clínicas del trastorno de adaptación son muy variadas e incluyen: humor depresivo, ansiedad, preocupación (o una mezcla de todas ellas); sentimiento de incapacidad para afrontar los problemas, de planificar el futuro o de poder continuar en la situación presente y un cierto grado de deterioro del cómo se lleva a cabo la rutina diaria. El enfermo puede estar predispuesto a manifestaciones dramáticas o explosiones de violencia, las que por otra parte son raras. Sin embargo, trastornos disociales (por ejemplo, un comportamiento agresivo o antisocial) puede ser una característica sobreañadida, en particular en adolescentes. Ninguno de los síntomas es por sí sólo de suficiente gravedad o importancia como para justificar un diagnóstico más específico. En los niños los fenómenos regresivos tales como volver a tener enuresis nocturna, utilizar un lenguaje infantil o chuparse el pulgar suelen formar parte del cortejo sintomático. Si predominan estas características debe recurrirse a F43.23.

El cuadro suele comenzar en el mes posterior a la presentación del cambio biográfico o del acontecimiento estresante y la duración de los síntomas rara vez excede los seis meses, excepto para el F43.21, reacción depresiva prolongada.

**Pautas para el diagnóstico**

a) La forma, el contenido y la gravedad de los síntomas.

b) Los antecedentes y la personalidad.

c) El acontecimiento estresante, la situación o la crisis biográfica.

- Incluye las reacciones de duelo.

- Si se satisfacen las pautas de trastorno de adaptación, la forma clínica o manifestación predominantes pueden ser especificadas mediante un quinto carácter adicional:

**F43.20 Reacción depresiva breve:** Estado depresivo moderado y transitorio cuya duración no excede de un mes.

**F43.21 Reacción depresiva prolongada:** Estado depresivo moderado que se presenta como respuesta a la exposición prolongada a una situación estresante, pero cuya duración no excede los dos años.

**F43.22 Reacción mixta de ansiedad y depresión:** Tanto los síntomas de ansiedad como los depresivos son destacados, pero no mayores que en el grado especificado para el trastorno mixto de ansiedad y depresión (F41.2) u otro trastorno mixto por ansiedad (F41.3).

**F43.23 Con predominio de alteraciones de otras emociones:** Los síntomas suelen incluir otros tipos de emoción, preocupación, tensiones e ira, o en niños, conducta regresiva como enuresis o succión del pulgar. Si hay síntomas de ansiedad y depresión pueden satisfacer las pautas de trastorno mixto de ansiedad y depresión (F41.2) o de otros trastornos mixtos de ansiedad (F41.3) pero no son lo suficientemente relevantes como para un diagnóstico más específico.

**F43.24 Con predominio de alteraciones disociales:** La alteración principal es la del comportamiento, por ejemplo una reacción de pena o dolor en un adolescente que se traduce en un comportamiento agresivo o disocial.

**F43.25 Con alteración mixta de emociones y disociales:** Tanto los síntomas emocionales como el trastorno del comportamiento son manifestaciones destacadas.

**F43.28 Otro trastorno de adaptación con síntomas predominantes especificados.**

Así mismo, las dos clasificaciones difieren en términos de la severidad del deterioro. La CIE-10 sólo requiere que las alteraciones emocionales “por lo general, interfieran con la actividad social” y que supongan “un cierto grado de deterioro del cómo se lleva a cabo la rutina diaria”, mientras que según las clasificaciones más recientes de la APA se requiere un “malestar intenso desproporcionado” o un “deterioro significativo” en áreas importantes de funcionamiento como la social u ocupacional.

Con respecto a los criterios de exclusión, la CIE-10 excluye los agentes estresantes de “tipo inusual o catastrófico”. En cambio, el DSM-V permite efectuar el diagnóstico en el caso de acontecimientos estresantes de carácter extremo, siempre que no se cumplan los criterios diagnósticos completos del TEPT o del TEA.

En cuanto a la consideración de las reacciones de duelo, tanto en la CIE-10 como en el DSM-V se permite el diagnóstico en este caso, mientras que en clasificaciones anteriores del DSM se excluían.

Por último, en cuanto a los subtipos, la CIE-10 distingue entre subtipos de reacción depresiva, según su duración, entre la reacción depresiva breve (que no se prolonga más allá de 1 mes) y la reacción depresiva prolongada (que puede tener una duración superior a los 6 meses, pero inferior a los 2 años), cosa que no ocurre en las dos últimas actualizaciones del DSM, difiriendo así mismo en la forma de clasificar el trastorno con predominancia de síntomas ansiosos, pues en el DSM son una subcategoría única, y en la CIE-10 se recogen dentro de una categoría amplia referente a aquellos cuadros en que predominan otras alteraciones emocionales diferentes de la forma depresiva y la forma mixta ansioso-depresiva (ver *Tabla 1*).

**Tabla 1. Comparación entre subtipos según las clasificaciones CIE-10 y DSM-V.**

<b>CIE-10</b>	<b>DSM-V</b>
Reacción depresiva breve Reacción depresiva prolongada	TA con estado de ánimo deprimido
Reacción mixta de ansiedad y depresión	Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo
Con predominio de alteraciones de otras emociones	Con ansiedad
Con predominio de alteraciones disociales	Con trastorno de comportamiento
Con alteración mixta de emociones y disociales	Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento
Otro trastorno de adaptación con síntomas predominantes especificados	No especificado

### 1.1.2. Controversias diagnósticas

#### 1.1.2.1. Sobre los criterios diagnósticos

Algunos autores como Carta, Balestrieri, Murru y Hardoy (2009), que defienden la ateoricidad de las clasificaciones diagnósticas, son muy críticos con la conceptualización actual del TA. Consideran que el diagnóstico de los TA no se basa como en el resto de categorías psiquiátricas en la presencia de un síndrome específico, sino en una reacción desajustada a un evento estresante, lo cual contradice los principios que han guiado las clasificaciones psiquiátricas actuales, evitando la inclusión de aspectos etiológicos o patogénicos como imperativos diagnósticos, en un intento de resultar ateóricas.

No obstante, en los últimos años otros autores han empezado a percibir la dificultad de basar el diagnóstico únicamente en criterios sintomatológicos (Goldberg, Krueger, Andrews y Hobbs, 2009; Regier et al., 2013), por los problemas de validez que esto conlleva, y a defender un sistema diagnóstico clasificatorio basado no sólo en síntomas, sino también en factores etiológicos.

Sí que es cierto que con respecto a la presencia de un estresante como criterio diagnóstico único para este trastorno resulta cuestionable, ya que la mayoría de trastornos mentales (con algunas excepciones, como las “Depresiones endógenas”) también puede iniciarse tras un desencadenante, aunque no es siempre necesario, ni se considera imprescindible para el diagnóstico. En concreto, Despland, Monod y Ferrero (1995)

encontraron que en el 83% de pacientes con depresión, ésta se asociaba a sucesos estresantes recientes. Por tanto, no parece que la presencia de un estresor debiera ser uno de los criterios principales.

En cuanto a las manifestaciones sintomatológicas, en ninguna de las clasificaciones diagnósticas (DSM y CIE) se recoge un listado de la sintomatología necesaria para el diagnóstico de TA, siendo indefinida, superponiéndose con otras entidades, y recurriéndose a expresiones excesivamente vagas y no cuantificables, lo que se considera que afecta de forma significativa a la fiabilidad y validez del diagnóstico. Por ejemplo, Katzman y Geppert (2009), que estudian la fiabilidad del TA, encuentran índices más bajos que para otros trastornos psiquiátricos, siendo el acuerdo interjueces de 0,23.

No obstante, otros autores consideran que precisamente esta inespecificidad hace este diagnóstico tan útil clínicamente, para poder aplicar a las personas que no cumplen criterios para un trastorno más específico.

En ambas clasificaciones, se considera que los síntomas pueden ser variados, diferenciándose subtipos en función de los que predominen, aunque por otro lado, estas son categorías derivadas empíricamente, para las que no existen estudios que avalen su carácter distintivo (Pérez-Sales, 2009).

Los síntomas concretos no resultan fundamentales, más bien la gravedad de éstos o las consecuencias que suponen para la persona. La CIE-10 habla de “estados de malestar subjetivo que, por lo general, interfieren con la actividad social” y provocan “cierto deterioro en la rutina diaria”, y el DSM-V se refiere a un “acusado malestar” y “deterioro significativo” en el área social u ocupacional.

No obstante, en el ámbito clínico no se consulta únicamente por la intensidad del malestar o la respuesta, sino probablemente también, y principalmente, por el hecho de que la persona siente que no dispone de recursos para manejar dicha respuesta, aspecto que sólo se recoge y subraya en la clasificación CIE-10.

Otro aspecto que genera confusión de cara al diagnóstico es el hecho de que en las diferentes clasificaciones se establecen criterios variados en relación al tipo de estresores que

pueden derivar en ese diagnóstico, o en cuanto al tiempo para su diagnóstico. Así, en la clasificación CIE-10 se excluye el diagnóstico cuando los agentes estresantes son de “tipo inusual o catastrófico”, mientras que esto no ocurre en el caso del DSM-V. Y así mismo, la CIE-10 permite el diagnóstico en el caso de las reacciones de duelo, lo cual no es posible según la clasificación DSM-IV-TR, pero si según el DSM-V, que permite el diagnóstico de síntomas depresivos subsindrómicos durante el duelo como TA. Este hecho ha sido ampliamente criticado por autores que entienden que la eliminación del criterio de exclusión del duelo (no poder diagnosticarse un TA SI la persona está en proceso de duelo) no es apoyada por la evidencia empírica, favoreciendo aún más la patologización de las respuestas normales de dolor (Wakefield, 2012). Además, esta consideración especial dada a la reacción ante la pérdida de un ser querido no se da igualmente con otros estresores que también pueden suponer un impacto importante, como el diagnóstico de una enfermedad terminal (Patra y Sarkar, 2013).

Con respecto al criterio de duración, la CIE-10 es más flexible, estableciendo que los síntomas “suelen” aparecer en el mes siguiente a la ocurrencia del estresor, para lo cual existe cierto apoyo en la literatura. En concreto, se ha visto que el 60% de los pacientes diagnosticados de un trastorno mental estuvieron expuestos a un estresor en las dos semanas previas a su aparición (Horowitz, 1986), aunque también se ha encontrado un tiempo de latencia tras el estresor incluso superior a los 6 meses (Newcorn, Strain y Mezzich, 2000). No obstante, en el caso de la clasificación DSM-V, se requiere que la aparición sea en los tres meses siguientes, resultando un criterio muy arbitrario para el cual no existe una justificación empírica.

#### **1.1.2.2. Sobre su diferenciación con la normalidad**

Uno de los conflictos principales con respecto a los límites diagnósticos del TA es su diferenciación con la normalidad, problema que no afecta únicamente al diagnóstico del TA. En general, en las últimas décadas la tendencia ha sido a la patologización de los problemas normales de estrés y el sobrediagnóstico, con un aumento progresivo de los “falsos

---

positivos” o casos sin patología que reciben un diagnóstico médico. Según Wakefield (2010), esto se ha debido principalmente al hecho de basar el diagnóstico sobre todo en la presencia de una serie de síntomas, sin considerar el contexto y si esos síntomas son adecuados al contexto. Parece que los listados de síntomas pueden ser útiles para diferenciar unos trastornos de otros, pero no lo son para diferenciar las reacciones normales de las reacciones patológicas.

En el DSM-IV se intentó resolver estas dificultades añadiendo el criterio de significación clínica, en el que se requería que los síntomas causasen un significativo malestar o deterioro en el funcionamiento social, académico u ocupacional, pero este criterio sigue siendo insuficiente para diferenciar entre un trastorno y la normalidad. Baumeister, Maercker y Casey (2009) propusieron a su vez que se requiriesen ambos criterios para el diagnóstico, es decir, que los síntomas causasen un significativo malestar y deterioro en el funcionamiento.

Casey (2001), en relación a los TA en concreto, también considera que la severidad de las manifestaciones clínicas es suficiente para justificar atención o tratamiento. No obstante, éste no deja de ser un criterio subjetivo que genera problemas deontológicos evidentes y que no resuelve en absoluto el dilema de si debiera ser abordada desde los sistemas de salud o no. Además, algunos autores ponen en duda el hecho de que la severidad sea el principal criterio para basar la decisión de realizar un tratamiento especializado o no, y el tipo de tratamiento, psicológico o psiquiátrico (Malhi et al., 2014).

En este sentido, diferentes autores han intentado encontrar factores que ayuden al diagnóstico diferencial y que no se basen únicamente en una valoración subjetiva del profesional, de cara a establecer la validez del diagnóstico.

Por ejemplo, recientemente, Fernández y colaboradores (2012) han encontrado diferencias en algunos parámetros, en concreto, menor calidad de vida y mayor estrés autopercebido, en una muestra de pacientes catalanes que acuden a atención primaria y son diagnosticados de trastorno adaptativo con respecto a personas sin ningún trastorno mental. Otros autores han encontrado también diferencias entre las personas con un TA y aquellas

sin diagnóstico con respecto a la mayor presencia de consumo de sustancias y de un estresor (Despland, Monod y Ferrero, 1995).

Y según Wakefield (2010), la significación que el estresor tiene para la persona es un aspecto esencial. Por ejemplo, un estresor como la pérdida de un trabajo, para una persona puede significar una oportunidad para buscar otra ocupación, pero para otra que no cree tener posibilidades de encontrar un nuevo trabajo puede ser algo difícil de superar.

Pérez-Sales (2009) considera el TA como una suerte de categoría puente entre las reacciones normales y las patológicas, en torno a la cual existen dos posiciones ideológicas principales.

Desde un modelo “salutógeno” del ser humano se cuestiona la existencia de este trastorno, criticándose la tendencia actual a la medicalización de la vida cotidiana ante cualquier forma de sufrimiento (por ejemplo, ante la ausencia de una vida gratificante, las disputas con las personas del entorno, o los problemas laborales). Esta posición se deriva de la crítica general en relación al hecho de etiquetar como trastornos mentales condiciones que pueden ser consideradas variaciones del funcionamiento normal. Y en última instancia, se basa en un discurso más general sobre la naturaleza de la enfermedad mental, en línea con el trabajo de autores relacionados con el movimiento de la antipsiquiatría, como Thomas Szasz (1974) que cuestiona incluso la existencia de la enfermedad mental y considera el tratamiento de la salud mental como un instrumento de control social. Las implicaciones de esta posición para algunos autores son el hecho de que se tratan de forma innecesaria (pues probablemente son condiciones que igualmente se resolverían por sí solas) patologías que no lo son, con la iatrogenia que supone (por ejemplo, en cuanto a estigma, asunción de rol de enfermo, etc.). Y además, en sistemas sanitarios como el nuestro, con recursos limitados, esta posición puede dar lugar a una deficiente distribución de recursos, dedicando la misma atención a patologías leves que a otras más graves.

No obstante, desde modelos más “psicologizantes”, se ha considerado la necesidad de reconocer y legitimar las dificultades de adaptación al medio para poder brindar, desde el sistema de salud, la atención adecuada sin que el diagnóstico resulte estigmatizante,

enfaticándose por tanto la utilidad de esta categoría diagnóstica. Se trata de una posición que considera que los clínicos no sólo tratan trastornos mentales, sino que deben ayudar a las personas a afrontar el estrés, incluso aunque sus reacciones sean normales, e incluso intentar aumentar su capacidad para lidiar con futuras dificultades (Wakefield, 2010). Por tanto, desde esta posición el sentido de diferenciar entre un trastorno y un no-trastorno sería únicamente la utilidad, en cuanto que al asignar una “etiqueta” se responde a una necesidad de intervención desde un sistema que inicialmente sólo reconoce derecho de asistencia a aquellos que portan tal etiqueta.

Mención especial merecen las reacciones de duelo, por los cambios introducidos recientemente en la última versión de la clasificación diagnóstica DSM-V (APA, 2013). Como antes se comentó, en esta última publicación se elimina para el TA y el trastorno depresivo el criterio de exclusión en relación al duelo, lo que ha generado multitud de críticas por lo anteriormente comentado (Wakefield, 2012).

### **1.1.2.3. Sobre su diferenciación con otros trastornos psicopatológicos.**

Otro de los problemas en relación a los límites diagnósticos del TA es su diferenciación con el resto de trastornos psicopatológicos, debido a la superposición con éstos.

En principio, las clasificaciones diagnósticas de la OMS y la APA intentan solucionar este problema especificando que si se reúnen criterios para otro diagnóstico más específico se descartaría el de TA, considerándola por tanto una categoría residual, aunque en ocasiones el diagnóstico diferencial puede resultar complicado incluso para profesionales altamente cualificados y entrenados (Malt, Huyse, Herzog, Lobo y Rijssenbeek, 1996).

Algunos autores consideran que puede haber diferencias significativas en algunos parámetros entre el TA y otros trastornos, que deberían ayudar a su diferenciación, y que apoyarían la validez del diagnóstico. Por ejemplo, con respecto a los trastornos depresivos (TD), se han encontrado diferencias en la naturaleza de los estresores, la evolución y

aspectos como la calidad de vida (Carta et al, 2004), aunque se desconoce si esto se debe a la menor gravedad de los síntomas o a diferencias específicas entre ambos grupos de trastornos.

En cuanto a la evolución, los sujetos con TA tienen mayor tasa de suicidios, pero una más rápida mejoría, con una duración más breve de las hospitalizaciones, menos días de rehospitalización en los dos años posteriores al alta (Greenberg, Rosenfeld y Ortega, 1995) y menos número de readmisiones psiquiátricas en general (Greenberg et al., 1995; Jones, Yates y Zhou, 2002).

Y otros autores encuentran que los sujetos diagnosticados de TA en comparación con los diagnosticados de trastorno depresivo mayor (TDM en adelante) muestran menor severidad de síntomas (Jones et al., 1999; Snyder, Strain y Wolf, 1990; Strain et al., 1998), menos deterioro funcional (Jones et al., 1999; Strain et al., 1998), mayor calidad de vida y mayor estrés autopercebido (Fernández et al., 2012), situándose en una posición intermedia entre el TDM y los sujetos sin patología.

En cuanto a los síntomas diferenciales, Yates y colaboradores (2004) encuentran que un episodio depresivo mayor es predicho, en mayor medida que el TA, por características como la variación anímica diurna, la pérdida de reactividad emocional, una cualidad distinta del ánimo, y una historia familiar de depresión mayor.

Y también se han encontrado diferencias en características sociodemográficas, siendo los pacientes con TA de mayor edad, y con más frecuencia viudos y viviendo solos que aquellos con depresión mayor (Snyder et al., 1990).

No obstante, en otros estudios no se han encontrado variables que sirvan para diferenciar los TA de los trastornos depresivos. Por ejemplo, Casey y colaboradores (2006) critican que la severidad pueda servir para la diferenciación, pues el TA puede consistir en síntomas severos de corta duración o síntomas leves prolongados. En este sentido, Takei y Sugihara (2006) equiparan el TA con ánimo depresivo a un trastorno depresivo subsindrómico, considerando este último desde una perspectiva dimensional. Y Baumeister y Parker (2012), consideran que el TA constituye un subtipo de TD. Estos últimos autores, tras realizar un estudio de revisión sobre modelos de subtipos de depresión, subrayan que son

---

pocos los modelos integradores, citando el de Parker y Manicavasagar (2005), que diferencian tres subtipos: la depresión melancólica y la depresión psicótica, que tendrían características sintomáticas específicas y correlatos biológicos asociados, y un tercer subtipo que integraría un grupo heterogéneo y residual de trastornos no melancólicos en los que la contribución principal serían los estresores o los estilos de personalidad predisponentes (como los trastornos adaptativos con síntomas depresivos). Estos tres subtipos tendrían por tanto características etiológicas diferenciales de los que se derivarían implicaciones para el tratamiento

En muchas ocasiones, el diagnóstico se basa en la probabilidad de resolución de los síntomas al eliminar el estresor, aunque en los casos de estresores crónicos, el diagnóstico es aún menos claro, pues puede asociarse con episodios depresivos u otros trastornos como el trastorno de ansiedad generalizada.

En conclusión, los esfuerzos por identificar marcadores diferenciales entre el TA y otros trastornos no han resultado fructíferos por el momento, ni siquiera con respecto a la severidad de los cuadros (Casey et al., 2006), aunque se han apuntado algunas razones empíricas y prácticas que apoyarían su utilidad y mantenimiento en las principales clasificaciones diagnósticas.

## **1.2. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**

### **1.2.1. Prevalencia**

Según la APA (2013), los trastornos adaptativos son frecuentes, aunque el patrón epidemiológico varía ampliamente en función de la población estudiada y de los métodos de evaluación, con prevalencias desde un 1 a un 50%.

#### a) Población general

En muestras comunitarias, parece aceptado que los individuos con circunstancias vitales estresantes tienen un riesgo mayor de presentar este trastorno.

Sin embargo, esta categoría diagnóstica no se ha incluido en los grandes estudios epidemiológicos de las últimas décadas, como el *Epidemiological Catchment Area Study* (ECA; Myers et al., 1984), el *National Comorbidity Survey Replication* (NCS; Kessler, Chiu, Demler, Merikangas y Walters, 1994) o el *National Psychiatric Morbidity Surveys* de Gran Bretaña (NPM; Jenkins et al., 1997). Es más, la mayoría de los instrumentos diagnósticos que se suelen emplear en los estudios epidemiológicos ni siquiera contemplan este trastorno, a excepción de la *Structured Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN; Wing et al., 1990), y la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del Eje-I del DSM-IV (SCID-I; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1999), aunque ésta última lo incorpora sólo al final en la sección de “Inferencias y Atribuciones”.

El único gran estudio que ha recogido datos de prevalencia del trastorno adaptativo con población general, en concreto del subtipo de TA con ánimo depresivo, ha sido el *Outcome of Depression International Network Project* (Proyecto ODIN; Ayuso-Mateos et al., 2001). Este estudio fue realizado en cinco países europeos (Finlandia, Irlanda, Noruega, España y Reino Unido), entrevistando a 14.000 personas, siendo el objetivo la detección de trastornos con sintomatología depresiva según criterios de la CIE-10. Se encontraron datos de prevalencia global del 0,3%, aunque la cifra varió notablemente dependiendo del país, lo cual podría estar relacionado con los problemas de detección y diagnóstico por la inadecuada definición del trastorno y la escasa sensibilidad de los instrumentos de evaluación.

En un estudio reciente realizado con 2.512 alemanes de un amplio rango de edad (14-93 años) se encontró una prevalencia de aproximadamente el 1% (Maercker et al., 2012).

En otro estudio con población general anciana se encontró una prevalencia del 2,3%, similar a la del trastorno depresivo mayor (Maercker et al., 2008).

#### b) Población clínica o sometida a estrés

En otras muestras más específicas, ya sean clínicas o no, se han encontrado datos de prevalencia muy superiores, teniendo en general un riesgo mayor de presentar este trastorno los individuos con circunstancias vitales poco afortunadas, porque experimentan una tasa

---

elevada de estresantes. Según la APA (2013), el TA se da en hasta un 50% en poblaciones especiales que han sufrido un acontecimiento estresante.

En Atención Primaria en concreto, los TA son comunes, encontrando algunos autores una prevalencia entre el 1 y el 18% (Blacker y Clare, 1988; Casey, Dillon y Tyrer, 1984; Strain et al., 1998). Recientemente, Arbus y colaboradores (2013) realizaron un estudio con 2937 franceses mayores de 60 años que habían consultado a médicos de atención primaria y encontraron índices de prevalencia del 4,5% utilizando la entrevista diagnóstica MINI (Sheehan et al., 1998), aunque aproximadamente un 42% de sujetos en que se sospechaba el diagnóstico de TA rehusó participar, por lo que la prevalencia podría ser aún mayor. En nuestro medio, Fernández y colaboradores (2012), en un estudio realizado con 3.815 pacientes de entre 40 y 60 años aproximadamente de 77 centros de atención primaria de Cataluña, encontraron una prevalencia aproximada del 3% utilizando la SCID-I (First et al., 1999) y la MINI. No obstante, la prevalencia podría ser mucho mayor, si tenemos en cuenta que algunos autores han apuntado la reducción significativa de los datos de prevalencia con el uso de esas entrevistas, y que no se incluyó a población mayor, en la que se han encontrado índices mayores.

También hay prevalencias elevadas en muestras clínicas más específicas, siendo muy frecuente en personas que padecen condiciones médicas, especialmente si son graves. Así, se han encontrado índices de prevalencia del 7,4% en personas en situación de discapacidad por problemas médicos prolongados que solicitan una ayuda (Cornelius, Brouwer, de Boer, Groothoff y Van der Klink, 2014); del 12-15% en pacientes que acuden a centros médicos y hospitalarios (Strain et al., 1998; Strain y Diefenbacher, 2008), y del 13,7% en pacientes ingresados por diferentes trastornos médicos (Silverstone, 1996) frente al 5,1% que padece Depresión Mayor; del 7% de mujeres ingresadas antes del parto, y del 15% de las ingresadas en el postparto (Sloan y Kirsh, 2008); del 9% en pacientes cardíacos tras una intervención quirúrgica (Maercker, Einsle y Köller, 2007); del 17% en pacientes con Esclerosis múltiple (Rosti-Otajärvi y Hämäläinen, 2013); y del 10 al 25% en pacientes con cáncer en marcos oncológicos, hematológicos y cuidados paliativos, siendo uno de los trastornos

diagnosticados con más frecuencia en pacientes con cáncer en general (Mitchell et al., 2011). En concreto, en nuestro medio, Gil y colaboradores (2008) encontraron con una muestra de pacientes diagnosticados con diferentes tipos de cáncer una prevalencia de trastornos psicopatológicos del 24%, siendo el TA el diagnosticado con mayor frecuencia, en el 77,3% de casos, muy por encima del segundo y tercer trastornos más frecuentes (Distimia, 5,2% y Trastorno depresivo mayor, 4,1%).

Se han realizado también estudios con otras muestras que se han visto sometidas a otros estresores psicosociales. El TA se ha diagnosticado hasta en un 40% de personas que viven en campos de refugiados (Dobricki, Komproe, de Jong y Maercker, 2010); en un 25,2% de sujetos al comienzo de su ingreso en prisión (Dettbarn, 2012); o en casi un 9% de estudiantes poco después de su ingreso en academias militares bajo una estricta disciplina (Lung, Lee y Shu, 2006). Por otro lado, dentro de la categoría de los TA también se incluyen problemas muy frecuentes como los relacionados con el acoso (“mobbing”, “bullying”, etc.), o el “síndrome del quemado” (“burn out”), etc. (Botella et al., 2008).

### c) Población psiquiátrica

En muestras psiquiátricas es un diagnóstico muy común. En varias encuestas recientes realizadas con muestras amplias de profesionales de la salud mental se encontró que este diagnóstico era el séptimo más utilizado por psiquiatras (Reed, Correia, Esparza, Saxena y Maj, 2011) y el octavo por psicólogos (Evans et al., 2013).

En pacientes ambulatorios de consultas psicológicas o psiquiátricas, es uno de los trastornos más frecuentes, siendo en algunos casos, incluso, el de mayor prevalencia, con frecuencias de entre un 7 y un 36% (Despland et al., 1995; Labrador, Estupiñá y García Vera, 2010; Shear et al., 2000).

En servicios psiquiátricos hospitalarios de adultos, como admisiones psiquiátricas o unidades de agudos, la prevalencia varía según el estudio entre 4 y 21% (Despland et al., 1995; Greenberg et al., 1995; Jones et al., 2002; Schnyder y Valach, 1997). Y en Psiquiatría

de Interconsulta y Enlace oscila entre un 10 y un 35% (Arbabi et al., 2012; Lin et al., 2011; Silverstone, 1996).

d) Población infanto-juvenil

En la población infantil y adolescente los datos de prevalencia son también elevados. En un estudio realizado en Puerto Rico con población general de entre 14 y 16 años se encontraron índices del 4,2% (Bird, Gould y Yager, 1989), encontrándose resultados similares con niños entre 8 y 9 años de Finlandia (Puura et al., 1998). Con pacientes ambulatorios hospitalarios con patología médica los índices son de 5,9-7% (Doran y Petti, 1989; Steinhausen y Erdin, 1991), y en Psiquiatría de Interconsulta y Enlace infanto-juvenil, se ha encontrado que es el diagnóstico más común tras un inicio reciente de diabetes, dándose en un tercio de estos niños (Kovacs, Ho y Pollack, 1995).

Con muestras específicamente psiquiátricas, la prevalencia es también elevada. Así, se encontró un índice del 7,2% de niños y adolescentes hospitalizados en un servicio de salud mental de Belgrado (Pejovic-Milovancevic, Miletic, Popovic-Deusic y Draganic-Gajic, 2011), y del 31% en jóvenes de 12 a 22 años de una clínica psiquiátrica ambulatoria de Finlandia, donde fue el segundo trastorno más común, por detrás de los trastornos afectivos, sin considerar los trastornos psicóticos (Pelkonen, Marttunen, Henriksson y Lönnqvist, 2007).

e) Prevalencia general de los diferentes subtipos de TA

Con respecto a la prevalencia de los diferentes subtipos de TA, según algunos autores el subtipo más frecuente es el TA con síntomas mixtos (Maercker et al., 2007; Okamura et al., 2000; Okamura, Yamawaki, Akechi, Taniguchi y Uchitomi, 2005). Sin embargo, Strain y colaboradores (1998) consideran que el más frecuente es el TA con estado de ánimo deprimido, seguido del TA mixto, el TA con alteración mixta de las emociones y el comportamiento, y el TA con ansiedad. En un estudio reciente con población española en situación de incapacidad laboral transitoria y con el diagnóstico de TA (Catalina-Romero et

al., 2012), el subtipo más frecuente era el mixto (33%), seguido del subtipo no especificado (26%), el TA con ansiedad (25%), con ánimo deprimido (11%) y con alteración de emociones y conducta (6%).

La edad parece ser uno de los factores que influye en las manifestaciones predominantes, pues se han encontrado diferencias significativas entre adultos que tienden más a manifestar síntomas depresivos en comparación con los adolescentes con más tendencia a los síntomas conductuales (Newcorn y Strain, 1992; Newcorn et al., 2000).

Pero otros factores también podrían influir, como el sexo y los antecedentes familiares. Pelkonen y colaboradores (2007) encontraron que las mujeres jóvenes en tratamiento en una clínica ambulatoria tenían más síntomas internalizantes, mientras que los jóvenes tenían más problemas conductuales. Y con respecto a los antecedentes familiares, en una revisión sobre el TA, Gur, Hermesh, Laufer, Mogol y Gross-Isseroff (2005), encuentran datos de una mayor prevalencia de TA con síntomas ansiosos en familiares de pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, al comparar con un grupo control, y también una mayor prevalencia de TA con síntomas depresivos en los hermanos de parejas de gemelos monozigóticos cuando el otro gemelo tenía un TDM o un trastorno distímico.

Por último, resulta significativo señalar que se ha observado en los últimos años una disminución progresiva en todos los ámbitos de la prevalencia del TA, al tiempo que han ido aumentando otros diagnósticos como el de depresión mayor (Diefenbacher y Strain, 2002), disminución que ha sido relacionada con la disponibilidad de fármacos psicotrópicos (especialmente Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina – ISRS), en cuanto que la “cultura de prescripción” ha estimulado un cambio en la “cultura del diagnóstico” (Strain y Diefenbacher, 2008).

f) Prevalencia general en función de las características sociodemográficas.

En cuanto a las características sociodemográficas de las personas diagnosticadas de TA, suele afirmarse que no existen diferencias de prevalencia entre los diferentes grupos de edad y razas (Casey y Bailey, 2011; Schnyder y Valach, 1997), aunque según la APA (2013)

---

es necesario tener en cuenta el contexto cultural del individuo al hacer la valoración clínica de si la respuesta individual al estresante es desadaptativa o de si el malestar asociado excede del que cabría esperar, ya que la naturaleza, el significado y la experiencia de los estresantes y la evaluación de la respuesta a ellos pueden variar en las diferentes culturas.

En cuanto a la prevalencia en función del sexo, parecen existir menos diferencias entre hombres y mujeres que en el caso de otros trastornos como la depresión mayor o la distimia, aunque según la APA (2013) se da en el doble de mujeres, no influyendo el sexo en niños y adolescentes.

El estado civil también influye, siendo el TA más común entre personas solteras (Andreasen y Wasek, 1980).

Con respecto al nivel socioeconómico, en general se ha encontrado que una mejor condición económica protege del desarrollo de problemas de salud mental (Ortiz-Hernández, López-Moreno y Borges, 2007), aunque Benton e Ifeagwu (2012) sugieren que las personas con un nivel socioeconómico de medio a alto son más frecuentemente diagnosticadas de TA, en comparación con aquellas de menor nivel, lo cual puede relacionarse con aspectos como el estigma social.

En cuanto a la situación laboral, muy relacionada con el anterior, en el meta-análisis de Paul y Moser (2009) se estudiaron los efectos psicológicos negativos del desempleo, y Catalina-Romero y colaboradores (2012) dieron relevancia al puesto desempeñado, encontrando que el hecho de desempeñar trabajos de menor nivel o “de cuello azul” (*blue collar*) frente a los de “cuello blanco”, se relaciona de forma significativa, aunque modesta, con una mayor duración de las bajas laborales en personas con TA.

Por último, se ha encontrado que un alto nivel educativo protege contra el distrés psicológico en general (Mazokopakis et al., 2002).

### **1.2.2. Curso**

Por definición, los síntomas del TA deben iniciarse poco después del estresor. Según la CIE-10 (OMS, 1992), generalmente en el mes posterior, y en base a los criterios del DSM-

V (APA, 2013), dentro de los 3 meses siguientes al inicio del estresante. Además, los síntomas no se presentan más de 6 meses después de que el estresor o sus consecuencias hayan cesado (excepto en el caso de un duelo, que precisamente requiere que los síntomas duren al menos 12 meses).

En general se considera que su pronóstico es bueno y tiende a remitir espontáneamente (Diefenbacher y Strain, 2002), siendo su duración más corta que otros trastornos mentales específicos, y el tiempo de hospitalización más corto (Andreasen y Hoenk, 1982). No obstante, esto es especialmente así cuando el estresante es un acontecimiento agudo (p. ej., un incendio en el lugar de trabajo), siendo el inicio de la alteración generalmente inmediato (o en los próximos días) y la duración es breve (p. ej., unos pocos meses).

Sin embargo, cuando el estresante o sus consecuencias persisten, el trastorno adaptativo puede persistir también. De hecho, algunos autores apuntan a la alta frecuencia de las formas de TA crónico, superior a los 6 meses (Azocar y Greenwood, 2007), que se relacionan probablemente con la frecuencia de estresores crónicos, y además, con mucha frecuencia un TA se deriva en un trastorno psiquiátrico mayor, especialmente en niños y adolescentes (Andreasen y Hoenck, 1982; Hill, 2002). Andreasen y Hoenk (1982) encontraron, en un seguimiento de 5 años de adultos con TA, que el 71% estaba curado, el 8% tenía problemas interrecurrentes y el 21% desarrolló otros trastornos, como depresión mayor o alcoholismo. En adolescentes, sólo el 44% carecía de un diagnóstico a los 5 años, el 13% padecía una enfermedad psiquiátrica que había requerido tratamiento y el 43% desarrolló un trastorno psiquiátrico mayor. Según la APA (2013) esto es probablemente debido a la presencia de otras enfermedades concomitantes (p.ej., trastorno por déficit de atención e hiperactividad) en la población infantil o a que los síntomas representen realmente una manifestación prodrómica subclínica de un trastorno mental más grave. Algunos de los factores que más predicen esta evolución en adolescentes son la cronicidad del TA y el tiempo de tratamiento, más que el número y tipo de síntomas (Andreasen y Hoenk, 1982).

Los estudios longitudinales como el anterior son escasos, y especialmente si son realizados con poblaciones sometidas a estresores crónicos, aunque existen algunos datos. Recientemente, Bonanno y Diminich (2013) hacen una revisión del concepto de resiliencia y la trayectoria más usual de ajuste y recuperación de las personas tras sufrir acontecimientos adversos puntuales o crónicos. Concluyen que en cuanto al ajuste ante estresores puntuales, ampliamente estudiado, se han encontrado múltiples trayectorias posibles de recuperación, mientras que ante situaciones adversas crónicas, donde la investigación es muy escasa, parece que la evidencia sugiere que el resultado suele ser una resiliencia emergente o creciente. Así, Hobfoll, Mancini, Hall, Canetti y Bonanno (2011) estudiaron durante 12 meses el ajuste de población palestina que vivía en territorios conflictivos, con un nivel extremo de exposición a situaciones de violencia y muerte, y encontraron una trayectoria común consistente en síntomas relativamente elevados de estrés postraumático y depresión y una mejoría gradual posterior, incluso a pesar de la persistencia del estresor, aunque la duración del proceso era mayor que en el caso de un estresor puntual.

### **1.2.3. Diagnóstico diferencial**

El trastorno adaptativo, según es definido en las clasificaciones actuales, constituye en la práctica una categoría residual utilizada para describir alteraciones que aparecen en respuesta a un estresante identificable y que no cumplen los criterios para otro trastorno específico del Eje I de la clasificación DSM, aunque puede diagnosticarse conjuntamente con otro trastorno si en este último no hay síntomas característicos de los que aparecen en la reacción al estresante.

Según el DSM-V (APA, 2013), el TA debe ser distinguido principalmente de: el TDM, el TEPT, el TEA, los TP, el diagnóstico de Factores psicológicos que influyen en otras condiciones médicas y las reacciones normales de estrés.

El perfil de los síntomas del TA y el TDM es diferente, y si una persona tiene síntomas de un trastorno depresivo mayor en respuesta a un factor de estrés, no sería aplicable el diagnóstico de TA.

Es necesario también distinguir el TA de otros trastornos derivados de un estresante psicosocial, como es el caso del TEPT y del TEA, lo cual es relativamente sencillo en cuanto que estos últimos requieren de la presencia de un estresante extremo, frente al TA que es desencadenado por estresantes de intensidad variable (siendo la clasificación CIE-10 más estricta en este sentido, al no permitir el diagnóstico de TA en los casos de estresantes extremos, lo que facilitaría la distinción), y en base al patrón temporal y perfil de síntomas. El TEPT y el TEA se caracterizan por una constelación de síntomas específicos, frente a la amplia gama de síntomas posibles en el TA. Cuando se presentan los síntomas característicos del TEPT o del TEA, pero no se reúnen todos los criterios al completo, se haría el diagnóstico de TA. También se debería diagnosticar el TA en las personas que no se han expuesto a un evento traumático pero que, por lo demás, presentan el perfil completo de síntomas del TEPT o del TEA. En cuanto al factor temporal, los TA se pueden presentar de inmediato y persistir hasta 6 meses después de la exposición al evento traumático mientras que el TEA sólo puede ocurrir entre los 3 días y 1 mes de exposición al acontecimiento estresante, y el TEPT no se puede diagnosticar hasta que por lo menos ha pasado 1 mes desde la aparición del suceso.

En algunos casos, también puede resultar difícil la diferenciación con los trastornos de la personalidad (TP), sobre todo porque las características de éstos suelen acentuarse en situaciones de estrés, en cuyo caso, no se establecería el diagnóstico adicional de trastorno adaptativo, y únicamente se realizaría si la respuesta al estresante incluye síntomas no característicos del TP.

El TA también debe diferenciarse de otras reacciones no patológicas al estrés, que no provocan un malestar intenso y desproporcionado, mayor de lo esperable, y que no causan un deterioro significativo de la actividad social o laboral. Es el caso del duelo, que puede suponer una reacción esperable ante la muerte de un ser querido, y no resultar patológica ni complicada. No obstante, según la CIE-10 y el DSM-V puede diagnosticarse un TA si se cumplen el resto de criterios diagnósticos de significación y deterioro. En el DSM, en concreto, puede establecerse el diagnóstico de Trastorno de duelo complejo persistente

---

cuando se cumplen un conjunto de criterios sintomatológicos muy concretos, y además el duelo dura más de 12 meses (o 6 en el caso de los niños), además de especificarse que la reacción debe ser desproporcionada o inconsistente con las normas culturales o religiosas o no adecuada a la edad.

Por último, debe diferenciarse el diagnóstico de Factores psicológicos que influyen en otras condiciones médicas, que se establece cuando algunos factores como síntomas psicológicos o comportamientos ponen en riesgo, precipitan, agravan una condición médica, de la situación en la que el acontecimiento adverso que supone una enfermedad médica da lugar al desarrollo de un TA.

En el caso de que se presenten síntomas que no cumplen totalmente los criterios para un trastorno del Eje I, cuando no hay un estresante identificable o bien no se cumplan los criterios de duración del TA (los síntomas persisten durante más de seis meses después de que el estresante o sus consecuencias hayan cesado), aún es posible utilizar otra categoría residual, la de trastorno no especificado (p.ej., trastorno por ansiedad no especificado).

#### **1.2.4. Comorbilidad**

Son pocos estudios los que han examinado la comorbilidad de los TA, y los datos que existen son variados. Newcorn y colaboradores (2000) concluyen que el 70% de pacientes presenta comórbidamente un trastorno del eje I o II. Y Maercker y colaboradores (2008) encuentran que casi la mitad de pacientes presenta comórbidamente un TDM o TEPT.

No obstante, en un estudio reciente en nuestro país, Catalina-Romero y colaboradores (2012) encontraron en una muestra de personas que se encontraban de baja laboral y que tenían un diagnóstico de TA, que en el 90% de casos no presentaban comorbilidad con otros trastornos, presentando sólo el 2% otro trastorno mental, y en un 0,3% de casos presentaban tanto trastornos mentales como físicos comórbidamente.

Frecuentemente, los TA se han asociado con otros diagnósticos psiquiátricos como los trastornos de personalidad (Strain et al, 1998) y los trastornos por abuso y dependencia

de sustancias (Fabrega, Mezzich, Mezzich y Coffman, 1986; Strain et al., 1998), así como también trastornos afectivos y de ansiedad (Benton y Lynch, 2005). Sin embargo, otros autores consideran que la comorbilidad es baja con trastornos afectivos en concreto, y con otros diagnósticos como el de esquizofrenia (Strain, 1995).

Según la APA (2013), con frecuencia los TA acompañan a las enfermedades médicas y son la principal respuesta a éstas.

Por otro lado, el hecho de presentar comórbidamente otro trastorno tiene repercusiones importantes. En el estudio de Catalina-Romero y colaboradores (2012), en concreto, la comorbilidad era la variable que predecía de forma más robusta el curso del trastorno.

Se suele afirmar además que los pacientes con TA presentan una mayor morbimortalidad, asociada por un lado al hecho de que puede complicar el curso de una enfermedad médica (p. ej., por incumplimiento terapéutico o ingresos prolongados en el hospital) (APA, 1995; Corrigan, Kimmel y Jayaram, 2011; Fok, Chan, Lam y Lai, 2001). Y por otro lado, asociada a un aumento del riesgo e intentos de suicidio (Gradus et al., 2010; Qin, 2011). En un estudio reciente con población suiza, Muheim y colaboradores (2013) encuentran que los trastornos adaptativos, junto a los trastornos afectivos y de personalidad, se encuentran entre los más frecuentemente diagnosticados en personas que han realizado un intento autolítico. Y en un estudio reciente donde se realizó la autopsia psicológica de personas fallecidas por suicidio, se encontró que el 15% tenía un TA (Manoranjitham et al., 2010). Por otro lado, el perfil de pacientes con TA que han realizado estos intentos es diferente al de los diagnosticados de TDM. En los que presentan un TA es más probable que el intento se haya realizado bajo la influencia del alcohol y sin planificación previa, y además el intervalo entre el inicio del trastorno y el intento autolítico es menor en los pacientes con TA, por lo que parece que es un grupo con mayor vulnerabilidad y tendencia a la impulsividad que el de los pacientes con TDM (Polyakova, Knobler, Ambrumova y Lerner, 1998; Portzky, Audenaert y Van Heeringen, 2005; Runeson, Beskow y Waem, 1996). También se ha encontrado que en aquellos que informan de sus intenciones autolíticas

---

pasa menos tiempo hasta que hacen el intento, siendo menor de un mes, en comparación con otros trastornos (3 meses en la depresión, 30 meses en el trastorno bipolar y 47 meses en la esquizofrenia) (Runeson et al., 1996). Parece que en los intentos de suicidio realizados por pacientes con TA, juega un papel relevante la presencia de trastornos de personalidad comórbidos (Casey, 2009).

Llama la atención la escasa investigación dedicada al TA, teniendo en cuenta los datos anteriores y la importante repercusión en cuanto a los cuantiosos costes sociales y económicos que originan. Así, en un estudio realizado en los Países Bajos se vio que los trastornos mentales eran la causa del 33% de las bajas, y que más del 50% se debían a problemas relacionados con el estrés, como los TA, con una importancia mucho mayor que otros trastornos como la depresión, la ansiedad, los trastornos psicóticos o los de personalidad (Van der Klink, Blonk, Schene y Van Dijk, 2003). En nuestro país, apenas hay datos fidedignos de la situación, pues entre otros motivos, en los partes de baja no se indica el diagnóstico de la persona, pero algunos datos indican una tendencia similar (Botella et al., 2008). Catalina-Romero y colaboradores (2012), que hacen un intento de estudiar el impacto de este trastorno en cuanto a las ausencias laborales, así como de comprender las variables que influyen en su duración, estudian una muestra de 1182 sujetos españoles en situación de baja laboral por enfermedad no relacionada con el trabajo diagnosticados de TA, y se encuentra que en el 22% de los casos se producen ausencias de larga duración, siendo la duración media de la ausencia de 91 días.

### **1.3. MODELOS EXPLICATIVOS DE LOS TA**

No existe un modelo único y unánimemente reconocido que explique la aparición de un TA, es decir, que explique el motivo por el que fracasan los procesos de adaptación al estrés, pues los factores implicados son múltiples, aunque se conoce que existen dos grandes grupos de factores asociados. El acontecimiento vital estresante es condición imprescindible, pero probablemente la clave se encuentra en el concepto de vulnerabilidad, entendida como

la capacidad para soportar experiencias estresantes, y por tanto, el modelo de vulnerabilidad sería especialmente útil en la explicación de este trastorno.

A continuación se expondrán los principales modelos que abordan la patología relacionada con el estrés de forma general, para posteriormente describir brevemente algunas teorías más específicas en relación a los TA.

### **1.3.1. Teorías generales del estrés.**

Una primera aproximación general a los TA implica una revisión del concepto de estrés. Según Sandín (1995) el término estrés, fue utilizado desde el siglo XIV para referirse a experiencias negativas, como adversidades, dificultades, sufrimiento, etc., y asociado posteriormente a fenómenos físicos como presión, fuerza, distorsión, etc. por influencia del prestigioso biólogo y físico R. Hooke.

El término fue recuperado por la psicología, entre otras ciencias, contribuyendo al desarrollo de las teorías sobre el estrés, que se dividen en tres grandes orientaciones según el componente del fenómeno en que se fije la atención:

- a) Las **teorías basadas en la respuesta** enfatizan el componente de la respuesta fisiológica. El mayor exponente es Selye (1936), que considera el estrés como un agente desencadenante, ya que atenta contra la homeostasis del organismo, y que resulta en una respuesta fisiológica inespecífica que implica una activación del eje hipotalámico-hipofísico-suprarrenal y del sistema nervioso autónomo. A este proceso lo llamó "Síndrome de Adaptación General", que presenta tres etapas claramente diferenciadas: a) alarma, b) resistencia, y c) agotamiento (para una descripción de la teoría, ver Sandín, 1995).
  
- b) Las **teorías basadas en el estímulo** enfatizan el componente externo o estresor. El grupo de Holmes (p. ej., Holmes y Rahe, 1967) es uno de los responsables del

desarrollo de esta perspectiva, conocida como “enfoque psicosocial del estrés” o “enfoque de sucesos vitales”. Esta línea parte de que ciertos acontecimientos vitales inducen algún tipo de cambio en el organismo, lo cual produce una necesidad de reajuste. Diferencian los sucesos vitales o mayores de los sucesos menores o cotidianos. Progresivamente fueron surgiendo nuevos desarrollos en la perspectiva psicosocial que incluyen diversas dimensiones de evaluación de la situación, tales como el impacto del estrés (estrés percibido), la controlabilidad, la predictibilidad, la novedad, la valencia (positiva o negativa), etc.

- c) Por último, **las teorías basadas en la interacción** enfatizan los factores psicológicos o subjetivos (cognitivos) que median entre los agentes estresantes y las respuestas fisiológicas. La teoría transaccional de Lazarus y Folkman (1984), principal exponente de esta perspectiva, mantiene que el hecho de que un estímulo estresante de lugar a una reacción de estrés depende fundamentalmente de la valoración que realiza el sujeto, que puede ser de tres tipos:
- La valoración primaria se refiere a la evaluación del significado del estresor o la amenaza. Se produce en cada encuentro con algún tipo de demanda externa o interna y puede dar lugar a cuatro modalidades de evaluación: amenaza (anticipación de un daño), daño-pérdida (percepción de un daño ya producido), desafío (posibilidad de ganancia o de pérdida), o beneficio (que no induce a reacciones de estrés).
  - La valoración secundaria se refiere a la valoración de la controlabilidad del estresor y de los propios recursos de la persona para afrontar la situación, ya sean habilidades de afrontamiento (*coping*), apoyo social o recursos materiales.
  - Por último, la reevaluación implica los procesos de feedback que acontecen a medida que se desarrolla la interacción entre el individuo y las demandas externas o internas, y que permite que se produzcan correcciones sobre las valoraciones previas.

En suma, se entiende el estrés como un proceso interaccional, una relación particular entre la persona y la situación que se produce cuando la persona valora que las demandas exceden sus recursos de ajuste y hacen que peligre su bienestar (Lazarus y Folkman, 1984). Es decir, se entiende el estrés en relación al proceso de afrontamiento.

Se han propuesto otros modelos interaccionales relevantes como el Modelo transaccional de estrés de Cox y Mackay (1981), que entiende el estrés como parte de un sistema cibernético dinámico, donde el estrés se produce cuando se rompe el balance entre la percepción de la demanda y la percepción de su propia capacidad para hacerle frente.

El modelo procesual de estrés, presentado por Sandín en 1995, fue un intento de organizar e integrar las distintas variables relacionadas con el estrés directa o indirectamente, en enfoques previos, siendo revisado con posterioridad (Sandín, 2008) (ver *Figura 1*).

Según este modelo, el estrés implica un conjunto complejo de variables que funcionan a diferentes niveles y que interaccionan entre sí diacrónicamente.

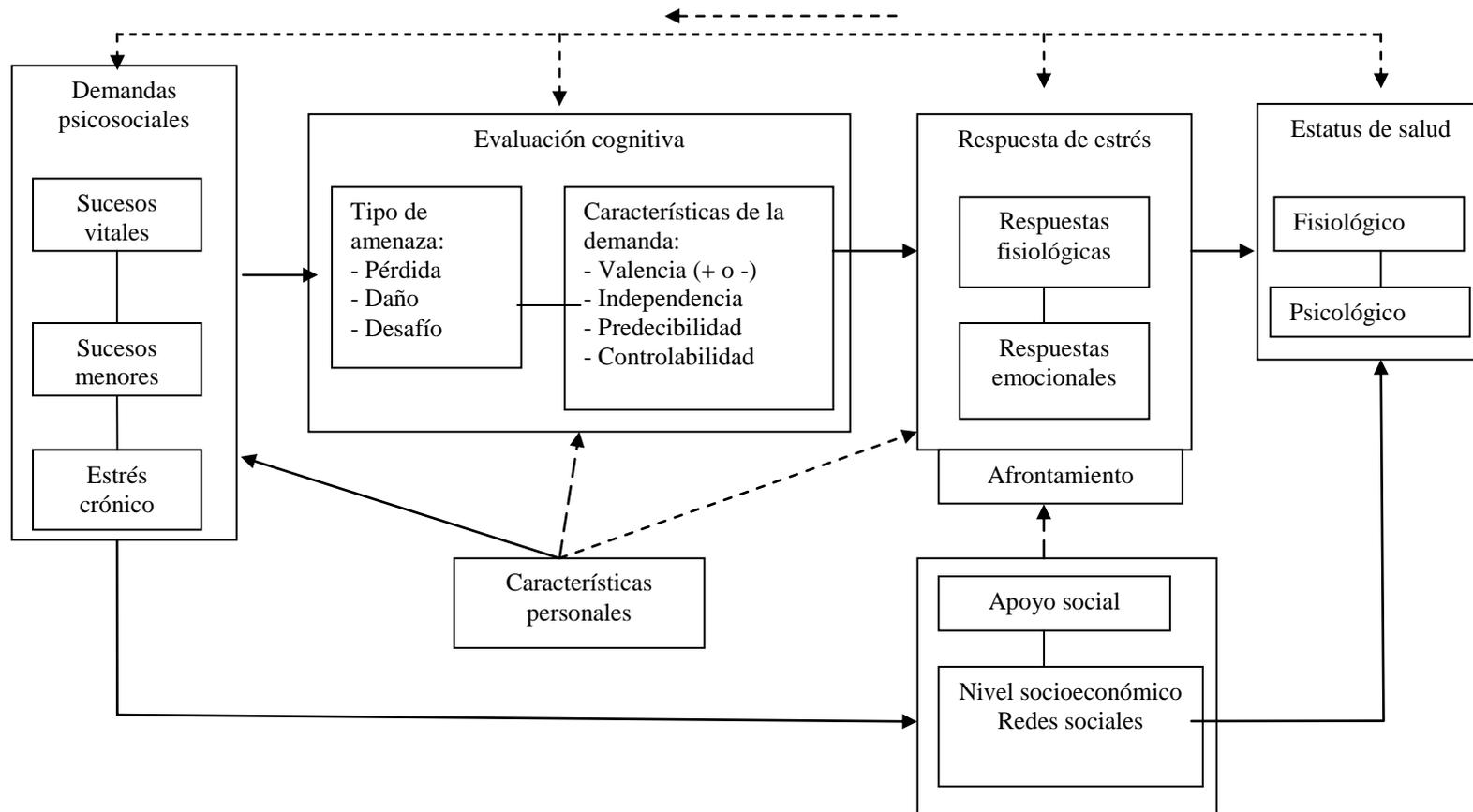
Los elementos esenciales del proceso serían:

- 1) La presencia de agentes externos (psicosociales o biogénicos) o internos (físicos o cognitivos-psicológicos)
- 2) Los procesos de evaluación cognitiva de la demanda (sobre el tipo y características de la demanda)
- 3) Las estrategias de afrontamiento, que serían las respuestas conductuales resultantes de las etapas anteriores (y que constituirían variables mediadoras entre las demandas y las respuestas)
- 4) Las respuestas psicológicas (principalmente respuestas emocionales, como depresión, ansiedad u hostilidad) y fisiológicas (principalmente en los ejes neural, neuroendocrino o endocrino) que constituyen la reacción al estrés.

5) La influencia de variables moduladoras asociadas a elementos predisposicionales y sociodemográficos, sobre el afrontamiento y los diferentes niveles del proceso de estrés.

Este puede ser un modelo adecuado desde el que entender la influencia de las variables estudiadas en nuestro estudio: los rasgos estables de personalidad, la positividad y el afrontamiento. Así, ante un suceso estresante, la personalidad (incluyendo la positividad) constituiría una variable constitucional que modularía (variable moderadora) los diferentes niveles del proceso de estrés, influyendo no sólo en la ocurrencia de sucesos estresantes, también en su valoración y en la reacción al estrés, lo que incluiría el afrontamiento puesto en marcha. A su vez, el afrontamiento constituiría una variable mediadora entre las demandas de la situación y las respuestas (en nuestro estudio, las respuestas emocionales, incluyendo ansiedad y depresión). Todos estos elementos contribuirían a una mayor o menor predisposición para el desarrollo de un TA.

Figura 1. Modelo procesual de estrés de Sandín (2008).



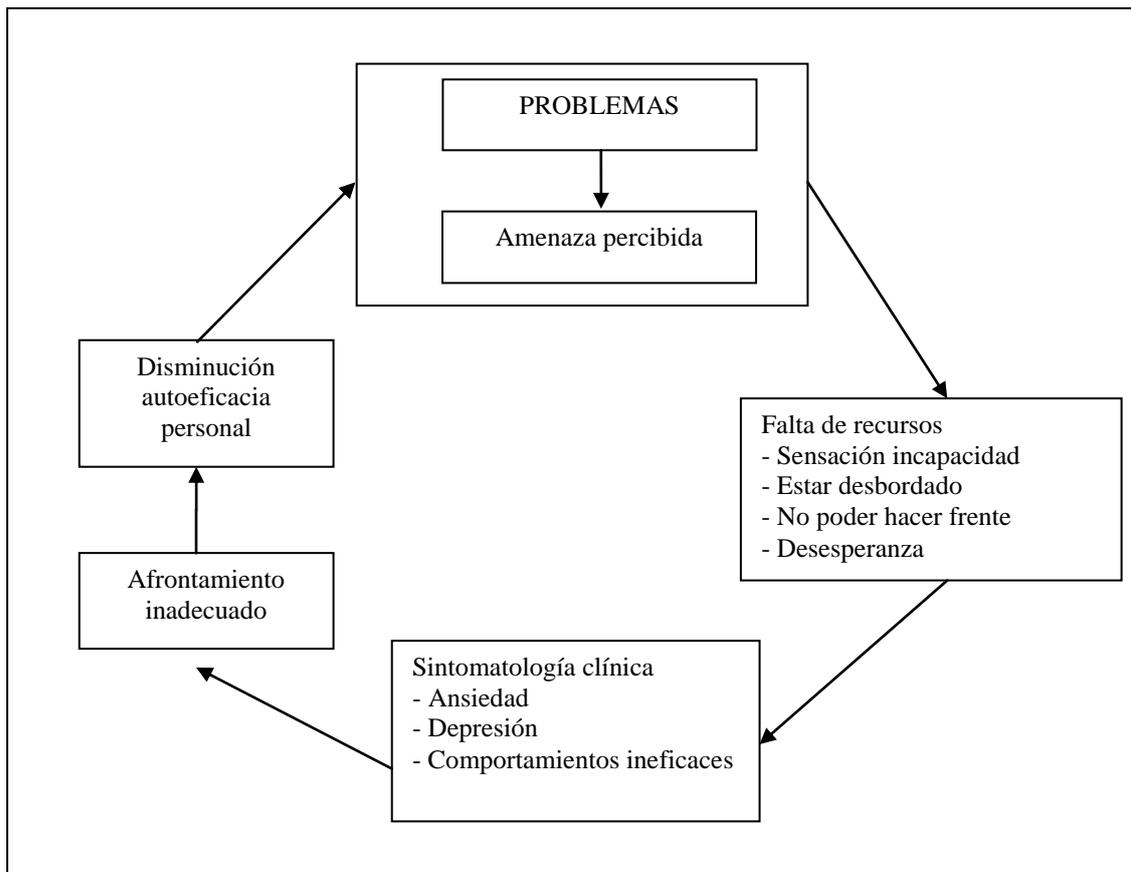
Nota: Las flechas con líneas continuas muestran relaciones de mediación (el efecto de una variable sobre otra ocurre a través de una tercera), y las discontinuas muestran relaciones de modulación o moderación (el efecto de una variable sobre otra es modificado por una tercera).

### 1.3.2. Teorías específicas del TA.

Son pocos los modelos teóricos que abordan de forma específica el origen y mantenimiento de los TA, o intentan integrar los datos extraídos de la investigación. Andreu (2011) hace una revisión de los existentes hasta el momento, concluyendo que son sólo dos.

El primero de ellos, el **modelo de Maercker y colaboradores (2007)**, considera que el TA está provocado por un evento estresor identificable que, a diferencia del TEPT y el TEA, está causado por situaciones difíciles pero cotidianas, de carácter eminentemente psicosocial, y no por eventos traumáticos y amenazantes para la vida, pero que comparte con estos trastornos algunos de los síntomas: las intrusiones, consistentes en recuerdos involuntarios, recurrentes y angustiosos relacionados con el acontecimiento; la evitación de pensamientos, situaciones o actividades para disminuir el malestar; y por último, el fracaso en la adaptación, que refleja la incapacidad de la persona para procesar adecuadamente la experiencia, manifestándose en cambios comportamentales y de personalidad, como el abandono de actividades, cambios en las relaciones interpersonales, disminución de la autoconfianza, etc. Todos los síntomas se retroalimentan entre sí provocando que el trastorno se prolongue en el tiempo.

El otro modelo sería el **modelo cognitivo de los TA de Botella, Baños y Guillén (2008)**. Estos autores, influidos por las ideas de Lazarus (1966, 1993a, 1993b), plantean que la causa determinante en la generación de los TA se sitúa en la evaluación negativa y distorsionada que la persona hace del acontecimiento estresante y de las propias capacidades de afrontamiento, magnificándose el primero y minusvalorándose las segundas. Esto genera un fuerte sentimiento de indefensión que dará lugar al establecimiento de un cuadro sintomático caracterizado por pensamientos negativos, sintomatología clínica negativa y comportamientos desajustados. Estos elementos se retroalimentan negativamente creando un círculo vicioso que mantendrá y agravará el problema, generando sentimientos de desesperanza, actitudes de derrota y confirmando, a modo de profecía autocumplida, la ineficacia personal (ver *Figura 2*).

**Figura 2. Modelo cognitivo de los TA de Botella, Baños y Guillén (2008).**

Es por este motivo que las estrategias de intervención estarían dirigidas, en primer lugar, a la modificación de las creencias disfuncionales, la generación de nuevas formas o recursos de afrontamiento y la práctica de las habilidades de regulación de la respuesta emocional del individuo, todo ello con el objetivo final de que el sujeto recobre la confianza y continúe con su vida, sintiéndose más fuerte y capaz y adquiriendo una perspectiva diferente de los problemas, como oportunidades para aprender y crecer.

No obstante, estos modelos no son lo suficientemente completos en cuanto que no incorporan ciertos elementos, especialmente antecedentes, que la investigación ha relacionado de forma consistente con el desarrollo de problemas de salud mental, y en concreto, de los TA. Por ejemplo, si existen factores de vulnerabilidad o protección que puedan explicar el hecho de que unos sujetos desarrollen el trastorno y otros no. Así, por ejemplo la vivencia de experiencias adversas o estresantes no necesariamente dan lugar a trastornos psicopatológicos, sino que puede contribuir a una adaptación positiva en el futuro,

e incluso a una mayor resiliencia en el sujeto (Bonanno et al., 2002), entendida como la capacidad para sobreponerse a contratiempos o incluso resultar fortalecido por éstos (para una revisión del concepto, ver Becoña, 2006).

#### **1.4. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LOS TA.**

A pesar de que los TA constituyen un importante problema de salud, que genera un significativo sufrimiento personal e importantes costes sociales y económicos, en términos de gasto sanitario, deterioro en el rendimiento y bajas laborales, hay una notable escasez de trabajos de investigación sobre este trastorno, en concreto sobre la evaluación y el tratamiento (Casey et al., 2001).

##### **1.4.1. Evaluación de los TA.**

Para la evaluación de los TA, se puede distinguir entre instrumentos diagnósticos y medidas de síntomas asociados al TA.

###### **1.4.1.1. Instrumentos diagnósticos**

Son pocas las entrevistas diagnósticas que incorporan criterios para el TA. En concreto, algunas de las entrevistas utilizadas en los estudios epidemiológicos más importantes de las últimas décadas, la *Clinical Interview Schedule* (CIS; Lewis, Pelosi, Araya y Dunn, 1992) y la *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI; Kessler y Ustun, 2004) no los incorporan, y si lo hacen, como es el caso de la *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN; Wing et al., 1990), sólo incluyen el TA al final de la entrevista, tras haber aplicado los criterios para el resto de categorías diagnósticas, y no incluyendo cuestiones específicas, lo cual contribuye a una infraestimación del diagnóstico de TA cuando se utilizan estas herramientas.

En dos entrevistas, la *Structured Clinical Interview for DSM-IV* (SCID-I; First et al., 1999) y la *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI; Sheehan et al., 1998), esta

última en su versión ampliada (MINI-Plus), ocurre esto mismo. La categoría de TA se incluye al final, recordando al entrevistador que sólo debe hacerse el diagnóstico si no se reúnen criterios para otro trastorno mental, quedando relegada como una categoría subsindrómica.

En varios estudios se ha podido comprobar la mayor prevalencia encontrada cuando se hace un diagnóstico clínico en comparación con el diagnóstico a través de la entrevista estructurada. Así, Shear y colaboradores (2000) encontraron, en una muestra de pacientes psiquiátricos ambulatorios nuevos, índices de prevalencia del 36%, aunque cuando se usaba la SCID la prevalencia bajaba hasta el 11%. Y en una muestra evaluada después de un episodio autolesivo, Taggart y colaboradores (2006) encontraron que se diagnosticaba de TA en el 31,8% de los casos y de depresión mayor en el 19,5%, mientras que utilizando la SCID las proporciones cambiaban al 7,8 y 36,4%, respectivamente.

Recientemente, Cornelius y colaboradores (2014) han desarrollado una entrevista diagnóstica para la valoración del TA en base a los criterios DSM-IV, intentando solventar los aspectos problemáticos del resto de entrevistas, y que según informan tiene una adecuada fiabilidad y validez. No obstante, debe ser usada junto con otras entrevistas para detectar otros trastornos mentales, y no establece una distinción entre tipologías de TA según la sintomatología predominante, lo cual debería ser considerado de cara al desarrollo de estrategias de intervención.

Teniendo en cuenta, además, que las entrevistas estructuradas han sido diseñadas para su uso por entrevistadores profanos, y considerando que el diagnóstico de TA se basa, más que en otros casos, en el juicio clínico, el contexto y el pronóstico, más que en la presencia de determinados síntomas únicamente, el interés se ha centrado más en la identificación de instrumentos de cribado disponibles para el TA.

#### 1.4.1.2. Escalas sintomatológicas

Teniendo en cuenta la superposición de los síntomas de los TA con los trastornos depresivos y ansiosos, algunos autores han utilizado para la evaluación de los TA medidas generales de ansiedad y depresión.

En concreto, la *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS; Zigmond y Snaith, 1983), ha sido utilizada para el screening de ansiedad y depresión en pacientes con patología médica (Akizuki et al., 2003; Kugaya, Akechi, Okuyama, Okamura y Uchitomi, 1998). Akizuki y colaboradores (2003) encontraron altos índices de sensibilidad y especificidad en la detección de TA usando la HADS.

Otras escalas ampliamente utilizadas, en este caso específicas para los trastornos depresivos, han sido la *Zung Depression Scale* (ZDS; Zung, 1965) (Passik, Kirsh y Donaghy, 2001), el *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961), y la *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS; Hamilton, 1967).

Por último, algunos autores han intentado desarrollar medidas muy breves de severidad de los síntomas para la detección de los TA, como el “Termómetro de distrés”, un cuestionario autoaplicado consistente en un sólo ítem con un formato de respuesta tipo Likert, a través del cual la persona autoevalúa su grado de distrés asignándose una puntuación entre 0 y 10 (Roth et al., 1998), y la “Entrevista de un ítem”, en la que la persona evalúa su estado de ánimo de la última semana con una puntuación entre 0 y 100 (Akizuki et al., 2003), aunque no han resultado adecuadas. Y lo mismo ha ocurrido con otras medidas no sintomatológicas, por ejemplo, medidas de afrontamiento como la *Coping Flexibility Scale for Cancer* (C-Flex; Kirsh, McGrew, Dugan y Passik, 2004).

Algunos autores han encontrado que varios de los instrumentos pueden distinguir entre TA y otros trastornos. En concreto, Ruiz, Silva y Miranda (2001) encontraron en una muestra de medicina general que los pacientes con trastorno adaptativo obtenían puntuaciones menores tanto en el BDI de Beck y colaboradores (1961) como en la HDRS de Hamilton (1967), en comparación con aquellos diagnosticados de TDM. Y Trivedi y

colaboradores (2004), a través del *Inventory of Depressive Symptomatology* (Rush, Gullion, Basco, Jarrett y Trivedi, 1996), encontraron que los trastornos no reactivos tienen más síntomas melancólicos y cambios anímicos con diferentes características en comparación con aquellos trastornos reactivos a estresores ambientales, como es el caso de los TA.

No obstante, en general los instrumentos que se han utilizado no tienen una adecuada sensibilidad y especificidad, no distinguiendo adecuadamente entre TA y otros trastornos, como la depresión mayor o los trastornos de ansiedad.

Más recientemente, Einsle, Kollner, Dannemann y Maercker (2010) han desarrollado un cuestionario específico para la valoración del TA basándose en una nueva propuesta diagnóstica que sitúa al TA en un espectro de síndromes de respuesta al estrés, junto al TEPT (Maercker et al., 2007), descrito en un apartado anterior de este trabajo, aunque este cuestionario no se ajusta a los criterios de las clasificaciones diagnósticas al uso.

#### **1.4.2. Tratamiento de los TA**

Dada la escasez de trabajos sobre el tratamiento de los TA, y que por el momento no existe un consenso basado en la evidencia sobre cuál es el mejor tratamiento, sino únicamente recomendaciones generales, la elección es fundamentalmente una decisión clínica.

##### **1.4.2.1. Abordaje psicoterapéutico**

Muchos autores consideran que la psicoterapia es el tratamiento de elección en el TA (Azocar y Greenwood, 2007).

Strain (1995) y Benton y Lynch (2005) hacen recomendaciones generales sobre los objetivos principales que deben contemplarse en el tratamiento psicoterapéutico. En general, se recomiendan estrategias basadas en técnicas cognitivo-comportamentales, cuya elección debe hacerse en función de cada caso: procedimientos de resolución de problemas, entrenamiento en habilidades de comunicación, control de los impulsos, manejo de la ira y del estrés, etc. Consideran que los esfuerzos deben ir dirigidos principalmente a la reducción

del estrés, y si éste no es eliminable o reductible, a potenciar la capacidad de afrontamiento y adaptación, prestando atención al estado emocional del paciente y a su sistema de apoyo social.

Las terapias breves y centradas en el problema se consideran las más apropiadas, excepto en los casos de presencia de estresores crónicos o de características de personalidad que hagan a la persona más vulnerable al estrés, requiriéndose de tratamientos más largos (Katzman y Tomori, 2005).

Autores como Araoz y Carrese (1996) y Camino (2012) ofrecen una descripción de enfoques de tratamiento breves (ver *Cuadro 4*).

**Cuadro 4. Fases y estructura de la terapia breve/focal de los trastornos reactivos/adaptativos. Extraído de Camino (2012)**

1. Establecer relación empática creando un espacio de escucha activa, expresión emocional y validación.
2. Contrato terapéutico bien definido: número (5-10), frecuencia (mensual o quincenal) y duración (20-30 minutos) de las sesiones, encuadre (asistencia, puntualidad, etc.).
3. Definir concretamente el problema y la solución:
  - ¿Qué espera el paciente de la terapia?
  - ¿Qué sería estar recuperado?
  - Concretar el malestar en términos conductuales, cognitivos, emocionales y relacionales.
4. Exploración conjunta sobre las causas del malestar: construcción de hipótesis psicosocial del problema.
  - Descripción de desencadenantes y acontecimientos vitales que rodean la aparición de los síntomas.
  - Comprensión clara del “porqué y cómo” de su malestar y de la índole transitoria (reactivo-adaptativa) de su malestar.
5. Análisis de las soluciones intentadas, identificación conjunta de los patrones desadaptativos que perpetúan el malestar.
6. Diseñar conjuntamente con el paciente las tareas y estrategias para cambiar los patrones identificados.
7. Entrevistas centradas no en la sintomatología, sino en los patrones que generan y mantienen el malestar.
8. Fomentar el apoyo familiar como recurso natural y las relaciones interpersonales.
9. Evaluar los objetivos alcanzados.
10. Positivar los cambios, normalizar las dificultades no superadas, repasar temas trabajados con breve psicoeducación emocional.

En nuestro país, varios autores han publicado estudios de casos con programas de tratamiento efectivos para los trastornos adaptativos, generalmente desde una perspectiva cognitivo-conductual, y con diferentes técnicas en función de los síntomas predominantes,

como los de Barraza (2004), Botella y colaboradores (2008), y Herrero y Cano (2010), por citar algunos.

Barraza (2004) presenta un caso de trastorno adaptativo mixto en una mujer con recidiva por cáncer de mama, y sugiere un programa de intervención cognitivo-conductual orientado a la crisis, teniendo en cuenta que el paciente descrito tenía un funcionamiento aceptable hasta el inicio del estresor. Este programa está basado en la Terapia Psicológica Adyuvante, modelo propuesto por Moorey y Greer (1989) para la intervención psicológica de personas con cáncer. Es de corte cognitivo-conductual, estructurado, breve (6 - 12 sesiones), focalizado en el problema, y que utiliza diferentes técnicas: técnicas conductuales, como la relajación, las tareas graduadas y la planificación de actividades; técnicas cognitivas como el registro de pensamientos automáticos, estrategias cognitivas de afrontamiento y reestructuración cognitiva para la modificación de las valoraciones que realiza el sujeto sobre la situación; así como métodos no directivos como la ventilación de sentimientos.

También Botella y colaboradores (2008), a través del análisis de un caso, proponen un interesante programa de tratamiento cognitivo-conductual y de corte estructurado, breve y focalizado en el problema para los trastornos adaptativos, ayudándose en este caso de técnicas de realidad virtual, empleando gran variedad de técnicas de tratamiento: técnicas conductuales, como la relajación y respiración para el manejo de emociones, técnicas de exposición en vivo, tareas graduadas y planificación de actividades agradables; técnicas cognitivas como el registro de pensamientos automáticos, estrategias cognitivas de afrontamiento, como la distracción, y reestructuración cognitiva; así como psicoeducación y otros métodos no directivos como la ventilación de sentimientos, o técnicas narrativas para recuperar y reelaborar el significado de las vivencias.

Y por último, Herrero y Cano (2010) también presentan un enfoque breve en este caso de un TA con ansiedad, en 12 sesiones, y utilizando reestructuración cognitiva, técnicas de desactivación fisiológica (entrenamiento en relajación muscular progresiva, respiración, e imaginación y sugestión de situaciones relajantes), modificación de anticipaciones ansiosas,

solución de problemas, entrenamiento en habilidades sociales y exposición (imaginaria y real).

También hay experiencias de tratamiento efectivo en el TA a través de terapias de tercera generación. Así, recientemente, algunos estudios han encontrado resultados prometedores en pacientes con TA utilizando técnicas de meditación de forma complementaria a la psicoterapia, consiguiendo una reducción de la reactividad emocional y una modificación de los patrones cognitivos, encontrándose una mejoría en los síntomas ansiosos y depresivos (Srivastava, Talukdar y Lahan, 2011). Por tanto, el entrenamiento en estrategias centradas en la modificación de la emoción también podría resultar efectivo en el tratamiento del TA.

Sin embargo, son pocos los estudios controlados y aleatorizados con respecto al tratamiento psicológico en TA. Uno de ellos ha sido realizado por Van der Klink y colaboradores (2003), que aplicaron intervenciones cognitivo-conductuales breves y focales, dirigidas principalmente a la implicación activa de los pacientes y la solución de problemas. Estos autores encontraron, tras diferentes periodos de seguimiento, que los pacientes se incorporaban antes al trabajo, la duración de los síntomas era menor y tenían índices de recurrencia menores, aunque no encontraron diferencias en la intensidad de los síntomas entre los pacientes que realizaban el tratamiento y los que no.

En general, podría decirse que lo más conveniente es la selección de diferentes técnicas en base a las características de cada sujeto y los síntomas predominantes. Así, se han utilizado técnicas de la terapia cognitivo-conductual, como el entrenamiento en solución de problemas (Van der Klink et al., 2003), el entrenamiento en técnicas de relajación (Platania-Solazzo et al., 1992), etc. Y también otro tipo de terapias y técnicas psicoterapéuticas que también han resultado útiles como la Psicoterapia interpersonal (Markowitz, Klerman y Perry, 1992), terapias grupales de apoyo (Goodwin et al., 2001; Newell, Sanson-Fisher y Savolainen, 2002), terapia familiar, intervenciones basadas en mindfulness (Lawrence, Booth, Mercer y Crawford, 2013), o técnicas de desensibilización y reproceso por el

movimiento de ojos (*EMDR; Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) de Shapiro (1989) (Mihelich, 2006).

Por otro lado, el enfoque de la Psicología Positiva plantea que la Psiquiatría y la Psicología se han centrado en el abordaje del sufrimiento, de lo patológico y negativo, y que debería también preocuparse por las cualidades humanas positivas (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

Desde esta perspectiva, se considera que la persona cuenta con una capacidad natural de resistir y rehacerse, a pesar de vivir adversidades (Seligman, Steen, Park y Peterson, 2005; Vera, Carbelo y Vecina, 2006), y de crecer incluso de estas mismas adversidades, prestándose atención a conceptos como el de resiliencia (*resilience*) y fortaleza (*hardiness*).

El objetivo de las intervenciones desde esta perspectiva, que sería complementaria a la terapia “tradicional”, basada en los problemas, sería promover el bienestar y las emociones positivas y fortalecer las cualidades positivas de las personas. Es decir, se trata no sólo de superar los acontecimientos estresantes que pueden estar perturbando a la persona, sino también de desarrollar capacidades para hacer frente a los retos de la vida cotidiana, presentes o futuros.

Además, la terapia constituye un contexto en el que abordar no sólo el sufrimiento, también de reevaluar el suceso y explorar los cambios positivos producidos tras el acontecimiento adverso, siendo muy frecuente el fortalecimiento de las relaciones familiares o de amistad, los cambios positivos en la personalidad (p.ej., el desarrollo de la paciencia, la tolerancia, la empatía,...), y el cambio en las prioridades y objetivos vitales, en los valores y la filosofía de vida (Seligman et al., 2005).

#### **1.4.2.2. Abordaje farmacológico**

En general hay pocos estudios sobre la eficacia del tratamiento farmacológico en el TA y éstos están principalmente dirigidos al subtipo ansioso (Hameed, Schwartz, Malhotra, West y Bertone, 2005; Nguyen et al, 2006).

Brevemente, según muchos autores, el manejo farmacológico básico del TA es un tratamiento de corta duración y sintomático, principalmente sobre el insomnio y la ansiedad (Casey y Bailey, 2011). No obstante, no existe unanimidad con respecto a los casos en que sería aconsejable tratar estos síntomas. Hay autores que sugieren los tratamientos psicológicos y farmacológicos combinados en todos los casos de TA con ansiedad (Schatzberg, 1990).

En cuanto al manejo terapéutico específico de los síntomas ansiosos, en muchos casos depende del contexto. Recientemente, Arbus y colaboradores (2013), en un estudio con mayores de 60 años diagnosticados de TA con ansiedad, encontraron que menos de la mitad recibía un tratamiento específico. Y de los que lo recibían, aquellos que habían acudido a su médico de atención primaria eran tratados principalmente con tranquilizantes (69%) e hipnóticos (33%), mientras que los que acudieron a un servicio de salud mental recibían tratamiento con antidepresivos (40%) o bien con otros tratamientos no farmacológicos como la psicoterapia (40%).

Con respecto al tratamiento de los síntomas depresivos, existen más controversias, pues se considera el TA como un trastorno menor, incluso con síntomas más graves. En concreto, Stewart, Quitkin y Klein (1992) recomiendan instaurar el tratamiento farmacológico con antidepresivos sólo en pacientes con síntomas depresivos que no han respondido a la psicoterapia u otras intervenciones de apoyo en tres meses.

## **2. FACTORES PSICOSOCIALES EN LOS TRASTORNOS ADAPTATIVOS**

Tras años de investigación, se sabe que tanto la personalidad (las Cinco Grandes dimensiones y la positividad) como el afrontamiento son algunos de los factores más consistentemente asociados a la psicopatología, pudiendo explicar juntos aproximadamente la mitad de su varianza (Mirnic et al., 2013).

Aunque son relativamente independientes en la predicción de la psicopatología (Phipps y Srivastava, 1997), la personalidad influye en el afrontamiento, motivo por el que se abordarán cada uno de los factores en este apartado, primero por separado, introduciendo cada uno teóricamente para después analizar sus relaciones con la psicopatología, y en segundo lugar, analizando la relación entre personalidad (Cinco Grandes y positividad) y afrontamiento.

## **2.1. PERSONALIDAD**

La personalidad, definida generalmente como un patrón idiosincrásico de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo (Bayón, Rodríguez-Cahill y Cloninger, 2010), ha sido reconocida en la literatura como uno de los principales factores de vulnerabilidad (o resiliencia) que influyen en cómo un sujeto se adapta a las diferentes situaciones estresantes que debe enfrentar a lo largo de su vida.

La personalidad se ha relacionado no sólo con variables de salud psicológica, como la psicopatología (Malouff, Thorsteinsson y Schutte, 2005; Mirnic et al., 2013), el afrontamiento (Connor-Smith y Flachsbart, 2007; Mirnic et al., 2013), el bienestar (Steel, Schmidt y Schultz, 2008), o las relaciones interpersonales (Berkman, Glass, Brissette y Seeman, 2000), también con otras áreas de adaptación vital importantes como el rendimiento laboral (Hogan y Ones, 1997), el rendimiento escolar (O'Connor y Paunonen, 2007), la creatividad (John y Srivastava, 1999; McCrae y Costa, 1997), el liderazgo (Judge, Higgins, Thoresen y Barrick, 1999) o la salud física, incluyendo aspectos como la longevidad, la discapacidad y la mortalidad (Khaw et al., 2008; Terracciano, Löckenhoff, Zonderman, Ferrucci, y Costa, 2008), a través de la influencia en muchos casos de variables psicológicas en aspectos como la adherencia al tratamiento médico (Christensen y Johnson, 2002) o las conductas de riesgo para la salud (Friedman, 2000).

A continuación, se revisarán los principales modelos teóricos de personalidad, tanto normal como patológica, para después abordar los modelos específicos que explican las relaciones de ésta con la psicopatología, así como los principales hallazgos en este sentido.

### **2.1.1. Aproximaciones teóricas a la personalidad**

#### **A) Modelos generales de personalidad**

En general, pueden distinguirse tres grandes modelos teóricos en psicología de la personalidad, que se diferencian en la respuesta que dan a la cuestión sobre los determinantes de la conducta individual:

a) Los **modelos internalistas** de la personalidad, que distinguen a su vez entre modelos de corte biológico y los de corte psicológico, o bien entre teorías de estado o procesuales, que subrayan la importancia de los estados y mecanismos internos del individuo (por ejemplo, las teorías psicodinámicas o fenomenológicas) o las teorías estructurales o de rasgo, para las que la conducta está determinada por una estructura de personalidad conformada por factores estables y generales, a los cuales se llega a través de métodos factoriales, bien léxicos, consistentes en la búsqueda de descriptores de la personalidad a través del análisis del lenguaje y la agrupación a través de métodos factoriales (modelos factoriales léxicos), o bien recurriendo a teorías o explicaciones psicobiológicas (modelos factoriales biológicos).

b) Por otro lado, los **modelos situacionistas** que ponen énfasis en la situación como principal determinante de la conducta.

Y por último, c) los **modelos interaccionistas**, los más aceptados en la actualidad, que consideran que la conducta está determinada tanto por factores internos como por la situación, y sobre todo, por la interacción entre ambos factores.

Las teoría del rasgo, en concreto, ha tenido una importancia primordial en el desarrollo de la psicología de la personalidad, habiéndose realizado diversos intentos por ordenar la gran cantidad de atributos que describen las diferencias individuales y desarrollar

taxonomías sobre la estructura de la personalidad, cada uno de los cuales ha identificado diferente número de rasgos centrales. No obstante, la mayoría de estudios realizados en los últimos años sobre la estructura de la personalidad se están desarrollando dentro del modelo de los Cinco Grandes, que propone la existencia de cinco factores o dimensiones básicas de personalidad con las que se podría describir cómo es una persona, y que se encontrarían en diferentes edades y culturas.

Este modelo parte de la hipótesis léxica (Goldberg, 1981), que defiende que las características de personalidad que son más importantes y socialmente útiles han quedado codificadas en los diferentes lenguajes naturales, por lo que el análisis del lenguaje ayudaría a averiguar cuáles son los elementos básicos que componen la personalidad.

Los primeros autores que empezaron a asentar las bases de los trabajos taxonómicos posteriores, analizando el diccionario más importante de la lengua inglesa, fueron Allport y Odbert (1936). Posteriormente Cattell (1943, 1945a, 1945b), partiendo de los términos aislados por estos autores, encontraría a través de técnicas de análisis factorial 35 variables, que quedaron limitadas a 12 después de análisis adicionales, que formarían parte de su *16 Personality Factors (16PF) Questionnaire* (Cattell, Eber y Tatsuoka, 1970). Numerosos estudios que reanalizaron esas 35 variables encontrarían una estructura de cinco factores (Cattell et al., 1970; Fiske, 1949; Norman, 1963; Tupes y Christal, 1961, 1992), que denominaron: I. *Surgency*, II. *Agreeableness*, III. *Dependability*, IV. *Emotional Stability* y V. *Culture*, traducidos al español como I. Extraversión, II Afabilidad, III. Tesón, IV. Estabilidad emocional vs. Neuroticismo, y V. Apertura mental (Sanjuán, 2003). Goldberg (1990, 1993) hace algunas de las aportaciones más relevantes al modelo, encontrando que los términos relativos a personalidad se pueden ordenar jerárquicamente, y probando la estabilidad y generalidad de la estructura de los Cinco Grandes con diferente metodología y distintas fuentes de datos.

Actualmente, son McCrae y Costa dos de los máximos representantes del modelo, por la difusión y amplio uso a nivel mundial alcanzados por el cuestionario que desarrollaron para su medida, el NEO-PI (*Neuroticism, Extraversion, Openness Personality Inventory*;

---

Costa y McCrae, 1985), y su revisión posterior, el NEO-PI-R (Costa y McCrae, 1992), que valora las Cinco Grandes dimensiones y seis facetas o rasgos por cada una de ellas (ver *Tabla 2*).

Actualmente en nuestro país también está muy extendido el uso del *Big Five Questionnaire* (BFQ; Caprara, Barbaranelli, Borgogni y Perugini, 1993), en la adaptación realizada por Bermúdez (1995), siendo también el *Big Five Inventory* (BFI; Benet-Martínez y John, 1998) otra medida ampliamente utilizada (John, Naumann y Soto, 2008).

**Tabla 2. Factores del NEO-PI-R y subfacetas que lo componen**

<b>FACTOR</b>	<b>SUBFACETAS</b>
<b>I. Extraversión</b>	E1 Cordialidad E2 Gregarismo E3 Asertividad E4 Actividad E5 Búsqueda de emociones E6 Emociones positivas
<b>II. Afabilidad</b>	A1 Confianza A2 Franqueza A3 Altruismo A4 Actitud conciliadora A5 Modestia A6 Sensibilidad.
<b>III. Tesón</b>	C1 Competencia C2 Orden C3 Sentido del deber C4 Necesidad de logro C5 Autodisciplina C6 Deliberación.
<b>IV. Neuroticismo</b>	N1 Ansiedad N2 Hostilidad N3 Depresión N4 Ansiedad social N5 Impulsividad N6 Vulnerabilidad.
<b>V. Apertura mental</b>	O1 Fantasía O2 Estética O3 Sentimientos O4 Acciones O5 Ideas O6 Valores.

B) Modelos de personalidad patológica: Modelos categoriales vs dimensionales.

Resulta relevante hacer mención aquí, aunque sólo sea brevemente, a los modelos categoriales frente al modelo de los Cinco Grandes, prototipo de los modelos dimensionales, en cuanto que en los últimos años la tendencia es a la integración de ambas perspectivas, desde el convencimiento de que las variantes más desadaptativas de la personalidad se sitúan en un continuo con la normalidad.

La perspectiva categorial está representada principalmente por los sistemas de clasificación psicopatológica imperantes en la actualidad a nivel internacional (CIE 10 y DSM-V), que describen diferentes trastornos de personalidad (TP) a los que consideran síndromes clínicos cualitativamente distintos unos de otros y con respecto a la normalidad. No obstante, esta perspectiva ha recibido multitud de críticas, basadas en la excesiva coocurrencia diagnóstica entre los diferentes tipos de TP, la heterogeneidad de los pacientes con un mismo diagnóstico, la inconsistencia y mala definición de los límites diagnósticos, la cobertura diagnóstica inadecuada, la falta de base científica y la cuestionable utilidad clínica (Clark, Livesley y Morey, 1997; Livesley, 1985a, 1985b, 1998; Ryder, Bagby y Schuller, 2002; Verheul y Widiger, 2004; Widiger, 1993; Widiger y Trull, 2007).

Alternativamente, la perspectiva dimensional clasifica a los sujetos basándose en la cuantificación de atributos (más que en la asignación a una categoría), siendo esta perspectiva de mayor utilidad en la descripción de los fenómenos que se distribuyen de manera continua y no poseen límites definidos, con lo que aumenta la fiabilidad del diagnóstico. No obstante, algunos aspectos no han permitido una mayor expansión entre clínicos e investigadores (Widiger, Livesley y Clark, 2009), como la escasa familiaridad con el modelo dimensional, la falta de acuerdo y aceptación, y las dificultades para integrar los modelos dimensional y categorial (por ejemplo, algunas dimensiones normales no tienen su equivalente en la estructura de la personalidad anormal, como Apertura, y al contrario, otras no están representadas en los modelos de personalidad normal, como es el caso de la dependencia, la sumisión y el psicoticismo).

---

Recientemente, se han formulado modelos integrativos de rasgos, desde la perspectiva dimensional, y trastornos de personalidad, desde la categorial. Así, por ejemplo, Watson, Clark y Chmielewski (2008) proponen un modelo jerárquico de Seis Grandes dimensiones que integra las características de personalidad normal y anormal, recogiendo los Cinco Grandes y las variantes desadaptativas de estas que el modelo original no recoge, añadiendo una sexta dimensión que no está recogida adecuadamente en las anteriores y que integraría las características de personalidad “raras y excéntricas” del clúster A – compuesto por las categorías de trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de personalidad- del DSM (APA, 2013).

### **2.1.2. Personalidad y psicopatología**

Aunque durante muchos años las áreas de psicopatología y personalidad se desarrollaron independientemente, a partir de los años 90 renacería un interés creciente en la comprensión de cómo ambas interactúan, lo que ayudaría a clarificar la excesiva comorbilidad psiquiátrica y a explicar las bases etiológicas de los trastornos psiquiátricos, llegando a entenderse la una intrínsecamente unida a la otra (Watson, Gamez y Simms, 2005).

En general, la investigación ha subrayado la importancia de los rasgos de personalidad en la comprensión de la mayoría de trastornos psicológicos. Aquí se revisarán principalmente los trastornos que cursan con síntomas ansiosos y depresivos, por ser el objetivo de este estudio, lo que incluye los trastornos por estrés como el TA.

#### **2.1.2.1. Modelos teóricos más relevantes**

Según Watson y colaboradores (2005) y Widiger (2009, 2011) son tres las posibilidades o hipótesis sobre esta relación que han recibido más apoyo en la literatura, no siendo mutuamente excluyentes:

En primer lugar, las características de personalidad pueden ejercer una influencia causal en la psicopatología, bien incrementando la probabilidad de que una persona

desarrolle un trastorno (**Modelo de Vulnerabilidad**) o bien afectando a la severidad o el curso de un trastorno una vez el trastorno se ha desarrollado, lo que incluye la respuesta al tratamiento (**Modelo de Patoplastia**).

En segundo lugar, la psicopatología puede influir causalmente sobre la personalidad, ya sea de forma temporal, mientras persiste la patología (**Modelo de Complicación**), o permanentemente (**Modelo de la Marca**).

Y en tercer lugar, personalidad y psicopatología pueden reflejar procesos centrales similares. Por ejemplo, pueden tener un factor etiológico común (**Modelo de la Causa Común**), o bien puede existir una dimensión subyacente o un continuo desde la normalidad a la patología, en el cual la psicopatología represente una manifestación extrema de diferencias individuales en personalidad (**Modelo del Espectro**).

Todas estas teorías han recibido algún apoyo empírico (Bienvenu y Stain, 2003; Clark, 2005; Christensen y Kessing, 2006; Klein, Wonderlich y Shea, 1993; Kotov, Gamez, Schmidt y Watson, 2010; Krueger y Tackett, 2003; Ormel, Oldehinkel y Vollebergh, 2004), aunque los datos longitudinales disponibles son aún escasos como para poder establecer relaciones de causalidad y alcanzar una comprensión adecuada de su naturaleza.

En general, el modelo más ampliamente estudiado y aceptado es el de vulnerabilidad, entendiéndose los rasgos de personalidad como factores de vulnerabilidad (o resiliencia) ante el estrés que contribuyen al inicio o etiología de trastornos mentales, ayudando este modelo a explicar por qué muchas personas se colapsan ante determinados eventos vitales, mientras que otras no se ven afectadas por circunstancias traumáticas severas.

Como anteriormente se ha comentado, dentro de las teorías internalistas de rasgo, los modelos factoriales léxicos han ejercido una gran influencia en el estudio de la personalidad, destacando especialmente el modelo de los Cinco Grandes, en el cual nos hemos centrado al realizar este estudio.

Pero por otro lado, algunos autores consideran que este modelo es principalmente descriptivo (Pervin, 1998), habiéndose desarrollado otros de forma alternativa que buscan mayor poder explicativo, y que merecen ser comentados brevemente. Destacan en este

sentido algunos modelos de corte más psicobiológico, como los de Eysenck (1967, 1981), Cloninger (1987) o Zuckerman (1991), otros más integradores como el de Millon (1981, 1990), y por último, destaca el modelo tripartito de Clark y Watson (1991<sup>a</sup>) sobre las relaciones entre afecto y personalidad.

El **modelo trifactorial de Eysenck** (1967/1976, 1981) es un modelo que integra ideas neoconductistas y biológicas, proponiendo tres dimensiones básicas de personalidad o ejes bidimensionales: Neuroticismo-Estabilidad, Extraversión-Introversión y Psicoticismo-Normalidad. Cada una de ellas se relaciona con diferentes estructuras cerebrales (Eysenck, 1990). Así, el Neuroticismo estaría relacionado con el grado de activación o arousal subcortical, especialmente del sistema límbico, relacionado con las emociones, y comprendiendo rasgos específicos como la tendencia a la depresión y la ansiedad. Y la Extraversión guardaría relación con el arousal cortical, a través de la activación del sistema de activación reticular ascendente, comprendiendo rasgos como la sociabilidad, la despreocupación, la actividad o la espontaneidad. Por último, el Psicoticismo, menos estudiado, se relacionaría con la conducta anormal del sujeto, y con rasgos como la impulsividad, hostilidad, falta de empatía y falta de conformismo (correlacionaría negativamente con las dimensiones de Afabilidad y Tesón de los Cinco Grandes), y su base biológica se relacionaría con una heredabilidad poligenética, así como con los niveles de determinadas hormonas como la testosterona.

La **teoría de la sensibilidad al reforzamiento de Gray** (1987) supone una reformulación de la anterior, incorporando aspectos motivacionales en la explicación de la personalidad y proponiendo dos dimensiones fundamentales de personalidad con diferentes sustratos neurofisiológicos: la Ansiedad, que va desde el polo de Extraversión-Estabilidad (baja ansiedad) hasta el de Introversión-Neuroticismo (alta ansiedad), tendría su correlato fisiológico en la activación del Sistema de Inhibición Conductual (SIC), situado en el sistema límbico, e implicaría mayor sensibilidad a señales de castigo. Y la Impulsividad, que va desde el polo Introversión-Estabilidad (baja impulsividad) hasta el de Extraversión-Neuroticismo (alta impulsividad), tendría su correlato fisiológico en el Sistema de

Activación Conductual (SAC), activado ante recompensas principalmente, y relacionado con el Sistema Nervioso Central. Esto es, los extravertidos, altos en impulsividad y bajos en ansiedad, tendrían una alta activación del SAC y baja del SIC, y por tanto, serían más sensibles a la recompensa y menos al castigo, siendo al contrario en el caso de los introvertidos. Y los neuróticos, altos en ansiedad e impulsividad, tendrían una alta activación de ambos sistemas, siendo sensibles a los indicios tanto de recompensas como de castigos. Estos hallazgos tendrían repercusiones en los procesos de aprendizaje con refuerzos y castigos.

El **modelo de los Cinco Alternativos de Zuckerman** (Zuckerman, 1991) también se encuadraría dentro de las teorías psicobiológicas, proponiendo en este caso también cinco dimensiones de personalidad: Neuroticismo-Ansiedad, Agresión-Hostilidad, Búsqueda de sensaciones, Actividad, y Sociabilidad. Este autor considera que la personalidad está relacionada con los síntomas a través de mecanismos psicofisiológicos comunes.

El **modelo psicobiológico de temperamento y carácter de Cloninger** (Cloninger, 1987; Cloninger, Svarakic y Przybeck, 1993) propone siete factores o dimensiones de personalidad: cuatro de temperamento (Evitación del Daño, Búsqueda de Novedad, Dependencia de la Recompensa y Persistencia), que serían predisposiciones emocionales heredadas y estables, con base en diferentes sistemas cerebrales (especialmente las tres primeras, que se asociarían a bajos niveles de tres neurotransmisores – Serotonina, Dopamina y Noradrenalina, respectivamente), y relacionadas con la susceptibilidad a diferentes síndromes neuróticos, como los trastornos depresivos, de ansiedad o somatomorfos; y tres dimensiones del carácter (Autodirección, Cooperación y Autotrascendencia), que se compondrían de valores, metas, creencias, y estrategias de afrontamiento conformadas a través del aprendizaje, que se modificarían y madurarían a lo largo de la vida, y que modularían la expresión del temperamento.

La **teoría de Millon** se considera una teoría integradora, formulada inicialmente como teoría biosocial, que hacía hincapié en la idea de estrategias de afrontamiento y fuentes de refuerzo (1969/1976, 1981), y en una segunda etapa, como teoría evolucionista que integra

---

los principios de la teoría de la evolución y la ecología (1990), entendiendo las variaciones de la personalidad como fenómenos adaptativos entre las fuerzas orgánicas y ambientales, y los síndromes clínicos como expresiones de estos modos de funcionamiento adaptativo, que se contextualizarían de modo comprensible y lógico teniendo en cuenta tanto la personalidad como los factores ambientales psicosociales y culturales que actuarían sobre la vulnerabilidad específica de la personalidad de base. Por tanto, Millon asigna a la personalidad un papel contextual y fundamental en la comprensión e interpretación de otros trastornos psicopatológicos. Por otro lado, es un modelo dimensional que insiste en el continuo “normalidad/patología”, pero al mismo tiempo busca la correspondencia categorial con el DSM.

Uno de los modelos específicos más relevantes que relacionan la personalidad y los trastornos ansiosos y depresivos es el **modelo tripartito de Clark y Watson** (Clark y Watson, 1991a; Clark, Watson y Mineka, 1994). Este modelo, que supone una ampliación del modelo de dos factores de Tellegen (1985), postula que existen 3 dimensiones del afecto independientes y estructuradas de manera jerárquica, dos de las cuales con relaciones estrechas con la personalidad, y con un patrón diferencial en sus relaciones con la depresión y la ansiedad:

a) El *afecto negativo* (AN), muy relacionado con el neuroticismo, es un factor general y de orden superior común a la ansiedad y la depresión, siendo considerado también un factor de vulnerabilidad para un amplio rango de trastornos. Recogería síntomas de malestar general e inespecíficos como la angustia, enojo, temor, tristeza, preocupación, insomnio, baja concentración, autocrítica, etc.

b) El *afecto positivo* (AP), muy relacionado con la extraversión, se considera un factor específico de la depresión, por su estrecha relación con ésta, y que se definiría por aspectos como el alto nivel de bienestar, energía, actividad, disfrute con la vida, autoconfianza o sentimientos de afiliación y dominancia social.

c) El tercer componente de este modelo, y menos relacionado con la personalidad, sería la *activación fisiológica* (AF), conceptualizada como un factor específico de la ansiedad, por su relación con los trastornos de ansiedad, que se definiría por manifestaciones físicas de ansiedad (las manifestaciones subjetivas quedarían recogidas en el AN), como sensación de ahogo, mareos, boca seca, temblores, etc.

Por tanto, según este modelo, la depresión quedaría definida por un bajo AP (también llamado anhedonia) o extraversión, y alto AN o neuroticismo, mientras que la ansiedad lo estaría por alto neuroticismo y AF. El neuroticismo, por tanto, sería común a ambos tipos de trastornos, ansiosos y depresivos.

Estudios posteriores han apoyado este modelo y la relación entre neuroticismo y afecto negativo y extraversión y afecto positivo (McCrae y Costa, 1991; Romero, Luengo, Gómez-Fraguela y Sobral, 2002), aunque con excepciones, pues en algunos casos la baja extraversión se ha encontrado no sólo asociada a depresión, sino también a ansiedad (Brown, Chorpita y Barlow, 1998; Kotov et al., 2007).

En cuanto a la relación con el afecto del resto de dimensiones de personalidad no incluidas en este modelo tan relevante, McCrae y Costa (1991) y Watson y Clark (1992), encontraron que las puntuaciones altas en afabilidad y tesón no muestran asociaciones tan fuertes ni claras con el afecto, pero en general parecen estar asociadas con sentimientos positivos. Otros, con respecto a la afabilidad, han encontrado resultados similares, considerando que junto a la extraversión tiene que ver con una tendencia a las emociones positivas y a las emociones relevantes interpersonalmente, como la empatía (Del Barrio, Aluja y García, 2004; Lucas y Fujita, 2000). Sin embargo, Romero y colaboradores (2002) no encontraron relaciones positivas con el afecto positivo, sólo negativas con el afecto negativo. El tesón correlaciona tanto con afecto positivo como negativo (Romero et al., 2002), y en cuanto a la apertura a la experiencia se ha relacionado con afecto positivo en algunos trabajos (Romero et al., 2002), pero no en otros, relacionándose más bien con una disposición emocional específica, una mayor capacidad para experimentar sentimientos

estéticos, siendo personas más sensibles al arte y la belleza, así como con una mayor diferenciación emocional (McCrae, 2007; Terracciano, McCrae, Hagemann y Costa, 2003).

Los hallazgos sobre las relaciones entre personalidad y trastornos han dado lugar a múltiples estudios e intentos de integración, que pueden entenderse como una síntesis de los modelos dimensionales y categoriales (Krueger y Eaton, 2010; Markon, Krueger y Watson, 2005). Por ejemplo, Markon (2010) diferencia entre 4 factores de psicopatología, que incluirían principalmente síntomas, más que trastornos, y que además de incluir la clásica distinción entre factores internalizantes (que se parecería a la emocionalidad negativa, y en donde se incluiría el rasgo de neuroticismo y otros trastornos mentales como la depresión o algunos trastornos de ansiedad) y externalizantes (se asemejaría a la desinhibición y antagonismo, e incluiría por ejemplo el trastorno antisocial de la personalidad), incluiría también el factor de trastorno del pensamiento (donde quedarían recogidos los trastornos psicóticos o los TP del clúster A) y la introversión patológica (que se asimilaría al rasgo de introversión). Y Andrews y colaboradores (2009) sugirieron una potencial metaestructura para las clasificaciones diagnósticas compuesta de 5 amplios clústeres de trastornos: 1. Neurocognitivos (p.ej., demencias), 2. Del neurodesarrollo (p.ej., autismo), 3. Psicosis (p.ej., esquizofrenia), 4. Emocionales o internalizantes (p.ej., trastornos de ansiedad y afectivos unipolares), y externalizantes (p.ej., los trastornos por consumo y el de conducta antisocial). Los tres primeros no estarían conectados con la estructura de personalidad, pero los clústeres de trastornos externalizantes e internalizantes tendrían antecedentes compartidos con los rasgos de personalidad.

No se puede finalizar este apartado sin hacer referencia a un modelo tan relevante en la explicación de la influencia de la personalidad en la psicopatología como es la **teoría interaccional del estrés**, explicada anteriormente, y que podría ser un marco adecuado para la integración de todas las variables incluidas en este estudio, entre ellas, la personalidad, que ahora nos ocupa. Sandín (1995, 2008) integra ideas de teorías tan relevantes como la de Lazarus y Folkman (1984, 1987) y propone que la reacción al estrés está mediada por la evaluación subjetiva que realiza la persona del ambiente y el proceso de afrontamiento del

estresor, y ambas son influenciadas por características personales como los rasgos de personalidad, además de otras como el control percibido, la autoeficacia y las habilidades sociales. Por tanto, según esta teoría, se esperaría que la personalidad predijera el ajuste y el desarrollo de psicopatología (ver *Figura 1*).

#### **2.1.2.2. Hallazgos en la relación entre dimensiones específicas y psicopatología.**

Con respecto a las relaciones encontradas de rasgos de personalidad específicos y psicopatología, los múltiples estudios, así como revisiones y meta-análisis realizados hasta la fecha (Kotov et al., 2010; Malouff et al., 2005), han encontrado en general que el neuroticismo se relaciona negativamente con la salud mental y el bienestar, siendo uno de los predictores más robustos para el desarrollo de trastornos mentales ante sucesos vitales estresantes (Lahey, 2009; Rockliff et al., 2014; Van der Lee, Bakker, Duivenvoorden y Dröes, 2014; Widiger, 2009), incluyendo trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, por consumo de sustancias, trastornos de alimentación, y otras formas de psicopatología como esquizofrenia, trastornos somatomorfos, etc. (Bredemeier, Berenbaum, Most y Simons, 2011; Lahey, 2009; Malouff et al., 2005). Hasta tal punto correlacionan el neuroticismo y las medidas de ajuste psicológico, que algunos autores las consideran lo mismo (Ormel, Rosmalen y Farmer, 2004).

Con respecto a la relación del resto de dimensiones de personalidad con la psicopatología, la investigación ha sido más escasa, especialmente en el caso de la afabilidad, el tesón y la apertura, y en general los resultados han sido más débiles e inconsistentes (Kotov et al., 2010), aunque apuntan a relaciones positivas con la salud mental (DeNeve y Cooper, 1998; Goodwin y Engstrom, 2002; Neeleman, Ormel y Bijl, 2001; Ožura et al. 2012; Steel, Schmidt y Shultz, 2008).

Sobre la relación entre personalidad y psicopatología algunos autores sugieren que un perfil específico de rasgos de personalidad predecirá una determinada psicopatología. Por ejemplo, el neuroticismo que es el rasgo de personalidad que se relaciona con un más amplio

rango de psicopatología, especialmente ansiosa, y cuando va acompañado de baja extraversión, con depresión (Clark y Watson, 1991; Kotov et al., 2010). En este sentido irían los hallazgos de Andrews, Neilson, Hunt, Stewart y Kiloh (1990), que tras un estudio de seguimiento a los 15 años encontraron que la personalidad no predecía todos los tipos de depresión por igual. En concreto, el neuroticismo explicaba el 20% de la varianza en el resultado de depresión reactiva, pero sólo el 2% en pacientes con depresión endógena, siendo por tanto este rasgo menos relevante en este segundo tipo de depresión.

No obstante, otros consideran que existe una falta de especificidad de los perfiles de personalidad para trastornos específicos. Así, Kotov y colaboradores (2010) consideran que patrones específicos de personalidad se relacionan con amplias clases de psicopatología, en concreto, trastornos internalizantes y externalizantes, pero no con trastornos concretos.

A continuación se comentarán de forma más detallada algunos hallazgos específicos con respecto a cada una de las dimensiones de personalidad:

#### A) Neuroticismo

Watson (2005), recogiendo las aportaciones del trabajo de Krueger (1999), defiende un modelo dimensional de la psicopatología que diferencia dos dimensiones de conducta anormal, el factor internalizante y el externalizante, y relaciona especialmente el alto neuroticismo (y también baja extraversión y de forma moderada, alto tesón) con los trastornos internalizantes, que recogerían tanto los trastornos ansiosos como los depresivos, mientras que la afabilidad y el tesón en su polo negativo los relaciona con los trastornos externalizantes (por ejemplo, trastornos de conducta antisocial y por consumo de sustancias). Algunos autores han encontrado resultados similares (John, Caspi, Robins, Moffit y Stouthamer-Loeber, 1994; Measelle, John, Ablow, Cowan y Cowan, 2005; Robins, John y Caspi, 1994; Robins, John, Caspi, Moffitt y Stouthamer-Loeber, 1996), aunque en algunos casos se ha encontrado que los trastornos externalizantes, especialmente algunos como el consumo de sustancias, se relacionan también con el neuroticismo (Clark, 2005; Krueger,

Markon, Patrick, Benning y Kramer, 2007; Ruiz, Pincus y Schinka, 2008; Watson, Gamez y Simms, 2005).

El meta-análisis de Kotov y colaboradores (2010) confirma la fuerte relación de los trastornos mentales con la personalidad. Los trastornos examinados (depresivos, de ansiedad y por consumo) se caracterizaban por el alto neuroticismo, especialmente, y el bajo tesón (que fue el resultado más inesperado), y muchos presentaban también baja extraversión (en concreto, los trastornos internalizantes). Sin embargo, la afabilidad sólo mostró relaciones significativas (negativas) con los trastornos por consumo (trastorno externalizante), mientras que la apertura no mostró relaciones con los trastornos analizados. No obstante, controlando adecuadamente el efecto del neuroticismo sobre el resto de dimensiones, la capacidad predictiva de éstas se veía modificada.

Además, se encuentra también que la influencia de la personalidad es más importante para patologías más crónicas, como los trastornos distímicos, en comparación con otras más episódicas, como el trastorno depresivo mayor.

Sin embargo, Malouff y colaboradores (2005), en su estudio de meta-análisis, no encuentran diferencias consistentes en personalidad entre unos trastornos y otros, sólo un patrón de personalidad que se relacionaba con la presencia de más síntomas psicopatológicos en general. En concreto, encuentran que un patrón de alto neuroticismo, bajo tesón, baja extraversión y baja afabilidad (pero no la apertura) se relaciona con la enfermedad mental en general.

Por otro lado, Mirnic y colaboradores (2013) también confirman la importancia del neuroticismo, junto a otras dimensiones como el tesón y la extraversión, en la predicción de la psicopatología, aunque en el caso del neuroticismo esta influencia es directa y debida a una vulnerabilidad básica, mientras que en el caso de la extraversión y el tesón la influencia está mediada por el afrontamiento, que según estos autores es aún más importante que la personalidad en el desarrollo de síntomas psicopatológicos.

Aunque los estudios longitudinales sobre la influencia del neuroticismo en la psicopatología son más escasos, también apoyan los resultados previos, en el sentido de

---

haber encontrado que un mayor neuroticismo predice incrementos en síntomas depresivos y ansiosos a lo largo del tiempo (Abott et al., 2008; Gunderson, Triebwasser, Phillips y Sullivan, 1999; Kendler, Gatz, Gardner y Pedersen, 2006; Khan, Jacobson, Gardner, Prescott y Kendler, 2005).

Gunderson y colaboradores (1999), realizaron una revisión y encontraron cinco estudios que valoraban la personalidad en sujetos previamente al desarrollo de depresión. Encontraron que sólo el neuroticismo se asociaba con depresión posterior, influyendo también en el curso del trastorno afectivo, con mayor cronicidad entre los sujetos más neuróticos. Sin embargo, no encontraron estudios prospectivos longitudinales sobre la relación entre personalidad y ansiedad.

Posteriormente, otros estudios prospectivos han encontrado también que altos niveles de neuroticismo se asocian a mayores incrementos en síntomas depresivos (Kendler et al., 2006) y ansiosos (Khan et al., 2005) a lo largo del tiempo.

Abott y colaboradores (2008) estudian la relación del neuroticismo y la extraversión, medidos de forma temprana (adolescencia y principio de la edad adulta), con respecto al bienestar psicológico y la salud mental, entendida como la presencia de síntomas ansiosos y depresivos, tres décadas más tarde. Y encuentran que la extraversión es fuertemente predictiva del bienestar psicológico (explicando hasta el 13% de la varianza del bienestar), no estando esta relación mediada por la salud mental. Mientras que el neuroticismo, que aunque también está fuerte y negativamente asociado a algunas medidas de bienestar, predice el bienestar, pero en menor medida, y además, su efecto está mediado por la salud mental.

Según Lahey (2009), la importancia del neuroticismo se debe a otras muchas implicaciones con respecto a la salud. Por un lado, el neuroticismo se relaciona con mayor comorbilidad entre las personas con trastornos ansiosos y depresivos, y un mayor uso de los servicios de salud mental, y predice la ocurrencia de futuros trastornos mentales, como episodios depresivos, esquizofrenia, o intentos de suicidio. Y por otro lado, también se relaciona con la salud física. Las personas más neuróticas expresan más quejas médicas

infundadas y tienen más pensamientos catastróficos sobre sus síntomas. Además, hay evidencia de una relación directa con el aumento de la probabilidad de desarrollar problemas médicos, como trastornos cardiovasculares, dermatológicos, asma, diabetes, o incluso cáncer, y una mayor mortalidad, debido a la mayor reactividad fisiológica ante el estrés y a la implicación de los sujetos más neuróticos en más conductas de riesgo para la salud (como fumar, consumir sustancias, etc.).

Lahey (2009) considera que la relación entre neuroticismo y salud se ha explicado a través de teorías genéticas o psicosociales. Las primeras consideran que los mismos genes influyen en el neuroticismo y los trastornos mentales. La explicación psicosocial considera que las personas más neuróticas, por un lado, viven de manera que incrementan la probabilidad de eventos vitales negativos (más estresores diarios, problemas de relación, divorcio o desempleo) y un menor apoyo social, y por otro, la reactividad emocional ante eventos negativos es mayor, todo lo cual aumenta la probabilidad de desarrollar trastornos anímicos como la depresión.

#### B) Extraversión

Con respecto a la extraversión, los resultados son algo más inconsistentes. Abott y colaboradores (2008) consideran que hasta la fecha la investigación no ha encontrado un fuerte papel de la extraversión en la psicopatología (Kendler et al., 2006; Neeleman et al., 2001; Van Os, Park y Jones, 2001).

Mientras que el neuroticismo predice tanto ansiedad como depresión, la baja extraversión se encuentra especialmente relacionada con la depresión, pero según algunos estudios es poco relevante para la ansiedad (p. ej., Clark et al., 1994; Wang et al., 2014). Esto es debido a que los sujetos extravertidos son sociables, entusiastas, joviales, e informan de mayor bienestar subjetivo, tienden a valorar las situaciones estresantes como cambios y oportunidades, más que como daños, y así mismo informan de menos estrés percibido (Ebstrup, Eplov, Pisinger y Jorgensen, 2011; McCann, 2010; Wang et al., 2014). No obstante, los resultados no están claros, encontrando algunos autores relación con ansiedad y

---

otros no, en lo cual puede influir el hecho de que correlacione con neuroticismo (Gershuny y Sher, 1998), o bien el efecto mediador de otras variables como el afrontamiento, previamente comentado (Mirnics et al., 2013).

Kotov y colaboradores (2010) puntualizan que la extraversión se relaciona con la depresión, pero su efecto es más importante con formas crónicas como los trastornos distímicos, no relacionándose con el trastorno depresivo mayor.

En estudios prospectivos en los que se ha valorado la personalidad previamente al desarrollo de depresión y ansiedad, los resultados no son tampoco concluyentes. Así, Abott y colaboradores (2008), como se ha comentado previamente, encontraron que tanto la extraversión como el neuroticismo predecían de forma significativa tres décadas más tarde el bienestar psicológico y la salud mental (entendido como la presencia de síntomas ansiosos y depresivos). Mientras que Gunderson y colaboradores (1999) sólo encontraron una relación posterior con la depresión en el caso del neuroticismo.

### C) Tesón

En relación al tesón, en los últimos años se ha pasado de apenas dedicarle interés a conferirle un importante papel en los diferentes estudios y meta-análisis, relacionándose con trastornos ansiosos, depresivos y por consumo de sustancias, esto es, tanto trastornos internalizantes como externalizantes (Kotov et al., 2010; Malouff et al., 2005; Wang et al., 2014; Watson, 2005), así como con diferentes conductas relacionadas con la salud, como los hábitos de ejercicio y alimentación, las conductas de consumo de sustancias o la violencia (Bogg y Roberts, 2004).

No existe mucha base conceptual para interpretar las relaciones del tesón con los trastornos internalizantes. Según Kotov y colaboradores (2010), por un lado, la desmoralización y autopercepciones negativas comunes en los trastornos internalizantes pueden llevar a puntuaciones más bajas en tesón, ya que este rasgo refleja el sentido de autoeficacia y los esfuerzos conducidos hacia objetivos. Esta explicación sería consistente con los modelos de la complicación y la marca, en los que la psicopatología influye en la

personalidad. Por otro lado, los sujetos bajos en tesón podrían ser propensos a un afrontamiento menos efectivo, lo que podría contribuir al desarrollo de psicopatología, interpretación que reflejaría la conceptualización de vulnerabilidad del rasgo. Esta última explicación ha sido confirmada por el estudio de Mirnic y colaboradores (2013), que encontraron que la influencia de la personalidad en la psicopatología era indirecta, ejerciendo un efecto mediador el afrontamiento.

#### D) Afabilidad

Con respecto a la afabilidad, muestra correlaciones más débiles pero positivas con el bienestar emocional (DeNeve y Cooper 1998, McCrae y Costa 1991; Schneider, Rech, Lyons y Riffle, 2012; Steel et al., 2008). Y con respecto a la relación con la psicopatología, según Wang y colaboradores (2014), correlaciona (negativamente) con la presencia de síntomas depresivos, aunque según Watson (2005) se relaciona más bien (de forma negativa) con los trastornos externalizantes.

En los estudios de meta-análisis los resultados son inconsistentes. Malouff y colaboradores (2005) concluyen que la baja afabilidad se relaciona con la enfermedad mental en general, sin diferenciar entre trastornos específicos. Y Kotov y colaboradores (2010), que sí estudian la relación con trastornos concretos, encuentran que sólo se relaciona con la presencia de trastornos por consumo.

#### E) Apertura.

La apertura presenta también correlaciones más débiles pero positivas con el bienestar emocional (DeNeve y Cooper 1998, McCrae y Costa, 1991; Schneider et al., 2012; Steel et al., 2008), que según algunos autores puede resultar relevante en el desarrollo de la psicopatología por las relaciones con las valoraciones de estrés (Schneider et al., 2012), aunque en los dos meta-análisis sobre las relaciones entre personalidad y psicopatología que venimos comentando, ha sido la única dimensión de personalidad que no se encuentra asociada a la presencia de trastornos mentales (Kotov et al., 2010; Malouff et al., 2005).

En conclusión, los rasgos de personalidad con más asociaciones con la psicopatología son el neuroticismo, especialmente, y también la extraversión, el tesón y la afabilidad.

### **2.1.2.3. Relación entre personalidad y TA**

Aunque parece clara la relación entre la personalidad, como variable de vulnerabilidad, y la psicopatología, se han encontrado pocos estudios que aborden la relación específica entre personalidad y TA.

Así, por ejemplo, For-Wey, Fei-Yin y Bih-Ching (2002) encontraron en personal militar que aquellos soldados más altos en neuroticismo y más bajos en extraversión tenían más riesgo de desarrollar un TA.

Y en personas con un trastorno adaptativo reactivo a la pérdida de un ser querido, se ha encontrado que el neuroticismo suele ser un factor de riesgo para su desarrollo, mientras que otros factores de personalidad como la extraversión, el tesón y la cordialidad o afabilidad constituyen factores de protección (para una revisión, ver Greis, 2012).

Es posible incluso que la personalidad juegue un papel más importante en el TA que en otros trastornos, por ejemplo, depresivos. En este sentido, Andrews y colaboradores (1990) concluyeron que el neuroticismo tenía un papel más relevante en la predicción de los trastornos reactivos a estrés (en este caso, depresión reactiva frente a depresión endógena).

En general, de los escasos trabajos que estudian específicamente el TA pueden derivarse conclusiones similares a las obtenidas con otros síndromes clínicos.

### **2.1.2.4 Factores que influyen en la relación entre personalidad y psicopatología**

Algunos autores consideran que en la relación entre personalidad y psicopatología influyen diferentes factores, tanto personales como situacionales.

Por ejemplo, parece que en la relación resulta muy relevantes la **valoración cognitiva** que realizan los sujetos sobre la situación estresante y sobre los propios recursos disponibles

para el afrontamiento (Gartland, O'Connor y Lawton, 2012; Schneider et al., 2012). Es decir, ante una situación de estrés, si el sujeto cree que es controlable y que tiene los recursos suficientes para afrontarla con éxito experimentará menor malestar, y tendrá menos posibilidad de desarrollar síntomas psicopatológicos. Y esa valoración estará influida por la personalidad. Por ejemplo, con respecto a la valoración de la situación, Ebstrup, Eplöv, Pisinger y Jørgensen (2011) encuentran que en sujetos más neuróticos, el estrés percibido es mayor, mientras que una mayor extraversión, tesón, cordialidad y apertura se relaciona con menor estrés autopercebido. Y con respecto a la valoración de los propios recursos, muchos autores han resaltado la importancia del concepto de autoeficacia (Judge, Erez, Bono y Thoresen, 2002; Shaheen, Shaheen y Shaheen, 2013; William, O'Brien y Colder, 2004), entendida como la creencia en la propia habilidad para conseguir los resultados deseados (Bandura, 1997). En concreto, Ebstrup y colaboradores (2011) y Wang y colaboradores (2014) encontraron que la influencia de la personalidad sobre el estrés percibido estaba moderada por la autoeficacia. Es decir, que la personalidad tendría un efecto directo sobre la psicopatología, pero también indirecto, a través de la autoeficacia, que potenciaría o amortiguaría el efecto de la personalidad.

Por otro lado, Peng, Riolli, Schaubroeck y Spain (2012) encuentran que el afrontamiento media parcialmente la asociación de la personalidad con los síntomas de ansiedad y malestar.

También influye el **tipo de estresor**. Así, por ejemplo, los sujetos con más dependencia interpersonal son más propensos a sufrir una depresión cuando se enfrentan a sucesos interpersonales negativos, como pérdidas o rechazos, en comparación con otro tipo de estresores, mientras que aquellos más autónomos lo son ante hechos que suponen fracasar en la consecución de un logro (Blatt y Zurroff, 1992).

Además, los **factores ambientales** están íntimamente relacionados a la personalidad, de forma que su efecto sobre el desarrollo de trastornos por estrés no es independiente. Es decir, que la personalidad puede contribuir a la creación de ambientes estresantes o problemáticos. Así, por ejemplo, Gotlib y Whiffen (1991) resumían hace años la evidencia

---

acumulada con respecto a cómo las personas depresivas tienen un estilo de interacción negativa en la relación con los demás que contribuye a la creación de conflictos interpersonales, que a su vez aumentan la probabilidad de desarrollo de un trastorno por estrés.

## **2.2. POSITIVIDAD**

La orientación positiva o positividad es un constructo recientemente desarrollado por el grupo de Caprara (Caprara et al., 2009; Caprara et al., 2012), entendido como un rasgo estable de la personalidad (Alessandri, Caprara y Tisak, 2012) que predispone a la persona a tener una actitud positiva ante la vida cotidiana y el futuro.

No obstante, este rasgo no queda adecuadamente recogido dentro del modelo de los Cinco Grandes, aunque se relaciona de forma significativa tanto con las cinco dimensiones de personalidad como con el afrontamiento, y como estas variables, parece tener un impacto significativo en el bienestar y la salud física y mental de las personas, por lo que resulta relevante su estudio en una muestra de personas con trastorno adaptativo en comparación con la población general.

En adelante, y a pesar de que la positividad es también un rasgo de personalidad, cuando hablemos de personalidad nos referiremos principalmente a las Cinco Grandes dimensiones de personalidad, y no a la positividad.

### **2.2.1. Aproximación teórica a la positividad**

En los últimos años se están produciendo cambios importantes en la investigación en psicología, marcados por un renovado interés en las características positivas y fuerzas humanas (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000), así como por la búsqueda de indicadores apropiados y útiles del bienestar o el funcionamiento mental óptimo (Caprara, Steca, Alessandri, Abela y McWhinnie, 2010). A este respecto, se han propuesto e investigado ampliamente los conceptos de satisfacción vital, autoestima y optimismo.

La *satisfacción vital* se define como una valoración global que la persona hace sobre su vida o aspectos específicos de ésta (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985). Es considerada como la dimensión evaluativa-cognitiva del bienestar subjetivo, basada en un proceso de comparación con un criterio establecido subjetivamente, y considerada bastante estable y duradera (Veenhoven, 1994). Se asocia a aspectos tan variados como la satisfacción marital (Diener y Seligman, 2002), la productividad (Lyubomirsky, King y Diener, 2005) o un mejor estado de salud físico y mental (Boehm, Peterson, Kivimaki y Kubzansky, 2011; Ruiz, Sanjuán, Pérez-García y Rueda, 2011).

La satisfacción vital está determinada por múltiples factores, bien situacionales, como las experiencias vitales, o bien, y fundamentalmente, por factores estables, como la personalidad (Schimmack y Oishi, 2005).

La *autoestima* es la dimensión evaluativa y afectiva del autoconcepto, que se refiere al grado global de aceptación y respeto que uno tiene por sí mismo como persona (Harter, 1993). Su importancia se debe a su relación con importantes indicadores del ajuste y el bienestar psicosocial. En este sentido, está ampliamente constatada su relación con variables tales como la integración social (Cava y Musitu, 2001), el rendimiento académico (Mann, Hosman, Schaalma y De Vries, 2004), la satisfacción laboral (Judge y Bono, 2001) y la salud mental (Beck, Brown, Steer, Kuyken y Grisham, 2001; Cava, Musitu y Vera, 2000; Mann et al., 2004).

El *optimismo*, dentro del enfoque del optimismo disposicional de Scheier y Carver (1987), se entiende como la tendencia a esperar que en el futuro ocurran eventos positivos (Scheier y Carver, 1987, 1992), con un importante componente cognitivo y evaluativo, en cuanto que media entre los eventos externos y su interpretación personal, pero que involucra también aspectos emocionales y motivadores.

Los resultados de diferentes estudios han encontrado relaciones importantes del optimismo con variables como el éxito profesional (Seligman, 2003), y el ajuste y rendimiento escolar (Ruthig, Perry, Hall y Hladkyj, 2004), el curso y la experiencia de dolor

(Goodin y Bulls, 2013), ejerciendo un efecto positivo sobre la salud y el bienestar psicológico y físico (Goodin y Bulls, 2013; Scheier y Carver, 1987).

Recientemente, el grupo de Caprara ha propuesto una aproximación multifacética a la conceptualización del componente cognitivo del bienestar, en la cual las tres dimensiones comentadas anteriormente representan indicadores de un constructo latente, que han denominado positividad u orientación positiva, y conceptualizado como la tendencia a ver la vida y las experiencias desde un punto de vista positivo (Caprara et al., 2009; Caprara et al., 2010). Es un fuerte predictor de medidas de bienestar como la presencia de depresión, el afecto negativo y positivo, la calidad percibida de las relaciones y la salud, y otros indicadores de funcionamiento óptimo escolar y laboral (Alessandri, Caprara et al., 2012; Alessandri, Vechione et al., 2012; Caprara et al., 2012), con independencia y por encima de los tres factores anteriores.

En el último año se ha desarrollado un instrumento para evaluar específicamente la positividad (Caprara et al., 2012), aunque en nuestro país no existen apenas estudios empíricos que lo apliquen (p.ej., Lara, Bermúdez y Pérez-García, 2013).

### **2.2.2. Positividad y psicopatología**

El constructo de positividad es muy reciente y hasta la fecha no existen apenas estudios que hayan estudiado su impacto en la salud mental, excepto los realizados por el grupo de investigación que ha desarrollado este constructo. En concreto, Caprara y colaboradores (2012) han encontrado relaciones fuertes y negativas entre positividad y medidas de depresión.

El mismo grupo ha recomendado su estudio en muestras clínicas con diferentes diagnósticos (Alessandri, Caprara et al., 2012), ya que sólo han estudiado muestras comunitarias.

Además, en el estudio de la positividad y su relación con la salud mental puede resultar relevante estudiar conjuntamente otros factores que pueden influir, como el afrontamiento, ya que éste está relacionado con las dimensiones que integran la positividad y

se esperaría también una relación con la positividad. En general, se ha encontrado que todas las dimensiones que integran el constructo (autoestima, satisfacción vital y optimismo disposicional) están directamente relacionadas con el uso de estrategias de afrontamiento positivas, activas, o más efectivas, como el afrontamiento centrado en el problema o la reestructuración cognitiva, y negativamente relacionadas con estilos de afrontamiento que se podrían considerar como negativos, inefectivos o más pasivos (como la autocrítica o la negación) (Aspinwall y Taylor, 1992; Brenner, St-Hilaire, Liu, Laplante y King, 2011; Chico, 2002; Martínez-Correa, Reyes del Paso, García-León y González-Jareño, 2006).

No obstante, en una revisión reciente sobre afrontamiento y salud mental, Taylor y Stanton (2007) concluyen que los efectos beneficiosos del optimismo sobre la salud podrían estar mediados por sus relaciones positivas con el afrontamiento de compromiso, y las relaciones negativas con el afrontamiento evitativo. Por tanto, sería importante también estudiar la relación entre la positividad y el afrontamiento para ver en qué medida influye cada una en el bienestar y la salud.

### **2.3. AFRONTAMIENTO**

Actualmente, parece haber suficiente consenso en cuanto a que el afrontamiento juega un papel importante como mediador entre las circunstancias estresantes y la salud.

De hecho, al igual que ocurre con la personalidad, los estilos de afrontamiento inapropiados están entre los factores considerados de riesgo o pronósticos en trastornos como el TEPT, TEA, depresión, etc. (Raj, 2013; Shapiro, Kaplow, Amaya-Jackson y Dodge, 2012; Van der Lee et al., 2014), y entre los factores psicosociales más fuertemente relacionados con el ajuste en diferentes muestras, como pacientes con problemas de salud física, por ejemplo pacientes con dolor crónico (Jensen, Moore, Bockow, Ehde y Engel, 2011), diabetes (Thorpe et al., 2013), o trastorno por intestino irritable (Schoultz, Atherton, Hubbard y Watson, 2013), o bien sometidos a diferentes eventos estresantes, como el

cuidado de familiares dependientes con demencia o tratamientos por infertilidad (Rockliff et al., 2014; Van der Lee et al., 2014).

Sin embargo, según Sandín (1995), este concepto se encuentra escasamente integrado en el cuerpo teórico de la psicopatología del estrés, debido a la falta de un modelo apropiado de evaluación que permita una adecuada investigación.

A continuación se hará una introducción teórica al afrontamiento, para después resumir las principales conclusiones a las que se ha llegado en torno a su relación con la psicopatología.

### **2.3.1. Concepto de afrontamiento: “estilo” vs “estrategia” de afrontamiento.**

En términos generales, se entiende el afrontamiento como “los esfuerzos, tanto cognitivos como conductuales, que hace el individuo para hacer frente al estrés, es decir, para manejar tanto las demandas externas o internas generadoras del estrés, como el estado emocional desagradable vinculado al mismo” (Sandín, 1995; p. 20), teniendo múltiples funciones, entre las que se encuentra la regulación del malestar y el manejo de problemas que producen malestar (Parkes y Endler, 1996).

Según Sandín (1995), existen dos aproximaciones teóricas y metodológicas principales con respecto al afrontamiento: una que la entiende como un estilo personal de afrontar el estrés, lo cual significa que es relativamente estable, y otra que lo entiende como un proceso.

La concepción del **afrontamiento como estilo**, en la que han influido de forma notable las ideas psicoanalíticas en relación a las defensas del yo, entiende los estilos de afrontamiento como disposiciones estables personales para hacer frente a situaciones estresantes.

En esta línea se sitúa, por ejemplo, el modelo de Byrne (1964), que diferencia el estilo represor (caracterizado por la negación psicológica de la ansiedad) del estilo sensibilizador (propio de las personas que incrementan la ansiedad).

Un modelo influido por las ideas del anterior, y que adquirió gran relieve fue el propuesto por Miller (1987), que realizó una diferenciación en base a cómo los sujetos procesan la información aversiva, entre *monitoring* o incrementador, propio de sujetos que están alerta y sensibilizados con respecto a la información relacionada con la amenaza, y *blunting* o atenuador, consistente en evitar o transformar cognitivamente la información de amenaza, atenuando el impacto psicológico. Estos tipos de afrontamiento pueden relacionarse con algunas formas de psicopatología. Miller (1990) ha indicado que estos estilos de afrontamiento pueden ser más o menos adaptativos en función de la situación estresante (controlabilidad de la situación).

Posteriormente, Kohlmann (1993) recoge estos subtipos, que considera estilos defensivos desadaptativos, estableciendo que un afrontamiento adaptativo es el característico de personas “no defensivas” y que utilizan estrategias de forma flexible en función de la situación que prevalezca en cada momento.

Desde otra perspectiva, Lazarus propone un modelo centrado en el **afrontamiento como proceso** (Lazarus, 1966; 1993a, 1993b; Lazarus y Folkman, 1987), defendiendo que aunque existan unas estrategias de afrontamiento que sean más estables o consistentes que otras a través de las situaciones estresantes, en general el afrontamiento depende del contexto y de la evaluación que realice el sujeto, sobre todo con respecto a la controlabilidad. Cuando el sujeto valora que puede hacer algo, se utilizará una estrategia focalizada en el problema, consistente en el manejo activo de la fuente generadora de estrés, actuando sobre ésta o sobre uno mismo. Sin embargo, cuando el sujeto valora que no puede hacer nada, predominará el afrontamiento focalizado en la emoción, que trata de cambiar el modo en que se trata o se interpreta lo que está ocurriendo para mitigar el estrés.

Esta diferenciación del afrontamiento como estilo y como proceso sería similar a la que hacen algunos autores en cuanto a estilos y estrategias de afrontamiento. Fernández-Abascal (1997, p. 190) define por su parte los **estilos de afrontamiento** como “predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y que son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento,

---

así como de su estabilidad temporal y situacional. Y por otro lado, las **estrategias de afrontamiento** serían los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las situaciones desencadenantes”.

En general se considera que ambas perspectivas, la disposicional del estilo y la contextual de la estrategia o proceso son complementarias, de forma que el afrontamiento estaría determinado tanto por la situación como por la persona (Bouchard, 2000; Moos y Holahan, 2003; Pelechano 2000; Torestad, Magnusson y Olah, 1990). Es decir, que la persona puede tener una forma más o menos estable y consistente de afrontar las situaciones, y aunque en una determinada situación es más probable que utilice ciertas estrategias específicas, estas pueden variar según el contexto y la valoración que haga el sujeto en cada momento de éste. Felipe y León (2010) matizan que tienden a ser estables las características más generales de afrontamiento disposicional (como es el hecho de utilizar generalmente estrategias activas o pasivas), y que lo que varía entre una situación y otra es el uso de estrategias específicas dentro del estilo habitual de afrontamiento. Es decir, si la persona suele utilizar estrategias activas, en una situación puede utilizar la solución de problemas porque lo considere más adecuado, y en otra la reestructuración cognitiva, pero generalmente dentro de un mismo estilo de afrontamiento activo, utilizando con menor probabilidad formas de afrontamiento más pasivo como el consumo de sustancias.

Esta concepción integradora del afrontamiento se ha derivado de la constatación por parte de la investigación de que las características de personalidad influyen en los procesos de afrontamiento (Suls, David y Harvey, 1996), lo cual se abordará de forma específica en un apartado posterior de este trabajo, ya que constituye uno de los objetivos de este estudio.

Por último, cabe decir que aunque algunos autores enfatizan que las estrategias de afrontamiento no siempre son conscientes para el propio sujeto que las utiliza (y en estos casos se han utilizado de forma similar otros términos como “mecanismos de defensa”, desde perspectivas psicoanalíticas), la investigación se ha centrado principalmente en aquellas que el sujeto puede conscientemente reconocer.

### 2.3.2. Dimensiones y clasificación del afrontamiento: las “respuestas de afrontamiento”

Desde el inicio del estudio del afrontamiento, los diferentes autores han clasificado éste de diferentes formas, diferenciando entre: afrontamiento centrado en el problema o centrado en la emoción; activo o pasivo; de control primario (asimilativo) o secundario (acomodativo); o de compromiso o de falta de compromiso.

Folkman y Lazarus (1988), que desarrollaron el *Ways of Coping Questionnaire* (WCQ), uno de los cuestionarios más conocidos y utilizados para la evaluación del afrontamiento, diferencian ocho grupos diferentes de estrategias de afrontamiento: confrontación, planificación de solución de problemas, distanciamiento, autocontrol, aceptación de responsabilidad, escape-avoidancia, reevaluación positiva, y búsqueda de apoyo social. En base a la clasificación de Lazarus y Folkman (1984), una de las más extendidas, el afrontamiento se clasificaría en **focalizado en el problema** (las dos primeras estrategias) o **centrado en la emoción** (el resto, excepto la búsqueda de apoyo social, que posee componentes de ambas, según cómo lo enfoque el individuo).

Por otro lado, estas estrategias coinciden en buena medida con las encontradas en otros estudios que han empleado ésta u otras escalas semejantes para evaluar el afrontamiento, aunque no existe una coincidencia absoluta.

Así, por ejemplo, otro de los instrumentos de medida más conocidos y utilizados es el COPE (*Coping Orientation to Problems Experienced*) de Carver, Scheier y Weintraub (1989), que se compone de quince escalas: cinco de ellas se considerarían estrategias centradas en el problema (afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades distractoras, refrenar el afrontamiento y búsqueda de apoyo social instrumental), otras cinco estarían centradas en la emoción (búsqueda de apoyo social emocional, reevaluación positiva, aceptación, negación y religión) y las cinco restantes miden aspectos del afrontamiento menos utilizados (desahogo emocional, desvinculación emocional, desvinculación mental, consumo de drogas y humor).

La mayoría de dimensiones coinciden en ambos casos, aunque en la WCQ se incluyen algunas escalas que no se incluyen en la segunda, como la aceptación de responsabilidad o el autocontrol, mientras que en el COPE se incluyen otras como el uso del humor, la religión, el desahogo o la autodistracción que no están incluidas en la primera.

Y evidentemente, éstas no son las únicas dimensiones del afrontamiento encontradas en la investigación. Posteriormente, por citar alguno, Fernández-Abascal (1997) realizaría un exhaustivo listado de estrategias de afrontamiento definidas en la literatura científica, identificando 18 diferentes, y construyendo la Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento.

Lo que parece es que la medida del afrontamiento es una tarea compleja, que probablemente requiera de una comprensión más profunda de los factores contextuales de cada situación específica, para su inclusión en los instrumentos de medida, pues en muchas ocasiones la medida del afrontamiento con cuestionarios generales puede aportar muy poca información, siendo necesaria la construcción de instrumentos que incluyan estrategias más específicas, bien de la población (p.ej., niños), bien de la situación.

Otra clasificación que suele utilizarse en la literatura científica sobre el afrontamiento es la división entre **estrategias activas** (consistentes en respuestas comportamentales o emocionales dirigidas a cambiar el estresor o la forma en que éste se interpreta) y **pasivas** (que incluyen acciones o estados mentales que impiden que la persona se ocupe directamente de la situación estresante, p.ej., a través del abuso de alcohol o del abandono) (Billings y Moos, 1981). Endler y Parker (1990) y Torestad y colaboradores (1990) introdujeron la dimensión de **evitación**. Y posteriormente, Roger, Jarvis y Najarian (1993) ampliarían la clasificación con un cuarto factor, relacionado con una **separación afectiva** de los sucesos estresantes (*detachment*), que sería diferente a la negación o evitación, y que incluso podría ayudar al afrontamiento.

Otros autores (Feuerstein, Labbé y Kuczmierczyk, 1986; Moos, Cronkite, Billings y Finney, 1986) en un intento de integrar algunas de las ideas anteriores diferencian tres dimensiones en el afrontamiento: según el método, el afrontamiento sería activo o evitativo;

según la focalización, sería centrado en el problema o en la emoción, y según el tipo de respuesta, sería cognitivo o conductual.

Otra distinción conocida y descrita por Rothbaum, Weisz y Snyder (1982) es la de **afrontamiento de control primario (asimilativo) y control secundario (acomodativo)**, que centra su foco de atención en los objetivos del afrontamiento. El primer tipo estaría orientado hacia el cambio del estresor o de emociones relacionadas con el mismo, es decir, hacia la asimilación del estresor o de sus emociones asociadas, con estrategias como la solución de problemas o la regulación emocional. El segundo tipo buscaría facilitar la adaptación al estrés o acomodación al estresor o a las emociones asociadas, con estrategias como la aceptación o reestructuración cognitiva.

Por último, Moos y Holahan (2003), Roth y Cohen (1986) y Skinner, Edge, Altman y Sherwood (2003) distinguen entre **afrontamiento de compromiso (*engagement*) o aproximativo y afrontamiento de falta de compromiso (*disengagement*) o evitativo**. En el afrontamiento de compromiso, el sujeto se orienta hacia la fuente de estrés, haciendo intentos activos para manejar la situación o las emociones asociadas a la misma, incluyendo tanto estrategias centradas en el problema como diversas formas de afrontamiento centrado en la emoción, como la búsqueda de apoyo, la regulación emocional, la aceptación y la reestructuración cognitiva. Por otro lado, el afrontamiento de falta de compromiso es aquel en el que el sujeto se distancia del estresor o de sentimientos relacionados con el mismo, incluyendo respuestas como la evitación, la negación, el rechazo y el pensamiento ilusorio, siendo a menudo identificado con el afrontamiento centrado en la emoción, ya que supone un intento de escapar de los sentimientos provocados por el estrés.

Carver y Connor-Smith (2010) afirman en su revisión que en los estudios más recientes de afrontamiento, en los que se han hecho diferentes esfuerzos por integrar las ideas previas, la distinción que parece haber cobrado mayor importancia e interés es la que se establece entre afrontamiento de compromiso y de falta de compromiso.

Tras esta revisión de las clasificaciones del afrontamiento puede decirse que estas son muy variadas, y en general la investigación ha fallado en integrar todas ellas, aunque lo

que sí se ha podido concluir a través de análisis confirmatorios es que la estructura del afrontamiento es jerárquica y multidimensional (Connor-Smith y Flachsbart, 2007). En lo más alto de jerarquía se encontraría la distinción entre afrontamiento de compromiso y de falta de compromiso (o pasivo). En el siguiente nivel, el afrontamiento de compromiso se diferenciaría por los objetivos del afrontamiento en estrategias de control primario (o activo) o secundario (o acomodativo), en función de si el sujeto busca actuar sobre la fuente de estrés (a través de la solución de problemas y la búsqueda de apoyo social) o las emociones que le producen (a través de la expresión y regulación emocional) o bien intenta adaptarse a la fuente de estrés (a través de la reevaluación, pensamientos positivos, aceptación o distracción), respectivamente, y que contrastarían con el objetivo de alejarse del estresor o de las reacciones que el estresor le producen característico del afrontamiento de falta de compromiso, pasivo o evitativo (a través de la evitación, negación, o pensamiento ilusorio). Y dentro de cada grupo, se encontrarían estrategias más específicas de afrontamiento (ver *Tabla 3*).

### **2.3.3. Determinantes personales y situacionales del afrontamiento: Los “recursos de afrontamiento”.**

De acuerdo a la perspectiva interaccional del estrés y el afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984; Sandín, 1995), la elección de la estrategia de afrontamiento depende tanto de factores personales como situacionales. Todos estos factores son lo que constituirían los **recursos de afrontamiento** de la persona (Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig, 1996).

#### **A) Características o recursos personales**

Con respecto a las características del sujeto o personales que influyen en el proceso de afrontamiento y en la elección de un tipo u otro de estrategia en un momento y situación determinados, son variados, pudiendo distinguirse los estados afectivos, las características biológicas de su organismo (p.ej., su estado de salud, o la reactividad al estrés), la

**Tabla 3. Organización jerárquica de las Estrategias de Afrontamiento y definición de las mismas (extraído de Arrogante, 2014; adaptado de Connor-Smith y Flachsbart, 2007)**

<b>Estrategia de Afrontamiento</b>	<b>Definición</b>
<b>Orientación Negativa a la Emoción</b>	Estrategias de regulación y expresión emocional que pueden sugerir una falta de control (p.ej., golpear, arrojar objetos), estrés (p.ej. llanto, gritar, auto-culpación) u hostilidad hacia los otros.
<b>Orientación Mixta a la Emoción</b>	Respuestas emocionales al estrés que son una mezcla de estrategias de regulación y expresión emocional controladas y no controladas.
<b>Afrontamiento de Compromiso</b>	Gran categoría de respuestas de aproximación dirigidas hacia el estresor y hacia las propias reacciones al mismo.
<b>Control Primario</b>	Intentos activos de control o cambio de una situación estresante o de reacciones emocionales propias hacia la misma.
Solución de Problemas	Intentos activos para resolver la situación estresante mediante la planificación, la generación de posibles soluciones, análisis lógicos y evaluación de opciones, implementación y organización de soluciones posibles.
Apoyo Instrumental	Apoyo social orientado al problema, incluyendo búsqueda de ayuda, recursos o consejos sobre posibles soluciones al problema.
Apoyo Emocional	Apoyo social orientado a la emoción, incluyendo búsqueda de confort, empatía y cercanía con los otros.
Apoyo Social mixto	Combinación del apoyo instrumental y emocional.
Regulación Emocional	Intentos activos de disminuir las emociones negativas a través del empleo controlado de estrategias tales como la relajación, el ejercicio o la modulación de expresiones de la emoción para asegurar que los sentimientos son expresados en el momento apropiado y de manera constructiva.
<b>Control Secundario</b>	Intentos para adaptarse a la situación estresante para crear un mejor ajuste entre el ambiente y uno mismo.
Distracción	Tomarse un pequeño descanso de la situación estresante mediante la realización de una actividad agradable. La distracción NO supone intentos de evitar o negar los problemas.
Reestruct. Cognitiva	Encontrar una manera positiva y realista de pensar en la situación estresante, viendo el lado bueno, identificando los beneficios que emergen de la situación (p.ej., crecimiento personal), o encontrando el lado cómico de la misma.
Aceptación	Llegar a la conclusión de que hay aspectos de la situación estresante que no se pueden cambiar, comprendiendo que hay que convivir con el estresor, desarrollando un sentido de comprensión.
Afrontam. Religioso	Tener fe en Dios, rezando por la situación estresante y participando en servicios y actividades religiosas (se entiende que con el objetivo de afrontar la situación; aunque también podría tener el objetivo de evitar la situación, encuadrándose en este caso dentro del afrontamiento de falta de compromiso)
<b>Afrontamiento de Falta de Compromiso</b>	Gran categoría de respuestas orientadas hacia fuera de la situación estresante y las reacciones provocadas por la misma. Históricamente, las escalas de falta de compromiso han incluido la distracción, el uso de sustancias y síntomas de distrés.
Falta de Compromiso Estricto	Respuestas de falta de compromiso con la situación que incluyen la distracción, el uso de sustancias y los síntomas de distrés.
Evitación	Intentos de evitar el problema, los recuerdos del mismo, pensamientos que se pueden tener, o emociones relacionadas.
Negación	Intentos activos de negar u olvidar el problema, de ocultar las propias respuestas emocionales a los otros.
Pensamiento Ilusorio	Esperar ser rescatado mágicamente de la situación estresante o que la situación desaparezca, fantaseando sobre resultados poco probables y deseando que la propia persona o la situación se transformen radicalmente.
Retirada	Aislarse intencionalmente, pasando el tiempo solo, eligiendo no compartir la situación estresante y las emociones provocadas por la misma con los otros.
Abuso de Sustancias	Beber alcohol, fumar o consumir drogas ilegales teniendo como objetivo específico afrontar el estrés.

personalidad, el estilo de afrontamiento, características sociodemográficas como la edad y el sexo, estado evolutivo, nivel sociocultural o educativo, la inteligencia, las valoraciones cognitivas (p.ej., si el estresor es valorado como una amenaza/daño vs como un cambio), las creencias individuales, las atribuciones, la motivación, el control percibido, la autoestima, los hábitos y habilidades individuales, o los papeles o roles que la persona desempeña. En este apartado se comentarán algunos de los más relevantes.

Con respecto a la **edad**, algunos autores consideran que influye en la frecuencia de uso de las diferentes estrategias y en el tipo de estrategia. Felipe y León (2010) encuentran en una muestra de universitarios que los sujetos mayores utilizan más solución de problemas y reestructuración cognitiva, y menos evitación de problemas, pensamientos ansiosos o autocrítica. Otros autores encuentran en niños y adolescentes que a mayor edad, aumenta el uso de estrategias de afrontamiento cognitivo (Weisz, McCabe y Denning, 1994; Worchel, Copeland y Barker, 1987). Sin embargo, otros autores no encuentran efectos relacionados con la edad (Aldridge y Roesch, 2007; Campbell et al., 2009; Miller, Chen y Cole, 2009).

Con respecto al **sexo**, se han encontrado diferencias consistentes en afrontamiento. En general, muchos estudios han apuntado a que los hombres utilizan un afrontamiento más centrado en el problema (Folkman y Lazarus, 1980; Gibbons, Barnett, Hickling, Herbig-Wall y Watts, 2012), mientras que las mujeres es más probable que utilicen conductas de afrontamiento centradas en la emoción, evitativas o de búsqueda de apoyo social (Carver et al., 1989; Masiak, Kušpit, Surtel y Jarros, 2014; Matud, 2004). No obstante, estas diferencias pueden ser explicadas en gran parte, por factores disposicionales o personales (p.ej., el mayor neuroticismo de las mujeres influye en que las situaciones sean valoradas como más estresantes), o bien por factores situacionales o relacionadas con la diferente socialización o el rol de género, como el tipo de estresores que afecta a hombres y mujeres (Forns, Kirchner, Abad y Amador, 2012). Por ejemplo, el desempleo parece afectar más negativamente a la salud mental de los hombres (Paul y Moser, 2009). Mientras que las mujeres se enfrentan con más frecuencia a estresores de salud o interpersonales, utilizando en este caso las mujeres estrategias más centradas en el problema, y los hombres más evitativas (Tamres,

Janicki y Gelgeson, 2002). Tras el estudio de meta-análisis de Tamres y colaboradores (2002) se confirma la influencia de factores disposicionales y situacionales en las diferencias de afrontamiento según el sexo aunque también que hay algunas estrategias que se usan más independientemente de la situación, como es el caso del mayor uso en mujeres de estrategias “verbales” o de expresión –y autoexpresión- emocional, como la búsqueda de apoyo emocional, la rumiación sobre los problemas y el uso de autoverbalizaciones positivas. Y también el hecho de que las mujeres utilizan en general más estrategias (tanto adaptativas como desadaptativas), aunque en términos relativos es verdad que los hombres utilizan más el afrontamiento centrado en el problema y el evitativo (como el consumo de alcohol) en comparación con otros tipos.

Cabe destacar por su importancia el **estilo de afrontamiento**, que es un factor que influye de forma significativa en la estrategia que utiliza el sujeto para afrontar una determinada situación estresante (Carver et al., 1989), es decir, que lo que el sujeto habitualmente hace se relaciona con lo que realmente hace en una determinada situación o periodo. Esto se explica por el hecho de que las personas suelen tener una preferencia estable por un tipo de afrontamiento, en base a su personalidad o a otros factores como el aprendizaje (p.ej., el hecho de que una estrategia le haya resultado eficaz en el pasado), y se esperaría que las personas afrontasen mejor las situaciones cuando tuviesen la posibilidad de adoptar estrategias de afrontamiento que les resultasen más familiares y confortables, que cuando esas estrategias no estuviesen disponibles o no fuesen factibles (Carver et al., 1989).

Otro aspecto clave en el afrontamiento, y el proceso de estrés en general, es la **valoración cognitiva** de la situación (Lazarus y Folkman, 1984), que influye en la intensidad de la respuesta de estrés y en las conductas que se ponen en marcha. La intensidad del estrés será mayor cuanto mayor sea el grado de amenaza o daño que suponga la situación, y cuanto menor controlabilidad o recursos haya disponibles para manejarla o controlarla. La relación entre valoración cognitiva y afrontamiento ha sido confirmada en diferentes estudios (Schroevers, Kraaij y Garnefski, 2007; Shah, Gupchup, Borrego, Raisch y Knapp, 2012).

A su vez, el nivel de estrés, derivado de esa valoración, influirá en la elección de la respuesta y también en la relación con el afrontamiento. Carver y colaboradores (1989) encontraron que cuanto más importante era para el sujeto la situación estresante, más tendía a utilizar estrategias como el desahogo, la negación o la búsqueda de apoyo emocional e instrumental, probablemente porque el estrés percibido era mayor y tendía a utilizar más estrategias dirigidas al manejo de las emociones.

Otros autores han encontrado que en situaciones de mayor estrés, se dan relaciones más fuertes entre el afrontamiento y las consecuencias para la salud (Sharkansky et al., 2000; Suvak, Vogt, Savarese, King y King, 2002), y también entre personalidad y afrontamiento (Connor-Smith y Flachsbart, 2007). Es decir, una personalidad resiliente (alta extraversión, alto tesón, bajo neuroticismo) debería facilitar un afrontamiento efectivo en mayor grado cuando la situación es más amenazante (mayor motivación por actuar), y además, los efectos del afrontamiento en la salud serían más visibles cuanto el nivel de estrés se incrementa (a mayor grado de estrés, el sujeto se beneficiará más de un afrontamiento adaptativo, y a menor grado de estrés, se beneficiará menos, incluso el utilizar algunas estrategias activas puede suponer un desgaste de recursos no acordes a la situación, es decir, una escasa eficiencia). Por ejemplo, Peng y colaboradores (2012) encontraron que el afrontamiento centrado en el problema y la búsqueda de apoyo social eran más beneficiosos para la salud mental cuando la amenaza percibida era alta (aumentaba la asociación negativa entre estos tipos de afrontamiento y síntomas de ansiedad), pero incrementaba los niveles de malestar y por tanto resultaban desadaptativos cuando se percibía la amenaza como más leve (aunque no se controló el tipo de estresor). No obstante, el afrontamiento evitativo se asociaba con una peor salud mental fuera cual fuese el nivel de amenaza percibido, aunque mucho más aún cuando ésta era mayor. Es decir, que los tipos de afrontamiento considerados adaptativos podrían serlo ante una alta amenaza percibida, y no ante situaciones de baja amenaza, mientras que el afrontamiento desadaptativo, evitativo en este caso, lo sería mucho más cuanto mayor fuese la amenaza.

Por otro lado, Maes, Leventhal y De Rider (1996) destacan el efecto de los **objetivos** individuales en el significado personal de un evento y de la elección del afrontamiento. Consideran que los objetivos dan a las personas un significado o un sentido de identidad que es importante para el bienestar psicológico, y que si los objetivos deseados no pueden alcanzarse o mantenerse puede crecer el distrés psicológico e influir en el afrontamiento. Diferentes autores han confirmado la asociación entre la no consecución de los objetivos personales y altos niveles de síntomas depresivos (Carver y Scheier, 1999; Emmons, 2003), aunque autores como Schroevers y colaboradores (2007) consideran que esta relación está mediada por el uso de estrategias cognitivas de afrontamiento como la rumiación, catastrofización y autculpa.

#### B) Características o recursos situacionales

Dentro de las características de la situación, se incluirían las características del estresor (tipo de estresor, frecuencia, intensidad o severidad, duración y presencia simultánea de otros estresores), el contexto sociocultural o familiar, que influirán en las creencias, normas o valores del individuo, el entorno físico, que incluiría los recursos materiales de que dispone la persona, pudiendo aquí incluirse aspectos como la vivienda, los ingresos económicos o la estructura institucional sanitaria y/o social; el entorno social, referido a las interacciones sociales y red social y de apoyo de que dispone la persona y de la que puede obtenerse información, asistencia, o apoyo emocional, así como los subsistemas y redes en que se integra, y que determinan compromisos, obligaciones, etc.

Con respecto al **tipo de estresor**, el afrontamiento de una situación traumática puede ser muy diferente del afrontamiento de los estresores cotidianos (Aldwin y Yancura, 2004). Probablemente, esto puede ser explicado por aspectos como el significado de la situación o la amenaza percibida comentadas en el punto anterior (Carver et al., 1989; Peng et al., 2012).

También el **nivel de estrés** parece tener una influencia muy significativa en la elección del afrontamiento y en la motivación para actuar (Carver et al., 1989; Connor-Smith y Flachsbart, 2007).

Por otro lado, también se ha visto que el afrontamiento es un proceso dinámico, que varía a lo largo del **tiempo**. Así, por ejemplo, Lawson, Bundy, Belcher y Harvey (2013), en un estudio prospectivo longitudinal, encontraron en una muestra de pacientes con diabetes, que el afrontamiento activo, la planificación, la reinterpretación, y la búsqueda de apoyo emocional e instrumental decrecían a lo largo de dos años desde el diagnóstico, mientras que la aceptación pasiva se incrementaba. Esto es, varía incluso en diferentes momentos del proceso de ajuste a una misma situación estresante, y en función de esta capacidad del sujeto para ir variando la conducta en función de las demandas de la situación percibidas por el sujeto, el afrontamiento será más o menos eficaz (Agaibi y Wilson, 2005).

Por último, se han encontrado diferencias según la **cultura** en el uso de estrategias de afrontamiento (Roesch, Wee y Vaughn, 2006).

#### **2.3.4. Afrontamiento y psicopatología**

Aunque son numerosos los problemas metodológicos a la hora de estudiar la relación entre afrontamiento y salud mental (para una revisión, ver Carver y Connor-Smith, 2010), en general la investigación ha encontrado que el afrontamiento se relaciona con la presencia de psicopatología, pudiendo afirmarse que parte de la relación tiene que ver con la medida en que el primero resulte eficaz. Es decir, si el afrontamiento es eficaz, se supone que se conseguirá una mejor adaptación a la situación, y se minimizará la probabilidad de desarrollo de trastornos mentales.

Pero, ¿cuándo se puede decir que una estrategia es eficaz o adaptativa? Y, ¿son todas las estrategias igualmente eficaces? Parece que no, no son todas las estrategias igualmente eficaces, sino que hay algunos **factores que influyen en la eficacia del afrontamiento**.

Rueda (2011) considera que aunque no exista un criterio único y universalmente válido para definir el afrontamiento adaptativo, diferentes autores han hecho propuestas para caracterizarlo.

El grupo de Lazarus, aun asumiendo que la eficacia adaptativa puede variar en función del contexto, consideraba que algunas estrategias variaban menos en función de las

demandas contextuales y el tipo de transacción, que eran en general más eficaces para enfrentarse a los problemas y se solían asociar a resultados positivos (en general, todas las estrategias activas y centradas en el problema, aunque también otras como la reevaluación positiva), mientras que otras se asociaban más con resultados negativos (como el distanciamiento). Estos hallazgos han sido asumidos por gran parte de la investigación, y actualmente sigue considerándose que ciertas estrategias de afrontamiento generalmente son más adaptativas que otras, es decir, que se asocian con una disminución de síntomas de psicopatología de forma consistente en diferentes situaciones (Schroevers et al., 2007).

Desde otra perspectiva, complementaria a la anterior, se considera que no hay respuestas de afrontamiento universalmente efectivas o inefectivas (Taylor y Stanton, 2008). Así, por ejemplo, una estrategia que habitualmente es adaptativa puede resultar desadaptativa (p.ej., una excesiva persistencia en una tarea cuando los objetivos son inalcanzables), y una estrategia generalmente desadaptativa puede ser adaptativa (p.ej., la negación puede resultar comprensible psicológicamente e incluso adaptativa en las fases iniciales del proceso de adaptación a un suceso extremadamente traumático). Lo que es adaptativo para una persona puede no serlo para otra (p.ej., buscar apoyo social puede no ser igualmente adaptativo en función de la cantidad de apoyo de que se dispone realmente). O incluso para la misma persona, lo que es adaptativo en un momento puede no serlo en otro momento diferente, como la evitación de un estresor, que suele reducir la ansiedad a corto plazo (Suls y Fletcher, 1985), pero promover a largo plazo un mayor malestar (Begley, 1998; Tyler y Cushway, 1995). Por ejemplo, en una persona con una condición somática que le produce dolor crónico la evitación puede ser beneficiosa, al menos a corto plazo, para reducir la intensidad del dolor, aunque puede generar un aumento de la intensidad del dolor, depresión y ansiedad a largo plazo (Taylor y Stanton, 2008).

Además, los diferentes tipos de estrategias se pueden utilizar por separado o en combinación, e incluso en ocasiones, la eficacia de una estrategia depende de su combinación con otra. Por ejemplo, en situaciones incontrolables, la reducción de estrés y ansiedad que proporciona la evitación puede no ser productiva si no permite la asimilación y

---

resolución posterior del trauma a través de estrategias aproximativas. Y así mismo, el uso de una estrategia puede favorecer el uso posterior de otra. Por ejemplo, según Lazarus y Folkman (1984), mantener un estado emocional agradable es esencial para un manejo activo de los estresores.

Por tanto, el grado en que una estrategia de afrontamiento lleva a una mejor o peor adaptación depende de varios factores, siendo importantes las consecuencias del afrontamiento y el ajuste entre el estresor y la respuesta, que a continuación se comentan:

#### A) Las consecuencias del afrontamiento

Por un lado, hay autores que hacen hincapié en las consecuencias que cada estrategia tiene en el funcionamiento de la persona. Pues si entendemos la eficacia como la capacidad de lograr el efecto que se desea o espera (Real Academia Española, 2001), una estrategia puede resultar eficaz, pero no necesariamente adaptativa. Por ejemplo, una persona al utilizar el consumo de sustancias puede conseguir el efecto deseado, evitar o huir de la realidad del problema, de cara a minimizar el malestar a corto plazo, pero esto no resulta adaptativo a largo plazo. Y del mismo modo, la negación puede ser útil ante la noticia de una enfermedad incurable de un familiar, pero puede predisponer a problemas psicológicos después de su pérdida, si se mantiene durante demasiado tiempo. Lo mismo ocurre con el resto de estrategias consideradas más desadaptativas, que suelen reducir el estrés a corto plazo, lo que explicaría en parte su uso, pero a largo plazo tienen un efecto nocivo para la salud. Por tanto, puede afirmarse en general que una estrategia será adaptativa, si las consecuencias son positivas, con lo que se minimizará la probabilidad de desarrollo de trastornos mentales, mientras que resultará desadaptativa, si las consecuencias son negativas, lo que favorecerá el desarrollo de psicopatología.

En esta línea, Gross y John (2003) encuentran que las personas que usan estrategias de reevaluación experimentan más emociones positivas y menos negativas que las que utilizan estrategias de supresión, y que la reevaluación se asocia a mejores relaciones interpersonales y mayor apoyo social.

Destaca también la descripción de Zeidner y Saklofske (1996), que consideran que el afrontamiento es adaptativo si se consiguen los siguientes objetivos:

- Resolución del conflicto: si elimina o amortigua la situación estresante.
- Reducción de respuestas fisiológicas: si permite reducir el nivel de activación del individuo.
- Adecuación con el funcionamiento social: si permite un funcionamiento ajustado del individuo dentro de su entorno social.
- Promoción del bienestar: cuando no sólo promueve el bienestar del individuo, sino también el de las personas afectadas por la situación de estrés.
- Mantenimiento de una autoestima positiva: si permite un buen ajuste psicológico del individuo.
- Retorno (si es posible) a las actividades previas a la situación de estrés: cuando permite que el individuo vuelva a un estado de normalidad.
- Percepción subjetiva de la efectividad del afrontamiento: si el individuo valora positivamente los beneficios reportados por la estrategia empleada.

Por su parte, Rodríguez-Marín y colaboradores (1996) consideran también que los resultados conseguidos son un parámetro importante para determinar si una conducta de afrontamiento es adaptativa. “Las estrategias evitativas parecen útiles en la medida en que reducen el estrés y evitan que la ansiedad llegue a ser perturbadora y permiten un reconocimiento gradual de la amenaza” (Rodríguez-Marín et al., 1996; p. 353); es decir, que a corto plazo reducen la ansiedad, como también ha sido mantenido por otros autores (Suls y Fletcher, 1985), y a largo plazo podrían facilitar la aproximación. En concordancia con esta idea se encuentra la comentada anteriormente en relación a la importancia de mantener un estado emocional agradable para un manejo activo de los estresores (Lazarus y Folkman, 1984). No obstante, otros autores sostienen que las estrategias evitativas a largo plazo más bien promueven un mayor malestar porque la situación problemática puede agravarse o cronificarse por no haber sido resuelta (Begley, 1998; Tyler y Cushway, 1995). Por su parte, “las estrategias aproximativas permiten la acción apropiada para detectar y sacar ventajas de

los cambios en una situación, a fin de hacerla más controlable, y facilitan la ventilación emocional”, aunque en principio puedan producir un incremento del estrés (Rodríguez-Marín et al., 1996; p. 353). Parece por tanto que el momento temporal es un factor importante que influye en los resultados, pudiendo diferir éstos a corto y a largo plazo. Así, las estrategias de evitación resultarían más eficaces a corto plazo, durante el periodo inicial de adaptación, cuando los recursos emocionales son limitados (Lazarus, 1991; Mullen y Suls, 1982), mientras que la aproximación sería más eficaz a largo plazo (Rodríguez-Marín et al., 1996).

Además, los resultados, pueden diferir en los dominios fisiológico, psicológico o social. Es decir, una persona puede preferir una estrategia aproximativa y ver reducido el estrés psicológico, y sin embargo, incrementar el trastorno fisiológico. La respuesta depende de una elección entre valores.

#### B) El ajuste entre el estresor y la respuesta

Por otro lado, el que una estrategia de afrontamiento resulte adaptativa depende de que se produzca un buen ajuste entre las demandas del estresor y la respuesta, es decir, que en función de las características del contexto será más adecuada una respuesta u otra, y este ajuste es determinado por diferentes dimensiones:

- Una de las dimensiones más destacadas que determinan este ajuste es la **controlabilidad** o controlabilidad percibida del estresor, que ha sido una dimensión crucial a la hora de determinar la eficacia de una particular estrategia de afrontamiento en una determinada situación (Compas, Jaser, Duna y Rodríguez, 2012). De hecho, la investigación de los últimos años ha apoyado un modelo de clasificación del afrontamiento basado en el control que el sujeto ejerce sobre el estresor (Connor-Smith y Flachsbart, 2007).

Folkman (1984) hablaba en este sentido de “bondad de ajuste”, refiriéndose al grado de ajuste que se establece entre la valoración de control que hace el sujeto con respecto a la situación de estrés, y el tipo de afrontamiento que pone en marcha. Si el sujeto valora que la situación es controlable, las estrategias de afrontamiento centradas en el problema o aproximativas, como la búsqueda de información, la planificación o la puesta en marcha de

diferentes alternativas de respuesta, serían más efectivas, en cuanto que se maximizaría la probabilidad de modificar esta situación. Sin embargo si el sujeto valora que la situación es incontrolable (p.ej., ante estresores más crónicos), sería más efectivo poner en marcha un afrontamiento centrado en la emoción, esto es, dirigido al manejo de las emociones negativas derivadas de cara a un mejor ajuste (p.ej., la búsqueda de apoyo emocional).

En la revisión reciente de Carver y Connor-Smith (2010) se confirma la importancia de la controlabilidad percibida. Pero si es importante utilizar diferentes estrategias en función de la percepción de control, más importante aún es la habilidad para diferenciar entre sucesos controlables e incontrolables, que se ha relacionado con la resiliencia (Somer y Heth, 2004).

- Resultan también importantes **los recursos que ofrece el contexto**, y la medida en que el contexto favorece y refuerza o bien dificulta y castiga una determinada estrategia. Por ejemplo, buscar información es una estrategia que conducirá a una mejor adaptación si efectivamente el medio proporciona esa información. En ese mismo medio, evitar la información conducirá a un peor ajuste. Sin embargo, ocurrirá lo contrario cuando el sujeto se halle inmerso en un medio en que no se proporciona información al sujeto.
- Por último, hay otros factores importantes a considerar como el **tipo de estresor o la duración**.

Así, Patiño y Kirchner (2009), que resaltan la importancia de ambos factores, estudiaron los efectos del estrés en relación a la migración en una muestra de población latinoamericana que residían en Barcelona, y encontraron que el desempleo era el estresor que más afectaba a los inmigrantes, en comparación con otros estresores, y que cuanto más tiempo duraba la situación estresante, más tendían a utilizar un tipo de afrontamiento evitativo. Paul y Moser (2009) también encontraron en un meta-análisis que estresores como el desempleo influyen de forma diferente en la salud mental dependiendo de la duración.

Heckman y colaboradores (2004) encontraron que ante el resultado cuestionable de una mamografía, el uso de las mujeres de la evitación cognitiva predecía menor ansiedad después de ser informadas de que el diagnóstico de cáncer era negativo. Es decir, que ante estresores que se prevén de corta duración (e incontrolables), puede ser útil un afrontamiento evitativo.

---

Y Aldridge y Roesch (2007), en un meta-análisis sobre el afrontamiento del cáncer en niños, encuentran que dependiendo del tiempo transcurrido desde el diagnóstico el uso de una estrategia de afrontamiento u otra puede predecir un mejor o peor ajuste. Por ejemplo, poco después del diagnóstico, los afrontamientos de aproximación y focalizados en el problema se asociaban con peor ajuste, incluyendo más síntomas de ansiedad y depresión, mientras que si habían transcurrido varios años este tipo de afrontamiento se asociaba con mejor ajuste. E igualmente, un afrontamiento centrado en la emoción se asociaba más a un mejor ajuste a medida que pasaba más tiempo del diagnóstico.

Forns, Balluerka, Gómez-Benito, Kirchner y Amador (2010) también resaltan la importancia del tipo de estresor, al encontrar que el afrontamiento evitativo se relacionaba con una mayor psicopatología, mientras que en el caso del afrontamiento de aproximación, su influencia sobre la psicopatología dependía del tipo de estresor (personal, interpersonal o no personal).

La investigación actual ha incrementado el énfasis en el hecho de que el éxito de los esfuerzos del afrontamiento dependen no tanto de si una persona utiliza estrategias adaptativas o desadaptativas, sino en la **flexibilidad del afrontamiento**, entendida como la habilidad de la persona para utilizar las estrategias flexiblemente y de la forma que mejor responda a las demandas de la situación (Aspinwell y Taylor, 1997; Cheng, 2003; Garnefski, Boon y Kraaij, 2003). Lo cual es bastante complejo de determinar, pues implica que es importante la estrategia en sí misma, y su ajuste a las características del contexto, pero también es muy importante el propio sujeto. De manera que cualquier estrategia, tanto aproximativa como evitativa, puede resultar adaptativa, según aspectos como la situación, el momento temporal, los objetivos de la persona o las consecuencias, entre otros factores, resultando primordial la flexibilidad de la persona para ir modificando su estrategia a medida que se modifican estos factores, en lo cual influyen de forma importante aspectos disposicionales, cognitivos y afectivos, como el locus de control.

En conclusión, el que un proceso de afrontamiento (en el que cabe utilizar diferentes estrategias, de forma combinada o por separado) resulte adaptativo o no para una persona determinada depende de sus consecuencias (costos y beneficios), del ajuste de la respuesta a las demandas del momento y contexto concreto en que se produce el acontecimiento estresante (flexibilidad del afrontamiento), pero también del ajuste a los propios objetivos y recursos.

Y en todos los casos, resultan importantes los procesos cognitivos o de valoración. Por un lado, la evaluación cognitiva de la situación, por ejemplo, de la controlabilidad del estresor, y de los propios recursos y objetivos, determinarán la estrategia de afrontamiento que la persona adopta, y la flexibilidad cognitiva permitirá ir modificando esa evaluación según se modifican las circunstancias estresantes. Si la valoración es adecuada, se maximizará la probabilidad de que la estrategia elegida sea también la adecuada. Y por otro lado, también resultará importante la valoración subjetiva de las consecuencias del afrontamiento y de la medida en que se han conseguido los objetivos buscados.

No obstante, no puede olvidarse el hecho de que diferentes autores hayan encontrado que hay determinadas estrategias más adaptativas en sí mismas, como el afrontamiento activo o centrado en el problema, lo cual puede ser explicado de varias formas. En primer lugar, podría estar en parte mediado por la relación de este afrontamiento con la valoración cognitiva. Es decir, el hecho de llevar a cabo un afrontamiento activo conlleva inevitablemente que el sujeto ha considerado que tiene cierto nivel de control, que ha realizado atribuciones internas o de controlabilidad, y esto evidentemente se relaciona con un mejor ajuste y mayor bienestar (Roesch y Weiner, 2001). Pero también algunos autores consideran que el propio afrontamiento centrado en el problema puede promover la percepción de control del estresor, lo que a su vez contribuirá a reducir el estrés (Lazarus 1991; Todrank Heth y Somer, 2002). Esta valoración de control no depende únicamente de las características de la situación, pues cada situación conllevará diferentes tipos de problemas que hay que enfrentar, y no todos ellos tienen el mismo grado de controlabilidad. También depende de la capacidad del sujeto para atender a aquellos aspectos que puede

---

cambiar, y poder diferenciarlos de los que no se pueden modificar, de cara a poner en marcha las estrategias más adecuadas a cada uno. Por ejemplo, no podemos cambiar el hecho de padecer una enfermedad incurable, pero podemos afrontar las citas médicas de diferente forma, interesándonos por nuestra enfermedad y el tratamiento, e implicándonos en cumplir citas médicas, o no acudiendo a las citas, etc. La relevancia de la valoración cognitiva en el afrontamiento se ha visto confirmada por la investigación. Así, en un meta-análisis sobre el afrontamiento de la enfermedad, Roesch y Weiner (2001) encontraron que las atribuciones internas y controlables se asociaban con mejor ajuste a través de su relación con un mayor uso de afrontamiento activo o focalizado en la emoción, mientras que las atribuciones estables y de incontrolabilidad se asociaban a peor ajuste a través de un afrontamiento evitativo. Y en otro meta-análisis, Franks y Roesch (2006) concluyen que los sujetos que valoran su enfermedad como altamente amenazante utilizan estrategias focalizadas en el problema, si creen que les causa daño o pérdida usan más la evitación, y los que la valoran como potencialmente beneficiosa usan más afrontamiento activo y focalizado en el problema.

En segundo lugar, un afrontamiento activo u orientado al problema maximizará las probabilidades de resolución, si es que hay resolución posible, mientras que un afrontamiento pasivo, de partida, las minimiza, contribuyendo a agravar o cronificar el problema que no ha sido resuelto.

#### **2.3.4.1. Hallazgos específicos en la relación del afrontamiento y la salud mental**

En cualquier caso, y en cuanto a la relación del afrontamiento con la psicopatología, se entiende el afrontamiento como una variable mediadora de los efectos de los estresores sobre la respuesta de estrés, al intervenir aumentando o reduciendo la respuesta de estrés. En general se ha encontrado que un afrontamiento desadaptativo se relaciona especialmente con sintomatología ansiosa y depresiva (Biggatti, Steiner y Miller, 2012; Shah et al., 2012; Shapiro et al., 2012).

Por ejemplo, algunos autores han encontrado que el uso de estrategias focalizadas en la emoción (como la evitación cognitiva) o evitativas se relaciona positivamente con la ansiedad y la depresión, mientras que el uso de estrategias focalizadas en el problema se ha relacionado negativamente con éstas (McWilliams, Cox y Enns, 2003; Patiño y Kirchner, 2010; Wingenfeld et al., 2009).

Agaibi y Wilson (2005) consideran que el afrontamiento adaptativo aumenta incluso la resiliencia del individuo, entendida como la capacidad de los sujetos para sobreponerse a situaciones adversas o incluso resultar fortalecidos por éstas, mientras que el afrontamiento desadaptativo la disminuye.

Carver y Connor-Smith (2010) concluyen en su revisión que la mayoría de estrategias de afrontamiento de compromiso se relaciona con un mayor bienestar y una mejor salud física y mental, mientras que el afrontamiento de falta de compromiso predice peores consecuencias, como peor salud física y mayores síntomas de ansiedad y depresión.

Taylor y Stanton (2007), en otra revisión, también concluyen que el afrontamiento de aproximación o de compromiso se relaciona positivamente con la salud física y psicológica en circunstancias estresantes, pero consideran que los resultados son menos concluyentes que los encontrados con otras estrategias de afrontamiento. En concreto, la investigación empírica ha relacionado de forma consistente el uso de estrategias evitativas ante diferentes situaciones de estrés crónico con un mayor distrés, con peor salud física y psicológica, y con peor evolución de trastornos como la depresión, en particular (Cronkite, Moos, Twohey, Cohen y Swindle, 1998; para una revisión, ver Taylor y Stanton, 2007). Sin embargo, algunas estrategias aproximativas, como la solución de problemas, no son útiles para algunas facetas inmutables del estresor (Park et al., 2001), aunque por otro lado promueven el afecto positivo (Billings, Folkman, Acree y Moskowitz, 2000).

Además, el afrontamiento evitativo puede tener un papel generador de más estrés. Holahan, Moos, Holahan, Brennan y Schutte (2005) en un estudio longitudinal con una muestra amplia de adultos encontraron que el afrontamiento evitativo al inicio del estudio

predecía más estresores vitales agudos y crónicos cuatro años después, que a su vez predecían un incremento de síntomas depresivos a los diez años.

Posteriormente, otros autores han continuado estudiando la influencia del afrontamiento en la salud, y en concreto en la salud psicológica, en diferentes muestras.

Así, Rueda y Pérez-García (2013), en una muestra de pacientes con hipertensión, encuentran que el afrontamiento centrado en las emociones se asocia a la presencia de síntomas depresivos, pero no así el afrontamiento centrado en el problema.

Rockliff y colaboradores (2014), en un estudio de revisión con pacientes en tratamiento de fertilización sobre factores psicosociales asociados con el ajuste emocional, encuentran que el afrontamiento evitativo se asocia positivamente con medidas de estrés, siendo este tipo de afrontamiento y la personalidad neurótica las variables más consistentemente asociadas.

Van der Lee y colaboradores (2014) realizan también una revisión en relación con la carga subjetiva de los cuidadores de personas con demencia y encuentran que el afrontamiento también es uno de los factores más determinantes, junto a la personalidad (el neuroticismo, en concreto), de la carga, y de medidas de depresión y salud mental. También en revisiones con esta población, Del-Pino-Casado, Frías-Osuna, Palomino-Moral y Pancorbo-Hidalgo (2011) encuentran que el afrontamiento evitativo es el que tiene las relaciones más consistentes con la carga subjetiva, mientras que en el caso del afrontamiento focalizado en el problema, de aproximación, y centrado en la emoción los resultados son más heterogéneos. Y Li, Cooper, Bradley, Shulman y Livingston (2012), encuentran suficiente evidencia con respecto a que un afrontamiento más disfuncional, y un menor uso de estilos de afrontamiento basados en la aceptación y en el apoyo emocional se asocian con más ansiedad y depresión.

McIntosh y Rosselli (2012) realizan un meta-análisis sobre el estrés y afrontamiento en mujeres con VIH y encuentran también una relación del afrontamiento evitativo y el aislamiento social con problemas de salud mental más severos.

Bjørkløf, Engedal Selbæk, Kouwenhoven y Helvik (2013) hacen una revisión sistemática de estudios sobre afrontamiento y depresión en personas mayores, y encuentran que el afrontamiento evitativo u orientado a la emoción se relaciona positivamente con síntomas depresivos, mientras que las estrategias activas u orientadas al problema se relacionan negativamente.

Compas y colaboradores (2012) realizan un estudio de meta-análisis sobre el afrontamiento de la enfermedad crónica en población infantil y adolescente y encuentran una evidencia considerable en relación a que el afrontamiento de control secundario o acomodativo se relaciona con un mejor ajuste, mientras que el afrontamiento de falta de compromiso, que incluye evitación cognitiva y conductual, se relaciona generalmente con peor ajuste. Sin embargo, en el caso del afrontamiento de control primario o activo, como la solución de problemas, concluyen que los estudios han encontrado efectos mixtos y que los resultados son menos consistentes, lo que probablemente se deba a la complejidad de los diferentes aspectos estresantes de la enfermedad y su tratamiento. Así, un tipo de estrategias puede ser útil para aquellas fuentes de estrés más controlables, como los problemas relacionados con las ausencias escolares o los cambios en el tratamiento, pero lo son menos para otro tipo de problemas, como los sentimientos de ser diferente de los iguales.

Por último, el estudio de Doron, Thomas-Ollivier, Vachon y Fortes-Bourbousson (2013) con población general francesa resulta interesante en cuanto que se centra en el estudio de estrategias cognitivas de afrontamiento, abordando un número más amplio de estas estrategias no considerado en otros estudios, agrupándolas mediante técnicas de análisis de clúster en perfiles de estrategias, en base a las puntuaciones de los sujetos en depresión, ansiedad-estado, autoestima y ansiedad-rasgo. Obtienen tres perfiles: los afrontadores adaptativos, que utilizan en gran medida estrategias como la aceptación, la focalización en lo positivo, la focalización en la planificación, la reevaluación positiva y la puesta en perspectiva, mientras que utilizan en menor medida la autculpa, la culpa a otros, la rumiación, y la catastrofización. Los afrontadores evitativos muestran el patrón contrario de puntuaciones; y por último, los afrontadores bajos que utilizan en menor medida todas las

---

estrategias. Los autores encuentran que los afrontadores adaptativos obtienen las menores puntuaciones en ansiedad y depresión, seguidos de los afrontadores bajos, y de los afrontadores evitativos.

Por otro lado, en relación al afrontamiento es también importante la forma en que las personas interpretan o valoran una situación estresante, que influirá tanto en el impacto como en las consecuencias a largo plazo de la situación (Lazarus y Folkman, 1984). Por ejemplo, en un estudio longitudinal con pacientes con daño en la médula espinal, una interpretación temprana del daño como “amenaza” predecía mayores niveles de ansiedad a lo largo del tiempo, mientras que valoraciones de “cambio” predecían menores niveles de depresión a lo largo del tiempo (Kennedy, Lude, Efström y Smithson, 2011).

#### **2.3.4.2. Relación entre afrontamiento y TA**

Los estudios sobre afrontamiento en muestras específicamente diagnosticadas de TA son muy escasos. En concreto, en personas en proceso de duelo por la pérdida de un ser querido, se ha encontrado que un afrontamiento centrado en la tarea es un factor de protección para el desarrollo de TA, mientras que estilos de afrontamiento como la evitación o supresión de pensamientos, recuerdos, etc., aumentan el riesgo (para una revisión, ver Greis, 2012).

#### **2.3.4.3. Factores que influyen en la relación entre afrontamiento y psicopatología**

Los estudios sobre la relación entre afrontamiento y psicopatología suelen considerar los diferentes factores que influyen en ésta. Ya se ha comentado que los aspectos del contexto como el tipo de estresor, la duración o la controlabilidad, determinan el tipo de afrontamiento que resulta más adaptativo, y en la medida en que se produzca un buen ajuste entre situación y respuesta se minimizará la probabilidad de desarrollo de psicopatología. Pero en esa relación entre afrontamiento y psicopatología también pueden influir las características del sujeto, como las sociodemográficas (p.ej., sexo o edad).

Por ejemplo, Sontag y Graber (2010) encontraron en una muestra de 295 estudiantes que el afrontamiento de compromiso utilizado ante situaciones de estrés entre iguales amortiguaba la aparición de síntomas psicopatológicos (ansiedad, depresión y problemas de conducta agresiva), pero sólo en chicas.

Con respecto a la edad, también influye en la relación del afrontamiento y la psicopatología, en cuanto que se ha encontrado que los adultos son más habilidosos a la hora de utilizar estrategias más adecuadas a las demandas situacionales que los sujetos más jóvenes (Skinner y Zimmer-Gembeck, 2007), y por tanto en la solución de los problemas, lo que repercutirá en una disminución de la psicopatología. No obstante, algunos autores consideran que la edad no afecta tanto a la relación, ya que el afrontamiento permanece relativamente estable a lo largo del tiempo. En este sentido, Forns y colaboradores (2010) realizaron un estudio longitudinal durante 4 años con una muestra de 447 adolescentes y encontraron que a pesar de que el nivel de estrés y la sintomatología (tanto internalizante como externalizante) tendía a aumentar con la edad, las estrategias de afrontamiento (evitativo y de aproximación) permanecían estables a lo largo del tiempo.

#### **2.4. RELACIONES ENTRE PERSONALIDAD (CINCO GRANDES DIMENSIONES Y POSITIVIDAD) Y AFRONTAMIENTO**

Desde que Lazarus y Folkman (1984) desarrollasen su teoría del afrontamiento en los años 80, han sido múltiples los intentos de conceptualizar e investigar las relaciones entre personalidad y afrontamiento. Por citar algunos, hay autores que han defendido que ambos constructos comparten sus bases genéticas (Jang, Thordarson, Stein, Cohan y Taylor, 2007; Kato y Pedersen, 2005); otros consideran que representan partes de un continuo de adaptación (Costa, Somerfield, y McCrae, 1996); otros, desde una perspectiva disposicional del afrontamiento, han entendido el afrontamiento como una manifestación de la personalidad ante acontecimientos adversos (Bolger y Zuckerman, 1995); y otros, los

consideran constructos estrechamente relacionados, pero no idénticos (McWilliams et al., 2003; Murberg, 2009).

Folkman y Moskowitz (2000) consideran que, tras años de investigación, hay acuerdo en que la personalidad influye en el afrontamiento, afectando principalmente al proceso de valoración cognitiva y elección de la respuesta (Connor-Smith y Flachsbart, 2007). Y también está claro que no son partes del mismo constructo (Murberg, Bru y Stephens, 2002), pues las correlaciones entre ambos no dejan de ser modestas, la personalidad es más estable que el afrontamiento, y el afrontamiento predice por sí sólo el ajuste después de controlar la personalidad.

En general se han estudiado las grandes taxonomías de personalidad, especialmente los Cinco Grandes, para analizar los aspectos estructurales del afrontamiento (Ferguson, 2001; McCrae y Costa, 1986), perspectiva que ha considerado éste como un estilo de respuesta estable y consistente. Pero además, desde otras perspectivas se han estudiado y encontrado otras variables aisladas de personalidad que parecen distinguir a las personas que afrontan eficientemente las adversidades y mantienen un buen ajuste psicológico de las que no lo consiguen, tales como optimismo (Carver y Scheier, 1999), locus de control (Gan, Shang y Zhang, 2007), autoestima (Martyn-Nemeth, Penckofer, Gulanick, Velsor-Friedrich y Bryant, 2009) o autoeficacia (Rueda y Pérez-García, 2004), y una serie de constructos multifacéticos como personalidad robusta, fortaleza o *hardiness* (Kobasa, 1979), y otros como el de personalidad resiliente o *resilience* (Major, Richards, Cooper, Cozzarelli y Zubeck, 1998). No obstante, no es el objetivo de nuestra investigación estudiar todas las variables de personalidad relacionadas en la literatura con el afrontamiento, únicamente ver la influencia mutua entre las principales variables personales de nuestro estudio.

#### **2.4.1. Relación entre los Cinco Grandes y el afrontamiento**

En cuanto a la influencia de la personalidad en la elección o predisposición hacia el uso de determinadas estrategias, se ha visto que las personas con mayor **neuroticismo** suelen utilizar estrategias ineficaces o pasivas, generalmente centradas en la emoción, como la

evitación, la negación o el consumo de sustancias, que aún producen una mayor reactividad al acontecimiento estresante, y tienden a utilizar menos estrategias centradas en el problema o de compromiso como la planificación o la reestructuración cognitiva (Bolger y Zuckerman, 1995; Connor-Smith y Flachsbart, 2007; Ferguson, 2001; O'Brien y DeLongis, 1996; Watson y Hubbard, 2006).

El **tesón** también es un predictor potente del afrontamiento según Watson y Hubbard (2006), que se relaciona positivamente con un mayor uso de estrategias activas y centradas en el problema, como la solución de problemas y la planificación, y también con la búsqueda de apoyo y la reestructuración cognitiva, y negativamente con el afrontamiento centrado en la emoción, especialmente la evitación y el consumo de sustancias (Connor-Smith y Flachsbart, 2007; O'Brien y DeLongis, 1996; Watson y Hubbard, 2006).

La **extraversión** se ha relacionado positivamente con la búsqueda de apoyo social, la reevaluación positiva y el afrontamiento centrado en el problema (Connor-Smith y Flachsbart, 2007; McCrae y Costa, 1986; Watson y Hubbard, 2006), y negativamente con estrategias pasivas como el uso de la negación (Ferguson, 2001) o focalizadas en la emoción como la aceptación de responsabilidad (O'Brien y DeLongis, 1996).

La **afabilidad** ha sido más débilmente relacionada con el afrontamiento (Penley y Tomaka, 2002; Watson y Hubbard, 2006), aunque con relaciones positivas con el afrontamiento centrado en la emoción como la búsqueda de apoyo social o la reevaluación positiva, y el afrontamiento centrado en el problema como la planificación (Connor-Smith y Flachsbart, 2007; O'Brien y DeLongis, 1996; Watson y Hubbard, 1996).

Y por último, con respecto a la **apertura a la experiencia**, generalmente no se ha encontrado relación entre este rasgo y el afrontamiento (Watson y Hubbard, 2006), o las relaciones encontradas han sido débiles, prediciendo estrategias focalizadas en la emoción como la reevaluación cognitiva positiva (McCrae y Costa, 1986; O'Brien y DeLongis, 1996; Penley y Tomaka, 2002). Aunque sí que se asume que este rasgo podría reflejar una aproximación más flexible, imaginativa e intelectualmente curiosa en la resolución de problemas (Watson y Hubbard, 2006), y de hecho, en el meta-análisis de Connor-Smith y

---

Flachsbart (2007) se concluye que predice el uso de estrategias específicas de afrontamiento como la solución de problemas o la reestructuración cognitiva.

Además de los efectos directos en la elección del afrontamiento, la personalidad también influye indirectamente en el ajuste a través de su influencia en otros aspectos como por ejemplo en las valoraciones que el sujeto realiza ante el estrés. El neuroticismo se relaciona positivamente con la exposición al estrés (Bolger y Zuckerman, 1995) y probablemente exagera la relación estresor-estrés a través de una valoración cognitiva negativa (Gallagher, 1990; Hemenover, 2001) y de un afrontamiento desadaptativo (David y Suls, 1999). La extraversión se relaciona con reacciones afectivas positivas también a través de la mediación de valoraciones cognitivas de signo positivo (Gallagher, 1990). Y el tesón amortigua la relación estresor-estrés a través de un afrontamiento adaptativo (Watson y Hubbard, 1996) y de las valoraciones cognitivas positivas (Penley y Tomaka, 2002). Según Gartland y colaboradores (2012) las puntuaciones altas en algunas subfacetas del tesón pueden aumentar la percepción de amenaza (valoración primaria), pero también se relacionan con una mayor percepción de recursos para afrontarla (valoración secundaria).

En el meta-análisis de Connor-Smith y Flachsbart (2007) se estudian 124 publicaciones, y se concluye que existe una influencia directa de la personalidad en el afrontamiento entre pequeña y moderada que, como anteriormente se ha comentado, tiene que ver con la influencia en la elección e implementación de estrategias de afrontamiento determinadas ante el estrés, y también una influencia indirecta, afectando principalmente a la exposición al estrés, la reactividad, o la autopercepción sobre los recursos de afrontamiento disponibles.

Consideran además que la personalidad correlaciona débilmente con grupos amplios de estrategias de afrontamiento, y que todas las dimensiones de personalidad predicen el uso de estrategias específicas. Las dimensiones de extraversión y tesón predicen un mayor uso de solución de problemas y reestructuración cognitiva, y el neuroticismo predice un menor uso. Éste último además predice más estrategias problemáticas como el abandono o el

afrontamiento centrado en la emoción, aunque como la extraversión, también predice la búsqueda de apoyo.

Estudios posteriores al meta-análisis comentado han confirmado las principales conclusiones con diferentes muestras.

Así, por ejemplo, Lawson y colaboradores (2013) realizan un estudio longitudinal prospectivo con pacientes diabéticos y encuentran que la apertura y el tesón se asocian con el afrontamiento activo y la búsqueda de apoyo instrumental, y que la apertura también se asocia a la planificación y la reinterpretación positiva. Además, estas relaciones no varían lo largo del tiempo.

En nuestro medio, Soriano, Monsalve, Ibáñez y Gómez (2010) estudian una muestra de 152 pacientes con dolor crónico y encuentran que las relaciones entre las cinco dimensiones de personalidad y el afrontamiento son significativas, pero débiles, concluyendo que existen aspectos que no se conocen en la relación entre personalidad y afrontamiento.

El estudio de las relaciones entre personalidad y afrontamiento se ha visto sin embargo muy influenciado por cuestiones metodológicas, lo que según Connor-Smith y Flachsbart (2007) puede haber dado lugar a resultados inesperadamente débiles en lo que respecta a los tamaños del efecto de la personalidad sobre el afrontamiento.

En primer lugar, consideran que la utilización de medidas de afrontamiento amplias y disposicionales, no ha conseguido recoger la naturaleza transaccional del estrés, y con la medida de grandes dimensiones de personalidad no se han encontrado relaciones que sí aparecen al estudiarse las facetas que las integran.

Los autoinformes retrospectivos de afrontamiento han resultado ser otro gran problema, pues debido a factores como los sesgos de memoria, el pobre insight, o las dificultades para informar de estrategias inefectivas en base a la deseabilidad social, han permitido encontrar escasas diferencias entre las medidas de afrontamiento disposicionales y específicas de una situación, así como pocos efectos directos de la personalidad en el afrontamiento.

Además, según los mismos autores, se ha encontrado que la relación entre personalidad y afrontamiento está moderada por factores como la edad, el sexo, el tipo y severidad del estresor y el tipo de medida del afrontamiento, disposicional o específico de una situación. Así, se ha encontrado que la personalidad predice más fuertemente el afrontamiento en sujetos más jóvenes, con un nivel mayor de estrés y en el caso del afrontamiento disposicional frente al situacional.

En cuanto a la moderación de la edad, se produce especialmente en el uso de las estrategias de solución de problemas y reestructuración cognitiva. Esto tiene que ver con el hecho de que con la edad, se producen cambios en personalidad en el sentido de un menor neuroticismo, mayor afabilidad y mayor tesón (McCrae et al., 2000; Roberts y Del Vecchio, 2000) que pueden contribuir a una disminución del nivel de estrés, y por tanto, de la variabilidad del afrontamiento. También con la edad, aumentan las habilidades para el uso de estas estrategias, y también la habilidad para utilizar las estrategias adecuadas a las demandas situacionales, existiendo por tanto menos variabilidad en función de la personalidad (Skinner y Zimmer-Gembeck, 2007).

Con respecto al tipo o severidad del estresor, se ha encontrado que con estresores más severos o crónicos (p.ej., sufrir una enfermedad grave, divorcio, pobreza, etc.) que afectan a múltiples áreas vitales, las relaciones entre personalidad y afrontamiento son generalmente más fuertes (Connor-Smith y Flachsbart, 2007), en comparación con aquellos estresores más leves o puntuales, que pueden requerir respuestas más claras o específicas, y por tanto, donde la influencia de la personalidad en la elección sea menor. Y el tipo de estresor también es importante. Por ejemplo, la afabilidad predice mejor el afrontamiento ante estresores interpersonales que ante otro tipo de estresores como el dolor (DeLongis y Holtzman, 2005).

Con respecto al tipo de medida, la personalidad predice mejor el afrontamiento disposicional (la forma general de afrontamiento del sujeto) que el situacional (el afrontamiento del sujeto ante una situación específica), ya que en el segundo caso el afrontamiento puede depender más del tipo de estresor, la severidad, la controlabilidad o los recursos de que se dispone en esa situación. Además, la personalidad puede influir en el

recuerdo del afrontamiento, en el sentido de que se recuerden mejor estrategias que son familiares o congruentes con la personalidad, con lo que se reforzarían las relaciones entre personalidad y afrontamiento.

Con respecto al sexo, consideran que es un factor moderador menos consistente, aunque afirman que hay algunas relaciones significativamente más fuertes dependiendo del sexo. Así, los tamaños del efecto son más fuertes en el caso de los hombres para las relaciones entre neuroticismo y el uso de la estrategia de focalización en emociones negativas, y entre afabilidad y la estrategia de reestructuración cognitiva. Y en el caso de las mujeres, las relaciones son más fuertes entre neuroticismo y solución de problemas, extraversión y búsqueda de apoyo social, y entre apertura y autodistracción.

Por último, añaden que también se ha encontrado un efecto moderador en la relación entre personalidad y afrontamiento del periodo de tiempo a que se refiere el informe sobre el afrontamiento, el tipo de estresor evaluado (seleccionado por el participante en el estudio o por el investigador), la etnia y el país de origen, aunque sólo de forma amplia, a nivel de afrontamiento de compromiso y de falta de compromiso.

Otro aspecto metodológico problemático que Connor-Smith y Flachsbart (2007) no apuntan es el hecho de que en general los modelos predictivos fallan al incorporar determinados factores situacionales junto a los factores personales del sujeto. Autores como O'Brien y De Longis (1996), en concreto, encontraron que el tipo de afrontamiento dependía no sólo de factores personales, como la personalidad, sino también situacionales, como el tipo de estresor (interpersonal o no), y en el caso de que se tratase de un problema interpersonal, de la relación de cercanía que se tuviese con la persona implicada.

Lee-Baggley, Preece y DeLongis (2005) encuentran que tanto las cinco dimensiones de personalidad como los diferentes estresores interpersonales evaluados dentro del ámbito familiar contribuían de forma independiente y significativa en la predicción del tipo de estrategia de afrontamiento utilizada.

Y Mayes, Johnson y Sadri (2000) encontraron que determinados aspectos del contexto laboral predecían incluso más varianza del uso de algunos tipos de afrontamiento que las variables de personalidad.

En general, y aunque Connor-Smith y Flachsbart (2007) refieren que nuestro conocimiento de la relación entre personalidad y afrontamiento sigue siendo limitada, sí que consideran que se han encontrado relaciones más claras de las facetas de neuroticismo, extraversión y afabilidad con el afrontamiento.

En cuanto a cómo ambos factores, conjuntamente, influyen en la salud y el ajuste, puede haber diferentes formas (Bolger y Zuckerman, 1995). Una posibilidad es la mediación: la personalidad influye en la selección de la estrategia de afrontamiento, que influye en los resultados, por ejemplo, a nivel psicológico, lo que situaría a la personalidad en un factor antecedente (Chang, 1998; Connor-Smith y Compas, 2004). Otra posibilidad es la moderación: la personalidad influye en cómo una estrategia dada beneficia a un individuo, es decir, el afrontamiento modifica la relación entre la personalidad y la salud, pudiendo potenciarla o debilitarla (Connor-Smith y Compas, 2004).

Mirnic y colaboradores (2013) encuentran que ambas variables conjuntamente explican del 40 al 50% de la varianza de los resultados en tests psicopatológicos. En concreto, las dimensiones de personalidad de extraversión, tesón y estabilidad emocional tienen los valores predictivos más fuertes, aunque en comparación con la personalidad, el estilo de afrontamiento es un predictor más potente de la psicopatología.

Además, los autores realizan varios análisis de mediación y moderación para investigar las asociaciones directas e indirectas entre personalidad, afrontamiento y psicopatología y encuentran que la estabilidad emocional (vs neuroticismo) tiene un efecto más directo que indirecto (no mediado por el afrontamiento), debido a una mayor vulnerabilidad básica (reflejada en la estabilidad emocional en sí misma), más que a una pobre regulación emocional (reflejada en el afrontamiento). Se daría por tanto un efecto mediador, pero también moderador, lo que implicaría que el afrontamiento podría parcialmente compensar una pobre estabilidad emocional, aunque la mejora en el

afrontamiento podría no ser suficiente para evitar la psicopatología. Considerando por tanto los efectos tan robustos del neuroticismo, desde la perspectiva de la psicología aplicada, los cambios en la personalidad a través de la psicoterapia a largo plazo podrían ser más fructíferos que una intervención específica para la mejora de las habilidades de afrontamiento (Mirnics et al., 2013).

Sin embargo, la influencia de la extraversión y el tesón es mediada por el afrontamiento (en concreto, los sistemas de autorregulación y aproximación).

#### **2.4.2. Relación de la positividad con los Cinco Grandes y el afrontamiento.**

Las tres dimensiones que integran el concepto de positividad muestran relaciones significativas con el afrontamiento y los Cinco Grandes rasgos de personalidad.

Con respecto a la **satisfacción vital**, uno de los predictores considerado más fuerte y consistente es la personalidad del individuo (Deneve y Cooper, 1998), habiendo recibido especial atención teórica y empírica los rasgos de extraversión y neuroticismo (Jovanovic, 2011; Ní Mhaoláin et al., 2012), aunque también se han encontrado relaciones con el resto de dimensiones (Hayes y Joseph, 2003; Weiss, Bates y Luciano, 2008; Zhang, Mandl y Wang, 2010). También el afrontamiento resulta interesante por las relaciones encontradas con la personalidad (Connor-Smith y Flachsbart, 2007), habiéndose encontrado relaciones positivas entre el uso de estrategias de afrontamiento positivas y la satisfacción (Brenner et al., 2011), y pudiendo la personalidad influir en esa relación (Diener, 1996).

En cuanto a la **autoestima**, también en este caso se han encontrado relaciones con la personalidad (Zhang et al., 2011) y el uso de determinadas estrategias de afrontamiento (Aspinwall y Taylor, 1992).

Y por último, el **optimismo** es considerado un rasgo de personalidad de menor amplitud que los Cinco Grandes, que se relaciona con la personalidad, especialmente de forma negativa con neuroticismo y positiva con extraversión, aunque también se relaciona con afabilidad y tesón (Sharpe, Martin y Roth, 2011). También tiene una relación muy

importante con el afrontamiento (Carver, Scheier, Miller y Fulford, 2009). Se ha encontrado que correlaciona con el afrontamiento de compromiso o activo y con el uso de estrategias encaminadas a producir cambios en la situación adversa (Aspinwall y Taylor, 1997; Carver y Scheier, 1999; Chang, 1998). Además, se ha visto que los optimistas tienden a buscar apoyo social, implicarse en reevaluaciones positivas y pensar que tienen recursos suficientes para afrontar la situación (Scheier, Weintraub y Carver, 1986). En diferentes revisiones (Solberg y Segerstrom, 2006; Taylor y Stanton, 2007), se ha considerado el optimismo como un recurso de afrontamiento, junto a otros como la autoestima o la percepción de control, que promueve procesos de afrontamiento más efectivos del estrés, y tiene efectos directos en la salud física y mental, además de los indirectos a través de la promoción de un afrontamiento más activo o de compromiso. Además, según Taylor y Stanton (2007), existe un emergente consenso sobre el hecho de que la influencia del optimismo en la salud tampoco se explica únicamente por su relación con aspectos como la personalidad o la afectividad negativa (p.ej., neuroticismo), sino que la predice independientemente de otros factores.

Se esperaría por tanto que, al igual que ocurre con las tres dimensiones anteriores que integran el constructo de positividad, también la positividad tuviese relaciones significativas tanto con los Cinco Grandes como con el afrontamiento.

#### **2.4.2.1. Relación entre positividad y Cinco Grandes**

En relación al constructo de positividad, el grupo de Caprara ha encontrado en los últimos años que también presenta relaciones con el polo positivo de los Cinco Grandes, aunque los resultados pueden variar en función de la medida de personalidad utilizada. En concreto, tanto Alessandri, Caprara y colaboradores (2012) como Caprara y colaboradores (2012) utilizaron para la medida de los Cinco Grandes el *Big Five Questionnaire* (BFQ; Caprara, Barbaranelli y Borgogni, 1993), y encontraron relaciones significativas de la positividad con el polo positivo de todos los Cinco Grandes, aunque en el primer caso las correlaciones más altas fueron las de extraversión y apertura, y en el segundo, las encontradas con extraversión y estabilidad emocional.

#### **2.4.2.2. Relación entre positividad y afrontamiento.**

Por último, en cuanto a la relación de la positividad con el afrontamiento, hay de momento poca investigación. No obstante se esperarían relaciones en el mismo sentido que las encontradas con las dimensiones que subyacen al constructo, esto es, una relación positiva con el uso de estrategias de afrontamiento positivas, activas, o más efectivas, como el afrontamiento centrado en el problema o la reestructuración cognitiva, y asociaciones negativas con estilos de afrontamiento que se podrían considerar como negativos, inefectivos o más pasivos (como la autocrítica o la negación). En una muestra de adolescentes, Lara y colaboradores (2013) encuentran relaciones significativas entre positividad y mayor uso de estrategias de afrontamiento activo, planificación, reevaluación positiva y autodistracción, y menor uso de estrategias desadaptativas como la autculpa y el consumo de sustancias.

### **3. RESUMEN**

Tras la realización de la anterior revisión teórica, resulta conveniente la realización de un resumen de toda la información y hallazgos de la investigación, para una mejor comprensión de la relevancia de este trabajo.

En primer lugar, con respecto al TA, se trata de una reacción desadaptativa al estrés que puede tener diferentes características sintomatológicas, con una gran relevancia debido a aspectos como la elevada prevalencia y morbimortalidad, e importantes costes sociales y económicos, pero poco investigada (Casey, Dowrick y Wilkinson, 2001), existiendo una notable escasez de trabajos en relación a factores etiopatogénicos que influyen en su desarrollo.

En cuanto a los factores psicosociales que predicen el desarrollo de psicopatología en general, la personalidad previa y el tipo de afrontamiento del estresor son algunos de los que más relevancia tienen, aunque no está clara la importancia relativa de cada uno de ellos.

Con respecto a la personalidad, considerada como uno de los principales factores de vulnerabilidad (o resiliencia) frente al estrés, se ha encontrado que cuatro de los cinco factores o dimensiones básicas de personalidad dentro del modelo de los Cinco Grandes (Costa y McCrae, 1992), en concreto, bajo tesón, baja extraversión, baja afabilidad y especialmente alto neuroticismo, se asocian con la presencia de psicopatología (Malouff et al., 2005). No obstante, aún no está claro si esa relación es específica o general, es decir, si un determinado rasgo o perfil de rasgos predice trastornos concretos o una peor salud mental en general (Kotov et al., 2010; Malouff et al., 2005).

La positividad, entendida como tendencia a ver la vida y las experiencias desde un punto de vista positivo (Caprara et al., 2009), es un aspecto que está adquiriendo un interés creciente en los últimos años, y que se podría entender como un factor disposicional de segundo orden, pero que no se puede integrar de manera clara dentro de ninguno de los rasgos de personalidad del modelo de los Cinco Grandes. Su influencia en el desarrollo de psicopatología radica en los componentes tanto cognitivos-evaluativos como emocionales-afectivos que afectan a la interpretación de la situación y los propios recursos, habiéndose encontrado que es un fuerte predictor del afecto y la depresión (Caprara et al., 2012).

Con respecto al afrontamiento, considerada una variable mediadora entre el estrés percibido y las consecuencias del estrés, se ha encontrado que un afrontamiento orientado al manejo de la situación o de las emociones asociadas resulta más adaptativo y se relaciona con una mejor salud mental, mientras que el afrontamiento que busca distanciarse del estresor o sentimientos relacionados, impidiendo al sujeto reaccionar ante él de forma adecuada, hace a los sujetos más propensos al desarrollo de trastornos psicopatológicos, especialmente ansiosos y depresivos (Carver y Connor-Smith, 2010; Taylor y Stanton, 2007). No obstante, lo más importante es la flexibilidad del afrontamiento o la capacidad del sujeto para utilizar la estrategia más apropiada en función de las demandas contextuales (Cheng, 2003; Garnefski et al., 2003).

Por otro lado, existe una relación de estos factores entre sí. Así, se ha encontrado una influencia de los Cinco Grandes, especialmente del neuroticismo, la extraversión y la

afabilidad, en el afrontamiento (Connor-Smith y Flachsbart, 2007). También se han encontrado relaciones entre la positividad y el polo positivo de los Cinco Grandes (Alessandri, Caprara et al., 2012; Caprara et al., 2012), así como también relaciones positivas con estrategias de afrontamiento más efectivas, como la reevaluación y la resolución de problemas, y negativas con otras más desadaptativas como la autculpa o el consumo (Lara et al., 2013).

Se esperaba que las anteriores variables fuesen también factores importantes en el TA. Existen muy pocos estudios que aborden específicamente el TA, pero en estos, las conclusiones son similares a las obtenidas con otros síndromes clínicos (For-Wey et al., 2002; Greis, 2012).



## **CAPÍTULO III. PARTE EMPÍRICA**



## **1. ESTUDIO 1. POSITIVIDAD Y AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON TRASTORNO ADAPTATIVO (Artículo 1: *Anales de Psicología*)**

Este trabajo, que se presenta a continuación, se realizó con una muestra inicial de sujetos que posteriormente siguió ampliándose para la realización de los dos restantes estudios.

Los objetivos de este primer estudio fueron analizar la positividad y el afrontamiento, dos aspectos que podrían tener un importante papel en el desarrollo de los TA, examinando las diferencias entre un grupo de pacientes diagnosticados con TA (N=57) y un grupo control de personas (N=66) que, habiendo experimentado un acontecimiento estresante de similar importancia, no habían desarrollado dicho trastorno. Se esperaba que el grupo clínico presentara menor positividad y un afrontamiento menos adaptativo que el grupo control. Por otra parte, se planteó como objetivo ver en qué medida estas características psicológicas, junto con otros aspectos sociodemográficos, conjuntamente considerados, podrían contribuir al diagnóstico de las personas con TA, actuando como factores de riesgo o de protección ante dicho trastorno (todo ello a través de análisis de regresión para ver la capacidad predictiva de las variables sobre la pertenencia de los sujetos al grupo clínico o control).

Los resultados de este estudio pueden consultarse en el artículo que se presenta a continuación, incluyéndose un resumen de las conclusiones principales en el *Capítulo IV* de esta Tesis Doctoral.

**Referencia:** Vallejo-Sánchez, B. y Pérez-García, A.M. (2015). Positividad y afrontamiento en pacientes con trastorno adaptativo. *Anales de Psicología*, 31, 462-471. doi: 10.6018/analesps.31.2.176631

## Positividad y afrontamiento en pacientes con trastorno adaptativo

Beatriz Vallejo-Sánchez<sup>1</sup> y Ana M. Pérez-García<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Unidad de Salud Mental del Hospital Santa Bárbara, Puertollano, Ciudad Real, España  
<sup>2</sup> Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Madrid, España

**Resumen:** La positividad se refiere a la propensión a pensar positivamente sobre uno mismo, la vida y el futuro, estando muy relacionada con el bienestar y la salud. Por otro lado, las estrategias de afrontamiento utilizadas frente al estrés tienen un importante papel en el desarrollo de problemas de salud mental, entre los que se encuentra el trastorno adaptativo (TA). El objetivo de este estudio fue, primero, analizar las diferencias entre el grupo clínico o de pacientes con TA ( $N=57$ ) y el grupo control ( $N=66$ ) en positividad, afrontamiento y algunas variables sociodemográficas significativas; y segundo, comprobar si estas variables permitían predecir, utilizando regresión logística binaria, la pertenencia de los participantes al grupo clínico o al control. El grupo clínico presentó menos positividad y mayor uso de estrategias de falta de compromiso que el grupo control. Además, la pertenencia a los grupos se podía predecir correctamente en el 91% de los casos a partir de las variables medidas, siendo los principales factores de riesgo para pertenecer al grupo clínico las estrategias de afrontamiento de búsqueda de apoyo y de falta de compromiso, mientras que la situación laboral activa, el uso del humor, la positividad y una menor edad disminuían dicho riesgo.

**Palabras clave:** Positividad; afrontamiento; estrés; trastorno adaptativo.

**Title:** Positivity and coping in patients with adjustment disorder.

**Abstract:** Positivity construct refers to the propensity to think positively about oneself, life and the future, being closely related to wellbeing and health. Moreover, coping strategies used to manage stress have an important role in the development of mental health problems, one of which is adjustment disorder (AD).

The aim of this study was: Firstly, to analyze the differences in positivity, coping, and some relevant socio-demographic variables between the clinical (formed by patients with AD;  $N=57$ ) and the control ( $N=66$ ) groups; and secondly, to analyze whether these variables could predict, using binary logistic regression, the participants' membership to the clinical or the control group.

The clinical group showed less positivity and a greater use of disengagement strategies compared to the control group. Furthermore, the variables assessed were able to predict the clinical or control group membership with a 91% of success rate. The main risk factors to belong to the clinical group were the use of social support coping and disengagement strategies; whereas active employment status, the use of humor, positivity and younger age decreased this risk.

**Key words:** Positivity; coping; stress; adjustment disorder.

### Introducción

A lo largo de nuestra vida, las personas debemos enfrentarnos a múltiples situaciones estresantes, ante las cuales podemos adaptarnos de forma satisfactoria, e incluso vivirlas como una oportunidad de crecimiento, o bien sentimos sobrepasados por los acontecimientos, en función no solo del propio suceso, sino también de la percepción que tenemos sobre éste y sobre nuestros recursos personales para afrontarlo, pudiendo desarrollar diferentes síntomas que en ocasiones pueden requerir de ayuda o tratamiento. Un diagnóstico muy frecuente ante esta situación es el de trastorno adaptativo (TA), cuya característica esencial es el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable (APA, 2000).

A pesar de que los TA constituyen un importante problema de salud, que genera un significativo sufrimiento personal e importantes costes sociales y económicos, en términos de gasto sanitario, deterioro en el rendimiento y bajas laborales, hay una notable escasez de trabajos de investigación sobre este trastorno (Casey, Downick y Wilkinson, 2001), a lo que probablemente han contribuido las diferentes controversias existentes en torno a esta categoría diagnóstica, con criterios vagos y escasamente definidos que en ocasiones dificultan su diferenciación tanto con otros trastornos mentales como con la normalidad.

En relación a los factores etiopatogénicos de los TA, se sabe que uno de los principales factores de riesgo para su desarrollo es la presencia de circunstancias vitales estresantes, ante las cuales fracasan los procesos de adaptación al estrés, aunque no existe un modelo único o unánimemente reconocido que lo explique. También la predisposición y la vulnerabilidad personal desempeñan un papel importante en el desarrollo del cuadro, aunque el conocimiento de estos factores en este trastorno en concreto es escaso y no se incluyen en las principales clasificaciones diagnósticas (APA, 2000; WHO, 1992).

Actualmente parece haber suficiente consenso en cuanto a que las estrategias de afrontamiento juegan un papel importante como mediador entre las circunstancias estresantes y la salud mental (Li, Cooper, Bradley, Shulman y Livingston, 2012; Marín, Palacio, Orrego y Aguirre, 2008; Miracost et al., 2010).

El afrontamiento del estrés se refiere a todos los esfuerzos cognitivos y comportamentales constantemente cambiantes para manejar las demandas específicas externas o internas apreciadas como excedentes o que desbordan los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1984). Según Sandín (1995), existen dos aproximaciones teóricas y metodológicas principales con respecto al afrontamiento: una que lo entiende como un estilo personal de afrontar el estrés (Kohlmann, 1993; Miller, 1987), lo cual significa que es relativamente estable, y otra que lo entiende como un proceso (Lazarus y Folkman, 1987), dependiente tanto del contexto como del sujeto y de la valoración que éste realiza.

Por otro lado, existen diferentes clasificaciones del afrontamiento. La más común es aquella que divide las estrategias según la focalización, entre aquellas centradas en el

#### \*Dirección para correspondencia [Correspondence address]:

Ana M. Pérez-García. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Juan del Rosal, 10, Ciudad Universitaria. 28040 Madrid (España). E-mail: [aperez@psi.uned.es](mailto:aperez@psi.uned.es)

problema y las que tienen su foco en la emoción, si bien también puede diferenciarse en función del método, activo o pasivo/evitativo, y de la naturaleza de la respuesta, cognitiva o conductual (Sandín, 1995). Actualmente, la clasificación que parece tener mayor importancia e interés en los estudios de afrontamiento, distingue entre afrontamiento de compromiso (*engagement*) y afrontamiento de falta de compromiso (*disengagement*), según si el sujeto se orienta hacia la fuente de estrés, haciendo intentos activos para manejar la situación o las emociones asociadas a la misma, o si, por el contrario, se distancia del estresor o de sentimientos relacionados con el mismo, lo cual le impide reaccionar ante él de forma adecuada (Carver y Connor-Smith, 2010).

En cuanto a la relación entre el afrontamiento y la psicopatología, parte de ésta tiene que ver con la medida en que el afrontamiento resulte eficaz. Es decir, si las estrategias de afrontamiento ante una situación estresante resultan adaptativas, se minimizará la probabilidad de desarrollo de trastornos mentales. Son muchos los estudios que coinciden en que las estrategias de afrontamiento activas suelen ser más adaptativas y exitosas, mientras que las formas pasivas y de evitación son consideradas como menos exitosas, disfuncionales e inadaptativas (Carver, Scheier y Weintraub, 1989; Figueroa, Contini, Lacunza, Levin y Estévez, 2005; Folkman, Lazarus, Gruen y DeLongis, 1986; Moos, 1988; Terry, 1991). No obstante, se asume en general que lo más importante es la flexibilidad del afrontamiento, esto es, la capacidad del sujeto para utilizar la estrategia más apropiada en función de las demandas contextuales. Así por ejemplo, en situaciones estresantes controlables, el afrontamiento centrado en el problema se ha encontrado más útil para mitigar la ansiedad (Kim, Won, Liu, Liu, y Kitanishi, 1997), mientras que ante eventos incontrolables resultaría más adecuado el afrontamiento centrado en la emoción (Cheng, Hui, y Lam, 1999).

Aunque los estudios específicos previos sobre estrategias de afrontamiento en personas diagnosticadas con TA son muy escasos, sí se ha abordado el tema de forma indirecta al estudiar otros trastornos mentales que cursan con síntomas similares, u otras poblaciones que ante diferentes vivencias estresantes negativas tienen una alta probabilidad de desarrollar problemas de salud mental en general, y TA en particular. Así, se ha encontrado que el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas puede influir positivamente en la salud mental y la evolución de pacientes con enfermedades que cursan con dolor (Ramírez, Esteve y López, 2001), pacientes con cáncer (Cano, 2005), pacientes con trastornos psiquiátricos graves (Perona y Galán, 2001), mujeres maltratadas (Miracco et al., 2010), cuidadores principales de personas con demencia (Li et al., 2012), personas con tentativas suicidas (Quintanilla, Valadez, Valencia y González, 2005), víctimas de delitos (Marín et al., 2008), etc. Y por otro lado, las estrategias desadaptativas, por ejemplo pasivas o evitativas, guardan una relación positiva con el estado de ánimo negativo (Jiménez-Torres, Martínez, Miró y Sánchez, 2012), y con un mayor nivel de estrés (Lara y Kirchner, 2012), siendo más

frecuentes en personas con depresión y ansiedad (Guo, Xue, Zhao y Liu, 2005; Seiffge-Krenke y Klessinger, 2000).

No obstante, mucho más relevante que las estrategias o recursos de los que dispone realmente la persona para hacer frente al estrés parece ser la valoración que de éstos realiza el sujeto, como ya apuntaron Lazarus y Folkman (1984), que entendían el estrés como un proceso interactivo en el que la persona valora que las demandas exceden sus recursos de ajuste y hacen que peligre su bienestar. A este respecto, y en la línea del actual y creciente interés de la investigación por las características positivas y fortalezas humanas (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000), resultan interesantes constructos desarrollados recientemente como el denominado orientación positiva o positividad, conceptualizado como la tendencia a ver la vida y las experiencias desde un punto de vista positivo (Caprara et al., 2009; Caprara, Steca, Alessandri, Abela y McWhinnie, 2010), y que integra los conceptos de satisfacción vital, autoestima y optimismo. La satisfacción vital se define como una valoración global que la persona hace sobre su vida o aspectos específicos de ésta (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985). Es considerada como la dimensión evaluativa-cognitiva del bienestar subjetivo (Rodríguez-Fernández y Goñi-Grandmontagne, 2011), basada en un proceso de comparación con un criterio establecido subjetivamente, y considerada bastante estable y duradera (Veenhoven, 1994). Se asocia a aspectos tan variados como la satisfacción marital (Diener y Seligman, 2002), la productividad (Lyubomirsky, King y Diener, 2005) o un mejor estado de salud físico y mental (Boehm, Peterson, Kivimaki y Kubzansky, 2011; Ruiz, Sanjuán, Pérez-García y Rueda, 2011). La autoestima es la dimensión evaluativa y afectiva del autoconcepto, que se refiere al grado global de aceptación y respeto que uno tiene por sí mismo como persona (Harter, 1993). Su relevancia se debe a su relación con importantes indicadores del ajuste y el bienestar psicosocial. En este sentido, está ampliamente constatada su relación con variables tales como la integración social (Cava y Musitu, 2001), el rendimiento académico (Mann, Hosman, Schaalma y De Vries, 2004), la satisfacción laboral (Judge y Bono, 2001) y la salud mental (Beck, Brown, Steer, Kuyken y Grisham, 2001; Cava, Musitu y Vera, 2000; Mann et al., 2004). Por último, el optimismo, dentro del enfoque del optimismo disposicional de Scheier y Carver (1987), se entiende como la tendencia a esperar que en el futuro ocurran eventos positivos (Scheier y Carver, 1987, 1992), con un importante componente cognitivo y evaluativo, en cuanto que media entre los eventos externos y su interpretación personal, pero que involucra también aspectos emocionales y motivadores. Los resultados de diferentes estudios han encontrado relaciones importantes del optimismo con variables como el éxito profesional (Seligman, 2003), y el ajuste y rendimiento escolar (Ruthig, Perry, Hall y Hladkyj, 2004), ejerciendo un efecto positivo sobre la salud y el bienestar psicológico y físico (Scheier y Carver, 1987).

La positividad ha resultado ser un fuerte predictor de medidas de bienestar como la presencia de depresión, el

afecto negativo y positivo, la calidad percibida de las relaciones y la salud, y otros indicadores de funcionamiento óptimo escolar y laboral (Alessandri, Caprara y Tisak, 2012; Alessandri, Vecchione, et al., 2012; Caprara et al., 2012), explicando mayor porcentaje de varianza que el atribuido a los tres factores que lo integran individual o conjuntamente considerados. No obstante, por el momento no existen estudios que aborden específicamente la presencia de esta característica en muestras clínicas, y en concreto, en personas con TA.

Los objetivos de este estudio fueron examinar las diferencias en positividad y afrontamiento entre un grupo de pacientes diagnosticados con TA y un grupo control de personas que, habiendo experimentado un acontecimiento estresante de similar importancia, no habían desarrollado dicho trastorno. Se esperaba que el grupo clínico presentara menor positividad y un afrontamiento menos adaptativo que el grupo control. Por otra parte, se planteó como objetivo ver en qué medida estas características psicológicas, junto con otros aspectos socio-demográficos, conjuntamente considerados, podrían contribuir al diagnóstico de las personas con TA, actuando como factores de riesgo o de protección ante dicho trastorno.

## Método

### Participantes

El estudio, transversal y descriptivo, se ha realizado con 123 sujetos, con una edad media de 37.29 años ( $DT=12.82$ ) y un rango entre 18 y 65 años, divididos en dos grupos: uno de pacientes con diagnóstico de trastorno adaptativo y otro de población general. Las características sociodemográficas más importantes de ambos grupos se describen en la Tabla 1.

El grupo clínico estuvo constituido por 57 pacientes derivados a la Unidad de Salud Mental (USM) del Hospital Santa Bárbara de Puertollano (Ciudad Real) entre los meses de enero y agosto de 2012, desde otros servicios de atención primaria o especializada del área, atendidos en las primeras consultas bien por médicos psiquiatras bien por psicólogos clínicos experimentados trabajadores de esa Unidad, y diagnosticados de TA (en su mayoría, con síntomas mixtos ansioso-depresivos) a través de la entrevista clínica inicial usual y en base a criterios diagnósticos de la CIE-10 (WHO, 1992) o del DSM-IV-TR (APA, 2000). Se excluyó a todos aquellos pacientes que presentaban de forma comórbida otra psicopatología grave del Eje I o II del DSM-IV-TR o que habían realizado tratamiento psicológico o psiquiátrico en los últimos dos años, así como aquellos cuyas edades no estuviesen comprendidas entre los 18 y 65 años y los que presentasen condiciones que dificultasen la aplicación de los instrumentos de estudio (deterioro cognitivo y/o médico, o nivel educativo o intelectual insuficiente).

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de los grupos clínico y control.

	Grupo clínico ( <i>N</i> = 57)	Grupo control ( <i>N</i> = 66)
Edad [ <i>media (DT)</i> ]	33.73 (12.67)	40.38 (12.23)
Sexo [ <i>n (%)</i> ]		
▪ Hombres	19 (33.3)	28 (42.4)
▪ Mujeres	38 (66.7)	38 (57.6)
Estado civil [ <i>n (%)</i> ]		
▪ Soltero	29 (50.9)	27 (40.9)
▪ Casado	21 (36.8)	35 (53)
▪ Separado/Divorciado	6 (10.5)	4 (6.1)
▪ Viudo	1 (1.8)	0 (0)
Situación laboral [ <i>n (%)</i> ]		
▪ Activa	14 (24.6)	46 (69.7)
▪ No activa	43 (75.4)	20 (30.3)
Nivel educativo [ <i>n (%)</i> ]		
▪ Básico (primaria o menos)	23 (40.4)	9 (13.6)
▪ Medio (Secundaria o FP)	22 (38.6)	40 (60.6)
▪ Superior (Universitaria)	12 (21)	17 (25.8)

El grupo control estuvo formado por 66 personas seleccionadas en base a la facilidad de acceso e intentando garantizar la mayor representatividad posible, que habían sufrido en los últimos dos años una situación estresante importante pero que no habían precisado de tratamiento, ya sea farmacológico o psicoterapéutico, además de no presentar ninguno de los criterios de exclusión ya descritos para la muestra clínica. En concreto, personas valoradas en la Unidad y dadas de alta por no presentar patología, profesionales del hospital, familiares de éstos últimos y familiares de pacientes de la USM. La selección de estos subgrupos se hizo para favorecer la mayor similitud posible con la muestra clínica en cuanto a las variables sociodemográficas.

### Instrumentos y procedimiento

Para medir la orientación positiva se utilizó la versión en español de la Escala de Positividad (Caprara, 2011; Caprara et al., 2012). Se trata de una escala autoaplicada breve, que consta de 8 ítems en los que se le pide al sujeto que responda en una escala tipo Likert de 5 puntos (desde 1= Totalmente en desacuerdo, hasta 5=Totalmente de acuerdo) en qué medida cada una de las afirmaciones refleja su forma de pensar, sentir o actuar. Evalúa el constructo de positividad u orientación positiva, recogiendo aspectos asociados a los tres grandes constructos subyacentes: autoestima, optimismo y satisfacción vital, con ítems como “siento que tengo muchas cosas de las que estar orgulloso”, “miro hacia el futuro con esperanza y optimismo”, o “estoy satisfecho con mi vida”. En nuestro estudio, se obtuvo un índice de fiabilidad que puede calificarse como bueno ( $\alpha = .81$ ), siendo incluso algo superior al obtenido por los autores (Caprara et al., 2012). Las puntuaciones altas indican mayor positividad.

Para medir el afrontamiento se utilizó el Brief COPE (Carver, 1997; versión española de Pérez-García, 2008). Se trata de un inventario autoaplicado cuyo objetivo es evaluar las respuestas de afrontamiento ante el estrés de forma bre-

ve. En este estudio se aplicó la versión disposicional, o de estilo de afrontamiento, con mayor relación con las medidas de personalidad, frente a la versión situacional. Consta de 28 ítems, distribuidos en catorce escalas de dos ítems cada una, con un formato de respuesta tipo Likert con 4 opciones de respuesta (desde 0 = No, en absoluto, a 3 = Totalmente). La puntuación en cada escala se corresponde con la suma de sus dos ítems, no existiendo puntos de corte, y obteniéndose únicamente un perfil con las conductas de afrontamiento predominantes.

En el caso de nuestro estudio, y con el fin de aumentar la fiabilidad de las escalas, se agruparon las estrategias mediante la aplicación de un análisis factorial sobre 10 de las 14 escalas originales (descritas por Morán, Landero y González, 2010). Se excluyeron de los análisis las escalas de consumo de sustancias (por la probable confusión con el consumo de fármacos) y autodistracción (por su comportamiento inestable), y también humor y religión, que presentaron una fiabilidad alta (.83 y .84, respectivamente) con su composición original. Las tres agrupaciones encontradas explicaban el 61.12% de la varianza y se definieron como *afrontamiento de compromiso* (25.17%) que incluía los 8 ítems correspondientes a las escalas de afrontamiento activo, planificación, reevaluación positiva y aceptación; *afrontamiento de apoyo social* (18.38%) que incluía los 4 ítems de las escalas de utilización de apoyo emocional y de apoyo instrumental; y *afrontamiento de falta de compromiso* (17.57%) con los 8 ítems de negación, abandono, autculpa y desahogo. La fiabilidad de las tres subescalas creadas fue de .81, .88 y .89, respectivamente. Dos de estas agrupaciones coincidían con la distinción comentada en la introducción, que diferenciaría entre afrontamiento de compromiso (*engagement*) y afrontamiento de falta de compromiso (*disengagement*).

Los valores finalmente considerados (compromiso, apoyo, falta de compromiso, humor y religión) se calcularon dividiendo las puntuaciones totales entre el número de ítems incluidos en cada una de las cinco modalidades de afrontamiento consideradas (8, 4, 8, 2 y 2, respectivamente), por lo que en cada caso el rango de puntuaciones fue de 0 a 3.

Todos los sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión fueron evaluados a través de un protocolo que incluía una ficha con datos sociodemográficos y los anteriores instrumentos, que fueron completados en el domicilio. Todos los sujetos firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio.

#### Análisis de datos

Se utilizó el programa estadístico SPSS para Windows (versión 19.0). En primer lugar, se comprobó si había diferencias entre los grupos control y clínico en las variables sociodemográficas medidas utilizando la prueba de  $\chi^2$  en las variables categóricas, y análisis de varianza de un factor en el caso de la edad. En segundo lugar, se realizó un análisis correlacional entre todas las variables psicológicas medidas (estrategias de afrontamiento y positividad), las sociodemográficas

significativas y el grupo. En tercer lugar, se llevó a cabo un análisis de varianza multivariado (MANOVA) de un factor, grupo (clínico y control), tomando como variables dependientes los cinco estilos de afrontamiento considerados, controlando el efecto de las variables sociodemográficas que resultaron significativas. Y un ANOVA, también de un factor y con los mismos covariantes, para el análisis de la positividad. Finalmente, utilizando regresión logística binaria, se comprobó la capacidad predictiva de la positividad, el afrontamiento y las variables sociodemográficas relevantes sobre la clasificación de los participantes en el grupo clínico o en el control.

## Resultados

### Datos preliminares

Los resultados de los análisis de las variables sociodemográficas indicaron (ver Tabla 1) que no existían diferencias significativas entre los grupos en la distribución de las variables sexo ( $\chi^2 = 1.071, g^l = 1, p = .301$ ) y estado civil ( $\chi^2 = 4.336, g^l = 3, p = .227$ ). En ambos grupos había más mujeres que hombres, y estuvieron en su mayoría solteros o casados, siendo muy pocos los separados/divorciados o viudos.

Sin embargo, sí que se encontraron diferencias en las variables edad [ $F(1,121) = 8.78, p < .01$ ], situación laboral ( $\chi^2 = 24.94, g^l = 1, p < .001$ ) y nivel educativo ( $\chi^2 = 11.62, g^l = 2, p < .01$ ). El grupo clínico fue de media más joven que el control. Se encontraba en situación laboral no activa con mayor frecuencia (en cuanto que había más personas desempleadas, de baja laboral o bien jubiladas). Y su nivel de estudios se encontraba entre básico y medio, principalmente, frente al grupo control que en su mayoría tenía un nivel medio de estudios, habiendo en ambos grupos prácticamente el mismo porcentaje de personas con estudios superiores (ver Tabla 1).

Todas aquellas variables sociodemográficas que resultaron significativamente diferentes entre el grupo clínico y control (edad, situación laboral, y nivel educativo) fueron consideradas en los análisis estadísticos posteriores.

Seguidamente se realizó un análisis correlacional entre las variables psicológicas (positividad y afrontamiento), y de estas variables con las tres sociodemográficas significativas y el grupo (clínico y control) (ver Tabla 2). La positividad mostró correlaciones significativas con todas las estrategias de afrontamiento, siendo las relaciones en sentido positivo excepto en el caso del afrontamiento de falta de compromiso. La mayor correlación fue la encontrada con el afrontamiento de compromiso, seguido del afrontamiento de apoyo.

La correlación encontrada entre positividad y grupo indicaba su mayor presencia en el grupo control. Con respecto a las características sociodemográficas, se obtuvieron correlaciones significativas y positivas con el nivel educativo y la situación laboral (activa), pero no con la edad. Con respecto a las estrategias de afrontamiento, solo se encontraron correlaciones significativas con el grupo en dos casos: en sentido

positivo en el caso del afrontamiento de humor (mayor en el grupo control), y en sentido negativo en el afrontamiento de falta de compromiso (mayor en el grupo clínico). La edad no mostró correlaciones significativas con ninguna estrategia. El nivel educativo mostró correlaciones significativas y positivas con las estrategias de compromiso, apoyo y humor. Y por último, la situación laboral solo mostró una correlación significativa en sentido positivo con el afrontamiento de humor.

#### Diferencias entre los grupos clínico y control en positividad y afrontamiento

Las diferencias entre ambos grupos en las variables psicológicas quedan recogidas en la Tabla 3. En primer lugar se encontró que el grupo clínico presentaba menores puntuaciones en positividad que el grupo control ( $p < .001$ ), siendo

el efecto del grupo sobre la positividad moderado ( $\eta^2_p = .28$ ).

En segundo lugar, se obtuvo que las distintas estrategias de afrontamiento fueron afectadas significativamente por el grupo [*Wilks's*  $\lambda = .78$ ,  $F(5,112) = 6.58$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2_p = .221$ ]. En concreto, el grupo clínico, en comparación con el grupo control, recurría en mayor medida a las estrategias de afrontamiento de apoyo y de falta de compromiso, y en menor medida al afrontamiento de humor, siendo en todos los casos la fuerza de la relación entre leve ( $\eta^2_p = .11$ ) y moderada ( $\eta^2_p = .19$ ). En cuanto a la estrategia de compromiso, las diferencias resultaron casi significativas ( $p = .07$ ), siendo más elevado su uso en el grupo control que en el clínico. No hubo diferencias en el uso de la religión entre ambos grupos (ver Tabla 3).

**Tabla 2.** Correlaciones entre afrontamiento, positividad, características sociodemográficas y grupo ( $N = 123$ ).

	Compromiso	Apoyo	Falta compromiso	Humor	Religión	Positividad
Compromiso	---					
Apoyo social	.42**	---				
Falta compromiso	-.10	.16	---			
Humor	.26**	.14	-.16	---		
Religión	.19*	.30	.14	.14	---	
Positividad	.44**	.38**	-.25**	.19*	.25**	---
Grupo	.12	-.13	-.40**	.32**	.11	.48**
Edad	.08	-.14	-.10	-.15	.04	.10
Nivel educativo	.23*	.26**	-.16	.26**	.16	.30**
Situación laboral	.15	.00	-.15	.20*	.02	.29**

Nota: (1) \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ ; (2) Grupo: 1 = clínico, 2 = control; (3) Situación laboral: 1 = activa, 2 = pasiva.

**Tabla 3.** Diferencias entre los grupos clínico ( $N = 57$ ) y control ( $N = 66$ ) en positividad y afrontamiento.

	Grupo clínico	Grupo control	$F_{(4,118)}$	$\eta^2_p$
Positividad	23.12 (4.73)	28.92 (5.72)	11.32***	.28
Afrontamiento de compromiso	1.84 (.68)	1.98 (.48)	2.26°	.07
Afrontamiento de apoyo social	1.96 (.76)	1.76 (.78)	3.78**	.11
Afrontamiento de falta de compromiso	1.14 (.56)	.72 (.42)	5.91***	.17
Afrontamiento de humor	.61 (.91)	1.22 (.91)	6.95***	.19
Afrontamiento de religión	.86 (.99)	1.10 (1.09)	1.03	.03

Notas: (1) Se incluyen los modelos corregidos en función de los covariantes de edad, nivel educativo y situación laboral; (2) °  $p = .07$ , \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ ; (3)  $\eta^2_p$  para calcular el tamaño del efecto.

#### Análisis de la capacidad predictiva de la positividad, el afrontamiento y las variables sociodemográficas sobre la clasificación en el grupo clínico o control.

Finalmente, se utilizó la regresión logística para evaluar si la positividad, el afrontamiento y las variables sociodemográficas que habían resultado significativas en el contraste de grupos, tomados conjuntamente, contribuían a predecir a qué grupo pertenecían los participantes, al clínico o al control. El modelo resultó significativo [ $\chi^2(9) = 95.51$ ,  $N = 123$ ,  $p < .001$ ], con índices  $R^2$  elevados [Cox y Snell = .54; Nagelkerke = .72], de forma que se puede predecir la formación de los grupos a partir de la combinación lineal de estas variables

entre el 54% y el 72% aproximadamente de explicación de la varianza. De hecho, se predicen correctamente el 91.2% de la muestra clínica (52 de 57) y el 87.9% de la muestra control (58 de 66). Los *odds ratios* recogidos en la tabla sugieren que las posibilidades de estimar correctamente quién forma parte del grupo clínico se apoyan de forma significativa en las variables de positividad (baja), en los estilos de afrontamiento de humor (bajo), de falta de compromiso (alto) y de apoyo (alto), así como en la edad (menor) y en el hecho de estar en situación laboral pasiva (desempleados, jubilados, o con bajas laborales de larga duración). En la tabla 4 se presentan todas las variables de la ecuación de regresión.

**Tabla 4.** Análisis de regresión logística binaria de la positividad, las estrategias de afrontamiento y las características sociodemográficas sobre el grupo (N = 123).

	Coef.	Error estándar	Chi <sup>2</sup> Wald	Odds ratio	IC 95%
Positividad	-.33	.08	16.42***	.72	.61 - .84
Afrontamiento de compromiso	.87	.60	2.09	2.38	.74 - 7.70
Afrontamiento de apoyo social	1.95	.60	1.60**	7.00	2.17 - 22.59
Afrontamiento de falta de compromiso	1.56	.67	5.41*	4.76	1.28 - 17.74
Afrontamiento de humor	-1.18	.38	9.57**	.31	.15- .65
Afrontamiento de religión	-.39	.31	1.67	.68	.37 - 1.23
Edad	-.07	.03	6.80**	.93	.88 - .98
Nivel educativo	-.53	.48	1.19	.59	.23 - 1.52
Situación laboral	-2.13	.65	1.62**	.12	.03 - .43
Constante	1.09	2.52	16.00***	24057.96	

Notas: (1) \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$ , \*\*\*  $p < .001$ ; (2) Grupo: 0 = control, 1 = clínico; (3) Situación laboral: 1 = pasiva, 2 = activa.

## Discusión

El objetivo de esta investigación fue profundizar en el estudio de los TA, un diagnóstico muy común entre personas que han sufrido un acontecimiento estresante y acuden a un servicio de salud mental debido a la presencia de psicopatología. En concreto, se pretendía estudiar la influencia de ciertas características sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo y situación laboral) y psicológicas (como el uso de determinadas estrategias de afrontamiento y la positividad) en el desarrollo del trastorno adaptativo.

En primer lugar, con respecto al afrontamiento, se encontraron diferencias entre el grupo de personas con trastorno adaptativo y la población general en varias estrategias. El grupo clínico utilizó el afrontamiento de apoyo y de falta de compromiso en mayor medida que el grupo control, y el humor en menor medida, existiendo también cierta tendencia a un menor uso del afrontamiento de compromiso. Por tanto, se puede decir en general que entre los diagnosticados de TA el afrontamiento es más desadaptativo. No obstante, el grupo clínico utilizó en mayor medida que el grupo control una estrategia adaptativa, como es la búsqueda de apoyo, que en este caso queda objetivamente demostrada por el hecho de que buscaron ayuda profesional en los servicios médicos, bien de atención primaria o bien especializada, para el trastorno que presentaban, posiblemente desbordados ante un mayor uso de afrontamiento basado en la negación, la autculpa y el desahogo emocional ante los problemas.

Los resultados fueron por tanto acordes a lo esperado y a lo encontrado en la literatura previa, es decir, las estrategias adaptativas, por ejemplo, de aproximación, favorecen el bienestar y el ajuste psicológico, mientras que un afrontamiento desadaptativo predice mayores índices de ansiedad y depresión (Akechi, Okuyama, Imoto, Yamawaki y Uchitomi, 2001; Guo et al., 2005; Randolph y Amett, 2005; Seiffge-Krenke y Klessinger, 2000).

En segundo lugar, con respecto a la positividad, se trata de un constructo recientemente desarrollado por el grupo de Caprara (Caprara et al., 2009; Caprara et al., 2012), entendido como la propensión a pensar positivamente sobre varios dominios de la vida, y del cual se ha encontrado que está

muy relacionado con diferentes aspectos del bienestar y la salud.

Los resultados en relación a la positividad fueron también acordes a lo esperado. En primer lugar, se encontraron menores puntuaciones en el grupo clínico. Es decir, que las personas diagnosticadas de un trastorno adaptativo muestran una visión más negativa de la vida y las experiencias. Anteriormente, el grupo de Caprara ya había encontrado que la positividad se relaciona positivamente con el afecto positivo (Alessandri, Caprara et al., 2012; Alessandri, Vecchione, et al., 2012; Caprara et al., 2012; Caprara, Steca, et al., 2010), y negativamente con la depresión (Caprara et al., 2012), recomendando el estudio de la positividad en población clínica, al considerar que podría mejorar nuestro conocimiento de su impacto en la salud mental (Alessandri, Caprara, et al., 2012).

En tercer lugar, se estudió la relación del afrontamiento con la positividad. Esta relación no había sido previamente estudiada, pero sí se había analizado la relación del afrontamiento con las dimensiones que subyacen a la positividad, siendo de esperar encontrar resultados en el mismo sentido. En general, los diferentes estudios han confirmado que todas ellas (autoestima, satisfacción vital y optimismo disposicional) están directamente relacionadas con el uso de estrategias de afrontamiento positivas, activas, o más efectivas, como el afrontamiento centrado en el problema o la reestructuración cognitiva, y negativamente relacionadas con estilos de afrontamiento que se podrían considerar como negativos, inefectivos o más pasivos (como la autocrítica o la negación) (Aspinwall y Taylor, 1992; Brenner, St-Hilaire, Liu, Laplante y King, 2011; Chico, 2002; Martínez-Corra, Reyes del Paso, García-León y González-Jareño, 2006).

En nuestro caso, los resultados fueron en la línea de los hallazgos previos. La positividad estuvo relacionada positivamente con las estrategias consideradas adaptativas (afrontamiento de compromiso, apoyo social, religión, y humor) y negativamente con las más desadaptativas (afrontamiento de falta de compromiso).

Por último, otro de los objetivos era ver qué variables podían ayudarnos a predecir la presencia de un TA, o lo que es lo mismo, la pertenencia de cada participante del estudio al grupo clínico o al grupo control. Se encontró que una baja positividad, bajo humor, alto uso de afrontamiento de falta

de compromiso y de búsqueda de apoyo social, menor edad y una situación laboral no activa (desempleo, jubilación o baja laboral) predecían la pertenencia al grupo clínico. De hecho, aproximadamente en un 91% de casos se podía predecir la pertenencia al grupo clínico y en un 88% al control a partir de las anteriores variables, lo cual resulta una proporción muy elevada, siendo el resultado por tanto de gran relevancia.

Tres de las cuatro estrategias de afrontamiento resultaron ser altamente predictivas de la pertenencia a un grupo u otro, especialmente el uso del apoyo, que incrementaba en siete veces el riesgo de pertenecer al grupo clínico, posiblemente por el hecho de buscar ayuda profesional para hacer frente a los problemas, seguido del afrontamiento de falta de compromiso, que lo hacía en casi cinco veces. Mientras que el uso del humor disminuía en un 69% la probabilidad de pertenecer al grupo clínico, resultando ser, por tanto, un factor de protección.

En el caso del afrontamiento de compromiso, aunque la capacidad predictiva no resultó estadísticamente significativa, los resultados no son del todo concluyentes, pues sí que tienen relevancia clínica. Es decir, los valores dentro del intervalo de confianza son muy dispersos, y algunos muy relevantes, pues el límite superior es muy elevado (Escrig, Miralles, Martínez y Rivadulla, 2007). Es de esperar que si hubiésemos trabajado con una muestra mayor, habría aumentado la significación, y podríamos haber llegado a conclusiones de importancia. Además, el valor de la  $p$  es inferior a .15, por lo que también las conclusiones serían interesantes si hubiésemos disminuido el nivel de exigencia, y trabajado con menor nivel de seguridad.

La positividad también resultó ser un factor de protección, reduciendo en un 28% el riesgo de pertenecer al grupo clínico.

Y por último, con respecto a los factores sociodemográficos, no se han encontrado anteriormente estudios específicos sobre factores de riesgo asociados al desarrollo de TA, pero sí de otros trastornos que cursan con síntomas similares. González, Fernández, Pérez y Amigo (2007) concluyen tras una revisión que uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de depresión es la falta de estrategias de afrontamiento de tipo interpersonal, mientras que el peso de otros factores como las características sociodemográficas (ser mujer, estar soltero, tener un nivel socioeconómico bajo, tener una edad entre 25 y 45 años, estar en paro, etc.) pueden entenderse en base al anterior y a otros factores también relevantes como puede ser el apoyo social percibido.

Los resultados obtenidos en este trabajo son compatibles con las anteriores conclusiones. Encontramos que tanto una menor edad como una situación laboral no activa resultaron predictivas de la presencia de un TA. En cuanto a la edad, parece obvio que a medida que una persona crece va sumando experiencia y recursos para enfrentarse a los acontecimientos estresantes, con lo que disminuirá la probabilidad de desarrollar psicopatología. En cuanto a la ocupación, ocurre algo similar. De hecho, se ha encontrado en estudios

previos una asociación positiva entre el hecho de estar en paro y los problemas de salud mental en general, especialmente en los hombres (Artazcoz, Escribà-Agüir y Cortés, 2004). El nivel educativo, sin embargo, no resultó predictivo de la presencia de un TA, a pesar de que en trabajos anteriores se ha encontrado que un alto nivel educativo protege contra el estrés psicológico (Matud, 2005; Mazokopakis et al., 2002). Al igual que las anteriores características, esta relación puede estar relacionada con el afrontamiento, en cuanto que las personas con mayor educación podían tener más recursos (cognitivos, sociales, económicos, etc.) para enfrentarse a las dificultades.

En conclusión, en base a los resultados de este trabajo puede afirmarse que tanto el afrontamiento como la positividad pueden considerarse indicadores de ajuste psicológico y funcionamiento óptimo al predecir la presencia de psicopatología.

Los resultados se encuentran en la línea de la creciente cantidad de estudios llevados a cabo en las últimas décadas, que han potenciado el desarrollo de una amplia gama de programas y políticas de salud basados en la evidencia que han conseguido reducir con éxito los factores de riesgo y fortalecer los factores de protección o la resiliencia de las personas, con el objetivo de aumentar la calidad de vida y la salud mental (OMS, 2004).

Por tanto, las aplicaciones clínicas son evidentes. En primer lugar, con respecto a la evaluación y diagnóstico, ya que a partir de dos escalas breves de afrontamiento y positividad se puede predecir con un gran nivel de seguridad el riesgo de desarrollar un trastorno adaptativo cuando se ha experimentado un acontecimiento estresante importante. Sería por tanto oportuno considerar de cara al diagnóstico, tanto los recursos que posee el sujeto como los juicios valorativos que realiza al enfrentarse a los eventos vitales adversos. Y en segundo lugar, con respecto al abordaje psicoterapéutico.

Por un lado, en cuanto al afrontamiento, los resultados de este y anteriores estudios sugieren que las intervenciones encaminadas al desarrollo o promoción de estrategias para afrontar los eventos vitales negativos pueden ayudar a minimizar el malestar o bien prevenir la aparición de otros trastornos mentales posteriormente. No obstante, como apuntan Jiménez-Torres y colaboradores (2012), es necesario considerar que lo más adaptativo no es una u otra estrategia concreta, sino el hecho de tener la suficiente flexibilidad para utilizar la más adecuada según el contexto. Y aún no está claro qué variables explican esa flexibilidad, apuntando algunos a factores cognitivos y motivacionales (Cheng, 2003), como pueden ser el control percibido, la competencia percibida y las expectativas de eficacia, que deberían ser tenidos en cuenta en estudios posteriores y probablemente en la intervención.

Por otro lado, en cuanto a la positividad, implicada en un gran número de disfunciones psicológicas (Caprara et al., 2012), cabe preguntarse por las posibilidades de intervención, debido a la fuerte influencia genética encontrada (Ca-

prara et al., 2009). En este sentido, algunos estudios previos señalan la contribución de las creencias de autoeficacia sobre la orientación positiva (Bandura, 1997; Caprara y Steca, 2005), de modo que la promoción de experiencias de dominio o "mastery" en aspectos como la regulación afectiva o las relaciones interpersonales podría ayudar al desarrollo de la positividad (Caprara, Alessandri y Barbaranelli, 2010).

A pesar de lo anterior, el estudio realizado tiene algunas limitaciones que sería necesario corregir en estudios posteriores. En primer lugar, se trata de un estudio correlacional por lo que no pueden establecerse relaciones de causalidad. En segundo lugar, en cuanto a las medidas, solo se usan autoinformes retrospectivos, con los sesgos de memoria que éstos implican, pudiendo beneficiarse la evaluación de otros métodos como el informe de otros observadores (Caprara, Steca et al., 2010). Además, algunos autores han encontrado que el afecto puede influir en los juicios valorativos que realizan los sujetos (Gärbling y Gamble, 2012), lo que puede haber influido en los resultados. En este sentido, podría resul-

tar interesante, de cara a posteriores estudios, incluir medidas de gravedad de síntomas para comprobar si influyen en los resultados. En tercer lugar, mientras el grupo clínico es bastante homogéneo, compartiendo todos un mismo diagnóstico, podría pensarse que el grupo control utilizado, a pesar de las cautelas seguidas en el procedimiento para su selección, se caracterizara por una mayor heterogeneidad. Si bien los resultados obtenidos son coherentes con la investigación previa, no deja de ser necesario recomendar la replicación del estudio con otros grupos controles no clínicos, pero también con grupos clínicos de pacientes con diagnósticos diferentes. Y por último, con respecto a las variables incluidas en el estudio, no se han considerado otros posibles factores psicosociales importantes que pueden predisponer al desarrollo de un trastorno adaptativo, como las características de los estresores, rasgos más estables de personalidad (como los cinco grandes factores) u otras características individuales.

## Referencias

- Akechi, T., Okuyama, T., Imoto, S., Yamawaki, S. y Uchitomi, Y. (2001). Biomedical and psychosocial determinants of psychiatric morbidity among postoperative ambulatory breast cancer patients. *Breast Cancer Research and Treatment*, *65*, 195-202. Doi: 10.1023/A:1010661530585
- Alessandri, G., Caprara, G. V. y Tisak, J. (2012). The unique contribution of positive orientation to optimal functioning: Further explorations. *European Psychologist*, *17*, 44-54. Doi: 10.1027/1016-9040/a000070
- Alessandri, G., Vecchione, M., Tisak, J., Deiana, G., Caria, S. y Caprara, G. V. (2012). The utility of Positive Orientation in predicting job performance and organizational citizenship behaviors. *Applied Psychology*, *61*, 669-698. Doi: 10.1111/j.1464-0597.2012.00511.x
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed, Text Revised (DSM-IV-TR)*. Washington, D.C.: APA.
- Artazcoz, L., Escrivá-Agüir, V. y Cortés, I. (2004). Género, trabajos y salud en España. *Gaceta Sanitaria*, *18*, 24-35. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es/revistas/gaceta-sanitaria-138>
- Aspinwall, L. G. y Taylor, S. E. (1992). Modeling cognitive adaptation: A longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, *63*, 989-1003. Doi: 10.1037/0022-3514.63.6.989
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Beck, A. T., Brown, G. K., Steer, R.A., Kuyken, W. y Grisham, J. (2001). Psychometric properties of the Beck Self-Esteem Scales. *Behavior Research and Therapy*, *39*, 115-124. Doi: 10.1016/S0005-7967(00)00288-0
- Boehm, J. K., Peterson, C., Kivimaki, M. y Kubzansky, L. D. (2011). Heart health when life is satisfying: Evidence from the Whitehall II cohort study. *European Heart Journal*, *32*, 2672-2677. Doi: 10.1093/eurheartj/ehz203
- Brenner, K., St-Hilaire, A., Liu, A., Laplante, D. P. y King, S. (2011). Cortisol response and coping style predict quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *128*, 23-29. Doi: 10.1016/j.schres.2011.01.016
- Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicología*, *2*, 71-80. Recuperado de <http://revistas.ucom.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0505120071A/16099>
- Caprara, G. V. (2011). Orientación Positiva y sus implicaciones para la salud y el éxito académico y laboral. *Conferencia impartida en la Facultad de Psicología de la UNED*, Madrid, 22 de Mayo.
- Caprara, G. V., Alessandri, G., y Barbaranelli, C. (2010). Optimal functioning: contribution of self-efficacy beliefs to positive orientation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *79*, 328-330. Doi: 10.1159/000319532
- Caprara, G. V., Alessandri, G., Eisenberg, N., Kupfer, A., Steca, P., Caprara, M.G., Yamaguchi, S., Fukuzawa, A. y Abela, J. (2012). The Positivity Scale. *Psychological Assessment*, *24*, 701-712. Doi: 10.1037/a0026681
- Caprara, G. V., Fagnani, C., Alessandri, G., Steca, P., Gigantesco, A., Cavalli Sforza, L. L. y Stazi, M. A. (2009). Human optimal functioning: The genetics of Positive Orientation towards self, life, and the future. *Behaviour Genetics*, *39*, 277-284. Doi: 10.1007/s10519-009-9267-y
- Caprara, G. V. y Steca, P. (2005). Affective and social self-regulatory efficacy beliefs as determinants of positive thinking and happiness. *European Psychologist*, *4*, 275-286. Doi: 10.1027/1016-9040.10.4.275
- Caprara, G. V., Steca, P., Alessandri, G., Abela, J. R. Z. y McWhinnie, C. M. (2010). Positive Orientation: Explorations of what is common to Life Satisfaction, Self-Esteem, and Optimism. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *19*, 63-71. Recuperado de [http://journals.cambridge.org/data/journal/CJO%20masthead\\_update\\_d3.jpg](http://journals.cambridge.org/data/journal/CJO%20masthead_update_d3.jpg)
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, *4*, 92-100. Doi: 10.1207/s15327558ijbm0401\_6
- Carver, C. S. y Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, *61*, 679-704. Doi: 10.1146/annurev.psych.093008.100352
- Carver, C. S., Scheier, M. F. y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *56*, 267-283. Doi: 10.1037//0022-3514.56.2.267
- Casey, P., Dowrick, C. y Wilkinson, G. (2001). Adjustment disorders: Fault line in the psychiatric glossary. *British Journal of Psychiatry*, *179*, 479-481. Doi: 10.1192/bjp.179.6.479
- Cava, M. J. y Musitu, G. (2001). Autoestima y percepción del clima escolar en niños con problemas de integración social en el aula. *Revista de Psicología General y Aplicada*, *54*, 297-311. Recuperado de <http://www.uv.es/lisis/mjesus/7cava.pdf>
- Cava, M. J., Musitu, G. y Vera, A. (2000). Efectos directos e indirectos de la autoestima en el ánimo depresivo. *Revista Mexicana de Psicología*, *17*, 151-161. Recuperado de <http://www.uv.es/~lisis/mjesus/5cava.pdf>
- Cheng, C. (2003). Cognitive and Motivational Processes Underlying Coping Flexibility: A Dual-Process Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*, 425-438. Doi: 10.1037//0022-3514.84.2.425

- Cheng, C., Hui, W. y Lam, S. (1999). Coping style of individuals with functional dyspepsia. *Psychosomatic Medicine*, 61, 789-795. Recuperado de <http://www.psychosomaticmedicine.org/content/61/6/789.full.pdf+html>
- Chico, E. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 14, 544-550. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=763>
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. Doi: 10.1207/s15327752pa4901\_13
- Diener, E. y Seligman, M. E. P. (2002). Very happy people. *Psychological Science*, 13, 80-83. Doi: 10.1111/1467-9280.00415
- Escrig, J., Miralles, J. M., Martínez, D. y Rivadulla, I. (2007). Intervalos de confianza: por qué usarlos. *Cirugía Española*, 81, 121-125. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009739X07712812>
- Figuerola, M. I., Contini, N., Lacunza, A. B., Levin, M. y Estévez, A. E. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de Psicología*, 21, 66-72. <http://revistas.um.es/analesps/article/view/27171/26351>
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R. y DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-79. Doi: 10.1037/0022-3514.50.3.571
- Gätling, T. y Gamble, A. (2012). Influences on current mood of eliciting life-satisfaction judgments. *The Journal of Positive Psychology: Dedicated to furthering research and promoting good practice*, 7, 219-229. Doi: 10.1080/17439760.2012.674547
- González, S., Fernández, C., Pérez J. y Amigo, I. (2007). Variables predictoras de los resultados de un programa de prevención secundaria de la depresión. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7, 13-26. <http://www.ijpsy.com/volumen7/num1/155.html>
- Guo, X. F., Xue, Z. M., Zhao, J. P. y Liu, Z. N. (2005). Coping style, social support and personality in patients with comorbid major depression and anxiety. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 13, 221-222. Recuperado de [http://caod.oxiprobe.com/articles/630088/Coping\\_Style\\_Social\\_Support\\_and\\_Personality\\_in\\_Patients\\_with\\_Comorbid.htm](http://caod.oxiprobe.com/articles/630088/Coping_Style_Social_Support_and_Personality_in_Patients_with_Comorbid.htm)
- Harter, S. (1993). Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents. En R. F. Baumeister (Ed.), *Self-esteem: The puzzle of low self-regard* (pp. 87-116). New York: Plenum. Doi: 10.1007/978-1-4684-8956-9\_5
- Jiménez-Torres, M.G., Martínez, M.P., Miró, E. y Sánchez, A.I. (2012). Relación entre estrés percibido y estado de ánimo negativo: diferencias según el estilo de afrontamiento. *Anales de psicología*, 28, 28-36. <http://revistas.um.es/analesps/article/view/140492/126582>
- Judge, T. A. y Bono, J. E. (2001). Relationship of core self-evaluations traits—self-esteem, generalised self-efficacy, locus of control, and emotional stability—with job satisfaction and job performance: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86, 80-92. Doi: 10.1037/0021-9010.86.1.80
- Kim, K. I., Won, H., Liu, X., Liu, P. y Kitanishi, K. (1997). Students' stress in China, Japan and Korea: A transcultural study. *International Journal of Social Psychiatry*, 43, 87-94. Doi: 10.1177/002076409704300202
- Kohlmann, C.W. (1993). Development of the repression-sensitization construct: With special reference to the discrepancy between subjective and physiological stress reactions. En H. Hentschel, G. Smith, W. Ehlers y J. G. Draguns (Eds.), *The concept of defense mechanisms in contemporary psychology* (pp. 184-204). New York: Springer Verlag. Doi: 10.1007/978-1-4613-8303-1\_12
- Lara, S. y Kitchnet, T. (2012). Estrés y afrontamiento en pacientes afectados de esclerosis múltiple. Estudio comparativo con población comunitaria. *Anales de Psicología*, 28, 358-365. <http://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.28.2.148811/132641>
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-169. Doi: 10.1002/per.2410010304
- Li, R., Cooper, C., Bradley, J., Shulman, A. y Livingston, G. (2012). Coping strategies and psychological morbidity in family caregivers of people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 139, 1-11. Doi: 10.1016/j.jad.2011.05.055
- Lyubomirsky, S., King, L. A. y Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131, 803-851. Doi: 10.1037/0033-2909.131.6.803
- Mann, M., Hosman, C. M. H., Schaalma, H. P. y De Vries, N. K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*, 19, 357-372. Doi: 10.1093/her/cyg041
- Marín, C.A., Palacio, Y.J., Orrego, Y. y Aguirre, D.C. (2008). Descripción del estado de salud mental y estrategias de afrontamiento en víctimas de asalto a mano armada en la ciudad de Medellín (Colombia). *International Journal of Psychological Research*, 1, 31-40. <http://mivint.usbmed.edu.co:8002/ojs/index.php/web/article/view/421/412>
- Martínez-Correa, A., Reyes del Paso, G., García-León, A. y González-Jareño, M. I. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18, 66-72. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3177>
- Matud, M.P. (2005). Diferencias de género en los síntomas más comunes de salud mental en una muestra de residentes en Canarias, España. *Revista Mexicana de Psicología*, 22, 395-403. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2430/243020634004.pdf>
- Mazokopakis, E. E., Vlachonikolis, I. G., Sgantzos, M. N., Polychronidis, I. E., Mavreas, V. G. y Lionis, C. D. (2002). Mental distress and socio-demographic variables: A study of Greek warship personnel. *Military Medicine*, 167, 883-888.
- Miller, S. (1987). Monitoring and blunting: Validation of a questionnaire to assess styles of information-seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 345-353. Doi: 10.1037/0022-3514.52.2.345
- Miracco, M. C., Rutzstein, G., Lievendag, L., Arana, F.G., Scappatura, M.L., Elizatze, L. y Keegan, E. (2010). Estrategias de afrontamiento en mujeres maltratadas: la percepción del proceso por parte de las mujeres. *Anuario de Investigaciones*, 17, 59-67. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuin/v17/v17a06.pdf>
- Moos, R. H. (1988). Life stressors and coping resources influence health and well being. *Evaluación Psicológica*, 4, 133-158.
- Morán, C., Landero, R. y González, M.T. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9, 543-552. Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/sitio/psicologica/sccs/articulo.php?id=285>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004). *Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Informe consensado*. Ginebra: OMS. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/Prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_spanish\\_version.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf)
- Pérez-García, A. M. (2008). *Versión española de la escala Brief-COPE de Carver (1997)*. Documento del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Madrid: UNED.
- Perona, S. y Galán, A. (2001). Estrategias de afrontamiento en psicóticos: Conceptualización y resultados de la investigación. *Clinica y Salud*, 12, 145-178. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/resource.do?recurso=4000/&numero=2001122>
- Quintanilla, R., Valadez, I., Valencia, S. y González, J. M. (2005). Estrategias de afrontamiento en pacientes con tentativa de suicidio. *Investigación en Salud*, 7, 112-116. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/ig-2005/ig0503g.pdf>
- Ramírez, C., Esteve, R. y López, A. E. (2001). Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *Anales de Psicología*, 17, 129-137. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/view/29131/28191>
- Randolph, J. J. y Arnett, P. A. (2005). Depression and fatigue in relapsing-remitting MS: the role of symptomatic variability. *Multiple Sclerosis*, 11, 186-190. Doi: 10.1191/1352458505ms1133oa

- Rodríguez-Fernández, A. y Goñi-Grandmontagne, A. (2011). La estructura tridimensional del bienestar subjetivo. *Anales de Psicología*, 27, 327-332. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/view/122931/115561>
- Ruiz, M. A., Sanjuán, P., Pérez-García, A. M. y Rueda, B. (2011). Relations between life satisfaction, adjustment to illness, and emotional distress in a sample of men with ischemic cardiopathy. *The Spanish Journal of Psychology*, 14, 356-365. Doi: 10.5209/rev\_SJOP.2011.v14.n1.32
- Ruthig, J.C., Perry, R.P., Hall, N.C. y Hladky, S. (2004). Optimism and attributional retraining: Longitudinal effects on academic achievement, test anxiety, and voluntary course withdrawal in college students. *Journal of Applied Social Psychology*, 34, 709-730. Doi: 10.1111/j.1559-1816.2004.tb02566.x
- Sandín, B. (1995). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Comps), *Manual de Psicopatología* (cap. 11, pp. 1-52). Madrid: McGraw-Hill.
- Scheier, M. F. y Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55, 169-210. Doi: 10.1111/j.1467-6494.1987.tb00434.x
- Scheier, M. F. y Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228. Doi: 10.1007/BF01173489
- Seiffge-Krenke, L. y Klessinger, N. (2000). Long-term effects of avoidant coping on adolescents' depressive symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 617-630.
- Seligman, M. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Vergara.
- Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14. Doi: 10.1037//0003-066X.55.1.5
- Terry, D.J. (1991). Stress, coping, and adaptation to new parenthood. *Journal of Personal and Social Relationships*, 8, 527-547. Doi: 10.1177/026540759184005
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3, 87-116. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/resource.do?recurso=5000>
- World Health Organization (WHO) (1992). *International classification of diseases and related health problems, 10th revision*. Ginebra: WHO.

(Artículo recibido: 10-6-2013; revisado: 17-01-2014; aceptado: 14-02-2014)



## **2. ESTUDIO 2. THE ROLE OF PERSONALITY AND COPING IN ADJUSTMENT DISORDER (Artículo 2: *Clinical Psychologist*)**

El objetivo principal de este segundo estudio fue analizar en una muestra algo mayor a la considerada en el primero, la personalidad y las estrategias de afrontamiento ante el estrés, dos variables correlacionadas entre sí y con una importante influencia en el desarrollo de problemas de salud mental, entre los que se encuentra el TA.

En este caso, se analizaron las diferencias entre un grupo de pacientes diagnosticados con TA (N=80) y un grupo control de personas (N=80) que, habiendo experimentado un acontecimiento estresante de similar importancia, no habían desarrollado dicho trastorno. Se esperaba encontrar características diferenciales en personalidad, especialmente un mayor neuroticismo en el grupo clínico, así como un patrón más desadaptativo de afrontamiento en este grupo.

También en este caso los resultados pueden consultarse en el artículo presentado a continuación.

**Referencia:** Vallejo-Sánchez, B. y Pérez-García, A.M. (2015). The Role of Personality and Coping in Adjustment Disorder. *Clinical Psychologist*. doi:10.1111/cp.12064

Número de licencia de la editorial John Wiley and Sons para reproducir el artículo en la tesis doctoral: 3611791222707

## The role of personality and coping in adjustment disorder

Beatriz VALLEJO-SÁNCHEZ<sup>1</sup> and Ana M. PÉREZ-GARCÍA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Mental Health Unit, Santa Bárbara Hospital, Puertollano, Ciudad Real, and <sup>2</sup>Faculty of Psychology, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Madrid, Spain

### Key words

adjustment disorder, coping, mental health, personality, stress.

### Correspondence

Beatriz Vallejo Sánchez, Mental Health Unit, Santa Bárbara Hospital, Avenida Primero de Mayo, 32, 13500 Puertollano, Ciudad Real, Spain.  
Email: bvallejo@sescam.jccm.es

Received 6 June 2014; accepted 3 February 2015.

doi:10.1111/cp.12064

### Abstract

**Background:** Numerous studies have found that both personality and the coping strategies used in response to stress play important roles in the development of mental health problems, particularly adjustment disorder (AD), which is characterised by the onset of different emotional symptoms or behaviour in response to an identifiable stressor.

**Methods:** The aim of this study was to analyse the differences between 80 outpatients (68% female, average age 36) diagnosed with AD at a mental health unit and 80 controls (48% female, average age 39; people subjected to similar stress but with no psychopathology) with regard to personality, coping, and certain socio-demographic variables.

**Results:** Patients presented less extraversion and a considerably greater neuroticism than the control group. They employed disengagement strategies to a greater extent and humour strategies less frequently than the control group.

**Conclusions:** The results contribute to clarify a controversial diagnostic category that has been the subject of very little research. They also provide guidelines for intervention.

### Key Points

- 1 People diagnosed with AD were found to report greater neuroticism and less extraversion than people without this psychopathology (control group). This suggests that personality can be an important factor in this disorder when a person experiences an important stressful event that overwhelms his or her ability to adapt to it.
- 2 People with AD present with maladaptive coping styles, tending to use more passive, self-blaming, and avoidant strategies to cope with stress. This may also be a risk factor in the development of this pathology.
- 3 The results obtained add empirical evidence to a controversial and little-researched diagnostic category and may contribute to aetiological models of AD in the future.

Funding: None.

Conflict of interest: None.

Author contributions: Both authors are responsible for the preparation of the manuscript. Beatriz Vallejo-Sánchez is also responsible for data collection at the Mental Health Unit where she works as clinical psychologist.

© 2015 The Australian Psychological Society

### Introduction

In recent years, there has been an increase in combined efforts aimed at establishing a higher level of validity and clinical usefulness with regard to the principal diagnostic classifications (Andrews et al., 2009). More specifically, an APA (American Psychiatric Association) Diagnostic

1

Vallejo-Sánchez and Pérez-García

Spectra Study Group was created to study the extant empirical evidence with regard to the possibility of simplifying diagnostic classifications. This was performed by grouping the majority of mental disorders into clusters according to shared factors—not only common clinical factors, but also risk factors (including temperamental and environmental factors). One of the clusters proposed by this APA group, the internalising or emotional disorders cluster, includes depressive, anxiety, obsessive-compulsive, and trauma- and stress-related disorders. All of them share a temperament defined by negative emotionality. However, many of the disorders included in the diagnostic classification have not been studied in enough depth to merit definitive assignment to the different clusters. Adjustment disorder (AD) is an example of this particular situation (Regier, Kuhl, & Kupfer, 2013).

To date, only AD and other specifically stress-related disorders have included the presence of an identifiable stressor as a risk factor among the diagnostic criteria (APA, 2013; World Health Organization (WHO), 1992), although stressful life circumstances are risk (or precipitating) factors for a large number of mental disorders. However, the factors influencing the failure of stress adaptation processes (e.g., personality or coping) are not included.

AD is one of the most frequently made diagnoses in response to a person's not satisfactorily adapting to a stressful situation and developing symptoms that require treatment. This situation is described in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th Edition; DSM-V; APA, 2013) and International Classification of Diseases (10th Edition; ICD-10; WHO, 1992) classifications as a maladaptive reaction to identifiable psychosocial stressors that comprise a wide variety of emotional symptoms or behaviour as well as significant deterioration in social or occupational functioning. A prevalence of 1% has been found in the population in general (Maercker et al., 2012) and 5–35% in primary care surgical units, hospitals, and mental health clinics, reaching 50% in special populations that have been exposed to different stressors (APA, 2013). Although the prognosis is thought to be good with a tendency to remit spontaneously, patients with AD often develop major psychiatric disorders (Diefenbacher & Strain, 2002), presenting a greater degree of morbidity and a greater risk of suicide (Qin, 2011).

In spite of the serious health problems and the personal suffering caused by AD, as well as its important socioeconomic costs in terms of health care, low performance at work and sick leave, there is a considerable lack of research on the subject (Casey, Dowrick, & Wilkinson, 2001). This is likely to have contributed to the existing controversy surrounding the diagnostic category itself. In the latest classification published by the APA (2013), AD

is hardly differentiable from other mental disorders, but this problem is expected to be corrected, at least partially, in the next revision of the ICD (Maercker et al., 2013).

It is known that predisposition and personal vulnerability play an important role in the development of AD's symptomatology in the same manner as in other emotional disorders. However, knowledge of how these factors affect this disorder in particular is lacking.

First, personality has been recognised in the literature as one of the main factors of vulnerability (or resilience), which influences how a subject adapts to stressful life events. In Malouff, Thorsteinsson, and Schutte (2005)'s meta-analysis, it was found that four basic personality dimensions according to the Big-Five model (Costa & McCrae, 1992)—in particular, low conscientiousness, low extraversion, low agreeableness and a high neuroticism—were associated with the presence of psychopathology. Neuroticism was one of the strongest predictors, as later studies have also confirmed (Lahey, 2009).

Second, coping also plays an important role as a mediator between stressful circumstances and mental health (Denholm, 2009; Li, Cooper, Bradley, Shulman, & Livingston, 2012). Coping with stress refers to the constantly changing cognitive and behavioural efforts made to manage specific external or internal demands that may overwhelm the individual and exhaust his or her resources (Lazarus & Folkman, 1984, 1987). Although there are several classifications for coping strategies or styles, one that is currently a very important topic of interest is engagement coping, in which the subject looks to the source of the stress and actively tries to manage the situation or the emotions associated with it. Disengagement coping, on the other hand, is when the subject distances himself or herself from the stressor or related emotions. This impedes adequate reaction to the problem itself and includes typical strategies such as denial, giving up, relief, and self-blame (Carver & Connor-Smith, 2010).

The relationship between coping and psychopathology has to do, in part, with how efficient the coping turns out to be. Adaptive coping is related to better mental health, whereas the use of more maladaptive strategies suggests the presence of psychopathology, especially anxious and depressive symptoms (Shapiro, Kaplow, Amaya-Jackson, & Dodge, 2012).

Last, there is general agreement that personality has a direct influence on coping and that it has to do with the influence on both choice and the use of particular strategies for coping with stress. It is agreed that personality has also an indirect influence affecting how one reacts to stress, i.e., individual assessment of the situation and perceived coping resources (Connor-Smith & Flachsbart, 2007). According to Connor-Smith and Flachsbart

(2007), the personality dimensions most clearly related to coping are neuroticism, extraversion, and agreeableness, although they do suggest that knowledge about these relationships is still limited.

Regarding AD, there are very few studies that specifically address personality and coping in people with AD. For example, For-Wey, Fei-Yin, and Bih-Ching (2006) studied the personality of military personnel with AD in Taiwan. However, no studies were found on personality and coping with clinical samples diagnosed with AD in Western countries (e.g., European countries), characterised by a more individualistic culture than Eastern countries (Triandis & Suh, 2002).

For that reason, this study looks at personality and coping in a group of patients diagnosed with AD and a control group of people who, although they had also experienced major stressful life events, had not developed the disorder. The clinical group was expected to present more negative personality traits, especially more neuroticism and less adaptive coping, than the control group.

## Method

### Participants

This cross-sectional study was carried out on 160 subjects divided into two groups: patients diagnosed with AD (WHO, 1992; APA, 2013) and another group formed from the general population. The mean age was 37.99 (standard deviation (*SD*) = 12.82; range 18–65 years). See Table 1 for the most important socio-demographic characteristics in both groups.

The clinical group was made up of 80 patients who had been redirected from other primary or specialist services and seen at the Mental Health Unit Santa Barbara Hospital between the months of January and December 2012. They were later diagnosed with AD (the majority with mixed depressive-anxiety symptoms) by either psychiatrists or experienced clinical psychologists working in this unit, through an initial, non-structured clinical interview.

The Spanish version of the International Personality Disorder Examination (WHO, 1995; Spanish version by López-Ibor, Pérez, & Rubio, 1996) and the Mini International Neuropsychiatric Interview (Ferrando et al., 1998) were used to increase the reliability of diagnosis and rule out other mental disorders. Both instruments allowed the diagnosing of personality disorders and other psychiatric disorders, respectively, according to ICD-10 (WHO, 1992) and DSM-IV (APA, 1994) criteria.

Patients who presented with serious co-morbid psychopathology, those who had undergone psychiatric or

**Table 1** Socio-demographic characteristics

	Clinical group ( <i>N</i> = 80)		Control group ( <i>N</i> = 80)	
Age (mean ( <i>SD</i> ))	36.14	(13.47)	39.84	(11.53)
Gender ( <i>n</i> (%))				
Men	25	(31.3)	32	(40)
Women	55	(68.8)	48	(60)
Marital status ( <i>n</i> (%))				
Single	36	(45)	32	(40)
Married	34	(42.5)	43	(53.8)
Separated/divorced	8	(10)	5	(6.3)
Widowers	2	(2.5)	0	(0)
Employment status ( <i>n</i> (%))				
Employed	18	(22.5)	58	(72.5)
Unemployed	62	(77.5)	22	(27.5)
Educational level ( <i>n</i> (%))				
Primary studies	39	(48.8)	10	(12.5)
Secondary studies	28	(35)	44	(55)
University degree	13	(16.2)	26	(32.5)
Economic level ( <i>n</i> (%))				
Low	31	(38.8)	9	(11.3)
Middle	48	(60)	69	(86.2)
High	1	(1.2)	2	(2.5)

Note. *SD*, standard deviation.

psychological treatment in the last 2 years, those who had not between 18 and 65 years of age, and those with difficulties in completing the study tests (i.e., cognitive and/or medical deterioration or an insufficient educational or intellectual level) were excluded.

The control group consisted of 80 people without mental health problems, mainly consisted of people assessed and discharged from mental health unit for presenting no pathologies, and patients' relatives. More specifically, they had experienced at least one major stressful life event (scored with 3 or 4 in a 4-point scale of relevance) in the last 2 years, had registered on the stressful life events checklist designed by this study. The presence of psychopathology was ruled out by means of the clinical interview and the same instruments as the ones used in the clinical group. Exclusion criteria were the same as the clinical group.

### Measures and procedure

To measure personality, the Big-Five Inventory-44 (BFI-44; Benet-Martínez & John, 1998), designed simultaneously in English and Spanish, was used. It is a self-administered inventory comprised of 44 items, on a 5-point scale from *not at all* (1) to *completely* (5), which assesses the dimensions of normal personality described according to the Big-Five model (Costa & McCrae, 1992): Extraversion, Agreeableness, Conscientiousness, Neuroticism, and Openness. This instrument shows good

Vallejo-Sánchez and Pérez-García

psychometric properties (Benet-Martínez & John, 1998). Internal consistency in this sample was assessed using Cronbach's alpha. Scale reliability was good, between 0.70 (for Extraversion and Conscientiousness) and 0.84 (for Neuroticism). The only exception of a lower alpha coefficient occurred in the case of Agreeableness (0.59), which can be considered moderately acceptable (>0.50).

To measure coping, the Brief COPE (Coping Operations Preference Enquiry; Carver, 1997; Spanish version by Morán, Landero, & González, 2010) was used. The Brief COPE is a self-assessed inventory of 28 items, initially organised into 14 scales (active coping, planning, positive reframing, acceptance, denial, behavioural disengagement, self-blame, venting, use of emotional support, instrumental support, substance use, self-distraction, humour, and religion), with two items in each scale. The scales on substance use (because of the probable confusion with the consumption of pharmaceutical drugs) and self-distraction (because of its unstable behaviour) were not considered in the present research. The subject is asked to assess his or her usual way of coping with stress on a 4-point scale ranging from *nothing* (0) to *a lot* (3).

To maximise the reliability of the scales, the strategies were grouped into five categories following previous results (Vallejo-Sánchez & Pérez-García, 2015): Humour coping, Religion coping, Engagement coping (which included the eight items corresponding to the scales of active coping, planning, positive reframing, and acceptance), Disengagement coping (with eight items tapping into denial, behavioural disengagement, self-blame, and venting), and Social support coping (which included the four items on the scales for use of emotional support and instrumental support). In the present study, internal consistency was satisfactory (Cronbach's alphas were 0.82, 0.84, 0.82, 0.70, and 0.87, respectively). The score in each coping category was calculated by dividing the sum of the scores given to each of the items by the number of items in the category.

All of the subjects meeting the inclusion criteria requirements were assessed through a protocol approved by the Hospital's Ethics Committee, which included a sheet of socio-demographic data and the previously described instruments completed at home. All of the subjects who agreed to participate signed a consent form. A total of 129 in the clinical group and 119 in the control group were evaluated. From the group of patients, 31 (24.03%) of those who had initially agreed to participate ultimately did not, and 18 (13.95%) were excluded after assessment: four of them because they presented a co-morbid personality disorder, nine for presenting a depressive disorder (either on its own or along with AD), four because the difference in comparison with normality was not clear, and one because it was simulation. From

the control group, 39 people (32.77%) either refused to participate in the study or, after initial acceptance, did not hand in the tests to the hospital.

### Statistical analysis

Statistical analyses were conducted using SPSS for Windows (version 19.0; IBM Corp., Armonk, NY, USA). To determine whether there were differences between the groups (clinical and control) in the socio-demographic variables measured,  $\chi^2$  tests (in the categorical variables measured) and analysis of variance (in the case of age) were used. To test the differences in personality and coping between the clinical group and the control group, multivariate analysis of variance (MANOVA) was carried out, taking the socio-demographic variables of interest as covariant.

## Results

### Demographic data

The contrast of the socio-demographic variables between the clinical group and the control group (see Table 1) indicated that there were no significant differences in sex ( $\chi^2_{(1)} = 1.34, p = .161$ ) and marital status ( $\chi^2_{(3)} = 3.98, p = .264$ ). However, there were differences found in other variables: employment status ( $\chi^2_{(1)} = 40.1, p < .001$ ), educational level ( $\chi^2_{(2)} = 25.05, p < .001$ ) and economic level ( $\chi^2_{(2)} = 16.2, p < .001$ ), with the age differences being nearly significant ( $F(1, 158) = 3.49, p = .064$ ). All of these socio-demographic variables that showed differences between the clinical group and the control group (employment status, educational level, economic level, and age) were considered in subsequent statistical analyses.

### Differences between the clinical group and the control group in personality and coping

Two MANOVA of a factor (clinical and control group) were carried out. In the first analysis, the five personality dimensions were taken as the dependent variables, and in the second, the five types of coping were considered (see Table 2). The relevant socio-demographic variables (educational level, employment status, economic level, and age) were controlled in both analyses. Although the number of women and men was equivalent in both groups, this variable was also included as a covariant because it is always advisable to control its influence on factors such as personality and coping.

The first MANOVA showed that the combined dimensions of personality were significantly affected by group membership ( $\lambda = 0.74, F(5, 149) = 10.40, p < .001$ ,

**Table 2** Descriptive statistics and the univariate analysis of variance in terms of group (clinical and control) for personality dimensions and coping strategies ( $N = 160$ )

	Clinical group	Control group	F	$\eta$
	M (SD)	M (SD)		
<b>Personality</b>				
Extraversion	24.46 (6.02)	27.46 (5.04)	8.94**	0.24
Neuroticism	27.60 (5.80)	19.01 (6.83)	41.78***	0.46
Agreeableness	33.88 (4.40)	33.88 (5.14)	1.42	0.10
Conscientiousness	32.33 (5.44)	33.35 (5.84)	0.01	0.00
Openness	32.91 (7.13)	32.91 (5.82)	0.03	0.00
<b>Coping</b>				
Engagement	1.79 (0.68)	2.02 (0.50)	0.23	0.05
Support	1.86 (0.81)	1.84 (0.79)	1.06	0.10
Disengagement	1.08 (0.53)	0.68 (0.45)	16.55***	0.31
Humour	0.62 (0.86)	1.21 (0.93)	11.68***	0.27
Religion	0.94 (1.02)	1.04 (1.08)	0.48	0.06

Notes. M, mean, SD, standard deviation.  $\eta$  (eta) to calculate the effect size. \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$ .

$\eta = 0.51$ ). In particular, the clinical group reported greater neuroticism and less extraversion than the control group. The effect size of the neuroticism was more relevant than the effect size of extraversion (see Table 2). There were no differences between both groups in the agreeableness, conscientiousness, and openness factors. In the second MANOVA, it was also found that the different coping strategies were significantly affected by the group ( $\lambda = 0.82$ ,  $F(5, 149) = 6.44$ ,  $p < .001$ ,  $\eta = 0.42$ ). The clinical group used disengagement strategies more and humour strategies less than the control group. In both cases, the strength of the relationship was between slight ( $\eta = 0.27$ ) and moderate ( $\eta = 0.31$ ). In the rest of the strategies, the differences did not prove to be significant.

## Discussion

This research aimed at a more in-depth study of AD. It analysed the differences in personality and coping between a group of AD patients and a control group.

In the first place, the group of people with AD was found to report greater neuroticism and less extraversion than the control group. This finding is consistent with the previous literature on the subject, which sees personality as a factor of vulnerability (or resilience) for the development of psychopathology. Malouff *et al.* (2005), in their meta-analysis research, found that all personality factors except openness were associated with symptoms of clinical disorders in general. Neuroticism was positively associated with these symptoms, whereas extraversion, conscientiousness, and agreeableness were negatively related to them. Some authors consider this relation to be mediated by the subject's own assessment

of the stressful situation and the resources they have for coping (Schneider, Rench, Lyons, & Riffle, 2012). Specific studies with people diagnosed with AD are very scarce, although the results point in the same direction as earlier ones. For-Wey, Fei-Yin, and Bih-Ching (2006) found that a greater degree of neuroticism and a lesser degree of extraversion increased the risk of developing AD in a sample of soldiers.

Second, the clinical and control groups differed on the coping strategies they used. The clinical group was characterised by more maladaptive coping, with greater reliance on disengagement strategies and a reduced use of humour. The results were as expected and had already been recorded in the previous literature—that is, active coping strategies, such as engagement coping, are usually more adaptive and indeed more successful in order to promote psychological adjustment. More passive forms of coping, such as disengagement strategies, are seen as being less successful, more dysfunctional, and more maladaptive. These predict greater levels of anxiety and depression (Carver, Scheier, & Weintraub, 1989; Folkman, Lazarus, Gruen, & DeLongis, 1986; Shapiro *et al.*, 2012). The type of coping used also predicts the development of other disorders related to traumatic or stressful events, such as post-traumatic stress disorder (Buchanan & Keats, 2011). Nevertheless, it is generally assumed that what is most important is flexibility in coping, i.e., the subject's ability to use the most appropriate strategy depending on the contextual requirement, e.g., event controllability (Cheng, Hui, & Lam, 1999).

In conclusion, the results of this study support both personality and coping as important factors for mental health and for ADs in particular. They also support the idea that personality may have an influence on coping through certain styles, greater stability, and establishing consistent willingness to cope with stress, as opposed to more situational coping strategies that do not depend so much on personality.

The clinical implications are evident: not only coping resources, but also personality should be considered in the assessment of individuals exposed to situations of significant stress. These seem to be important aspects in the diagnosis of AD and the putting into practice of adequate treatment, but they may be even more relevant in people who have not yet developed mental health problems. Bearing this in mind, there is much research data that support the importance of "intervention in crisis" to prevent mental disorders in the long term by using more preventive and community models, as opposed to the former more psychiatric approach (see Gil, 2013 for a review).

Little research has been conducted into AD; thus, this study aids in our knowledge of the disorder and, in

Vallejo-Sánchez and Pérez-García

particular, may assist with building aetiological models in future. Furthermore, it is expected that more studies on AD may increase the usefulness of this diagnostic category and contribute to the effort to improve the current diagnostic classifications by basing the description of disorders not only on symptoms, but also on risk or maintenance factors (Regier et al., 2013). This would require a greater depth of research in terms of differentiation with other internalising or emotional disorders (mainly depressive, anxiety, and other stress-related disorders).

This research is not without its limitations. It is a cross-sectional study; therefore, causality relations cannot be established. Only retrospective self-reports with implied bias were used, meaning that the psychopathology in itself could have had some influence on the person's self-perception or self-description (Costa, Bagby, Herbst, & McCrae, 2005). Finally, other variables that may have influenced the results, like the type and severity of the stressors, have not been studied. It is also possible that if other individual characteristics (e.g., sub-facets of the Big-Five personality factors, or other personality variables, such as self-efficacy and optimism) had been considered in the study, along with more contextualised coping measures (Carver & Connor-Smith, 2010), more significant relations would have been found among personality and coping in AD.

In spite of these limitations, we believe that our findings have the strength to provide empirical evidence to a controversial, little-researched diagnostic category. They also point towards the elaboration of intervention guidelines, which are very scarce in this disorder, both in primary prevention and treatment.

## References

- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, D.C.: APA.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, TX: APA. DSM-V.
- Andrews, G., Goldberg, D. P., Krueger, R. F., Carpenter, W. T., Hyman, S. E., Sachdev, P., & Pine, D. S. (2009). Exploring the feasibility of a meta-structure for DSMV and ICD11: Could it improve utility and validity? *Psychological Medicine*, *39*, 1993–2000. doi:10.1017/S0033291709990250
- Benet-Martínez, V., & John, O. P. (1998). Los Cinco Grandes across cultures and ethnic groups: Multitrait multimethod analyses of the Big Five in Spanish and English. *Journal of Personality and Social Psychology*, *75*, 729–750. doi:10.1037/0022-3514.75.3.729
- Buchanan, M., & Keats, P. (2011). Coping with traumatic stress in journalism: A critical ethnographic study. *International Journal of Psychology*, *46*, 127–135. doi:10.1080/00207594.2010.532799
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, *4*, 92–100. doi:10.1207/s15327558ijbm0401\_6
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, *61*, 679–704. doi:10.1146/annurev.psych.093008.100352
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *56*, 267–283. doi:10.1037/0022-3514.56.2.267
- Casey, P., Dowrick, C., & Wilkinson, G. (2001). Adjustment disorders: Fault line in the psychiatric glossary. *British Journal of Psychiatry*, *179*, 479–481. doi:10.1192/bjp.179.6.479
- Cheng, C., Hui, W., & Lam, S. (1999). Coping style of individuals with functional dyspepsia. *Psychosomatic Medicine*, *61*, 789–795. doi:10.1097/00006842-199911000-00011
- Connor-Smith, J. K., & Flachsbart, C. (2007). Relations between personality and coping: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, *93*, 1080–1107. doi:10.1037/0022-3514.93.6.1080
- Costa, P. T., Bagby, R. M., Herbst, J. F., & McCrae, R. R. (2005). Personality self-reports are concurrently reliable and valid during acute depressive episodes. *Journal of Affective Disorders*, *89*, 45–55. doi:10.1016/j.jad.2005.06.010
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Denholm, C. J. (2009). Coping strategies during hospitalisation and recovery following motor vehicle trauma: A personal account. *Clinical Psychologist*, *13*, 116–121. doi:10.1080/13284200903350987
- Diefenbacher, A., & Strain, J. J. (2002). Consultation-liaison psychiatry: Stability and change over a 10-year period. *General Hospital Psychiatry*, *24*, 249–256. doi:10.1016/S0163-8343(02)00182.2
- Ferrando, L., Franco, A. L., Soto, M., Bobes, J., Soto, O., Franco, L., & Gibert, J. (1998). *International neuropsychiatric interview. (Spanish version 5.0.0.) DSM-IV*. Madrid, Spain: IAP Institute.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R., & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, *50*, 571–579. doi:10.1037/0022-3514.50.3.571
- For-Wey, L., Fei-Yin, L., & Bih-Ching, S. (2006). The premorbid personality in military students with adjustment disorder. *Military Psychology*, *18*, 77–88. doi:10.1207/s15327876mp1801\_5
- Gil, T. (2013). From crisis to adjustment disorder: A medicalization of a concept? *Turkish Journal of Psychiatry*, *24*, 50–54.

- Lahey, B. B. (2009). Public health significance of neuroticism. *American Psychologist*, *64*, 241–256. doi:10.1037/a0015309
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, *1*, 141–169. doi:10.1002/per.2410010304
- Li, R., Cooper, C., Bradley, J., Shulman, A., & Livingston, G. (2012). Coping strategies and psychological morbidity in family carers of people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *139*, 1–11. doi:10.1016/j.jad.2011.05.055
- López-Ibor, J., Pérez, A., & Rubio, V. (1996). *Examen internacional de los trastornos de la personalidad; Módulo DSM-IV. Versión Española. [Spanish version of the International personality disorder examination (IPDE). DSM-IV module]*. Madrid, Spain: WHO.
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., van Ommeren, M., Jones, L. M., . . . Reed G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, *12*, 198–206. doi:10.1002/wps.20057
- Maercker, A., Forstmeier, S., Pielmaier, L., Spangenberg, L., Brähler, E., & Glaesmer, H. (2012). Adjustment disorders: Prevalence in a representative nationwide survey in Germany. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *47*, 1745–1752. doi:10.1007/s00127-012-0493-x
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., & Schutte, N. S. (2005). The relationship between the five-factor model of personality and symptoms of clinical disorders: A meta-analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral*, *27*, 101–114. doi:10.1007/s10862-005-5384-y
- Morán, C., Landero, R., & González, M. T. (2010). COPE-28: A psychometric analysis of Brief COPE Spanish version. *Universitas Psychologica*, *9*, 543–552.
- Qin, P. (2011). The impact of psychiatric illness on suicide: Differences by diagnosis of disorders and by sex and age of subjects. *Journal of Psychiatric Research*, *45*, 1445–1452. doi:10.1016/j.jpsychires.2011.06.002
- Regier, D. A., Kuhl, E. A., & Kupfer, D. J. (2013). DSM-5: Classification and criteria changes. *World Psychiatry*, *12*, 92–98. doi:10.1002/wps.20050
- Schneider, T., Rench, T., Lyons, J., & Riffle, R. (2012). The influence of neuroticism, extraversion and openness on stress responses. *Stress & Health*, *28*, 102–110. doi:10.1002/smi.1409
- Shapiro, D. N., Kaplow, J. B., Amaya-Jackson, L., & Dodge, K. A. (2012). Behavioral markers of coping and psychiatric symptoms among sexually abused children. *Stress & Health*, *25*, 157–163. doi:10.1002/jts.21674
- Triandis, H. C., & Suh, E. M. (2002). Cultural influences on personality. *Annual Review of Psychology*, *53*, 133–160. doi:10.1146/annurev.psych.53.100901.135200
- Vallejo-Sánchez, B., & Pérez-García, A. (2015). Positivity and coping in patients with adjustment disorder. *Anales de Psicología*, in press. doi:10.6018/analesps.31.2.176631
- World Health Organization (WHO) (1992). *International classification of diseases and related health problems, 10th revision*. Geneva, Switzerland: WHO.
- World Health Organization (WHO) (1995). *International Personality Disorder Examination. (IPDE). DSM-IV module*. Nederlandse bewerking: I.J. Duijsens, E.H.M. Eurelings-Bontekoe & R.F.W. Diekstra, Leiderdorp: Datec, p. 3.

### **3. ESTUDIO 3. PERSONALIDAD, AFRONTAMIENTO Y POSITIVIDAD EN PACIENTES CON TRASTORNO ADAPTATIVO**

#### **3.1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS**

##### **3.1.1. Generales**

Considerando los hallazgos encontrados en la literatura, comentados en la revisión teórica previa, se plantearon como principales objetivos de este tercer estudio los siguientes:

1. Analizar conjuntamente la personalidad, la positividad, el afrontamiento y algunas variables sociodemográficas relevantes en personas diagnosticadas de TA y una muestra control compuesta por personas que también habían estado expuestas a diferentes estresores en los últimos años pero no habían requerido de tratamiento ni habían sido diagnosticadas de un trastorno mental.
2. Analizar, en primer lugar, las diferencias entre grupos en características de personalidad (tanto las Cinco Grandes dimensiones de personalidad, como la positividad) y estilos de afrontamiento, así como en algunas variables sociodemográficas relevantes, y comprobar si son consistentes con las diferencias encontradas en la literatura.
3. Estudiar las relaciones entre las diferentes variables consideradas; en primer lugar, cómo la personalidad (los Cinco Grandes y la positividad), el afrontamiento, las variables sociodemográficas y la sintomatología se relacionan entre sí; y en segundo lugar, y especialmente, cómo personalidad, positividad y afrontamiento contribuyen a predecir la presencia y/o gravedad de sintomatología ansiosa y depresiva en las dos muestras de estudio.

### 3.1.2. Específicos

A continuación se presentan los objetivos más concretos de la presente investigación, a partir de los cuales se formularon diferentes hipótesis de partida:

#### **Primer objetivo: Análisis de las variables clínicas y sociodemográficas en el grupo de pacientes con TA.**

El primer objetivo del estudio, aunque no el principal de este trabajo, era realizar un análisis preliminar exploratorio de las principales características clínicas y sociodemográficas de los pacientes con TA. En base a los estudios previos sobre características y factores de vulnerabilidad en las muestras de pacientes con psicopatología, en general, y con TA en particular (Haro et al., 2006; Maercker et al., 2007; Okamura et al., 2000; 2005), se planteó la siguiente hipótesis específica:

- **Hipótesis 1:** Se encontrará una prevalencia especialmente alta del subtipo mixto del TA en el grupo clínico, así como mayor número de mujeres, más separados, divorciados o viudos, más jóvenes, con menos estudios, menor nivel socioeconómico y más desempleados en el grupo clínico con respecto al control.

#### **Segundo objetivo: Análisis de las diferencias en las Cinco Grandes dimensiones de personalidad.**

El segundo objetivo del estudio era comprobar si existían diferencias en personalidad entre las personas que desarrollan un TA y las que no lo hacen, controlando el efecto de las variables sociodemográficas significativas. En base a los estudios previos (For-Wey et al., 2002; Kotov et al., 2010; Malouff et al., 2005) y a lo encontrado en el segundo de los artículos que conforman esta tesis doctoral (Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015b) se formuló la siguiente hipótesis:

- **Hipótesis 2:** Se encontrarán diferencias entre los grupos clínico y control especialmente en la dimensión neuroticismo, aunque también en extraversión,

afabilidad y tesón, mostrando el grupo clínico mayores puntuaciones en neuroticismo y más bajas en extraversión, afabilidad y tesón.

**Tercer objetivo: Análisis de las diferencias en positividad.**

Se pretendía analizar las diferencias en positividad entre el grupo de personas con TA y el grupo control, controlando el efecto de las variables sociodemográficas relevantes. En base a los estudios previos sobre las relaciones entre positividad y medidas de afecto negativo y depresión (Caprara et al., 2012), así como a lo encontrado en el primero de nuestros artículos (Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015a), se formuló la siguiente hipótesis:

- **Hipótesis 3:** Se encontrará una menor puntuación en positividad en el grupo clínico con respecto al control.

**Cuarto objetivo: Análisis de las diferencias en afrontamiento.**

Se intentó comprobar si existían diferencias entre la muestra clínica y control en afrontamiento, y en base a los hallazgos encontrados en la literatura (Carver y Connor-Smith, 2010; Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015a, 2015b) se planteó la siguiente hipótesis:

- **Hipótesis 4:** El grupo clínico presentará un mayor uso de estrategias más desadaptativas, especialmente un menor uso de estrategias de afrontamiento de compromiso, de búsqueda de apoyo social y de uso del humor, y mayor uso de estrategias de falta de compromiso que el grupo control, no encontrándose diferencias en la estrategia de religión.

**Quinto objetivo: análisis de las relaciones entre personalidad (Cinco Grandes y positividad) y afrontamiento.**

El siguiente objetivo era explorar las relaciones en los diferentes grupos entre las diferentes dimensiones de personalidad estudiadas y los estilos de afrontamiento, y de éstas

con las variables sociodemográficas, para comprobar si estas relaciones se ajustaban a los hallazgos previos.

En cuanto a la positividad, considerando que es un constructo relativamente reciente y apenas se han encontrado estudios previos, se consideró para el planteamiento de una hipótesis de partida la importancia de las valoraciones que realiza el sujeto de cara al afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984; Shah et al., 2012), así como las relaciones encontradas entre positividad y afrontamiento por Lara y colaboradores (2013) y en el primero de los trabajos que conforman esta tesis, con una muestra menor (Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015a). Y con respecto a las Cinco Grandes dimensiones de personalidad, se consideraron los hallazgos previos (Connor-Smith y Flachsbart, 2007; Watson y Hubbard, 2006) para el planteamiento de varias hipótesis:

- **Hipótesis 5:** Se encontrarán relaciones significativas y positivas de la positividad con el uso de estrategias de afrontamiento más adaptativas como el afrontamiento de compromiso, la búsqueda de apoyo y el humor, mientras que las relaciones serán negativas con el afrontamiento de falta de compromiso que se considera más desadaptativo, tanto en el grupo clínico como en el control.
- **Hipótesis 6:** Las dimensiones extraversión, afabilidad y tesón mostrarán una relación significativa y positiva con aquellas estrategias de afrontamiento más adaptativas, en concreto el afrontamiento de compromiso, la búsqueda de apoyo y el uso del humor, y negativa con el afrontamiento de falta de compromiso, tanto en el grupo clínico como en el control.
- **Hipótesis 7:** Y por otro lado, el neuroticismo se relacionará positivamente con el afrontamiento de falta de compromiso, y negativamente con el resto de estrategias consideradas más adaptativas, tanto en el grupo clínico como en el control.

**Sexto objetivo: análisis de las relaciones entre personalidad, positividad y afrontamiento con respuestas emocionales: ansiedad y depresión.**

El último de los objetivos de este estudio era, por un lado, analizar las relaciones entre todas las variables psicológicas estudiadas con las puntuaciones en ansiedad y depresión, para posteriormente explorar cuáles de ellas, junto a las sociodemográficas relevantes, contribuían a predecir más y mejor la presencia y gravedad de sintomatología ansiosa y depresiva, así como si existían diferencias en las variables predictivas entre el grupo clínico y control. Se sabe, en base a la investigación previa, que todos ellos son factores relevantes en el desarrollo de psicopatología (Caprara et al., 2012; Carver y Connor-Smith, 2010; Carver et al., 1989; Folkman, Lazarus, Gruen y DeLongis, 1986; Kotov et al., 2010; Malouff et al., 2005; Shapiro et al., 2012; Taylor y Stanton, 2007), aunque se sabe poco de la importancia relativa de cada uno de ellos, exceptuando estudios como el primero de nuestros artículos en que se aborda conjuntamente la positividad y el afrontamiento en la predicción de presencia de un TA (Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015a), por lo que se plantearon las siguientes hipótesis:

- **Hipótesis 8:** Las dimensiones positivas de personalidad, en concreto extraversión, afabilidad, tesón y apertura a la experiencia, así como positividad, se relacionarán negativamente con la sintomatología ansiosa y depresiva, mientras que el neuroticismo mostrará relaciones positivas con la sintomatología.
  
- **Hipótesis 9:** Los estilos de afrontamiento considerados más adaptativos, en concreto el afrontamiento de compromiso, la búsqueda de apoyo, y el uso del humor se relacionarán con una menor sintomatología ansiosa y depresiva, mientras que el afrontamiento de falta de compromiso se relacionará con mayor sintomatología.

- **Hipótesis 10:** El neuroticismo y el afrontamiento de falta de compromiso serán los factores más importantes a la hora de predecir la sintomatología ansiosa y depresiva, tanto en el grupo clínico como en el control.

### 3.2. DISEÑO Y VARIABLES

Se trata de un diseño descriptivo y correlacional de corte transversal. La manipulación de la variable independiente (VI) (grupo clínico y grupo control) se hizo por selección.

Las principales variables medidas se dividen en cinco grupos:

- **VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.** Se incluyeron las siguientes:
  - Sexo (“1. Hombre”, “2. Mujer”).
  - Edad
  - Estado civil (“1. Soltero/a”, “2. Casado/a”, “3. Separado/a o divorciado/a”, “4. Viudo/a”).
  - Situación laboral (“1. Trabajando”, “2. Desempleado-incluye estudiantes y tareas del hogar-”, “3. Baja laboral temporal”, “4. Incapacidad laboral permanente”, “5. Jubilación”, “6. Otra”; una vez recogida la información, para facilitar el análisis de datos se agruparon las seis anteriores en dos categorías únicamente: ”1. Activa”, que incluiría la situación laboral “Trabajando”, y “2. No activa”, que incluiría el resto de situaciones).
  - Nivel de estudios (“1. Básico”, “2. Medio”, “3. Superior”).
  - Nivel económico (“1. Bajo”, “2. Medio”, “3. Superior”).
  
- **VARIABLES DE PERSONALIDAD.** Constituyen este grupo las cinco dimensiones de personalidad normal descritas según el “Modelo de los Cinco Grandes” (Costa y McCrae, 1992; McCrae y Costa, 1985): Extraversión, Afabilidad o Cordialidad,

Tesón o Responsabilidad, Neuroticismo y Apertura mental o Apertura a la experiencia, medidas a través del cuestionario *Big Five Inventory-44* (BFI-44; Benet-Martínez y John, 1998), que será descrito a continuación, en el apartado dedicado a los instrumentos de medición.

- **Variable positividad.** Referida al constructo de positividad, entendido como la tendencia del sujeto a ver la vida y las experiencias desde un punto de vista positivo (Caprara et al., 2009; Caprara et al., 2010) y también medida a través de un cuestionario descrito en el apartado correspondiente, la Escala de Orientación Positiva (EOP; Caprara, 2011).
- **Variables de afrontamiento.** Este grupo de variables lo constituyen las estrategias cognitivas o conductuales que puede utilizar el sujeto para afrontar el estrés: afrontamiento activo, planificación, apoyo instrumental, apoyo emocional, desahogo, negación, abandono, reinterpretación positiva, aceptación, religión, humor, y auto-culpa (Carver, 1997), medidas a través de un cuestionario que será descrito en el apartado de instrumentos, el COPE-28 (versión de Pérez-García, 2008).
- **Variables sintomatológicas.** Se refiere a las medidas de severidad de síntomas depresivos y ansiosos, medidos a través del Inventario de Depresión de Beck-Revisado (BDI-IA en sus siglas en inglés; adaptación española de Sanz y Vázquez, 1998) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; adaptación española de Sanz y Navarro, 2003), respectivamente, y que serán descritos igualmente a continuación.

### **3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN DE PARTICIPANTES**

#### A) Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión para participar en el estudio fueron:

- a. Tener entre 18 y 65 años;
- b. Firmar la hoja de consentimiento informado;

c. Nivel educativo al menos básico, y nivel intelectual dentro de la normalidad, que garantizasen una comprensión y cumplimentación correcta de los cuestionarios durante la fase de evaluación;

d. Haber vivido en los últimos dos años una situación estresante importante (señalando su presencia e importancia a través de un listado de eventos vitales estresantes construido para la realización de este estudio); y por último,

e. En el caso del **grupo clínico**, debían además cumplir los criterios diagnósticos para un TA, según el DSM-IV-TR (APA, 2000) y/o la CIE-10 (OMS, 1992).

#### B) Criterios de exclusión

Los criterios para la exclusión del estudio fueron:

- a. No firmar el consentimiento informado;
- b. Deterioro cognitivo y/o médico importante;
- c. Nivel educativo e intelectual bajo, que impidieran una comprensión y cumplimentación correcta de los cuestionarios durante la fase de evaluación;
- d. Tratamiento previo, ya sea farmacológico o psicoterapéutico, por un trastorno grave del Eje I o II, o por cualquier otro trastorno psicopatológico en los últimos 2 años;
- e. En el caso del **grupo control**, además de los anteriores, la presencia de sintomatología grave, o malestar y/o deterioro funcional significativo, que sugirieran la presencia de un trastorno mental, según impresión del investigador tras la evaluación (consistente en la aplicación del mismo protocolo de tests, aunque no se aplicó en este caso una entrevista clínica diagnóstica).

En el caso del **grupo clínico**, además de los cuatro primeros criterios de exclusión, se consideraron los dos siguientes:

- f. La presencia actual comórbida de otra psicopatología grave del Eje I o II (no incluiría la presencia de rasgos desadaptativos de personalidad), lo cual se determinó a través de la aplicación de la entrevista clínica diagnóstica habitual, en base a los criterios CIE-10 y/o DSM-IV-TR, y del Examen Internacional de los Trastornos de la

- Personalidad (*International Personality Disorders Examination* o IPDE; Loranger, 1995; versión española de López-Ibor, Pérez-Urdániz y Rubio, 1996); y,
- g. Abandonar el seguimiento en la unidad hospitalaria donde se realizó la investigación (no haber acudido a la última cita con el profesional responsable del caso).

### **3.4. PROCEDIMIENTO**

#### A) Grupo clínico

La selección de la muestra clínica se realizó en la Unidad de Salud Mental (USM) del Hospital Santa Bárbara (Puertollano, Ciudad Real), donde trabaja la autora desde 2007 como especialista en Psicología Clínica. Se trata de una unidad de tratamiento especializado de problemas de salud mental, compuesta por un equipo multidisciplinar con dos Médicos Psiquiatras, tres Psicólogos Clínicos, dos Diplomadas en Enfermería, una Trabajadora Social y una Auxiliar Administrativa.

Todos los pacientes que acuden a esta unidad, lo hacen derivados principalmente por el médico de atención primaria, y en menor medida, por otros especialistas, para la valoración y diagnóstico de problemas y trastornos psicopatológicos por parte de los psicólogos clínicos o psiquiatras, según al profesional al que se haya derivado, y el tratamiento por parte de éstos si así lo consideran oportuno.

En las primeras citas el profesional asignado al caso abre la historia clínica del paciente, recogiendo todos los datos personales y algunos datos clínicos (como antecedentes familiares y personales) y realiza la evaluación y diagnóstico del caso a través principalmente de la entrevista clínica, en base a criterios diagnósticos de la CIE-10 (OMS, 1992) y/o del DSM-IV-TR (APA, 2000), utilizándose también con frecuencia tests psicométricos, diferentes según cada caso. Para la realización de este trabajo de investigación en concreto se elaboró un protocolo de pruebas para medir las variables de estudio en las personas que cumplieren con los criterios de inclusión. Este protocolo fue instaurado como parte del proceso de evaluación inicial de pacientes con sintomatología

ansiosa o depresiva, principalmente, reactiva a estrés ambiental y con el diagnóstico probable de trastorno adaptativo, previa aprobación por parte del comité de ética del hospital.

La muestra clínica inicial estuvo constituida por 585 pacientes que acudieron consecutivamente a esta USM entre el 1 de enero y el 31 de octubre de 2012 (aunque de estos pacientes, sólo los que cumplieron con los criterios descritos en el apartado anterior fueron incluidos en el estudio).

Algunos de estos pacientes fueron valorados inicialmente por la autora de esta tesis, mientras que otros fueron valorados por otros profesionales del servicio (psicólogos clínicos o psiquiatras), siendo en cada caso el procedimiento concreto de actuación y recogida de datos diferente.

Cuando la primera entrevista era realizada por la autora, a los pacientes que cumplían los criterios se les entregaba el protocolo de pruebas al finalizar las entrevistas de evaluación y diagnóstico, tras el primer o segundo contactos, para completarlo en su domicilio. Así mismo, se resolvían dudas con respecto a la cumplimentación de éste, se les informaba del estudio que se estaba realizando, sus objetivos y condiciones, y se pedía al paciente firmar la hoja de consentimiento si estaba de acuerdo en participar. En posteriores entrevistas se recogía el protocolo y tras su corrección se devolvían las conclusiones, como parte del proceso de evaluación y tratamiento.

Con el fin de identificar pacientes atendidos por otros profesionales (psicólogos clínicos o psiquiatras) con un diagnóstico de TA (referido de forma explícita en la historia), y que cumpliesen con el resto de criterios de inclusión, se revisaron todas las historias clínicas abiertas de pacientes que acudieron por primera vez dentro del periodo de tiempo considerado. En este caso, se contactaba telefónicamente con el candidato identificado, y se le informaba de la aplicación del protocolo de pruebas como parte de la evaluación inicial, y del estudio que se estaba realizando, pidiendo su colaboración. Se concertaba una entrevista para comprobar que se cumplían el resto de criterios de inclusión, con una duración de entre 60 y 90 minutos, y si se cumplían los criterios, se entregaba la hoja de consentimiento informado y el protocolo de pruebas, que se cumplimentaba igualmente en el domicilio. Se

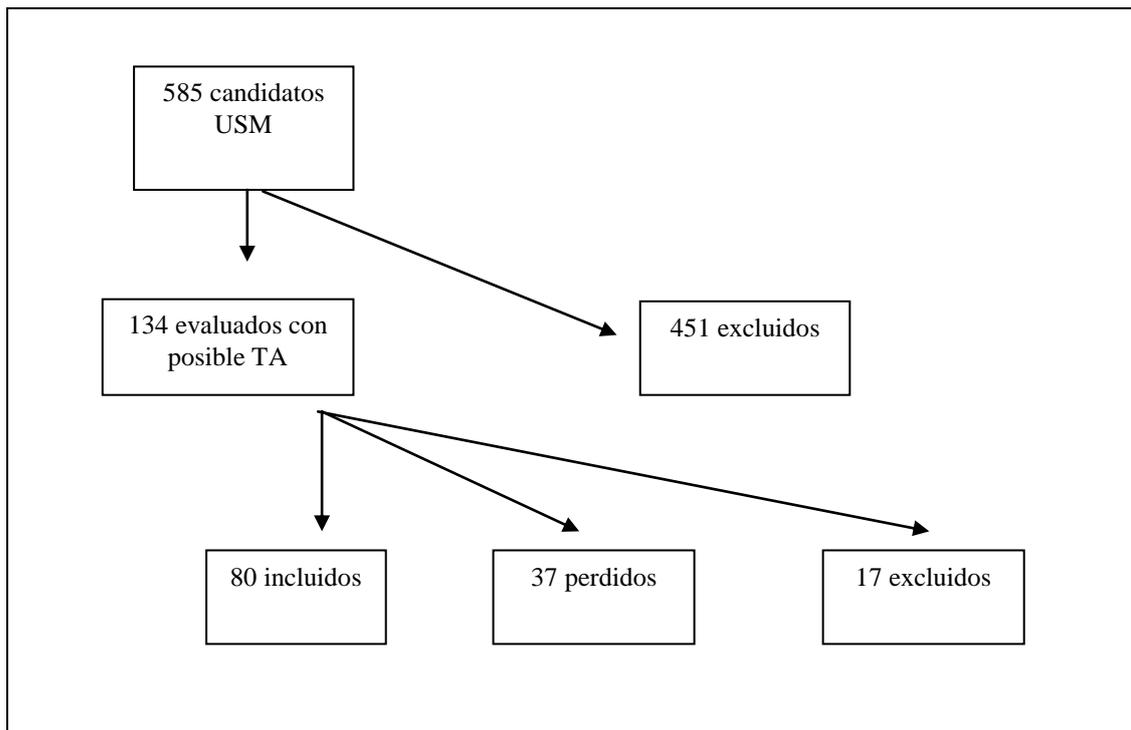
les daba una cita posterior para la entrega de los tests, la corrección y la devolución de los resultados.

Como se ha comentado anteriormente, la recogida de datos se realizó en dos momentos: en un primer momento, se constituyó una primera muestra (N=57) (la estudiada en el artículo primero) con todos los pacientes que acudieron consecutivamente y por primera vez a la USM entre enero y agosto de 2012 y cumplieron con los criterios de inclusión.

Posteriormente, con el objetivo de ampliar e igualar el número de sujetos al de la muestra control, siguieron revisándose historias clínicas y entregándose los protocolos de tests, entre septiembre y octubre de 2012, hasta que se alcanzó una muestra total de 80 sujetos (que junto a los 80 de la control harían un total de 160), que es la que se describirá de forma más detallada, por ser la muestra final, con la que se realizó el segundo y tercer trabajos, y que será el principal objeto de nuestro análisis.

En total, se entregó el protocolo a 134 candidatos del grupo clínico, aunque finalmente sólo 80 (el 59,7% de los candidatos) fueron incluidos en el estudio. De los 54 no incluidos, 37 de ellos, vistos por la autora (27) o bien por otro profesional (10), y que en principio cumplían los requisitos y dieron su consentimiento para participar, finalmente no devolvieron los protocolos de valoración entregados.

Y otros 17, que sí cumplimentaron las pruebas, fueron tras varias entrevistas descartados. En 12 de los casos, por no estar claro el diagnóstico diferencial, bien con otro trastorno mental, generalmente depresivo (en 8 casos), bien con respecto a la normalidad o no presencia de patología (en 4 casos). Otro de los 17 casos excluidos lo fue por considerarse un caso claro de simulación. Y los 4 restantes, por diagnosticarse tras la evaluación un trastorno de personalidad (TP) comórbido al TA. En la *Figura 3* puede verse un diagrama resumen con los datos de los sujetos considerados, evaluados, incluidos y excluidos. No se han considerado los pacientes que rehusaron participar, aunque fue un número pequeño y poco significativo de personas.

**Figura 3. Diagrama de flujo de sujetos del grupo clínico**

Con respecto a las características clínicas de la muestra final (muestra clínica; N=80), 61 de ellos (76,25%) recibió el diagnóstico de TA mixto, con ansiedad y estado de ánimo deprimido. Otros 9 (11,25%) presentaban un TA con estado de ánimo depresivo, 7 (8,75%) presentaban un TA con ansiedad, uno (1,25%) fue diagnosticado de TA con alteración mixta de las emociones y del comportamiento, y en los 2 casos restantes (2,5%) se estableció el diagnóstico de TA no especificado, por predominar otro tipo de síntomas.

La presencia de TP se evaluó a través del IPDE de Loranger (1995; versión española de López-Ibor, Pérez-Urdániz y Rubio, 1996) (ver descripción e instrumento en *Anexo VI*). En principio, se aplicaba el cuestionario autoadministrado de cribado, y posteriormente, si la puntuación resultaba superior en alguna escala al punto de corte recomendado por los autores para establecer la posible presencia de un TP (una puntuación de 3 o más, aunque modificable en función del criterio del clínico), se aplicaba una entrevista semiestructurada confirmatoria. Se encontró que la mayoría de pacientes (72 de los 80) superaba el punto de corte en alguna escala, y tras ser aplicada la entrevista en estos casos, sólo en 13 de los 72 casos (18,05%) se diagnosticó finalmente la presencia comórbida de rasgos desadaptativos

de personalidad (sin cumplir criterios para el diagnóstico de un TP, lo cual hubiese supuesto la exclusión de la muestra). La fiabilidad de la prueba en la presente muestra alcanzó un índice adecuado ( $\alpha=0,77$ ).

Ninguno de los participantes presentó comórbidamente cualquier otro trastorno del eje I, pues también hubiese supuesto su exclusión desde el inicio.

### B) Grupo control

La muestra control se seleccionó a través de muestreo no probabilístico e incidental. Al igual que ocurrió con el grupo clínico, hubo dos momentos de recogida de datos, hasta agosto de 2012, y de septiembre a octubre del mismo año. Al igual que con el grupo clínico, sólo la muestra final, de 80 sujetos, será descrita con mayor detalle.

Para completar la muestra se seleccionaron sujetos de cuatro procedencias diferentes, en base a la facilidad de acceso, pero intentando garantizar la mayor representatividad posible e igualdad con la muestra clínica en lo que respecta a características sociodemográficas:

- Pacientes que acudían a la USM del Hospital Santa Bárbara de Puertollano (Ciudad Real), vistos en primera consulta bien por médicos psiquiatras bien por psicólogos clínicos, y dados de alta tras el proceso de evaluación por no presentar ningún trastorno mental. El procedimiento de reclutamiento en este caso fue similar al que se siguió en el caso del grupo clínico, excepto que después de finalizada la evaluación, no se confirmó el diagnóstico de TA. El total de sujetos de este subgrupo fue de 16.
- Trabajadores de diferentes servicios del propio Hospital Santa Bárbara de Puertollano (Salud Mental, Oftalmología y Laboratorio), siendo el número total de participantes de 14. El procedimiento de reclutamiento varió ligeramente, realizándose principalmente en base a la disponibilidad. Se solicitó personalmente la colaboración de algunos trabajadores de esos servicios. A los que aceptaron, después de comprobar que reuniesen los criterios de inclusión, se les informó de los objetivos

y condiciones, y se ofreció instrucciones para la cumplimentación del protocolo de pruebas.

- Familiares de trabajadores del hospital participantes en el estudio, haciendo un total de 32 participantes. A los mismos trabajadores que aceptaron participar, que en su mayoría fueron mujeres adultas jóvenes con estudios superiores, también se les pidió colaboración para que aplicasen a su vez los mismos cuestionarios al menos a algún familiar que cumpliera con los criterios de inclusión, para lo cual se les instruyó. Los protocolos de pruebas a cumplimentar por los familiares fueron entregados al profesional en cuestión, que a su vez se lo hacía llegar a su familiar.
- Familiares de pacientes de la consulta de Psicología clínica, haciendo un total de 18. El procedimiento de reclutamiento fue bastante similar al del subgrupo anterior. Se informó del estudio y se pidió la colaboración a algunos pacientes que acudían a la consulta de Psicología clínica, en base a la disponibilidad y el criterio del profesional (por ejemplo, pacientes en situación clínica estable, con patología leve, con nivel educativo e intelectual suficiente para comprender y transmitir instrucciones, etc.) para la aplicación del protocolo a algún familiar que cumpliera con los criterios de inclusión, para lo cual se les instruyó. Los protocolos fueron entregados a los pacientes en cuestión, que a su vez se los hacían llegar a su familiar. En algunos casos, cuando algún familiar acompañaba a la consulta al paciente, se informó y pidió la colaboración directamente a este familiar, previa conformidad del propio paciente y una vez se comprobó que cumpliera con los criterios de inclusión.

En todos los casos, los protocolos fueron cumplimentados en el domicilio y recogidos posteriormente por el investigador, bien personalmente cuando se habían entregado impresos, bien a través de su envío por correo electrónico, y en todos los casos, se corrigieron y devolvieron los resultados a los participantes, en un informe resumen, y generalmente a través de correo electrónico. Todos ellos firmaron igualmente una hoja de consentimiento informado que se adjuntó al protocolo de pruebas (ver *Anexo I*).

La muestra control inicial estuvo compuesta por 116 candidatos, aunque finalmente sólo 80 de ellos (68,96%) participaron en el estudio. De los 36 no incluidos, 7 fueron pacientes en los que no se detectó psicopatología y fueron dados de alta en las primeras consultas en la unidad, y aunque en principio dieron su consentimiento, posteriormente no entregaron el protocolo de pruebas. Lo mismo ocurrió con 4 profesionales del centro hospitalario, 15 familiares de pacientes y 10 familiares de trabajadores del hospital, que tampoco devolvieron los protocolos. Tampoco en el caso del grupo control hubo muchas personas que se negasen a participar.

La descripción de las características sociodemográficas concretas de la muestra clínica y control, así como las diferencias entre ambas, puede encontrarse en el apartado de resultados (*Tabla 4*). Las características de los grupos apuntan hacia la misma dirección que las de la muestra recogida en un primer momento para la realización del primero de los estudios (Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015a). En ambos casos hay mayor número de mujeres que de hombres (el 66,7% de mujeres en la primera muestra y el 68,8% en la segunda), y más solteros o casados en ambos grupos (50,9% de solteros y 36,8% de casados en la primera muestra, y 45% y 42,5%, respectivamente, en la segunda muestra), siendo el grupo clínico de media más joven (33,73 años de media frente a 40,38 del grupo control, en la muestra uno, y 36,14 años, frente a 39,84 en la muestra dos) con mayor porcentaje de desempleo (75,4% de personas en situación laboral no activa frente al 30,3 del grupo control, en la muestra uno, y 77,5% frente al 27,5% en la muestra dos), menor nivel de estudios (40,4% con estudios primarios o menos frente al 13,6% del grupo control, en la muestra uno, y 48,8% frente al 12,5%, respectivamente, en la muestra dos) y menor nivel económico (31,6% con nivel económico bajo frente al 12,1% del grupo control, en la muestra uno, y 38,8% y 11,3%, respectivamente, en la muestra dos, teniendo la mayoría de sujetos de ambas muestras un nivel económico medio, el 66,7% del grupo clínico y el 84,8% del control, en la muestra primera, y el 60% y 86%, respectivamente, en la muestra dos).

### **3.5. INSTRUMENTOS**

Para la recogida de datos se utilizaron los siguientes instrumentos tanto en el grupo clínico como en el control:

#### **3.5.1. Hoja de datos personales**

Para la recogida de información sociodemográfica se diseñó una hoja de datos (incluida en *Anexo II*) que en el caso del grupo clínico era cumplimentada por la investigadora, a través de los datos recogidos en la historia clínica de cada sujeto, mientras que en el caso del grupo control era cumplimentada por los propios sujetos.

Esta hoja de datos recogía las siguientes variables sociodemográficas: lugar de nacimiento y de procedencia, edad, sexo, estado civil, pareja estable, personas con las que convive, ocupación y situación laboral, nivel educativo, y nivel económico.

#### **3.5.2. Medidas para el diagnóstico y selección de la muestra**

##### **3.5.2.1. Escala de sucesos vitales (ESV)**

Esta escala fue construida para la realización de este estudio a partir de pruebas clásicas como la de Holmes y Rahe (1967) o Sarason, Johnson y Siegel (1978), y también del listado de problemas psicosociales y ambientales que constituye el Eje IV del sistema de evaluación multiaxial del DSM (APA, 2000). Se trata de un listado de 40 situaciones estresantes agrupadas en 7 bloques: Relacionadas con el grupo primario de apoyo, con el ambiente social, ámbito laboral, académico, problemas económicos, problemas legales y otros.

El sujeto debe indicar si, en los últimos dos años, le ha ocurrido alguno de los sucesos. En caso afirmativo, debe señalar el nivel de estrés que le ha supuesto o supone en una escala tipo Likert de 4 puntos (de 0=ningún estrés a 3= mucho estrés) (ver *Anexo III*).

### 3.5.2.2. Entrevista diagnóstica: **International Mini**

#### **Neuropsychiatric Interview (MINI)**

La MINI (*International Mini Neuropsychiatric Interview*) (Sheehan et al., 1997; Sheehan et al, 1998; adaptación española de Ferrando et al., 1998), es una entrevista diagnóstica altamente estructurada, de breve duración (se aplica en aproximadamente 15-20 minutos), y de fácil utilización, habiendo sido diseñada para ser administrada en contextos clínicos y de investigación por entrevistadores legos después de un breve proceso de entrenamiento, que está disponible en más de 30 idiomas, entre ellos el castellano.

Fue desarrollada para valorar, en un tiempo más breve que otras entrevistas diagnósticas frecuentemente utilizadas, la presencia de los principales trastornos psiquiátricos, en total 16 trastornos del Eje I del DSM-IV (APA, 1994) y la CIE-10 (1992): episodio depresivo (actual y recurrente), distimia, episodio maniaco, trastorno de pánico, agorafobia, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada, anorexia y bulimia nerviosa, dependencia y abuso de alcohol y a otras sustancias psicótropas (último año) y síntomas psicóticos (toda la vida), además de un trastorno de personalidad del Eje II, el trastorno antisocial.

Es muy utilizada en la práctica clínica para la detección y orientación diagnóstica, debido a su viabilidad y buena aceptación por parte de los pacientes (Pinninti, Madison, Musser y Rissmiller, 2003), así como en el ámbito de la investigación.

Con el fin de reducir lo más posible la duración de la entrevista, se informa al paciente de que se va a realizar la entrevista clínica de una manera más estructurada de lo habitual, indicándole que se le van a hacer unas preguntas precisas sobre sus problemas psicológicos y que se esperan de él/ ella respuestas de sí o no.

En cuanto a su presentación, la MINI contiene 130 preguntas, organizadas en diferentes módulos que se corresponden con cada una de las categorías diagnósticas. Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo «Trastornos psicóticos»), se presentan una o varias preguntas filtro correspondientes a los criterios principales del trastorno que

permiten determinar la necesidad de continuar con la exploración. Así mismo, al final de cada módulo, hay una o varias casillas diagnósticas que permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos para cada trastorno.

La MINI tiene una elevada validez y fiabilidad, así como una buena sensibilidad y especificidad para todos los diagnósticos, exceptuando el trastorno de ansiedad generalizada ( $kappa = 0,36$ ), agorafobia (sensibilidad = 0,59) y la bulimia ( $kappa = 0,53$ ) (Lecrubier et al., 1997; Sheehan et al., 1997, 1998), los cuales arrojan propiedades más débiles. La versión española del instrumento realizada en una muestra de 551 sujetos de centros de salud mental y de atención primaria, ha resultado en un índice kappa por encima de 0,40 en la mayoría de los trastornos. Los valores de sensibilidad y especificidad se encuentran por encima de 0,70 pero el valor predictivo positivo está por debajo de 0,65 para algunos trastornos (Ferrando, Gibert, Bobes y Lecrubier, 1999; Ferrando, Gibert y Lecrubier, 1999).

En este estudio, se aplicó la entrevista MINI con el objetivo de valorar la presencia de otros trastornos mentales y descartar a aquellos sujetos que cumpliesen los criterios de exclusión (pues se decidió descartar a aquellos sujetos que presentasen otras patologías comórbidas al TA, para controlar variables que pudiesen aumentar la confusión en los resultados). No se aplicó el módulo del trastorno antisocial (para evitar la redundancia, ya que se iba a aplicar otro instrumento de valoración de los trastornos de personalidad).

Existe una edición más larga y detallada de esta entrevista, la MINI-Plus (Sheehan et al., 2004), que evalúa 23 trastornos de forma más extensa, incluyendo cuestiones sobre cronología, subtipos, etc., que es más utilizada en el ámbito de la investigación que en la clínica debido principalmente a su duración, superior a los 45 minutos. Esta versión, a diferencia de la anterior, incluye un módulo de evaluación de trastornos adaptativos (que se incluye en el *Anexo IV*, por su interés), pero no permite el diagnóstico de TA en presencia de otro trastorno del Eje I, o si la sintomatología puede explicarse por la exacerbación de un trastorno del Eje II, lo que se ha visto suele derivar en un infradiagnóstico de esta patología. Las preguntas que componen este módulo fueron modificadas e incluidas en forma de preguntas de autoinforme en el protocolo de valoración que se aplicó a todos los sujetos (ver

*Anexo V*), con el objetivo principal de valorar la presencia de un TA, pero también de analizar la percepción de los sujetos sobre su reacción a la situación estresante.

En los *Anexos* no se presenta, sin embargo, la entrevista MINI completa, debido a su longitud.

### **3.5.2.3. Medida de trastornos de personalidad: International Personality Disorders Examination (IPDE)**

El Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (*International Personality Disorders Examination* o IPDE; Loranger, 1995; versión española de López-Ibor, Pérez y Rubio, 1996) es una entrevista clínica semiestructurada que valora, tanto categorial como dimensionalmente, la presencia de Trastornos de Personalidad (TP) según los criterios diagnósticos DSM-IV o CIE-10, contando con un cuestionario autoadministrado de cribado para ambas versiones que permite una aplicación más breve de las entrevistas, pudiendo aplicarse sólo las preguntas referidas a los trastornos cuya presencia resultó “probable” en el cuestionario.

La entrevista original fue elaborada a partir del *Personality Disorders Examination* (PDE; Loranger, 1988), que se modificó para su uso internacional, dentro de un programa conjunto de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y los Institutos Nacionales de la Salud de EEUU (NIH) para la clasificación y el diagnóstico psiquiátrico, cuyo objetivo era el desarrollo y estandarización de instrumentos de evaluación diagnóstica para uso en investigación clínica en todo el mundo (Jablensky, Sartorius, Hirschfield y Pardes, 1983). Dentro de este proyecto, se realizaron traducciones de la entrevista a diferentes idiomas y estudios de campo para su adaptación en 11 países diferentes de Norte-América, Europa, África y Asia (Loranger, Hirschfield, Sartorius y Regier 1991; Loranger et al., 1994). En la actualidad, el instrumento se ha traducido al menos a quince idiomas.

La entrevista del DSM-IV consta de 99 ítems, y la del módulo CIE-10 de 67. Las preguntas, que pueden ser abiertas, cerradas o de respuesta “SÍ/NO”, abarcan seis áreas temáticas: trabajo, uno mismo, relaciones interpersonales, afectos, prueba de realidad y

control de impulsos. Cada una de las preguntas supone un intento de valorar alguno de los criterios diagnósticos de cada uno de los trastornos de la personalidad incluidos en las clasificaciones DSM-IV o CIE-10, según el caso, puntuándose cada conducta o rasgo en un continuo con la normalidad, como 0=ausente o normal, 1=exagerado o acentuado o 2=patológico. No se consideran por tanto rasgos normales, positivos o adaptativos, que no son relevantes para la evaluación de un TP.

Con el objetivo de establecer diagnósticos fiables, los autores establecen el criterio (un tanto arbitrario) de que la conducta problemática debe estar presente durante al menos 5 años, y en el último año, y debe haber comenzado antes de los 25 años, con excepciones. Así, se permite el diagnóstico “en el pasado” si la conducta ha estado presente, aunque no lo haya estado en el último año, pudiendo también iniciarse el trastorno después de los 25 años en el caso “de comienzo tardío”.

A partir de los datos de la entrevista (nunca sólo a partir del cuestionario) se establece un diagnóstico categorial de uno o más TP, proporcionándose también, como se ha comentado, una puntuación dimensional para cada individuo en cada trastorno, en base a la gravedad o frecuencia de las conductas valoradas, que complementa a la anterior y es muy útil en el ámbito clínico e investigador.

La fiabilidad entre observadores del IPDE generalmente es buena (el coeficiente *kappa* medio es de 0,73), así como la fiabilidad test-retest (0,87), obteniéndose índices similares a los obtenidos para otros instrumentos que se emplean en el diagnóstico de trastornos por abuso de sustancias, trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y psicosis (Loranger et al., 1994).

Aunque López-Ibor y colaboradores (1996) consideran que la validez de una entrevista clínica semiestructurada, en general, resulta una tarea complicada por la ausencia de un “patrón oro” aceptable, otros autores lo han considerado un método útil y válido para evaluar trastornos de personalidad con fines de investigación (Loranger et al., 1994). No obstante, la validez y fiabilidad están sujetas a la formación y cualificación del entrevistador,

que debe estar familiarizado con el sistema de clasificación de los trastornos mentales, y tener dominio en el manejo de la entrevista.

En cuanto a la población a la que es aplicable, no es apropiada para menores de 18 años, ni para pacientes muy agitados o con patología mental grave como psicosis, depresión grave, retraso mental o deterioro cognitivo importante.

Una limitación se debe al hecho de ser un instrumento autodescriptivo, por lo cual se contempla la posibilidad de considerar información adicional de familiares, amigos u otros informantes (p. ej., profesionales de salud mental) si resulta más confiable que la aportada por el propio sujeto.

Además, la administración de la entrevista resulta larga y costosa, requiriendo entre 60-90 minutos, o incluso más, ya que para la puntuación de los criterios se requieren descripciones y ejemplos convincentes que apoyen las respuestas de los sujetos a las preguntas (cuya amplitud será fijada por el entrevistador según su juicio clínico). Por este motivo, puede requerir su administración en varias sesiones. No obstante, además de la corrección manual a través de la transcripción de las puntuaciones de la hoja de respuestas a una hoja resumen, cuenta con una corrección informatizada en castellano que tras introducir las puntuaciones de la hoja de respuestas a la entrevista, proporciona información para cada trastorno sobre criterios presentes y ausentes, diagnóstico definido, probable (un criterio menos del número requerido) o ausente, una puntuación dimensional, y diversos gráficos y valoraciones opcionales.

Debido a su longitud, suele aplicarse primero el cuestionario autoaplicado, con 77 ítems en la versión DSM-IV y 59 ítems en la de la CIE-10, en los que se pregunta al sujeto sobre el tipo de persona que ha sido en los últimos 5 años, en un formato de respuesta de Verdadero/Falso, estando algunos de los ítems redactados de forma directa (p.ej. “Me meto en relaciones muy intensas pero poco duraderas”, perteneciente a la escala de personalidad límite de la versión DSM-IV) y otros en sentido inverso (p.ej. “Nunca he amenazado con suicidarme”), que forma parte de la misma escala.

En el manual, se recomienda establecer como punto de corte la puntuación positiva en 3 o más ítems del mismo trastorno en los últimos 5 años, que supondría la existencia “probable” de un trastorno, aplicándose posteriormente el módulo de entrevista referido a los trastornos que resultaron probables. No obstante, este criterio suele producir un considerable número de falsos positivos, ya que los ítems se refieren a conductas o rasgos que están distribuidos de manera uniforme en la población general, aunque con diferente frecuencia o gravedad. Por este motivo, pueden establecerse diferentes estándares de referencia (mayores o menores), dependiendo de las características de la muestra y de la importancia relativa que tengan los errores de sensibilidad o falsos negativos frente a los de especificidad o falsos positivos.

En este estudio, se aplicó el cuestionario tanto a la muestra clínica como a la muestra control, para valorar la posible presencia de rasgos desadaptativos de personalidad o de trastornos de personalidad, que hubiese supuesto la exclusión del estudio. Se utilizó además en su versión de 77 ítems, elaborado en base a criterios diagnósticos DSM-IV, que aunque son más utilizados en Estados Unidos que en Europa, son bastante similares a los de la CIE-10, con la excepción de que incluyen dos trastornos que no recoge la CIE-10: el Trastorno Narcisista (que en la CIE-10 debe codificarse en la categoría de “Otros trastornos de personalidad”), y el Trastorno Esquizotípico (que en la CIE-10 se incluye en el grupo de los Trastornos psicóticos). Posteriormente, si alguno de los trastornos superaba el punto de corte, se aplicaba la entrevista diagnóstica que servía para obtener una puntuación categorial (presencia o ausencia de un determinado Trastorno de personalidad).

En el *Anexo VI* se incluye esta medida de TP, junto a una descripción más detallada de la forma de corrección.

### 3.5.3. Medidas para la evaluación de las variables analizadas

#### 3.5.3.1. Medida de personalidad: Big Five Inventory-44 (BFI-44).

El Big Five Inventory (BFI-44; John, Donahue y Kentle, 1991; versión española de Benet-Martínez y John, 1998) es un autoinforme de personalidad compuesto de 44 ítems en los que se pide al sujeto que valore en qué medida cada una de las afirmaciones le describen, a través de un formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos (siendo los valores: 1= Muy en desacuerdo, 2= En desacuerdo; 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo; 4= De acuerdo; y 5= Muy de acuerdo).

El inventario mide la personalidad normal según el “Modelo de los Cinco Grandes factores” (*Big Five Model*) (Costa y McCrae, 1992; McCrae y Costa, 1985) que considera que existen cinco grandes dimensiones que permiten una razonable comprensión de la personalidad: Extraversión, Afabilidad o Cordialidad, Tesón o Responsabilidad, Neuroticismo, y Apertura mental o Apertura a la experiencia, definidas ampliamente por John y Srivastava (1999):

- El factor *Extraversión* (E) del BFI se refiere a la relación que establece el sujeto con los otros y el mundo externo en general, implicando un enfoque enérgico e incluyendo rasgos como la sociabilidad, actividad, asertividad y emocionalidad positiva. La definición de este factor difiere de la realizada por Costa y McCrae (1992), que diferencian 6 subfacetas: Gregarismo, asertividad, actividad, emociones positivas, y otras dos no recogidas por el BFI dentro de este factor, búsqueda de emociones y cordialidad. Consta de 8 ítems, algunos de ellos, redactados en sentido directo (p.ej.: “Me veo a mí mismo como alguien que es hablador”), y otros en sentido inverso (p.ej.: “Me veo a mí mismo como alguien que es reservado”), siendo igual para el resto de factores.

- *Afabilidad*, también llamado Cordialidad o Amigabilidad (*A- Agreeableness*), se refiere a la calidad de las relaciones interpersonales, incluyendo rasgos como el altruismo, la conformidad, la modestia, la confianza y la sensibilidad hacia los demás. Consta de 7 ítems,

p.ej.: “Me veo a mí mismo como alguien que es generoso y ayuda a los demás”, los cuales cubren el contenido de al menos 5 de las 6 subfacetas descritas por Costa y McCrae (1992).

- *Neuroticismo (N-Neuroticism)*, cuyo polo positivo sería el ajuste o la estabilidad emocional, se refiere a la emocionalidad negativa e incluiría sentimientos frecuentes de preocupación, tensión nerviosa y tristeza. Consta de 8 ítems, p.ej.: “Me veo a mí mismo como alguien que es triste y melancólico”. No incluiría las dos facetas definidas por Costa y McCrae (1992) de impulsividad y hostilidad, y sólo implícitamente, la ansiedad social, o tendencia a sentirse tenso, incómodo o inferior en situaciones sociales específicamente.

- *Tesón*, denominado por otros Responsabilidad o Conciencia (*C-Conscientiousness*), refleja el control de impulsos socialmente prescrito que facilita un comportamiento dirigido a la tarea y la consecución de objetivos, como pensar antes de actuar, demorar gratificaciones, seguir normas y reglas, planificar, organizar y priorizar tareas. Describe personas que se esfuerzan en cumplir aquello a lo que se comprometen, que son organizadas e íntegras (Aguado, Lucia, Ponte y Arranz, 2008). Consta de 9 ítems, p.ej.: “Me veo a mí mismo como alguien que es minucioso en el trabajo”, que recogen las 6 subfacetas descritas por Costa y McCrae (1992): orden, sentido del deber, competencia, necesidad de logro, deliberación y autodisciplina.

- *Apertura a la experiencia (O- Openness)* describe la amplitud, profundidad, originalidad y complejidad de la vida mental y experiencial de la persona, refiriéndose a la capacidad imaginativa e inventiva, la apreciación de aspectos estéticos y artísticos, la curiosidad intelectual y la diversidad de intereses y actividades, pero no recogiendo otros aspectos como la experimentación de sentimientos o afectos profundos y diferenciados o la tendencia a reexaminar los diferentes valores sociales frente al conservadurismo (Costa y McCrae, 1992). Consta de 10 ítems, p.ej.: “Me veo a mí mismo como alguien que es original, que se le ocurren ideas nuevas”. Junto al factor Extraversión, son las dos dimensiones cuya definición más varía con respecto a la realizada por Costa y McCrae (1992, 1999).

Los ítems fueron seleccionados de entre los que componen la versión extensa (John et al., 1991) a través del juicio de expertos y del análisis empírico de éstos, buscando

representar los rasgos centrales y más prototípicos que definían cada uno de los “Big Five” de forma breve, simple, y clara.

La puntuación total en cada factor se obtiene sumando las puntuaciones de los ítems que lo componen, debiendo primero transformar la puntuación de los redactados en sentido inverso.

El inventario BFI-44 en español muestra unas adecuadas propiedades psicométricas (Benet-Martínez y John, 1998; Rammstedt y John, 2007). Según datos aportados por los propios autores, el coeficiente de fiabilidad alfa (consistencia interna) para las diferentes escalas en la muestra española oscila entre 0,66 (Afabilidad) y 0,85 (Extraversión), siendo la media de 0,78, bastante similar a la versión en inglés. Las medias y desviaciones típicas son también muy similares entre ambas versiones. Además, se aporta evidencia de la similaridad de la estructura factorial de las versiones inglesa y española. La validez convergente entre ambas versiones es muy elevada (siendo altas las correlaciones entre escalas y entre ítems de ambos instrumentos). Muestra una excelente validez convergente y discriminante con otros instrumentos como el NEO-FFI, una versión corta del NEO PI-R (Costa y McCrae, 1992), tanto con la versión inglesa como española de éste. Y por último, Rammstedt y John (2007) consideran que la validez externa de la versión inglesa es considerablemente alta, aunque no aportan datos de validez externa en la versión española.

En este estudio, se utilizó este cuestionario debido a la menor longitud (ver *Anexo VII*), y la mayor brevedad y comprensibilidad de los ítems, que reduce de forma significativa el tiempo de aplicación (Benet-Martínez y John, 1998), y a lo cual dimos prioridad frente a otros intereses que pudiésemos tener como una medida específica de todas las subfacetas que componen los “*Big Five*”.

### **3.5.3.2. Medida de afrontamiento: COPE-28**

El COPE-28 es la adaptación española del Brief COPE (Carver, 1997; versión española de Pérez-García, 2008), un inventario autoaplicado cuyo objetivo es evaluar las respuestas de afrontamiento ante el estrés de forma breve.

A su vez, el Brief COPE es la versión abreviada del COPE (*Coping Operations Preference Enquiry*), elaborado por Carver y colaboradores (1989) y adaptado al español inicialmente por Crespo y Cruzado (1997), que pretende una evaluación no tan larga y redundante como el original, el cual está compuesto por 60 ítems (midiendo 15 escalas diferentes a través de 4 ítems cada una). Para la elaboración del Brief-COPE, Carver (1997) realizó algunas modificaciones en las subescalas del original COPE (eliminó algunas que no habían aportado datos importantes en la investigación realizada, reconceptualizó otras -por ejemplo, cambió “desenganche mental” por “autodistracción”- y añadió Autoculpa que no estaba previamente), resultando 14 escalas, y escogió dos ítem por escala, aquellos que habían tenido un mayor peso en análisis factoriales previos (Carver et al., 1989) y que tenían más claridad y sentido. Resulta finalmente un inventario con adecuadas propiedades psicométricas, con coeficientes de fiabilidad alfa aceptables (superiores a 0,50, habiendo únicamente tres escalas con puntuaciones por debajo de 0,60: Aceptación, Negación y Desahogarse), y con una estructura factorial consistente con la obtenida en el COPE original.

Perczek, Carver, Price y Pozo-Kaderman (2000) tradujeron el Brief COPE al español y lo aplicaron a una muestra de universitarios americanos bilingües en inglés y castellano, encontrando propiedades psicométricas similares entre las versiones inglesa y española, y una alta correlación entre ambas, aunque esta traducción no ha sido muy utilizada en muestras españolas por su dudosa calidad, habiendo sido más frecuente tomar algunas traducciones de los ítems de la adaptación española del COPE extenso de Crespo y Cruzado (1997).

El COPE-28 consta de 28 ítems (dos por escala) con un formato tipo Likert con 4 opciones de respuesta (desde 0=No, en absoluto, a 3= Totalmente). La puntuación en cada escala se corresponde con la suma de los dos ítems, no existiendo puntos de corte, y obteniéndose únicamente un perfil con las conductas de afrontamiento predominantes.

Al igual que el original, puede ser aplicado, variando las instrucciones, en versiones tanto situacional (cómo se enfrenta el sujeto a un problema específico o a los problemas

acaecidos en un período de tiempo determinado) como disposicional o de “estilo de afrontamiento” (qué es lo que hace habitualmente para afrontar situaciones estresantes).

Morán, Landero y González (2010), que también elaboraron una adaptación al castellano del Brief-COPE, estudiaron las propiedades psicométricas del cuestionario COPE-28 en población española (versión de Morán y Manga, documento sin publicar; cit. en Morán et al., 2010), y encontraron una estructura factorial bastante similar a la de Carver (1997), con 14 escalas de primer orden (pudiendo ser reducidas a 11, por cargar Apoyo social emocional e instrumental, y Afrontamiento activo y planificación, respectivamente, en el mismo factor, y no presentar la subescala de Aceptación un comportamiento adecuado en el análisis factorial) y 4 factores de segundo orden (no incluyendo en el análisis la subescala de Aceptación). En la versión de Carver (1997), sin embargo, se encontraron 6 factores que consideraron se correspondían con cinco modos básicos de afrontamiento: conductual, cognitivo, emocional, escape cognitivo y conductual, más un sexto factor claramente diferenciado que es el consumo de alcohol o drogas. Con respecto al cuestionario original (Carver et al., 1989), sin embargo, consideraron que no se confirmaba la estructura factorial original, y que los datos de validez no eran concluyentes, poniendo de manifiesto diferencias en la estructura factorial de las escalas de afrontamiento al pasar de una muestra a otra.

Las 14 subescalas del COPE-28 (siguiendo la descripción de Morán et al., 2010) son:

1. Afrontamiento activo: Iniciar acciones directas e incrementar los propios esfuerzos para eliminar o reducir al estresor.
2. Planificación: Pensar sobre la forma de afrontar el estresor, planificando las estrategias de acción, los pasos a dar y la dirección de los esfuerzos a realizar.
3. Apoyo instrumental: Conseguir ayuda, consejo, o información de otras personas a las que se considera competentes acerca de lo que debe hacerse.
4. Uso de apoyo emocional: Conseguir apoyo emocional de otros, simpatía y comprensión.
5. Auto-distracción: Concentrarse en otros proyectos o actividades, intentando distraerse y no concentrarse en el estresor.

6. Desahogo: Tendencia a expresar o descargar los sentimientos de malestar, lo que suele acompañarse de un aumento de la conciencia del propio malestar emocional.
7. Abandono: Reducir los esfuerzos para tratar con el estresor, incluso renunciando al esfuerzo para lograr las metas con las cuales se interfiere al estresor.
8. Reinterpretación positiva: Buscar el lado positivo y favorable del problema.
9. Negación: No aceptar que algo ha ocurrido, comportarse como si no existiese.
10. Aceptación: Aceptar el hecho de lo que está ocurriendo, de que es real.
11. Religión: La tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés, aumentar la participación en actividades religiosas.
12. Uso de sustancias (alcohol, medicamentos): Significa tomar alcohol u otras sustancias con el fin de sentirse bien o como ayuda para enfrentar el estresor.
13. Humor: Hacer bromas sobre el estresor o reírse de las situaciones estresantes, haciendo burlas de la misma.
14. Auto-culpa: Criticarse y culpabilizarse por lo sucedido.

En el presente estudio se aplicó la versión disposicional, pidiendo al sujeto que respondiese en qué medida solía, en general, desarrollar cada una de las actividades descritas (ver *Anexo VIII*). Se estudiaron, no cada una de las escalas por separado sino las agrupaciones encontradas en base al análisis factorial, que han variado dependiendo de los estudios y las muestras utilizadas, aunque actualmente la distinción que parece tener mayor importancia e interés en los estudios de afrontamiento es la que diferencia entre afrontamiento de compromiso (*engagement*) y afrontamiento de falta de compromiso (*disengagement*), según si el sujeto se orienta hacia la fuente de estrés, haciendo intentos activos para manejar la situación o las emociones asociadas a la misma, o si, por el contrario, se distancia del estresor o de sentimientos relacionados con el mismo (Carver y Connor-Smith, 2010).

### 3.5.3.3. Medida de positividad: Escala de Positividad (EP)

La Escala de Positividad o de Orientación Positiva (EOP; Caprara, 2011) es la versión en español de la *Positivity Scale* (PO; Caprara et al., 2012), una escala autoaplicada breve, que consta de 8 ítems en los que se le pide al sujeto que responda en una escala tipo Likert de 5 puntos (que va desde 1= Totalmente en desacuerdo a 5=Totalmente de acuerdo, habiendo sólo un ítem que se puntúa en sentido inverso) en qué medida cada una de las afirmaciones refleja su forma de pensar, sentir o actuar (ver *Anexo IX*). Evalúa el constructo de positividad u orientación positiva, entendido como la tendencia a ver la vida y las experiencias desde un punto de vista positivo recogiendo aspectos asociados a los tres grandes constructos subyacentes anteriormente explicados: autoestima, optimismo y satisfacción vital. La unidimensionalidad de la escala ha sido corroborada a través de análisis factorial confirmatorio en varias muestras (Caprara et al., 2012).

Las puntuaciones altas indican mayor positividad.

La versión original muestra adecuados valores de fiabilidad, tanto de consistencia interna (alfa de Cronbach = 0,75) como de fiabilidad test-retest, que fue de alrededor de 0,70, así como una elevada validez de constructo, entendida como la validez convergente o correlación significativa con otros métodos y escalas utilizadas para evaluar este rasgo, como el afecto positivo, la autoestima, satisfacción vital o el optimismo, en sentido positivo, y el afecto negativo y la depresión en sentido negativo; y la validez discriminante o no correlación con escalas que miden constructos diferentes (Caprara et al., 2012). Además, tanto la estructura unidimensional de la prueba como las principales propiedades psicométricas permanecen estables en los diferentes países y culturas estudiados (Italia, Estados Unidos, Japón y España) (Caprara et al., 2012).

### 3.5.3.4. Medida de síntomas depresivos: Beck Depression Inventory (BDI)

El Inventario de Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory*, BDI) (Beck et al., 1961) es uno de los tests más utilizados a nivel internacional para la evaluación de la

---

depresión. En este estudio, se utilizó su versión revisada (BDI-IA; Beck, Rush Shaw y Emery, 1979; adaptada y traducida al castellano por Sanz y Vazquez, 1998; y Vázquez y Sanz, 1997, 1999).

Se trata de un cuestionario autoaplicado para adultos y adolescentes, que evalúa la intensidad de la depresión a través de 21 ítems, que cubren de manera aceptable los síntomas incluidos por la APA como criterios para diagnosticar un trastorno depresivo (Vazquez y Sanz, 1991), aunque no proporciona un diagnóstico.

Cada ítem consta de cuatro opciones de respuesta, graduadas según su intensidad de 0 a 3, consistiendo la tarea del sujeto en elegir la afirmación con la que más se identifique en función de cómo se ha sentido en la última semana, incluyendo el día en que completa la prueba. Si la persona marca dos afirmaciones de un mismo ítem, debe recogerse aquella que tenga un mayor valor. La puntuación total, que oscila entre 0 y 63, se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas. Con respecto al contenido de los ítems, se enfatiza especialmente la esfera cognitiva, ya que 15 ítems hacen referencia a síntomas cognitivo-afectivos (p.ej., “Me siento culpable constantemente”), y los 6 restantes a síntomas somático-motivacionales (p.ej., “Estoy demasiado cansado para hacer nada”).

Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad / severidad son los siguientes: no depresión: 0-9 puntos; depresión leve: 10-18 puntos; depresión moderada: 19-29 puntos; y depresión grave: 30-63 puntos (Beck, Steer y Garbin, 1988).

No obstante, los puntos de corte para el cribado o detección de casos varía dependiendo de la población. En población general el punto de corte es de  $\geq 13$  puntos (Lasa, Ayuso-Mateos, Vázquez-Barquero, Díez y Dowrick, 2000); en investigación, el punto de corte usualmente aceptado es  $\geq 21$  puntos (Hamilton y Shapiro, 1990) y en pacientes médicos los puntos de corte son también más altos, por ejemplo,  $\geq 16$  en pacientes diabéticos (Lustman, Clouse, Griffith, Carney y Freedland, 1997), y  $\geq 21$  en pacientes con dolor crónico (Geisser, Roth y Robinson, 1997).

En castellano, existe otra adaptación (Conde y Useros, 1975; Conde, Esteban y Useros, 1976) de la primera versión del BDI de 1961, que fue durante mucho tiempo la más conocida en nuestro país, pero actualmente, el BDI-IA lo ha sustituido.

Con respecto a las diferentes versiones que existen de este test, existe una nueva revisión, el *Beck Depression Inventory-II* o BDI-II (Beck, Steer y Brown, 1996; traducido y adaptado al castellano por Sanz, Navarro y Vazquez, 2003; Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003), que es superior respecto a su predecesor el BDI-IA, tanto a nivel de consistencia interna (coeficiente alfa de 0,89 frente a 0,83), validez factorial o validez de contenido (el BDI-II cubre en mayor medida los criterios del DSM-IV para la depresión mayor y el trastorno distímico) (Sanz y García-Vera, 2009), pero a pesar de esto el BDI-IA es actualmente el cuestionario más conocido y utilizado en España tanto a nivel de clínica como de investigación. Así mismo, existen dos versiones abreviadas de 13 (Beck y Beck, 1972; Beck, Rial y Rickels, 1974) y de 7 ítems (Beck, Guth, Steer y Ball, 1997) de menor difusión, y no validadas en nuestro medio.

El BDI-IA es muy utilizado en el ámbito clínico (Muñiz y Fernández-Hermida, 2000), en pacientes diagnosticados de depresión para estimar la gravedad y la eficacia terapéutica, debido a su sensibilidad al cambio (Richter et al., 1997), en la investigación para la selección de sujetos (Sanz et al., 2003), y para el cribado o detección de casos en la población general (Lasa et al., 2000), pero en pacientes médicos su especificidad es baja debido al alto número de ítems referidos a aspectos somáticos, no recomendándose tampoco su uso en población geriátrica por este mismo motivo, siendo en este caso más adecuadas otras escalas como la escala de depresión geriátrica de Yesavage y colaboradores (1983). Así mismo, al ser un cuestionario autoaplicado puede ser difícil de aplicar en pacientes graves o con bajo nivel cultural.

El instrumento ha demostrado propiedades adecuadas de validez (Richter, Werner, Heerlein, Kraus y Sauer, 1998) y fiabilidad, presentando una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,76-0,95) y una fiabilidad test-retest de alrededor de 0,8 (Beck et al., 1988). La versión española muestra cifras altas de fiabilidad, tanto en términos de consistencia

interna (coeficiente alfa de Cronbach = 0,83) como de estabilidad temporal, oscilando las correlaciones test-retest entre 0,60 y 0,72 (Sanz y Vázquez, 1998). Los índices de validez predictiva (Lasa et al., 2000), convergente y discriminante (Sanz y Vázquez, 1998) son también adecuados (ver *Anexo X*).

### **3.5.3.5. Medida de síntomas ansiosos: Beck Anxiety Inventory (BAI)**

El Inventario de Ansiedad de Beck (*Beck Anxiety Inventory*-BAI; Beck et al., 1988; adaptación española de Sanz y Navarro, 2003) es uno de los tests más utilizados para valorar la ansiedad (Sanz y Navarro, 2003). Se trata de un cuestionario autoaplicado formado por 21 ítems para evaluar la presencia y severidad de los síntomas de ansiedad en pacientes con trastornos psicológicos y en la población general, tanto en la práctica clínica como en la investigación.

En cada uno de los ítems figuran diversos síntomas de ansiedad, debiendo el sujeto indicar en cada uno el grado en que se vio afectado por ellos durante la última semana y en el momento actual. Con tal fin, debe elegir en una escala tipo Likert con 4 opciones de respuesta graduadas, aquella que mejor se corresponda con la intensidad de los síntomas (que va desde 0= En absoluto a 3= Severamente). La puntuación total, que oscila entre 0 y 63, se obtiene sumando las puntuaciones de todos los ítems.

Este inventario se desarrolló con el objetivo de cubrir la necesidad que se tenía de un instrumento que discriminase de modo fiable entre ansiedad y depresión, utilizándose para valorar los síntomas somáticos de ansiedad especialmente, tanto en cuadros ansiosos como en depresivos.

En cuanto a los puntos de corte para su interpretación, la última edición del manual original del BAI propone diferentes niveles de severidad de la sintomatología ansiosa: 0-7 indica ansiedad mínima, 8-15 ansiedad leve, 16-25 ansiedad moderada y 26-63 ansiedad grave (Beck y Steer, 1993). Estas puntuaciones fueron asumidas en la adaptación española del BAI, aunque serían deseables estudios confirmatorios de validez con pacientes españoles

con trastornos psicológicos. La interpretación de las puntuaciones también puede hacerse comparando las puntuaciones con los baremos del grupo de referencia, ofreciéndose en la adaptación española las medias y desviaciones típicas, diferenciadas por sexo, con adultos de la población general, estudiantes universitarios y pacientes externos con trastornos psicológicos (Beck y Steer, 2011).

Aunque en este cuestionario están especialmente representados los síntomas fisiológicos de la ansiedad, aquellos menos compartidos con la depresión, tanto en la versión original como en la adaptación castellana se han encontrado dos factores correlacionados entre sí y descritos como ansiedad cognitiva o subjetiva, y ansiedad somática.

Una de las limitaciones más importantes es que, al carecer de puntos de corte aceptados, su uso está limitado para obtener un diagnóstico de sospecha, es decir, como instrumento de cribado pero nunca como instrumento diagnóstico, y especialmente en trastornos de ansiedad con un alto componente fisiológico, como los trastornos de pánico, valorando peor los trastornos con mayor componente motor o cognitivo, como el trastorno obsesivo compulsivo o la fobia social (Magán, Sanz y García-Vera, 2008). Además, no discrimina bien entre cuadros ansiosos y depresiones ansiosas, aunque según Sanz (2014) discrimina mejor que el cuestionario de ansiedad más utilizado en España, el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1970).

Muestra adecuadas propiedades psicométricas, con índices altos de consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,92) y una fiabilidad test-retest de 0,75 (Beck et al., 1988). En diversos estudios realizados en España (anteriores a la adaptación española del cuestionario en 2011 por Beck y Steer) con muestras de pacientes con trastornos psicológicos, adultos de la población general y estudiantes universitarios, se han encontrado buenos índices psicométricos, similares a los de la versión original o a los de las adaptaciones realizadas en otros países (Beck y Steer, 2011), siendo los valores de consistencia interna superiores a 0,85 (Magán et al., 2008; Sanz, García-Vera y Fortún, 2012; Sanz y Navarro, 2003). Además, se ha mostrado adecuado para valorar cambios tras el tratamiento (Brown, Beck, Newman, Beck y Tran, 1997). Se considera que existe una mejoría clínicamente significativa en un

---

paciente si la puntuación ha descendido 10 o más puntos, considerándose recuperado de su trastorno de ansiedad si es menor de 14.

Se incluye este cuestionario en el *Anexo XI*.

### 3.6. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

En este apartado se va a hacer referencia a los análisis realizados con la muestra ampliada (N=160). Los análisis realizados sobre la muestra más reducida (N=123) quedan recogidos en el primero de los artículos (Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015a), incluido al inicio de este *Capítulo III*.

Los datos recogidos se analizaron utilizando el programa estadístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versión 19.0 para Windows (IBM Corp, 2010).

Para comprobar si existían diferencias en características sociodemográficas entre el grupo clínico y el control, se analizaron las diferencias de medias utilizando un ANOVA de un factor, en el caso de la edad, y pruebas de Chi-cuadrado, en el resto de variables.

Los análisis de fiabilidad de los cuestionarios utilizados fueron realizados a través del coeficiente alpha de Cronbach.

Además, en el caso del cuestionario de afrontamiento, y como se describe en ambos trabajos, se realizó un análisis factorial, como el propio autor recomienda, para agrupar ítems redundantes y aumentar la fiabilidad de las escalas. Para ello, tras realizar las agrupaciones resultantes se volvió a analizar la fiabilidad y se obtuvo una mejoría, principalmente en aquellas escalas en las que en la literatura se habían observado menores índices.

Se realizaron análisis multivariantes de la varianza (MANOVA) de un factor (grupo) para ver si existían diferencias entre grupos, en primer lugar en personalidad (incluyendo los Cinco Grandes y la positividad), en segundo lugar, en afrontamiento, y por último en las medidas de síntomas (depresión y ansiedad), controlando en todos los casos el efecto de las variables sociodemográficas significativas.

Posteriormente, para determinar las relaciones existentes entre las variables estudiadas, se realizaron análisis correlacionales a través del coeficiente de correlación de Pearson, que es el índice numérico más frecuentemente usado para medir el grado de relación entre dos variables. La interpretación de este coeficiente se realizó siguiendo los criterios de Cohen (1988), quien sugiere que valores entre 0,10 y 0,29 indican una relación de pequeña magnitud, valores entre 0,30 y 0,49 indican una magnitud media y valores iguales o mayores de 0,50 indican un tamaño del efecto elevado.

Dado el número de variables, en primer lugar se analizaron las correlaciones de las principales variables del estudio entre sí (Cinco Grandes, positividad, afrontamiento, depresión y ansiedad), para cada grupo por separado (clínico y control), y con la muestra total. Y posteriormente se analizaron las correlaciones de estas variables con las sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo, nivel económico y situación laboral).

En base a las relaciones encontradas, se llevaron a cabo análisis de regresión lineal múltiple, que es la técnica utilizada cuando se trata de estudiar y cuantificar la relación entre una variable dependiente (VD) o criterio y más de una variable independiente (VI) o predictora, así como para desarrollar una ecuación lineal con fines predictivos.

Se utilizó como método de selección de variables el procedimiento de pasos sucesivos (*stepwise*), uno de los más frecuentemente usados, y consistente en la elaboración de sucesivas ecuaciones de regresión (una en cada paso) en las que se va introduciendo un predictor más o VI (aquel que más y mejor explique a la VD, esto es, en función de la probabilidad (p) asociada al resultado de la prueba F, y siempre que el índice de tolerancia no indique problemas de multicolinealidad), al tiempo que permite también eliminar variables introducidas en pasos anteriores (si el predictor queda explicado por los restantes de forma que carece de contribución específica propia). Con la introducción sucesiva de variables predictoras se van construyendo ecuaciones de regresión con una proporción de variabilidad explicada cada vez mayor, terminando el procedimiento cuando ya no hay más variables candidatas a ser introducidas (porque no aportan nada en la predicción) o eliminadas, quedando constituido en el último paso el modelo predictivo definitivo.

---

Siguiendo el método de pasos sucesivos anteriormente descrito, se llevaron a cabo los análisis de regresión lineal múltiple pertinentes para determinar las variables de personalidad (Cinco Grandes y positividad), afrontamiento y sociodemográficas que predecían: a) la puntuación en la medida de depresión, y b) la puntuación en ansiedad.

En el apartado de resultados se presentan únicamente los modelos de regresión finales obtenidos a través del método de Pasos Sucesivos.

### **3.7. RESULTADOS**

#### **3.7.1. Análisis previos.**

##### **3.7.1.1. Análisis de las características sociodemográficas por grupo.**

Los resultados indicaron que no existían diferencias significativas entre los grupos en la distribución de las variables sexo ( $\chi^2=1,34$ , g.l.= 1;  $p= 0,161$ ) y estado civil ( $\chi^2=3,98$ , g.l.= 3;  $p=0,264$ ). En ambos grupos había más mujeres que hombres y estaban en su mayoría solteros o casados, siendo muy pocos los separados/divorciados o viudos.

Sin embargo, sí que se encontraron diferencias en las variables de situación laboral activa (trabajando) versus pasiva (desempleado, jubilado, baja o incapacidad laboral) ( $\chi^2=40,10$ , g.l.= 1;  $p<0,001$ ), nivel educativo ( $\chi^2= 25,05$ , g.l.= 2;  $p<0,001$ ) y nivel económico ( $\chi^2= 16,20$ , g.l.= 2;  $p<0,001$ ). En el caso de la edad las diferencias fueron casi significativas ( $F_{(1,158)}= 3,49$ ,  $p=0,064$ ).

El grupo clínico fue de media más joven. Se encontraba en situación no activa con mayor frecuencia, habiendo mayor número de desempleados, estudiantes y personas dedicadas a las tareas del hogar en este grupo en comparación con el control. Su nivel de estudios se encontraba entre básico y medio, principalmente, frente al grupo control que en su mayoría tenía un nivel medio de estudios, habiendo en ambos grupos prácticamente el mismo porcentaje de personas con estudios superiores. Y por último, el nivel económico era

calificado sobre todo como medio, aunque había una gran proporción de sujetos con un nivel bajo, frente al grupo control que en su mayoría consideraba que era medio (ver *Tabla 4*).

**Tabla 4. Características sociodemográficas de los grupos clínico y control.**

	<b>Grupo clínico</b> (N = 80)	<b>Grupo control</b> (N = 80)	<b>F, <math>\chi^2</math></b>
<b>Edad [media (DT)]</b>	36.14 (13.47)	39.84 (11.53)	3.49 <sup>o</sup>
<b>Sexo [n (%)]</b>			1.34
▪ Hombres	25 (31.3)	32 (40.0)	
▪ Mujeres	55 (68.8)	48 (60.0)	
<b>Estado civil [n (%)]</b>			3.98
▪ Soltero	36 (45.0)	32 (40.0)	
▪ Casado	34 (42.5)	43 (53.8)	
▪ Separado/Divorciado	8 (10.0)	5 (6.3)	
▪ Viudo	2 (2.5)	0 (0)	
<b>Situación laboral [n (%)]</b>			40.10***
▪ Activa	18 (22.5)	58 (72.5)	
▪ No activa	62 (77.5)	22 (27.5)	
<b>Nivel educativo [n (%)]</b>			25.05***
▪ Básico (primaria o menos)	39 (48.8)	10 (12.5)	
▪ Medio (Secundaria o FP)	28 (35.0)	44 (55.0)	
▪ Superior (Universitaria)	13 (16.3)	26 (32.5)	
<b>Nivel económico [n (%)]</b>			16.20***
▪ Bajo	31 (38.8)	9 (11.3)	
▪ Medio	48 (60.0)	69 (86.3)	
▪ Alto	1 (1.3)	2 (2.5)	

Notas: (1) <sup>o</sup> p<0,07 \*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\* p<0,001

Todas aquellas variables sociodemográficas que se han considerado relevantes en la literatura y que en este estudio resultaron significativamente diferentes entre el grupo clínico y control (edad, situación laboral, nivel educativo y nivel económico) fueron posteriormente controladas en los análisis estadísticos siguientes. Así, a pesar de que el sexo no resultó diferente en cuanto a su distribución entre ambos grupos, también se introdujo pues en la literatura se ha visto que es una variable cuyo efecto debe considerarse.

### **3.7.1.2. Análisis factorial del cuestionario de afrontamiento.**

Al igual que en el primero de los trabajos realizados y publicados (Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015a), en el presente estudio, y con el fin de aumentar la fiabilidad de las escalas, se agruparon las estrategias mediante la aplicación de un análisis factorial sobre 10 de las 14 escalas originales (descritas por Morán et al., 2010). Se excluyeron de los análisis las escalas de consumo de sustancias (por la probable confusión con el consumo de fármacos) y autodistracción (por su comportamiento inestable), y también humor y religión, que presentaron una fiabilidad alta (0,82 y 0,84, respectivamente) con su composición original.

Previamente al análisis factorial, se habían considerado diferentes criterios para confirmar su viabilidad. Se calculó la prueba de esfericidad de Barlett a partir de la matriz de correlaciones, que resultó significativa ( $\chi^2=477.686$ , g.l.=45;  $p<0,001$ ), así como el índice de Kaiser Meyer Olkin (KMO) de adecuación muestral, que superó el valor mínimo exigible de 0,50 (KMO=0,686), todo lo cual hizo posible realizar un análisis factorial de la matriz de correlaciones.

Se asumió la independencia de los factores, por lo que se utilizó el método de componentes principales con rotación Varimax, encontrándose 3 factores que superaban el autovalor de 1, explicando en su conjunto un 61,2% de la varianza total. La composición de las tres agrupaciones encontradas, que se definieron como afrontamiento de compromiso, de falta de compromiso y de apoyo social, se explica en el estudio previamente comentado con

123 sujetos e incluido al inicio del *Capítulo III* (Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015a) y se mantiene en la muestra ampliada de 160 sujetos, que se recoge en la *Tabla 5*.

**Tabla 5. Análisis factorial de las 10 escalas de afrontamiento del B-COPE (N=160).**

Escalas	Factor I	Factor II	Factor III Búsqueda
	Compromiso	Falta de Compromiso	de Apoyo
<b>Afrontamiento activo</b>	<b>0,79</b>	0,03	0,19
<b>Planificación</b>	<b>0,76</b>	0,07	0,19
<b>Reevaluación positiva</b>	<b>0,78</b>	-0,13	0,08
<b>Aceptación</b>	<b>0,60</b>	-0,25	0,19
<b>Negación</b>	0,17	<b>0,78</b>	-0,01
<b>Desahogo</b>	-0,13	<b>0,59</b>	0,45
<b>Abandono</b>	-0,11	<b>0,68</b>	-0,21
<b>Autoculpa</b>	-0,17	<b>0,57</b>	0,15
<b>Apoyo emocional</b>	0,35	-0,03	<b>0,83</b>
<b>Apoyo instrumental</b>	0,29	0,05	<b>0,87</b>
<b>Nº ítems incluidos</b>	8	8	4
<b>% Varianza explicada</b>	24,68%	18,29%	18,22%

Nota: No se incluyen Humor y Religión por tener una adecuada fiabilidad en su composición original

### 3.7.1.3. Datos preliminares de los cuestionarios de personalidad, positividad, afrontamiento, y de síntomas

Se calculó el índice de consistencia interna de las escalas de los cuestionarios de afrontamiento B-COPE (tanto de las escalas incluidas -12 de las 14-, como de las agrupaciones resultantes del análisis factorial, considerando que dos de ellas, Humor y Religión, conservaron su composición original), de las cinco escalas de personalidad, y de los cuestionarios de positividad, depresión y ansiedad.

Con respecto al B-COPE, los tres factores resultantes del análisis factorial (del cual se eliminó, como se ha comentado, el consumo de sustancias y la autodistracción, por su inadecuación, y humor y religión, por sus adecuados valores) obtuvieron índices bastante altos, mejorando los obtenidos sin agrupar las escalas (ver *Tabla 6*), especialmente en el caso del afrontamiento de apoyo ( $\alpha=0,87$ ) y de compromiso ( $\alpha=0,82$ ), siendo algo más bajo en el caso del afrontamiento de falta de compromiso ( $\alpha=0,70$ ). El humor y la religión habían obtenido valores elevados, de 0,82 y 0,84 respectivamente, por lo que el coeficiente promedio de las 5 escalas fue de 0,81. Un resumen de los datos principales de fiabilidad de las escalas resultantes puede encontrarse en la *Tabla 7*.

**Tabla 6. Análisis descriptivos de las escalas de afrontamiento incluidas del B-COPE (N=160)**

	Media	D.T.	Rango posible <sup>(1)</sup>	Rango real <sup>(1)</sup>	$\alpha$
<b>Afrontamiento activo</b>	1,99	0,76	0-3	0-3	0,76
<b>Planificación</b>	1,97	0,78	0-3	0-3	0,69
<b>Reevaluación positiva</b>	1,87	0,87	0-3	0-3	0,74
<b>Aceptación</b>	1,80	0,79	0-3	0-3	0,48
<b>Negación</b>	0,79	0,87	0-3	0-3	0,64
<b>Desahogo</b>	1,09	0,77	0-3	0-3	0,52
<b>Abandono</b>	0,52	0,71	0-3	0-3	0,57
<b>Autoculpa</b>	1,12	0,80	0-3	0-3	0,59
<b>Apoyo emocional</b>	1,84	0,85	0-3	0-3	0,79
<b>Apoyo instrumental</b>	1,87	0,84	0-3	0-3	0,76
<b>Humor</b>	0,92	0,94	0-3	0-3	0,82
<b>Religión</b>	0,99	1,05	0-3	0-3	0,84

(1)La puntuación se obtiene dividiendo la suma de las puntuaciones entre el número de ítems de cada escala

**Tabla 7. Análisis descriptivos de las agrupaciones del afrontamiento del B-COPE (N=160)**

	Media	D.T.	Rango posible <sup>(1)</sup>	Rango real <sup>(1)</sup>	$\alpha$
<b>Compromiso</b>	1,91	0,61	0-3	0,13-3	0,82
<b>Búsqueda de apoyo</b>	1,85	0,80	0-3	0-3	0,87
<b>Falta de Compromiso</b>	0,88	0,53	0-3	0-3	0,70
<b>Humor</b>	0,92	0,94	0-3	0-3	0,82
<b>Religión</b>	0,99	1,05	0-3	0-3	0,84

(1)La puntuación se obtiene dividiendo la suma de las puntuaciones entre el número de ítems de cada escala

**Tabla 8. Análisis descriptivos de las medidas de personalidad (N=160)**

	Media	D.T.	Rango posible	Rango real	Nº ítems	$\alpha$
<b>Extraversión</b>	25,96	5,73	8-40	11-38	8	0,70
<b>Neuroticismo</b>	23,31	7,65	8-40	8-39	8	0,84
<b>Afabilidad</b>	34,77	4,86	9-45	23-45	9	0,59
<b>Tesón</b>	32,84	5,65	9-45	18-44	9	0,70
<b>Apertura</b>	33,52	6,51	10-50	17-47	10	0,74
<b>Positividad</b>	26,24	6,37	8-40	8-39	8	0,83

**Tabla 9. Análisis descriptivos de los cuestionarios de síntomas depresivos (BDI) y ansiosos (BAI) (N=160)**

	Media	D.T.	Rango posible	Rango real	Nº ítems	$\alpha$
<b>BDI</b>	16,08	12,97	0-63	0-53	21	0,94
<b>BAI</b>	15,66	14,78	0-63	0-55	21	0,96

En cuanto al cuestionario de personalidad BFI, se obtuvo un coeficiente de consistencia interna promedio de 0,71, oscilando los índices entre 0,59 (Afabilidad) y 0,84 (Neuroticismo) (ver *Tabla 8*). El índice de consistencia interna de la escala de positividad fue también alto ( $\alpha=0,83$ ) (ver *Tabla 8*).

Y por último, con respecto a la escalas de ansiedad y depresión, los resultados se presentan en la *Tabla 9*. En ambos casos los índices fueron muy altos, de 0,94 en el caso del BDI y de 0,96 en el caso del BAI.

### **3.7.2. Análisis de resultados principales.**

#### **3.7.2.1. Diferencias entre el grupo clínico y el control**

##### A) Diferencias en personalidad (Cinco Grandes y positividad)

Se realizó un MANOVA de un factor, grupo, controlando sexo, edad, nivel educativo, nivel económico y situación laboral, que mostró que las características de personalidad (los Cinco Grandes y la positividad) fueron afectadas significativamente por el grupo ( $\lambda=0,71$ ;  $F_{6,148}=10,12$ ;  $p<0,001$ ;  $\eta^2_p=0,29$ ). Los análisis posteriores revelaron que el grupo clínico fue significativamente menos extravertido y más neurótico, siendo el tamaño del efecto pequeño en el primer caso, y moderado en el caso del neuroticismo. Además, el grupo clínico presentó puntuaciones significativamente más bajas en positividad que el grupo control, efecto que alcanzó un tamaño moderado. No hubo diferencias entre ambos grupos en los factores de afabilidad, tesón y apertura (ver *Tabla 10*).

##### B) Diferencias en afrontamiento

Se realizó un MANOVA de un factor, grupo, controlando sexo, edad, nivel educativo, nivel económico y situación laboral, que mostró que las distintas estrategias de afrontamiento fueron afectadas significativamente por el grupo ( $\lambda=0,82$ ;  $F_{5,149}=6,44$ ;  $p<0,001$ ;  $\eta^2_p=0,18$ ). En análisis posteriores pormenorizados, se encontró que el grupo clínico, en comparación con el grupo control, recurría en mayor medida a estrategias de falta

de compromiso, y en menor medida al humor, siendo en ambos casos la fuerza de la relación entre leve y moderada. En el resto de estrategias las diferencias no resultaron significativas (ver *Tabla 11*).

**Tabla 10.** Estadísticos descriptivos (media y desviación típica) y F de los análisis de los efectos entre los grupos clínico y control en personalidad (los Cinco Grandes y positividad) ( $N=160$ ).

	Grupo clínico ( $N=80$ )	Grupo control ( $N=80$ )	F	$\eta^2_p$
<b>Extraversión</b>	24,46 (6,02)	27,46 (5,04)	8,94**	0,06
<b>Neuroticismo</b>	27,60 (5,80)	19,01 (6,83)	41,78***	0,21
<b>Afabilidad</b>	33,88 (4,40)	35,68 (5,14)	1,42	0,01
<b>Tesón</b>	32,33 (5,44)	33,35 (5,84)	0,01	0,00
<b>Apertura</b>	32,91 (7,13)	34,14 (5,82)	0,03	0,00
<b>Positividad</b>	23,24 (5,42)	29,25 (5,83)	25,48***	0,14

Notas: (1) \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ ; (2)  $\eta^2_p$  para calcular el tamaño del efecto

**Tabla 11.** Estadísticos descriptivos (media y desviación típica) y F de los análisis de los efectos entre los grupos clínico y control en las cinco categorías de afrontamiento ( $N=160$ ).

	Grupo clínico ( $N=80$ )	Grupo control ( $N=80$ )	F	$\eta^2_p$
<b>Compromiso</b>	1,79 (,68)	2,02 (,50)	0,23	0,00
<b>Apoyo</b>	1,86 (,81)	1,84 (,79)	1,06	0,01
<b>Falta de compromiso</b>	1,08 (,53)	,68 (,45)	16,55***	0,10
<b>Humor</b>	,62 (,86)	1,21 (,93)	11,68**	0,07
<b>Religión</b>	,94 (1,02)	1,04 (1,08)	0,48	0,00

Notas: (1) \*\*  $p < 0,01$  \*\*\*  $p < 0,001$ ; (2)  $\eta^2_p$  para calcular el tamaño del efecto

### C) Diferencias en las medidas sintomatológicas

Se realizó un MANOVA de un factor, grupo, controlando sexo, edad, nivel educativo, nivel económico y situación laboral, y tomando como variables dependientes las medidas de síntomas (ansiedad y depresión). El análisis mostró que éstos eran afectados significativamente por el grupo ( $\lambda=0,65$ ;  $F_{2,152}=40,80$ ;  $p<0,001$ ;  $\eta^2_p=0,35$ ), y con un tamaño del efecto elevado. Como puede verse en la *Tabla 12*, el grupo clínico informaba más síntomas depresivos (con un tamaño alto del efecto), y más de ansiedad (con un tamaño del efecto moderado) que el grupo control.

**Tabla 12. Estadísticos descriptivos (media y desviación típica) y F de los análisis de los efectos entre los grupos clínico y control en las medidas de síntomas (N=160).**

Síntomas	Grupo clínico (N=80)	Grupo control (N=80)	F	$\eta^2_p$
Depresión (BDI)	25,64 (10,60)	6,98 (7,01)	80,78***	.35
Ansiedad (BAI)	24,76 (14,13)	6,55 (8,50)	41,24***	.21

Notas: (1) \*\*\*  $p<0,001$ ; (2)  $\eta^2_p$  para calcular el tamaño del efecto

#### **3.7.2.2. Relaciones entre personalidad (Cinco Grandes y positividad), afrontamiento y sintomatología**

Considerando la **muestra total** (ver *Tabla 13*), todas las variables mantuvieron correlaciones esperables.

Los síntomas depresivos y ansiosos presentaron altas correlaciones entre sí.

Además, los síntomas depresivos correlacionaron positivamente con el afrontamiento de falta de compromiso y el neuroticismo, y negativamente con el afrontamiento de compromiso, el uso del humor, la extraversión, la afabilidad, el tesón y la positividad.

Por otro lado, los síntomas ansiosos correlacionaron prácticamente con las mismas dimensiones, pero de forma algo menos significativa y con dos excepciones. En este caso, la correlación con el afrontamiento de compromiso no resultó significativa, mientras que sí lo fue con el afrontamiento de religión (en sentido positivo). Las correlaciones más altas fueron también con el neuroticismo, seguido de la positividad y el afrontamiento de falta de compromiso, que tenían una correlación similar.

Con respecto a las variables de personalidad, tanto las cinco dimensiones de personalidad como la positividad, todas correlacionaron entre sí (con extraversión, afabilidad, tesón, apertura y positividad correlacionando positivamente entre ellas, y neuroticismo correlacionando negativamente con las anteriores), dándose las relaciones más altas entre el neuroticismo y la positividad.

A su vez, la personalidad también mantuvo relaciones significativas con el afrontamiento, siendo las correlaciones más importantes entre neuroticismo y afrontamiento de falta de compromiso, correlacionando este rasgo también de forma negativa, pero menos relevante, con el uso del humor. El resto de dimensiones de personalidad correlacionó positivamente con el afrontamiento de compromiso y negativamente con la falta de compromiso, relacionándose además la afabilidad y la extraversión con la búsqueda de apoyo, y la extraversión y la apertura con el uso del humor.

Con respecto a la positividad, correlacionó con todas las estrategias de afrontamiento, en sentido negativo en el caso del afrontamiento de falta de compromiso.

Al considerar por separado el grupo clínico y el control, se producen variaciones significativas en los coeficientes de correlación entre las variables, en el sentido de que se obtienen más correlaciones significativas en el grupo control.

En el **grupo clínico** (ver *Tabla 14*), la puntuación en el BDI correlacionó positivamente con el afrontamiento de falta de compromiso y con el neuroticismo, y negativamente con la extraversión y la positividad.

Y el BAI correlacionó positivamente con el afrontamiento de religión y también con el neuroticismo.

Ambos cuestionarios mostraron así mismo correlaciones importantes entre sí.

En cuanto a las relaciones entre afrontamiento y personalidad, la apertura y el neuroticismo correlacionaron ambas con el afrontamiento de compromiso y el humor, el neuroticismo en sentido negativo y la apertura en sentido positivo. La extraversión mostró correlaciones positivas con el humor, y el tesón negativas con la falta de compromiso, no mostrando la afabilidad correlación con ninguna de las estrategias de afrontamiento.

Y por último, la positividad correlacionó de forma positiva con el afrontamiento de compromiso y de búsqueda de apoyo.

Por otra parte, en el **grupo control** (ver *Tabla 15*), se encontraron más relaciones entre las puntuaciones en depresión y ansiedad y el resto de variables. El BDI correlacionó positivamente con el afrontamiento de falta de compromiso y el neuroticismo, y negativamente con el afrontamiento de compromiso, el resto de dimensiones de personalidad, así como con la positividad. Y el BAI correlacionó negativamente con el afrontamiento de compromiso, la afabilidad, el tesón, la positividad y la satisfacción vital, y positivamente con la falta de compromiso, la religión y el neuroticismo.

Con respecto a las relaciones entre afrontamiento y personalidad, las relaciones fueron más esperables. En este caso la apertura fue la única que no mostró relaciones con ninguna estrategia de afrontamiento. La extraversión correlacionó positivamente con el afrontamiento de compromiso, el neuroticismo con la falta de compromiso y la religión, la afabilidad de forma positiva con la búsqueda de apoyo y negativa con la falta de compromiso, y el tesón de forma positiva con el afrontamiento de compromiso y negativa con la falta de compromiso. La positividad mantuvo relaciones significativas y positivas con el afrontamiento de compromiso, el apoyo y la religión, y con todas las dimensiones de personalidad, excepto con el neuroticismo, con el que correlacionó negativamente.

Por último, se realizaron también análisis de correlaciones entre las principales variables de personalidad y afrontamiento y las características sociodemográficas (ver *Tablas 16, 17 y 18*), que no se describirán con detalle por no ser objetivo de esta Tesis, aunque serán comentadas en el apartado de Discusión.

Tabla 13. Correlaciones encontradas entre las principales variables del estudio (síntomas ansiosos, depresivos, afrontamiento, personalidad y positividad).

Grupo total (N=160).

	BDI	BAI	Compromiso	Apoyo	Falta de Compromiso	Humor	Religión	Extrav.	Neuro.	Afabi.	Tesón	Aper.	Positividad
<b>BDI</b>	1												
<b>BAI</b>	,79***	1											
<b>Af. Compromiso</b>	-,23**	-,13	1										
<b>Af. Apoyo</b>	-,13	,06	,48***	1									
<b>Af. Falta de Compromiso</b>	,48***	,41***	-,12	,10	1								
<b>Af. Humor</b>	-,29***	-,24**	,32***	,21**	-,17*	1							
<b>Religión</b>	,03	,16*	,13	,29***	,23**	,06	1						
<b>Extraversión</b>	-,38***	-,29***	,23**	,17*	-,15	,18*	-,04	1					
<b>Neuroticismo</b>	,66***	,61***	-,28***	-,05	,53***	-,33***	,15	-,41***	1				
<b>Afabilidad</b>	-,28***	-,20*	,18*	,21**	-,32***	,11	,04	,30***	-,38***	1			
<b>Tesón</b>	-,17*	-,16*	,26**	,08	-,27**	-,06	-,10	,31***	-,32***	,28***	1		
<b>Apertura</b>	-,15	-,09	,24**	,11	-,19*	,22**	,03	,31***	-,29***	,19*	,24**	1	
<b>Positividad</b>	-,60***	-,41***	,42***	,40***	-,26**	,20*	,19*	,39***	-,56***	,27**	,31***	,26**	1

Nota: \*p&lt;0,05; \*\*p&lt;0,01; \*\*\* p&lt;0,001

**Tabla 14.** Correlaciones encontradas entre las principales variables del estudio (síntomas ansiosos, depresivos, afrontamiento, personalidad y positividad).  
Grupo clínico (N=80)

	Falta de												
	BDI	BAI	Compromiso	Apoyo	Compromiso	Humor	Religión	Extrav	Neuro.	Afabi.	Tesón	Aper.	Positividad
<b>BDI</b>	1												
<b>BAI</b>	<b>,61***</b>	1											
<b>Af. Compromiso</b>	-,09	,08	1										
<b>Af. Apoyo</b>	-,21	,10	<b>,49***</b>	1									
<b>Af. Falta de compromiso</b>	<b>,27*</b>	,16	-,06	,12	1								
<b>Af. Humor</b>	-,03	,02	<b>,41***</b>	<b>,23*</b>	-,04	1							
<b>Religión</b>	,091	<b>,25*</b>	,08	<b>,29*</b>	,18	,11	1						
<b>Extraversión</b>	<b>-,27*</b>	-,18	,12	,17	,06	<b>,24*</b>	,05	1					
<b>Neuroticismo</b>	<b>,38***</b>	<b>,31**</b>	<b>-,29*</b>	-,14	,21	<b>-,26*</b>	,19	<b>-,42***</b>	1				
<b>Afabilidad</b>	-,14	,00	,12	,17	-,21	-,04	-,02	,17	-,20	1			
<b>Tesón</b>	-,11	-,07	,16	,06	<b>-,28*</b>	,05	-,10	,20	<b>-,26*</b>	,17	1		
<b>Apertura</b>	-,06	,00	<b>,28*</b>	,12	-,20	<b>,28*</b>	-,02	<b>,27*</b>	<b>-,38**</b>	,07	<b>,35**</b>	1	
<b>Positividad</b>	<b>-,40***</b>	-,08	<b>,39***</b>	<b>,41***</b>	-,08	,15	,15	<b>,33**</b>	<b>-,40***</b>	,03	,19	<b>,24*</b>	1

Nota: \*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\* p<0,001

Tabla 15. Correlaciones encontradas entre las principales variables del estudio (síntomas ansiosos, depresivos, afrontamiento, personalidad y positividad).

Grupo control (N=80)

	BDI	BAI	Compromiso	Apoyo	Falta de Compromiso	Humor	Religión	Extrav.	Neuro.	Afabi.	Tesón	Aper.	Positividad
<b>BDI</b>	1												
<b>BAI</b>	<b>,70***</b>	1											
<b>Af. Compromiso</b>	<b>-,26*</b>	<b>-,22*</b>	1										
<b>Af. Apoyo</b>	-,21	,01	<b>,50***</b>	1									
<b>Af. Falta de Compromiso</b>	<b>,42***</b>	<b>,43***</b>	-,03	,08	1								
<b>Af. Humor</b>	-,20	-,17	,13	,22	-,07	1							
<b>Af. Religión</b>	,10	<b>,26*</b>	,19	<b>,30**</b>	<b>,36**</b>	-,01	1						
<b>Extraversión</b>	<b>-,31**</b>	-,17	<b>,30**</b>	,19	-,21	-,04	-,17	1					
<b>Neuroticismo</b>	<b>,56***</b>	<b>,58***</b>	-,15	-,01	<b>,62***</b>	-,14	<b>,23*</b>	<b>-,24*</b>	1				
<b>Afabilidad</b>	<b>-,35**</b>	<b>-,28*</b>	,18	<b>,25*</b>	<b>-,36**</b>	,14	,07	<b>,36**</b>	<b>-,44***</b>	1			
<b>Tesón</b>	<b>-,23*</b>	<b>-,24*</b>	<b>,37**</b>	,10	<b>-,24*</b>	-,22	-,12	<b>,41***</b>	<b>-,39***</b>	<b>,35**</b>	1		
<b>Apertura</b>	<b>-,22*</b>	-,13	,16	,11	-,12	,12	,09	<b>,34**</b>	-,20	<b>,29**</b>	,10	1	
<b>Positividad</b>	<b>-,48***</b>	<b>-,32**</b>	<b>,38**</b>	<b>,51***</b>	-,13	-,01	<b>,23*</b>	<b>,29**</b>	<b>-,41***</b>	<b>,36**</b>	<b>,40***</b>	<b>,27*</b>	1

Nota: \*p&lt;0,05; \*\*p&lt;0,01; \*\*\* p&lt;0,001

Tabla 16. Correlaciones encontradas entre las principales variables del estudio y las variables sociodemográficas significativas. Grupo total (N=160).

	Falta de												
	BDI	BAI	Compromiso	Apoyo	Compromiso	Humor	Religión	Extrav.	Neuro.	Afabi.	Tesón	Aper.	Positividad
<b>Género</b>	-,00	,08	,00	,22**	,12	-,14	,19*	,07	,19*	,13	,18*	-,19*	,00
<b>Edad</b>	-,08	-,01	,02	-,13	-,09	-,15	,07	,10	-,17*	,26**	,23**	,07	,13
<b>Situación laboral</b>	,49***	,46***	-,13	-,02	,14	-,13	-,00	-,05	,28***	-,11	-,04	-,04	-,21**
<b>Nivel educativo</b>	-,39***	-,33***	,31***	,28***	-,15	,27**	,07	,18*	-,15	,12	,13	,17*	,27***
<b>Nivel económico</b>	-,36***	-,29***	,23**	,19*	-,10	,06	-,06	,05	-,24**	,08	,17*	,12	,21**
<b>Grupo</b>	-,72***	-,69***	,19*	-,01	-,38***	,32***	,05	,26**	-,56***	,19*	,09	,09	,47***

Nota: \*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\* p<0,001

**Tabla 17. Correlaciones encontradas entre las principales variables del estudio y las variables sociodemográficas significativas. Grupo clínico (N=80).**

	Falta de												
	BDI	BAI	Compromiso	Apoyo	Compromiso	Humor	Religión	Extrav.	Neuro.	Afabi.	Tesón	Aper.	Positividad
<b>Género</b>	-,14	-,09	-,19	,01	,03	-,19	,03	-,06	,21	,07	,13	<b>-,24*</b>	-,16
<b>Edad</b>	,06	,17	,01	-,02	,03	-,08	,11	,08	-,10	<b>,30**</b>	,18	,02	,13
<b>Situación laboral</b>	,14	,17	-,02	,07	-,04	,13	,03	,19	,02	-,01	,05	,05	,19
<b>Nivel educativo</b>	-,19	-,18	,21	,19	-,05	<b>,30**</b>	-,14	,06	,01	-,03	,05	,10	,07
<b>Nivel económico</b>	<b>-,25*</b>	-,12	<b>,24*</b>	,21	,08	,02	-,07	-,15	-,10	-,12	,07	,11	,03

**Nota:** \*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\* p<0,001

**Tabla 18.** Correlaciones encontradas entre las principales variables del estudio y las variables sociodemográficas. Grupo control (N=80).

	Falta de												
	BDI	BAI	Compromiso	Apoyo	Compromiso	Humor	Religión	Extrav.	Neuro.	Afabi.	Tesón	Aper.	Positividad
<b>Género</b>	-,04	,21	<b>,28*</b>	<b>,43***</b>	,16	-,06	<b>,34**</b>	<b>,27*</b>	,14	,20	<b>,25*</b>	-,10	<b>,24*</b>
<b>Edad</b>	,00	-,01	-,03	<b>-,27*</b>	-,13	<b>-,35**</b>	,01	,04	-,12	,20	<b>,27*</b>	,12	-,09
<b>Situación laboral</b>	<b>,33**</b>	<b>,32**</b>	-,09	-,13	-,08	-,04	,02	-,01	-,01	-,03	-,03	-,03	-,09
<b>Nivel educativo</b>	<b>-,23*</b>	-,12	<b>,36**</b>	<b>,44***</b>	,02	,06	<b>,27*</b>	,14	,11	,16	,17	,21	,19
<b>Nivel económico</b>	-,11	-,14	,08	,20	-,09	-,11	-,11	,15	-,08	,19	<b>,26*</b>	,07	,13

Nota: \*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\* p<0,001

### 3.7.2.3. Variables predictivas de la sintomatología depresiva y ansiosa.

Se realizaron varios análisis de regresión preliminares con la muestra total introduciendo como variables predictoras todas las variables sociodemográficas consideradas en análisis previos (sexo, edad, nivel educativo, nivel socioeconómico y situación laboral), y como variables dependientes o criterios, las puntuaciones en depresión y en ansiedad.

Las variables sociodemográficas que resultaron tener capacidad predictiva ( $\beta$  significativa) en cada caso, fueron introducidas posteriormente en los análisis de regresión finales para cada una de las variables dependientes o criterios. Todas las regresiones se realizaron inicialmente para la muestra total, considerando el elevado número de variables predictoras, y posteriormente por separado para cada muestra (clínica y control), una vez se corroboró el importante efecto del grupo (ya los análisis previos arrojaron resultados diferenciales en función del grupo).

En cuanto a la capacidad predictiva de la personalidad y el afrontamiento sobre la sintomatología depresiva considerando la **muestra total**, la ecuación predijo el 69% de la varianza de la depresión, resultando significativas las variables grupo, neuroticismo, positividad, situación laboral, nivel educativo, y afrontamiento de falta de compromiso ( $R^2=0,69$ ;  $F_{6,153}=59,61$ ;  $p=0,000$ ). Es decir, que un mayor neuroticismo, menor positividad, mayor afrontamiento de falta de compromiso, estar en situación laboral no activa, un nivel educativo más bajo, y pertenecer al grupo clínico predijeron una mayor depresión (ver *Tabla 19*).

En el caso de la capacidad predictiva de las variables sobre la sintomatología ansiosa en la muestra total, la ecuación predijo el 53% de la varianza de la ansiedad, resultando significativas el grupo de pertenencia (clínico vs. control), neuroticismo, situación laboral, afrontamiento de religión, y nivel educativo ( $R^2=0,53$ ;  $F_{5,154}=36,42$ ;  $p=0,000$ ). Es decir, que un mayor neuroticismo, mayor afrontamiento de religión, estar en situación laboral no activa,

---

un nivel educativo más bajo, y pertenecer al grupo clínico predijeron una mayor ansiedad (ver *Tabla 19*).

**Tabla 19. Análisis de regresión de las variables sociodemográficas, dimensiones de personalidad (Cinco Grandes y positividad) y de afrontamiento sobre la depresión y la ansiedad en el grupo total (N=160).**

Depresión	$\beta$	T	F <sub>(6,153)</sub>	R <sup>2</sup>
Grupo	-.32	-5.04***	59,61***	0,69
Neuroticismo	.22	3.33**		
Positividad	-.22	-3.96***		
Situación laboral	.17	3.29**		
Falta de compromiso	.15	2.81**		
Nivel educativo	-.11	-2.21*		
Ansiedad	$\beta$	T	F <sub>(5,154)</sub>	R <sup>2</sup>
Grupo	-0,29	-3,77***	36,42***	0,53
Neuroticismo	0,36	5,30***		
Situación laboral	0,17	2,73**		
Afrontamiento de religión	0,13	2,38*		
Nivel educativo	-0,13	-2,26*		

Notas: (1) \* p<0,05; \*\* p<0,01; \*\*\*p<0,001; (2) el valor de R<sup>2</sup> es el ajustado; (3) Situación laboral: 1=Activa, 2=No activa; Grupo: 1=Clínico, 2=Control; (4) Se presenta el modelo final obtenido mediante el empleo del método de Pasos Sucesivos

Dado el importante efecto del grupo en ambos casos, se realizaron posteriormente los mismos análisis por separado, para el grupo clínico y para el grupo control.

En el **grupo clínico** la ecuación sobre la depresión predijo el 34% de la varianza (R<sup>2</sup>= 0,34; F<sub>5,74</sub>= 9,04; p=0,000). Una menor positividad, mayor neuroticismo, el uso del afrontamiento de falta de compromiso, ser hombre y un nivel económico más bajo predecían mayores puntuaciones en depresión (ver *Tabla 20*).

Sin embargo, la ecuación sobre la ansiedad, predijo sólo el 8% de la varianza ( $R^2=0,08$ ;  $F_{1,78}=8,50$ ;  $p=0,005$ ). Únicamente un alto neuroticismo resultó ser un predictor significativo de la ansiedad (ver *Tabla 20*).

**Tabla 20. Análisis de regresión de las variables sociodemográficas, dimensiones de personalidad (Cinco Grandes y positividad) y de afrontamiento sobre la depresión y la ansiedad en la muestra clínica ( $N=80$ ).**

Depresión	$\beta$	t	$F_{(5,74)}$	$R^2$
Positividad	-0,32	-3,23**	9,04***	0,34
Neuroticismo	0,24	2,27*		
Sexo	-0,27	-2,81**		
Nivel económico	-0,25	-2,72**		
Falta de compromiso	0,22	2,35*		
Ansiedad	$\beta$	t	$F_{(1,78)}$	$R^2$
Neuroticismo	0,31	2,92**	8,50**	0,08

Notas: (1) \*  $p<0,05$ ; \*\*  $p<0,01$ ; \*\*\*  $p<0,001$ ; (2) el valor de  $R^2$  es el ajustado; (3) sexo: 1=varón, 2=mujer; (4) Situación laboral: 1=Activa, 2= No activa; (5) Se presentan los modelos finales obtenidos mediante el empleo del método de Pasos Sucesivos

Por otro lado, en el **grupo control**, la ecuación sobre la depresión predijo un porcentaje de varianza aún mayor que en el caso del grupo clínico, del 49%, resultando significativas en este caso también neuroticismo y positividad, aunque con diferentes índices  $\beta$ , y también la situación laboral y el afrontamiento de falta de compromiso ( $R^2=0,49$ ;  $F_{4,74}=19,96$ ;  $p=0,000$ ). Un mayor neuroticismo, menor positividad, estar en situación laboral no activa y un mayor uso de estrategias de afrontamiento de falta de compromiso predijeron una mayor depresión (ver *Tabla 21*).

También la ecuación sobre la ansiedad fue mayor, en este caso con una gran diferencia con respecto al grupo control, prediciendo un porcentaje de varianza del 43% de la

ansiedad ( $R^2 = 0,43$ ;  $F_{2,77} = 30,68$ ;  $p = 0,000$ ), resultando también significativamente predictivo un alto neuroticismo, en este caso con un índice  $\beta$  mayor, junto al hecho de estar en situación laboral no activa (ver *Tabla 21*).

**Tabla 21. Análisis de regresión de las variables sociodemográficas, dimensiones de personalidad (Cinco Grandes y positividad) y de afrontamiento sobre la depresión y la ansiedad en la muestra control ( $N=80$ ).**

<b>Depresión</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>T</b>	<b><math>F_{(4,75)}</math></b>	<b><math>R^2</math></b>
<b>Neuroticismo</b>	0,32	2,82**	19,96***	0,49
<b>Situación laboral</b>	0,33	4,03***		
<b>Positividad</b>	-0,29	-3,20**		
<b>Afrontamiento de falta de compromiso</b>	0,21	2,06*		
<b>Ansiedad</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>T</b>	<b><math>F_{(2,77)}</math></b>	<b><math>R^2</math></b>
<b>Neuroticismo</b>	0,58	6,86***	30,68***	0,43
<b>Situación laboral</b>	0,33	3,87***		

Notas: (1) \*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ ; (2) el valor de  $R^2$  es el ajustado; (3) Situación laboral: 1=Activa, 2=No activa; (4) Se presenta el modelo final obtenido mediante el empleo del método de Pasos Sucesivos

### 3.8. DISCUSIÓN

El objetivo principal de este trabajo era estudiar si existían diferencias en personalidad (los Cinco Grandes y la positividad) y afrontamiento entre las personas que ante un evento vital adverso y estresante desarrollan un TA y requieren tratamiento, y aquellas que no lo desarrollan, así como explorar cuál de estas variables predecían la gravedad de la sintomatología ansiosa y depresiva.

En general, no hay evidencia clara sobre qué personas son más vulnerables a desarrollar un TA, dada la escasez de estudios que abordan de forma específica este trastorno. Como se ha comentado, esto se ha debido principalmente a que se trata de una categoría diagnóstica residual con criterios escasamente definidos que hacen difícil su diferenciación tanto con la normalidad como con otros trastornos, siendo por tanto cuestionable su fiabilidad y validez. No obstante, por un lado, su diagnóstico es hecho con gran frecuencia entre aquellas personas que han vivido circunstancias vitales negativas, siendo considerado de gran utilidad. Y por otro lado, aunque es considerado en general de buen pronóstico, puede llegar a tener la misma severidad o cronicidad que otros trastornos más específicos, se asocia a una elevada morbilidad, entre otras cosas, por el riesgo de suicidio, y tiene una alta comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos, derivando también en ellos con frecuencia. Es por eso que resulta tan importante conocer los factores de protección o vulnerabilidad para su desarrollo, lo cual podría contribuir a una mejor definición y a un abordaje diagnóstico y terapéutico más adecuado.

A continuación se describirán y analizarán los resultados obtenidos en este estudio en relación a los objetivos específicos que se pretendían y las hipótesis planteadas.

**A) Primer objetivo: Análisis de las variables clínicas y sociodemográficas en TA.**

El primer objetivo del estudio era analizar las principales características clínicas y sociodemográficas de los pacientes con TA. Aunque se trataba de un estudio exploratorio, y el estudio de estas características no era uno de los objetivos de nuestro trabajo, se esperaban encontrar resultados coherentes con las investigaciones previas en relación a las características de los pacientes con TA.

A través de los análisis realizados se encontró que existían diferencias significativas en algunas de las variables estudiadas entre el grupo clínico y el control (ver *Tabla 4*). En concreto, las personas diagnosticadas de TA estaban desempleadas con mayor frecuencia y

tenían un nivel educativo y económico más bajo. Sin embargo, no se encontraron diferencias en otras variables importantes, en concreto, sexo o estado civil (en cuanto a la edad, las diferencias resultaron casi significativas). Por tanto, la **Hipótesis 1** se cumplió parcialmente.

Estas diferencias pueden ser debidas bien a sesgos derivados de la selección de la muestra, o bien pueden ser entendidas como características asociadas al hecho de desarrollar un TA, es decir, como posibles factores de riesgo.

En el caso de la muestra clínica, se utilizó un método de muestreo aleatorio. Se seleccionó a todos los sujetos que acudieron a una Unidad de Salud Mental entre unas fechas determinadas (sin un criterio especial, y por tanto, se entiende que al azar), y que cumplieron los criterios para participar (aunque 37 sujetos, el 27,61% de los inicialmente seleccionados, se perdieron durante el seguimiento, no controlándose el sesgo que pudiese derivarse de esta pérdida).

Sin embargo, en el caso del grupo control, se utilizó un muestreo no probabilístico, de tipo incidental, seleccionándose individuos de la población general que cumpliesen con los criterios de selección, y de varias procedencias o subgrupos, para intentar minimizar las diferencias en características sociodemográficas, como edad, sexo, ocupación, nivel educativo o económico, y siempre intentando que el tamaño de la muestra fuese similar y comparable en características sociodemográficas a la muestra clínica.

No obstante, las diferencias encontradas en características sociodemográficas entre el grupo clínico y control podrían entenderse como factores de riesgo para el desarrollo de un TA. Es decir, que el hecho de estar desempleado y tener menor nivel educativo y económico (y probablemente también tener menor edad) pueden tener alguna relación con el hecho de desarrollar o no problemas de salud mental (en concreto, un TA) tras una vivencia estresante. Esto resulta coherente si tenemos en cuenta que estos factores pueden ser entendidos como recursos que ayudan al afrontamiento, y es compatible en general con la literatura, que ha encontrado que los trastornos mentales se asocian a determinadas variables sociodemográficas.

Así, se ha encontrado que las mujeres, las personas jóvenes, con menor nivel educativo y económico, los desempleados, y los separados, divorciados o viudos son grupos poblacionales con mayor riesgo de padecer un trastorno mental (Haro et al., 2006; *WHO International Consortium In Psychiatric Epidemiology*, 2000). No obstante, en nuestra muestra no hubo diferencias significativas en sexo y estado civil (y realmente tampoco llegaron a ser significativas en edad), probablemente, por el método de selección, en que se intentó garantizar la mayor homogeneidad posible, especialmente en sexo y edad.

Con respecto al sexo, se ha visto que la prevalencia de cualquier trastorno a lo largo de la vida es mayor en mujeres, aunque los datos cambian dependiendo del tipo de trastorno. En general, son más frecuentes los trastornos de ansiedad y de estado de ánimo en mujeres, mientras que los trastornos por consumo de sustancias son más frecuentes en los hombres (Haro et al., 2006; Kessler et al., 1994). En esta muestra, en la que predomina el subtipo de TA mixto con síntomas ansiosos y depresivos, se esperaría por tanto una mayor prevalencia de mujeres, y la tendencia es esa (con casi un 70% de mujeres en el grupo clínico, y un 60% en el control), aunque las diferencias no llegan a ser significativas por lo comentado previamente.

Con respecto al estado civil, tampoco hay diferencias significativas entre los grupos (12,5% de sujetos separados, divorciados o viudos en el grupo clínico y un 6,3% en el grupo control), y se esperaría que las hubiese, pues se ha visto que los individuos separados, divorciados o viudos muestran en general una tasa de trastornos depresivos y de ansiedad más alta (Haro et al., 2006).

Con respecto a la edad, a medida que una persona crece va sumando experiencia y recursos para enfrentarse a los acontecimientos estresantes, además de que también se producen cambios en la personalidad que pueden contribuir a un mejor manejo del estrés (Caprara y Steca, 2004; Costa y McCrae, 1994). En este caso, las diferencias resultaron casi significativas, así que apuntan hacia lo que se esperaba.

Con respecto a la ocupación, también se ha encontrado una asociación positiva entre el paro y los problemas de salud mental, especialmente en los hombres (Artazcoz, Escrivà-

Agüir y Cortés, 2004), encontrando algunos incluso que las peor paradas son las mujeres dedicadas a las tareas del hogar (Matud, 2005; Sánchez-López, Aparicio-García y Dresh, 2006) en comparación con las dedicadas a trabajos no profesionales y estudiantes, y sobre todo con respecto a mujeres con trabajos no manuales o profesionales. Precisamente, en la muestra clínica de este estudio se encontró que había más personas desempleadas, siendo especialmente estudiantes y personas dedicadas a las tareas del hogar.

También se ha encontrado que un alto nivel educativo protege contra el distrés psicológico (Matud, 2005; Mazokopakis et al., 2002), lo cual puede ser explicado por el hecho de que las personas más formadas tienen más recursos (cognitivos, emocionales, económicos, sociales, etc.) para enfrentarse a las dificultades, y se sienten con mayor autoeficacia.

Con respecto al nivel económico, en general se ha encontrado que una mejor condición económica protege del desarrollo de problemas de salud mental, o al menos se asocia con un mejor pronóstico (Ortiz-Hernández et al., 2007). Parece que al igual que ocurre con el nivel educativo, un bajo nivel económico puede minimizar los recursos y las oportunidades, y ser en sí mismo origen de condiciones vitales estresantes.

Con respecto a las características clínicas, la mayoría de pacientes fue diagnosticada de TA mixto, con ansiedad y estado de ánimo deprimido (n=61; el 76,25% de la muestra clínica). Otros 9 pacientes (11,25%) presentaban un TA con estado de ánimo depresivo, 7 (8,75%) presentaban un TA con ansiedad, uno (1,25%) fue diagnosticado de TA con alteración mixta de las emociones y del comportamiento, y en los 2 casos restantes (2,5%) se estableció el diagnóstico de TA no especificado, por predominar otro tipo de síntomas. Estos resultados van en la línea de la mayoría de estudios, que ha encontrado que el subtipo mixto es el de mayor prevalencia (Maercker et al., 2007; Okamura et al., 2000; 2005), lo cual ha sido justificado por autores como Barlow (1991) proponiendo un modelo unitario que explica la alta comorbilidad de los síntomas ansiosos y depresivos en base a mecanismos neurohormonales comunes. Sin embargo, otros autores han encontrado resultados dispares (Strain et al., 1998).

Con respecto a las características de personalidad patológica de la muestra clínica, para su valoración se aplicó el cuestionario IPDE anteriormente descrito. De los 80 sujetos de la muestra, 72 de ellos puntuaron por encima del punto de corte en alguna de las escalas de TP, y en estos casos, se aplicó la entrevista diagnóstica. De ellos, en sólo 13 de los 72 casos (18,05% de los que superaron el punto de corte) se diagnosticó la presencia comórbida de rasgos desadaptativos de personalidad (sin cumplir criterios para el diagnóstico de un TP, lo cual hubiese supuesto la exclusión de la muestra).

Teniendo en cuenta estos datos, se puede afirmar que la **Hipótesis 1** se cumplió, con alguna excepción, ya que se encontraron diferencias entre el grupo clínico y control en las características sociodemográficas (excepto sexo, edad y estado civil), y además el tipo más prevalente de TA fue el mixto, tal y como se esperaba.

#### **B) Segundo objetivo: Análisis de las diferencias en las Cinco Grandes dimensiones de personalidad.**

El segundo objetivo del estudio era comprobar si existían diferencias en personalidad entre las personas que desarrollan un TA y las que no lo hacen. Se esperaba encontrar diferencias especialmente en la dimensión neuroticismo, aunque también en extraversión, afabilidad y tesón, planteándose la hipótesis de que el grupo clínico mostraría puntuaciones más altas en neuroticismo y más bajas en extraversión, afabilidad y tesón. Dado que se esperaba que estas diferencias estuviesen moderadas por algunas variables sociodemográficas en base a lo encontrado en la literatura (Caprara y Steca, 2004; Costa y McCrae, 1994; McCrae et al., 2000; McCrae y Terraciano, 2005), y debido a las diferencias encontradas entre los grupos, su influencia fue controlada en los análisis realizados.

En este estudio, en relación a las Cinco Grandes dimensiones, se encontraron diferencias significativas sólo en las dimensiones de neuroticismo y extraversión, controlando sexo, edad, nivel educativo, nivel económico y situación laboral. En concreto, las personas diagnosticadas de TA eran menos extravertidas y más neuróticas, siendo el

tamaño del efecto de la extraversión sobre el grupo pequeño, y moderado en el caso del neuroticismo (ver *Tabla 10*). Por tanto, la **Hipótesis 2** se cumplió sólo parcialmente.

Esto implica que los datos son sólo en parte compatibles con los hallazgos previos. Así, Malouff y colaboradores (2005), en un estudio de meta-análisis, encontraron que el neuroticismo predecía el desarrollo de síntomas clínicos y trastornos, especialmente trastornos internalizantes como los depresivos y ansiosos, siendo en general considerado uno de los predictores más robustos para el desarrollo de psicopatología ante sucesos vitales estresantes (Lahey, 2009; Widiger, 2009). Estos autores también encontraron que el tesón y la extraversión se asociaban negativamente a problemas internalizantes, aunque positivamente con otros problemas externalizantes (como los trastornos de conducta o por consumo de sustancias). La afabilidad se asociaba a un menor riesgo de síntomas clínicos en general, pero especialmente de problemas externalizantes. Y la apertura, aunque no predecía el desarrollo de síntomas o trastornos, se asociaba con afecto positivo (Malouff et al., 2005). En la muestra clínica de este estudio predominaba el subtipo mixto, con síntomas internalizantes, siendo por tanto esperables estos resultados (mayor puntuación en neuroticismo, y menor en el resto). No obstante, sólo se cumplieron en el caso de la extraversión y el neuroticismo, siendo este último además el que tuvo el tamaño del efecto más relevante. Pero no hubo diferencias significativas en afabilidad y tesón, como era de esperar especialmente en el caso del tesón, pues Kotov y colaboradores (2010), en otro meta-análisis, encontraron que el tesón predecía trastornos ansiosos y depresivos, pero no ocurría así en el caso de la afabilidad, que no resultaba ser un predictor significativo de la psicopatología.

Con respecto a los estudios que abordan específicamente la personalidad en pacientes diagnosticados con TA, éstos son muy escasos, aunque también los resultados encontrados son compatibles con los obtenidos con otros síndromes clínicos, y con los de este estudio, en el sentido de que se encuentran mayores niveles de neuroticismo y menores de extraversión (For-Wey et al., 2002).

Resulta imprescindible comentar que los resultados encontrados en la literatura suponen que las diferentes características de personalidad se asociarán al desarrollo de unos subtipos u otros de TA (p.ej., aquellos que presentan sintomatología ansiosa o depresiva, frente a los que se caracterizan por la presencia de problemas conductuales), por lo que en modelos predictivos del TA, especialmente con muestras en las que haya mayor presencia de problemas conductuales, sería importante considerar los diferentes subtipos, de cara a que la influencia de una determinada característica de personalidad no se vea anulada por el hecho de asociarse negativamente con el desarrollo de un subtipo específico, y positivamente con otro, como ocurre en el caso de la extraversión y el tesón.

### **C) Tercer objetivo: Análisis de las diferencias en positividad**

A continuación, se analizaron las diferencias en positividad entre el grupo de personas con TA y el grupo control, controlando el efecto de las variables sociodemográficas relevantes, y que se había visto en la literatura que influían en la positividad (Caprara, Caprara y Steca, 2003; Caprara et al., 2012). Se esperaba que el grupo clínico puntuase más bajo en esta variable.

En este estudio se encontraron diferencias significativas entre los grupos, en la línea de lo esperado, y controlando el efecto de las variables sociodemográficas significativas (ver *Tabla 10*). Por tanto, se confirmó la **Hipótesis 3**.

Estos resultados son compatibles con los encontrados en la literatura. En concreto, Caprara y colaboradores (2012) encontraron relaciones fuertes y negativas entre positividad y medidas de afecto negativo y depresión. No se estudió, sin embargo, la relación con medidas de ansiedad, aunque debido a las correlaciones importantes entre ansiedad y depresión, se esperarían resultados en el mismo sentido.

### **D) Cuarto objetivo: Análisis de las diferencias en afrontamiento.**

En cuanto a las diferencias entre la muestra clínica y control en afrontamiento, se esperaba que el grupo clínico usase en mayor medida estrategias de falta de compromiso, y

en menor medida estrategias de afrontamiento más adaptativas, como las estrategias de compromiso, apoyo social, y humor, una vez controlada la influencia de las variables sociodemográficas relevantes.

Según la literatura, el afrontamiento de compromiso (*engagement*), que incluiría tanto estrategias focalizadas en el problema (afrontamiento activo y planificación) como algunas formas de afrontamiento centrado en la emoción (búsqueda de apoyo, aceptación, reevaluación cognitiva) suele resultar más adaptativo (Carver y Connor-Smith, 2010). La autodistracción también es conceptualizada como adaptativa, pues aunque históricamente se ha considerado un tipo de afrontamiento desadaptativo o de falta de compromiso (*disengagement*), los análisis factoriales confirmatorios han indicado que resulta especialmente útil ante sucesos incontrolables (Skinner et al., 2003) incluyéndose, junto a otras estrategias como la aceptación o la reevaluación cognitiva, dentro del afrontamiento acomodativo. Éste se entiende, a su vez, como un tipo de afrontamiento de compromiso, centrado más que en el control del estresor en sí mismo, en el intento de adaptarse a él (Morling y Evered, 2006; Skinner et al., 2003). Por último, con respecto al uso del humor y el refugio en la religión, al igual que otros tipos de afrontamiento, pueden ser categorizados dentro de un tipo u otro de afrontamiento en función del objetivo que buscan. Así, pueden considerarse como afrontamiento de compromiso si persiguen, ante un suceso incontrolable, la regulación emocional, la búsqueda de otro significado a la experiencia, o la aceptación. Pero serían de falta de compromiso si lo que se busca es más bien distanciarse del estresor o actuar como si éste no existiese, no permitiendo por tanto reaccionar ante él, ya sea conductual o emocionalmente. En los dos estudios previos publicados e incluidos al inicio de este capítulo (Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015a, 2015b), la religión no resultó significativamente diferente entre los grupos, motivo por el que no se esperaba que fuese diferente en este caso.

Por otro lado, las estrategias de falta de compromiso (*disengagement*), que se dirigirían a distanciarse del estresor o de sentimientos relacionados con el mismo, estando a menudo centradas en la emoción, han sido generalmente consideradas más desadaptativas

(Carver y Connor-Smith, 2010). Incluirían típicamente estrategias como la negación o el abandono. Sobre el desahogo y la autculpa existen controversias. Algunos las consideran dentro de este tipo de estrategias (Frydenber y Lewis, 1996), mientras que otros las consideran más bien como estrategias de aproximación (Bifulco y Brown, 1996; Vitaliano, Russo, Carr, Maiuro y Becker, 1985). En este trabajo, el análisis factorial realizado las situó dentro del afrontamiento de falta de compromiso, considerándose por tanto como estrategias desadaptativas; se entiende, por tanto, que no suelen estar dirigidas a afrontar el estresor o las emociones derivadas, y suelen producir un aumento de los sentimientos de distrés. No obstante, otros autores consideran la expresión emocional como un componente esencial para una regulación emocional adaptativa, frente a la supresión emocional (Gross, 1999), haciendo hincapié otros más bien en el concepto de flexibilidad expresiva, entendiendo que ante un acontecimiento vital estresante o traumático es más bien la habilidad para aumentar o suprimir la expresión emocional de acuerdo a las demandas situacionales lo que se relaciona con mayor salud y bienestar (Gupta, y Bonanno, 2011; Westphal, Seivert, y Bonanno, 2010).

Aunque los estudios específicos sobre estrategias de afrontamiento en personas diagnosticadas con TA son muy escasos, sí se ha abordado el tema de forma indirecta al estudiar otros trastornos mentales que cursan con síntomas similares, u otras poblaciones que ante diferentes vivencias estresantes negativas tienen una alta probabilidad de desarrollar problemas de salud mental en general, y TA en particular. Así, se ha encontrado que las estrategias de afrontamiento activas, como el afrontamiento de compromiso, suelen ser más adaptativas y exitosas, favoreciendo el bienestar y el ajuste psicológico, mientras que las formas pasivas y de evitación, como son las estrategias de falta de compromiso, son consideradas como menos exitosas, disfuncionales y desadaptativas, prediciendo mayores índices de ansiedad y depresión (Carver et al., 1989; Folkman et al., 1986; Shapiro et al., 2012).

En este estudio se encontraron diferencias significativas entre el grupo clínico y control en el uso de las estrategias de afrontamiento de falta de compromiso y de humor (ver *Tabla 11*). Se encontró que el grupo clínico recurría en mayor medida que el grupo control a

---

estrategias de falta de compromiso, y menos al uso del humor. Por tanto, se cumplió también la **cuarta hipótesis** planteada, aunque sólo parcialmente. Es decir, en cuanto al uso de estrategias adaptativas, sólo se encontró un menor uso del humor en el grupo clínico con respecto al grupo control, no habiendo diferencias en el afrontamiento de compromiso, la búsqueda de apoyo y el uso de la religión. Y con respecto a las estrategias desadaptativas, se encontró un mayor uso en el grupo clínico del afrontamiento de falta de compromiso, tal y como se esperaba.

**E) Quinto objetivo: Análisis de las relaciones entre personalidad, positividad y afrontamiento.**

El último de los objetivos de esta Tesis Doctoral era analizar las relaciones entre las variables psicológicas estudiadas. Diferentes autores han relacionado la personalidad y la positividad con el afrontamiento, y también en ambos casos se ha sugerido que la influencia de la personalidad en la psicopatología podría ser en parte mediada por el estilo de afrontamiento utilizado (Diener, 1996; Taylor y Stanton, 2007). Por tanto, parecía necesario estudiar conjuntamente la personalidad y el afrontamiento para posteriormente analizar la influencia relativa de cada una en el bienestar y la salud, y en la psicopatología en particular.

- En primer lugar, se analizaron las **relaciones de la positividad con el afrontamiento** para comprobar si eran coherentes con lo encontrado previamente en la literatura. Se esperaba que una mayor positividad se asociase de forma positiva y significativa con el uso de las estrategias de afrontamiento más adaptativas, concretamente el afrontamiento de compromiso, la búsqueda de apoyo y el humor, y negativamente con el afrontamiento de falta de compromiso que se considera más desadaptativo. Como se ha comentado en la parte teórica, hay aún poca investigación en relación a la positividad, pero es algo bien establecido que ante las situaciones de estrés, los procesos de valoración influyen de forma importante en el afrontamiento (Schroevers et al., 2007; Shah et al., 2012). En este caso, las valoraciones positivas sobre la vida y el futuro en general, y sobre uno mismo

en particular, favorecerían una percepción más positiva de la situación estresante y de los propios recursos de afrontamiento, determinando el uso de estrategias más activas dirigidas al manejo o control de la situación o de las propias emociones.

Con respecto a los hallazgos previos a este respecto, se ha encontrado que las tres dimensiones que integran el constructo (la satisfacción vital, la autoestima y el optimismo) promueven procesos de afrontamiento efectivos del estrés, a través del uso de estrategias más activas o de compromiso (Aspinwall y Taylor, 1992; Brenner et al., 2011; Carver et al., 2009; Solberg Nes y Segerstrom, 2006; Taylor y Stanton, 2007).

Los trabajos que hasta la fecha han estudiado la relación entre positividad y afrontamiento van en la misma línea. Lara y colaboradores (2013) encontraron que una mayor positividad se relacionaba con un mayor uso de estrategias de afrontamiento activo, planificación, reevaluación positiva y autodistracción, y menor uso de estrategias desadaptativas como la autculpa y el consumo de sustancias. Y además, en el primero de los artículos que forman parte de esta tesis (Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015a), se encontró que la positividad mostraba correlaciones significativas con todas las estrategias de afrontamiento, siendo las relaciones en sentido negativo con el afrontamiento de falta de compromiso, y positivo con el resto. La mayor correlación fue la encontrada con el afrontamiento de compromiso, seguida del afrontamiento de apoyo.

Los resultados de este trabajo son coherentes con la investigación previa, y por tanto se cumpliría la **Hipótesis 5**. Considerando la muestra total, la positividad fue la única característica de personalidad que correlacionó con todas las estrategias de afrontamiento, en sentido positivo con las estrategias más adaptativas (especialmente con estrategias de compromiso y de apoyo, con las que correlacionó de forma moderada, siendo las correlaciones de pequeña magnitud pero también significativa con el uso del humor y la religión), y mostró relaciones negativas de pequeña magnitud con el uso de estrategias de falta de compromiso (ver *Tabla 13*). No obstante, al considerar por separado el grupo clínico y control (ver *Tablas 14 y 15*, respectivamente), sólo permanecían siendo significativas el uso de estrategias de compromiso y de apoyo, en

ambas muestras, y el uso de la religión en la muestra control, aunque en este caso la correlación iba en el mismo sentido en el grupo clínico. Por tanto, las correlaciones con la positividad desaparecían precisamente en las dos estrategias en las que diferían significativamente ambos grupos, es decir, falta de compromiso y humor. Esto probablemente puede tener que ver con el hecho de que al considerar la muestra total, probablemente las puntuaciones de los sujetos se distribuyen a lo largo de toda la dimensión estudiada (en este caso, en las dos estrategias concretas), ya que entendemos que normalidad y patología se sitúan en un continuo en la población. Sin embargo, al seleccionar una muestra clínica y otra control, lo que estamos haciendo es dividir la muestra total en altos y bajos en una característica determinada, y rompiendo la dimensionalidad o linealidad de esa característica. Esto puede explicar por qué en la muestra total se encuentran más correlaciones entre las diferentes variables en comparación con las submuestras, lo que se verá que también ocurre con el resto de correlaciones estudiadas.

Aunque en general se considera que la positividad es un rasgo relativamente estable de personalidad (Alessandri, Caprara et al., 2012), se quiso también comprobar la relación de la positividad con algunas características sociodemográficas, algunas de ellas modificables, que pueden influir en la positividad y en las relaciones de ésta con otras variables como el afrontamiento. En concreto, tanto en el primero de los artículos publicados que integran esta tesis (Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015a) como en este trabajo, encontramos que la positividad no mantuvo relaciones significativas con la edad ni el sexo (que sí condicionan el estilo de afrontamiento). En estudios previos se ha encontrado una mayor positividad en personas de mediana edad en comparación con jóvenes y mayores (Caprara et al., 2012), y es probable que por este motivo no se haya encontrado una correlación lineal en este estudio (la relación podría ser curvilínea). Y con respecto al sexo, en la literatura los resultados son inconsistentes, habiéndose encontrado en algunos casos que no hay diferencias en positividad entre hombres y mujeres (Alessandri, Caprara et al., 2012; Caprara et al., 2012), y en otros casos una

puntuación ligeramente superior a favor de los hombres (Caprara et al., 2003). No obstante, la positividad sí que correlacionó con otras variables (aunque sólo considerando la muestra total, probablemente por lo explicado previamente), en concreto, una mayor positividad mantuvo relaciones con el hecho de estar en situación laboral activa, y con un alto nivel educativo y económico, variables que en los análisis posteriores tuvieron que controlarse por su posible influencia en los resultados. Estas son variables que pueden condicionar la disposición de recursos materiales, y por tanto una visión más positiva de la realidad; y del mismo modo, una mayor positividad puede favorecer la puesta en marcha de acciones dirigidas a la mejora de las condiciones de vida en general (encontrar un trabajo, realizar unos estudios, mejorar la situación económica, etc.). No obstante, Caprara y colaboradores (2012) no encontraron que la positividad correlacionase con el nivel de ingresos, no habiéndose estudiado las relaciones con el nivel educativo y la situación laboral. En todo caso, no es posible llegar a conclusiones causales definitivas con respecto a estas relaciones debido al carácter transversal del estudio.

- Con respecto a la **relación de la personalidad (Cinco Grandes) con el afrontamiento**, se planteó la hipótesis de que la extraversión, la afabilidad y el tesón tendrían una relación significativa y positiva con aquellas estrategias de afrontamiento más adaptativas, y negativas con las estrategias más desadaptativas (**Hipótesis 6**), mientras que el neuroticismo se asociaría a un mayor uso de estrategias desadaptativas y menor uso de las adaptativas (**Hipótesis 7**).

Los resultados del estudio apuntaron a que el perfil de personalidad condicionaría efectivamente un uso diferencial de estrategias de afrontamiento, aunque los resultados variaron en función de la muestra considerada, probablemente por el mismo motivo explicado en el caso de las relaciones entre positividad y afrontamiento.

Considerando la **muestra total**, las hipótesis planteadas se confirmaron (ver *Tabla 13*). Las relaciones más importantes fueron las existentes entre neuroticismo y el uso de

estrategias de falta de compromiso, que fueron de una gran magnitud. El resto de dimensiones de personalidad mantuvo correlaciones en general de pequeña magnitud, con un mayor uso de estrategias de compromiso y menor uso de estrategias de falta de compromiso. Y por último, se encontró que dimensiones específicas de personalidad determinarían el uso de otras estrategias de afrontamiento concretas. Así, la extraversión y la afabilidad se relacionaron con el uso de estrategias de apoyo, y la extraversión y la apertura se relacionaron con el uso del humor. No obstante, no se esperaba que la apertura también correlacionase con el afrontamiento y se encontraron relaciones en el mismo sentido que las planteadas para la extraversión, la afabilidad y el tesón.

Estos resultados son en general coherentes con la investigación previa, que ha concluido que las correlaciones de la personalidad con grupos amplios de estrategias de afrontamiento son débiles, y que todas las dimensiones de personalidad se asocian al uso de estrategias específicas (Connor-Smith y Flachsbart, 2007).

Considerando cada muestra por separado, **clínica y control**, las correlaciones encontradas variaron de forma significativa (ver *Tablas 14 y 15*), aunque fueron de magnitudes similares:

- La apertura, que como se ha comentado se relacionó en la muestra total positivamente con mayor uso de estrategias de compromiso, y menor de estrategias de falta de compromiso, así como con mayor uso del humor, en el grupo clínico mantuvo también relaciones significativas con las estrategias de compromiso y de humor, pero no con la falta de compromiso, mientras que en el grupo control no mantuvo relaciones significativas con el afrontamiento. Esto no es del todo coherente con la literatura, ya que muchos autores habían sostenido que era la que menos se relacionaba con el afrontamiento (McCrae y Costa, 1986; O'Brien y DeLongis, 1996; Penley y Tomaka, 2002; Watson y Hubbard, 2006), aunque podría ser debido al hecho de utilizar muestras no clínicas en los estudios. Por otro lado, en el estudio de meta-análisis de Connor-Smith y Flachsbart (2007) se encontró

que esta dimensión de personalidad, relacionada con la complejidad y originalidad de la vida mental y experiencial de la persona, tenía asociaciones positivas con estrategias de afrontamiento de compromiso, en concreto con solución de problemas y reestructuración cognitiva, aunque también predecía estrategias de falta de compromiso como hacerse ilusiones o el abandono.

- Con respecto al tesón, los datos son más estables, independientemente de la muestra considerada. Tanto en la muestra total como en la control, se asocia positivamente con el afrontamiento de compromiso y negativamente con la falta de compromiso, y en la muestra clínica sólo se asocia de forma significativa y negativa con la falta de compromiso. Esto resulta esperable si consideramos que las personas altas en tesón suelen ser personas con un comportamiento dirigido a la tarea y la consecución de objetivos, que se esfuerzan por cumplir lo que se proponen o a lo que se comprometen, que se sienten con competencia y autodisciplina, lo cual implica también que tienden menos a centrarse en expresar o descargar sentimientos negativos con otros, a autoculparse o criticarse ante sucesos negativos o a abandonar los esfuerzos por conseguir las metas que se proponen (todas ellas, conductas asociadas al afrontamiento de falta de compromiso). Los hallazgos previos van en la misma línea (O'Brien y DeLongis, 1996; Watson y Hubbard, 2006).
- El neuroticismo, se ha asociado a una mayor reactividad ante el estrés y a una tendencia a experimentar más emociones negativas (Lahey, 2009). En el grupo control continuaba manteniendo relaciones significativas de gran magnitud y positivas con el afrontamiento de falta de compromiso, pero también con la religión, y sin embargo, en el grupo clínico correlacionaba negativamente con el compromiso y el humor. La literatura en general ha encontrado asociaciones positivas con estrategias desadaptativas, y negativas

con otras más adaptativas (Bolger y Zuckerman, 1995; Connor-Smith y Flachsbart, 2007; O'Brien y DeLongis, 1996; Watson y Hubbard, 2006).

- La extraversión, que caracterizaría a los sujetos más sociables, entusiastas, joviales y con una tendencia a interpretar las situaciones estresantes como cambios y oportunidades, más que cómo pérdidas o daños, se esperaba que correlacionase positivamente con un afrontamiento más adaptativo, activo y de compromiso (y negativamente con la falta de compromiso), con más humor, y con la búsqueda frecuente de apoyo social, en base a los hallazgos previos (Ferguson, 2001; McCrae y Costa, 1986; O'Brien y DeLongis, 1996; Watson y Hubbard, 2006). Sin embargo, se encontró que seguía correlacionando con el compromiso en el grupo control, y con el humor en el grupo clínico, aunque en ninguno de los subgrupos las correlaciones con el apoyo y con la falta de compromiso seguían siendo significativas.
- Y la afabilidad, que correlacionó en la muestra total positivamente con el afrontamiento de compromiso y la búsqueda de apoyo, y negativamente con la falta de compromiso, seguía manteniendo en el grupo control relaciones positivas con el apoyo y negativas con la falta de compromiso, pero no con el compromiso, no relacionándose con el afrontamiento en el grupo clínico. Sin embargo, se hubiese esperado que las personas más afables utilizaran un afrontamiento más adaptativo, especialmente dirigido a la resolución de problemas a través de las relaciones interpersonales, tanto en el grupo clínico como en el control, aunque en general las relaciones con el afrontamiento encontradas en la literatura son más débiles que las encontradas con otras dimensiones (O'Brien y DeLongis, 1996; Penley y Tomaka, 2002; Watson y Hubbard, 2006).

Por tanto, en general los resultados fueron acordes a lo esperado en cuanto a las relaciones encontradas entre personalidad y afrontamiento, pero variaron en función del grupo. En el grupo control (ver *Tabla 15*) los hallazgos principales fueron más

esperables y similares a los encontrados con la muestra total, manteniéndose las relaciones de la extraversión y el tesón con el compromiso (éste último también con la falta de compromiso negativamente), la afabilidad con el apoyo y negativamente con la falta de compromiso, y el neuroticismo con la falta de compromiso, pero el humor no correlacionaba con ninguna dimensión de personalidad. Sin embargo, en el grupo clínico (ver *Tabla 14*) la personalidad correlacionó menos con el afrontamiento (menos relaciones significativas y menos importantes), siendo las estrategias de compromiso y humor las que mantuvieron más relaciones (en el primer caso, se encontraron asociaciones negativas con el neuroticismo y positivas con la apertura, y en el segundo caso, negativas con el neuroticismo, y positivas con la extraversión y la apertura).

Lo más llamativo es que, en el grupo clínico, el neuroticismo (en el cual hubo diferencias significativas entre grupos, con mayor puntuación en los sujetos con TA) no correlacionó con las estrategias de falta de compromiso (habiéndose encontrado correlaciones muy importantes considerando la muestra total y control), y en el grupo control, el humor (la otra característica de afrontamiento en la que hubo diferencias entre grupos, a favor del grupo control) fue la única estrategia que no correlacionó con la personalidad. Por lo que es posible que estas diferencias entre grupos influyesen en las correlaciones encontradas. De tal modo que como en el grupo clínico los sujetos puntúan alto en neuroticismo y alto en falta de compromiso, la variación conjunta de las dos variables es más limitada, y disminuyen los índices de correlación. Y lo mismo ocurre con el humor, que al ser más alto en el grupo control, disminuye la variación conjunta con aquellas dimensiones de personalidad en las que los sujetos tienen diferencias con el grupo clínico (extraversión y neuroticismo, que se relacionan con el humor positiva y negativamente, respectivamente, tanto en la muestra total como en la clínica, pero no en la control).

Las diferencias entre grupos en el sentido de una menor correlación con el afrontamiento en los sujetos con TA también resulta coherente considerando los hallazgos previos que indican que ante un problema altamente estresante (y muy

probablemente en el grupo clínico la percepción de estrés sea mayor, entre otras cosas, por ser el neuroticismo mayor), definido de esa manera por todas las personas que integran el grupo, probablemente puedan ser más determinantes los factores situacionales homogéneos, pudiendo perder peso explicativo las características de diferenciación individual, más predictivas cuando la situación está menos estructurada y es más heterogénea (ver Pérez-García, 2003, para una revisión). Según Connor-Smith y Flachsbart (2007) esto ocurre, en muestras con estrés crónico o de mayor intensidad, por estar más restringido el rango de estrategias que pueden usarse.

En conclusión, las dimensiones de personalidad más significativas fueron el neuroticismo, la extraversión y el tesón, que correlacionaron con el afrontamiento independientemente del grupo, mientras que la afabilidad y la apertura fueron las menos relacionadas. En concreto, en el grupo clínico la afabilidad no correlacionaba con el afrontamiento, y en el grupo control era la apertura la que no mostraba relaciones con ninguna estrategia.

A pesar de las diferencias en las relaciones según la muestra considerada, en general puede extraerse que el neuroticismo se relaciona con un mayor uso de estrategias desadaptativas, y menor uso de estrategias adaptativas, ocurriendo al contrario con el resto de dimensiones de personalidad, lo cual es coherente con los hallazgos previos comentados en la introducción teórica, especialmente con las conclusiones del meta-análisis de Connor-Smith y Flachsbart (2007) sobre las correlaciones entre personalidad y afrontamiento. Por tanto, podría concluirse que las **Hipótesis 6 y 7** se confirmaron.

De los datos anteriores con respecto a las relaciones entre personalidad (Cinco Grandes y positividad) y afrontamiento, puede concluirse que la positividad parece asociarse con el uso de estilos más adaptativos de afrontamiento en general, mientras que las Cinco Grandes dimensiones se relacionan diferencialmente con estilos específicos de afrontamiento.

- Por otro lado, en cuanto a las **variables que pueden influir en esa relación**, se considera que la edad es un factor relevante, siendo los efectos de la personalidad en el afrontamiento más fuertes en jóvenes en comparación con personas mayores (Connor-Smith y Flachsbart, 2007). Según Skinner y Zimmer-Gembeck (2007) esto es debido a que una mayor edad propicia un uso más flexible de las estrategias de afrontamiento, no sólo por la experiencia acumulada y la mayor capacidad para adecuar las estrategias a las demandas situacionales (con lo que disminuye la variabilidad en el afrontamiento, cobrando más importancia el contexto), sino también por el mayor desarrollo de habilidades cognitivas y verbales que hacen posible el uso de determinadas estrategias de mayor complejidad. Además, también pueden tener un efecto significativo los cambios en personalidad asociados a la edad. Así, el hecho de que con la edad se produzcan decrementos en neuroticismo, extraversión y apertura, y aumente la afabilidad y el tesón (McCrae et al., 2000; Roberts y Del Vecchio, 2000), da lugar a menos experiencias estresantes, con lo que disminuye la variabilidad en el afrontamiento, siendo los adultos más propensos en general a determinadas estrategias, como puede ser el afrontamiento activo o la reevaluación positiva, y atenuándose por tanto las relaciones entre personalidad y estas estrategias a medida que aumenta la edad (Carver y Connor-Smith, 2010). También se han encontrado mayores puntuaciones en positividad en personas de mediana edad en comparación con los sujetos más jóvenes y los más mayores (Caprara et al., 2012), lo que condicionará un uso diferencial de estrategias en función del momento vital, probablemente más estrategias de compromiso, búsqueda de apoyo y humor en personas de mediana edad, con más positividad.

Con respecto al sexo, se ha encontrado que influye en la relación entre personalidad y afrontamiento debido a las diferencias en el tipo de estresores experimentados entre hombres y mujeres, y a las diferencias existentes en personalidad y afrontamiento (Tamres et al., 2002), que indican que las mujeres puntúan más alto en afabilidad, tesón, y especialmente neuroticismo, y los hombres en extraversión y apertura (McCrae y Terracciano, 2005), y que apuntan en general a un mayor uso en las mujeres de todas las

estrategias de afrontamiento en general, probablemente por ser más altas en neuroticismo, percibir más situaciones vitales como estresantes y sufrir más ansiedad y depresión (Tamres et al., 2002), y en concreto a la preferencia por estrategias de apoyo social y centradas en las emociones como el desahogo (Lara et al., 2013; Matud, 2004; Tamres et al., 2002), mientras que los hombres prefieren el afrontamiento focalizado en el problema como la solución de problemas y la evitación para afrontar el estrés (Matud, 2004; Tamres et al., 2002). No obstante, se ha visto que el sexo es un moderador menos consistente que la edad, ya que sólo modera la relación entre ciertas dimensiones de personalidad y estrategias de afrontamiento específicas. Según Costa, Terraciano y McCrae (2001), la extraversión predice más fuertemente búsqueda de apoyo social en mujeres que en hombres, debido a la tendencia a puntuar más alto en las subfacetas cordialidad y gregarismo de extraversión (Costa et al., 2001). Las mujeres muestran una relación más fuerte entre apertura y distracción, lo que implicaría desplazar la atención de los sentimientos desagradables hacia pensamientos positivos y actividades. Esto puede ser debido a que son menos abiertas a la fantasía e ideas y más a los sentimientos, siendo más propensas por tanto a explorar los sentimientos negativos en comparación con los hombres que tenderían más a cambiar su foco de atención. Esto puede explicar por qué los hombres utilizan más las estrategias de distracción, atenuándose en ellos la relación entre la apertura y esta estrategia (Connor-Smith, Compas, Wadsworth, Thomsen y Saltzman, 2000; Tamres et al., 2002). Continuando con los hombres, en ellos se dan relaciones más débiles entre neuroticismo y la estrategia de solución de problemas, y más fuertes con el afrontamiento centrado en emociones negativas, probablemente debido a las expectativas sociales en relación al mayor uso por parte de los hombres, en comparación con las mujeres, de estrategias de afrontamiento activo frente al manejo desadaptativo de emociones, lo que genera que en el caso de alto neuroticismo en los hombres (que suelen puntuar menos en este rasgo que las mujeres), la relación con estas estrategias de afrontamiento sea más fuerte.

Con respecto a otras variables sociodemográficas, como el estado civil, la situación laboral o el nivel educativo o económico, algunos autores han apuntado que los diferentes eventos sociales que ocurren a lo largo de la vida pueden ir influyendo en la personalidad del individuo, y por tanto estas características podrían condicionar de alguna manera estos cambios (Caprara y Steca, 2004). Con respecto a la positividad, los pocos estudios que abordan la influencia de estas características han concluido que la positividad se ve poco afectada por éstas y que es relativamente estable a lo largo de la vida (Alessandri, Caprara et al., 2012). Pero parece que la influencia en el afrontamiento es más importante, pues características como la situación laboral o el nivel educativo o económico podrían dotar al sujeto de recursos e influir en la elección del afrontamiento (Matud, 2005; Mazokopakis et al., 2002).

No obstante, en este estudio no se realizaron análisis de correlaciones diferentes en función del sexo, de la edad o de otras variables sociodemográficas, no pudiéndose probar tales relaciones, aunque se incluyeron en los análisis de regresión posteriores debido a su importancia e influencia en las principales variables de estudio (ver *Tablas 16, 17 y 18*).

**F) Sexto objetivo: Análisis de las relaciones y la capacidad predictiva de la personalidad, positividad y afrontamiento sobre las respuestas emocionales de ansiedad y depresión.**

El último de los objetivos de este estudio era estudiar las relaciones de la personalidad, la positividad y el afrontamiento con la presencia y gravedad de sintomatología ansiosa y depresiva, esperándose encontrar que estas variables psicológicas, junto a las sociodemográficas relevantes, contribuyesen a su predicción, en el grupo clínico y en el control.

- En primer lugar, se estudiaron las **relaciones de la personalidad (Cinco Grandes y positividad) con la sintomatología.**

Se esperaba encontrar relaciones estrechas tanto con la sintomatología ansiosa como depresiva, en base a los hallazgos previos (Bienvenu y Stain, 2003; Kotov et al., 2010; Krueger y Tackett, 2003; Watson et al., 2005; Widiger, 2011), aunque con diferente peso en función de la dimensión considerada. En concreto se esperaban relaciones especialmente en el caso de las dimensiones de neuroticismo y extraversión. Con respecto al resto de dimensiones, la investigación es más escasa, y las relaciones encontradas más débiles e inconsistentes. Por otro lado, algunos autores han encontrado que las diferentes dimensiones de personalidad se relacionan con trastornos específicos, mientras otros consideran que un patrón de baja extraversión, afabilidad y tesón, y alto neuroticismo se relacionan con la presencia de psicopatología en general (Malouff et al., 2005).

En cuanto a los hallazgos concretos en este estudio con respecto a las relaciones entre personalidad (Cinco Grandes y positividad) y sintomatología, tal y como se esperaba, y considerando la **muestra total** (ver *Tabla 13*), se encontró que el neuroticismo tuvo relaciones significativas y positivas con las medidas de síntomas (tanto ansiedad como depresión), mientras que las dimensiones de extraversión, afabilidad, apertura, tesón y positividad, mostraron relaciones negativas, por lo que se confirmó la **Hipótesis 8**. No obstante, se encontraron diferencias también en las relaciones **en función del grupo** considerado (ver *Tablas 14 y 15*), concluyéndose lo siguiente:

- El neuroticismo y la positividad fueron las dimensiones con una correlación más alta con los síntomas (tanto ansiosos como depresivos) y consistente, independientemente de la muestra. Con respecto al neuroticismo, los resultados fueron acordes a los hallazgos previos, ya que es considerado uno de los predictores más robustos para el desarrollo de trastornos mentales ante el estrés (Lahey, 2009; Rockliff et al., 2014; Widiger, 2009), se esperaba que mantuviera relaciones significativas y positivas con ansiedad y depresión (Abott et al., 2008;

Clark et al., 1994; Khan et al., 2005; Kotov et al., 2010; Malouff et al., 2005). Con respecto a la positividad, y aunque se esperaban las relaciones encontradas con la sintomatología, no se esperaban hallazgos de tal magnitud. Recientemente, Caprara y colaboradores (2012) habían encontrado relaciones fuertes y negativas con medidas de depresión, aunque no estudiaron ansiedad. Y este mismo grupo de investigación recomendó su estudio en muestras clínicas con diferentes diagnósticos, ya que hasta ahora sólo se había estudiado en muestras comunitarias (Alessandri, Caprara et al., 2012). Por otro lado, en el primero de los trabajos publicados, incluido al inicio de este *Capítulo III*, en relación a la positividad y el afrontamiento en TA (Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015a) encontramos diferencias significativas en positividad entre la muestra de personas con TA y el grupo control, con puntuaciones menores en el primero, y que la positividad era un predictor significativo (e independiente del afrontamiento) de la presencia de un TA, aunque no se esperaba que las correlaciones fuesen similares a las encontradas con el neuroticismo.

- La extraversión correlacionó de forma negativa con la depresión tanto en el grupo clínico como en el control, pero no con la ansiedad. Esta dimensión ha sido otra de las más relacionadas con la psicopatología (en sentido negativo), pero en menor medida que el neuroticismo. En general se ha asociado al desarrollo de depresión, por lo que se esperaban asociaciones más fuertes con depresión, aunque también con la ansiedad, en base a los hallazgos previos (Clark y Watson, 1991; Kotov et al., 2007; Kotov et al., 2010; Watson, 2005).
- La afabilidad y el tesón no mantuvieron relaciones con las medidas sintomatológicas en el grupo clínico, pero sí en el grupo control y en la muestra total. Coincide con la conclusión de que el papel de la afabilidad en la psicopatología ha sido más débil. Se ha relacionado en algunos casos más con otro tipo de trastornos, que no incluyen síntomas ansiosos o depresivos (Kotov et al., 2010), aunque otros autores la han relacionado positivamente con la

presencia de psicopatología en general (Malouff et al., 2005). No obstante, el papel del tesón ha sido destacado en los últimos años, habiéndose relacionado tanto con ansiedad como con depresión en diferentes estudios y algunos meta-análisis (Kotov et al., 2010; Malouff et al., 2005; Watson, 2005).

- Y por último, la única dimensión que no correlacionó con la sintomatología en ningún caso fue la apertura a la experiencia, que en general se ha relacionado menos con la psicopatología. En el meta-análisis de Kotov y colaboradores (2010) no mostró relaciones con ninguno de los trastornos evaluados.

En conclusión, la **Hipótesis 8** se confirmó parcialmente, pues todas las dimensiones excepto la apertura se relacionaron de algún modo con la sintomatología (de forma negativa en el caso del neuroticismo, y positivas en el resto), siendo las relaciones en general más significativas considerando la muestra total y en el grupo control, en comparación con el grupo clínico.

Existen diferentes explicaciones a las relaciones encontradas entre personalidad y psicopatología. Algunos autores consideran que la relación está mediada por las diferentes experiencias vitales que favorecen los diferentes rasgos de personalidad, teniendo también un importante papel los diferentes estilos de afrontamiento que mediarían esa relación (Diener, Sandvik, Pavot y Fujita, 1992; McCrae y Costa 1991; Mirnics et al., 2013). Por ejemplo, el alto tesón puede predecir un afrontamiento activo y un mayor logro, y favorecer un mayor bienestar y salud mental. La extraversión puede predisponer a la búsqueda de apoyo social, y como consecuencia al afecto positivo, y el neuroticismo, a estilos de afrontamiento más desadaptativos como el abandono o la autculpa que predispongan al afecto negativo (Diener, 1996). Y recientemente, Mirnics y colaboradores (2013) encontraron que efectivamente el afrontamiento mediaba en la relación entre extraversión y tesón con la psicopatología, prediciendo estilos de afrontamiento de aproximación y autorregulación, pero no en la relación entre

neuroticismo y psicopatología (el resto de dimensiones, afabilidad y apertura, no predijo la psicopatología). Sin embargo, otros estudios han encontrado que aunque muy relacionados, personalidad y afrontamiento son relativamente independientes en la predicción de la psicopatología (Phipps y Srivastava, 1997). En este estudio no se realizaron análisis de mediación o moderación de unas variables sobre otras, lo que limitaría las conclusiones en este sentido.

Por otro lado, la personalidad se relaciona con la valoración cognitiva de las situaciones, y estas a su vez con el afrontamiento, influyendo tanto la valoración como el afrontamiento en la sintomatología.

Desde la teoría transaccional del estrés de Lazarus y Folkman (1984) se hace énfasis en los procesos cognitivos de valoración, proponiéndose que al enfrentarnos a situaciones estresantes realizamos una valoración primaria sobre el significado de la situación (pudiendo ser interpretado como una situación benigna, o bien una amenaza, un daño o pérdida, o un desafío o cambio); y una valoración secundaria, asociada a la anterior, y referida a si se disponen de recursos de afrontamiento, relacionándose ambas valoraciones con el tipo de estrategia de afrontamiento empleada (Wonghongkul et al., 2006), y dando lugar a diferentes resultados

Además, dependiendo del tipo de valoración que se realiza es posible que aparezcan diferentes problemas de salud mental. Así, algunos autores han encontrado que sucesos concretos como el diagnóstico de cáncer típicamente dan lugar a valoraciones de amenaza, que a su vez se asocian con ansiedad, o bien de daño o pérdida, que se asocian a depresión (Bigatti et al., 2012; Bjorck, Hopp y Jones, 1999; Gallagher et al., 2002).

Otros autores, desde teorías cognitivas, consideran que la personalidad puede moderar el procesamiento de estímulos emocionales (Bower, 1981; Canli et al., 2001), basándose en hallazgos neurobiológicos. De esta forma, por ejemplo, la extraversión se asociaría con la reactividad a estímulos emocionales positivos, y el neuroticismo con la reactividad a estímulos emocionales negativos (Canli et al., 2001). Bower (1981), por otro lado, considera que las emociones y los rasgos impondrían una estructura

---

organizativa de la información en la memoria (redes asociativas), dando lugar a un mejor procesamiento y recuerdo de material emocional positivo o negativo, en función de si es alta la extraversión o el neuroticismo, respectivamente.

Estas explicaciones con respecto a las diferencias cognitivas o de procesamiento en función de la personalidad y su influencia en el desarrollo de la sintomatología se han basado principalmente en hallazgos neuroanatómicos o psicofisiológicos cuyo origen está principalmente en algunas teorías psicobiológicas sobre la personalidad como la de Eysenck (1981), Gray (1987) o Cloninger (1987).

- En segundo lugar, se estudiaron las **relaciones entre afrontamiento y sintomatología**. Se esperaba que los estilos de afrontamiento más adaptativos (el afrontamiento de compromiso, la búsqueda de apoyo y el uso del humor) se relacionasen con una menor sintomatología ansiosa y depresiva, y que el afrontamiento más desadaptativo, o de falta de compromiso, se relacionase con mayor sintomatología, en base a lo encontrado previamente en la literatura (Carver y Connor-Smith, 2010; Taylor y Stanton, 2007).

Se encontró que los estilos de afrontamiento correlacionaron de forma diferencial con los síntomas, aunque con diferencias en función del grupo. En general, el afrontamiento de falta de compromiso mantuvo relaciones positivas con las medidas sintomatológicas, mientras que el resto mantuvo relaciones negativas, resultando por tanto más adaptativas. Por tanto, la **Hipótesis 9** se confirmó, aunque parcialmente.

- Las relaciones más consistentes e importantes fueron las del afrontamiento de falta de compromiso, que se relacionó con mayores puntuaciones tanto en ansiedad como en depresión, y tanto en la muestra total como en las submuestras (exceptuando que en el grupo clínico no correlacionó con ansiedad). Esto ha sido explicado en base a que el uso de estrategias de afrontamiento de falta de compromiso minimiza la probabilidad de resolución de un problema,

contribuyendo a agravarlo o cronificarlo, disminuye la percepción de control, y favorece finalmente un aumento de estresores vitales a lo largo del tiempo, factores que a su vez tienden a incrementar el malestar y los síntomas psicopatológicos (Holahan et al., 2005; Lazarus, 1991; Roesch y Weiner, 2001; Todrank Heth y Somer, 2002).

- También resultaron consistentes las relaciones del afrontamiento de religión, que en todas las muestras correlacionó de forma positiva, e inesperada, con una mayor ansiedad. No obstante, este resultado sería coherente con el efecto negativo de esta estrategia cuando se utiliza para evitar hacer frente a los problemas, es decir, como una estrategia de evitación (Lara et al., 2013).
- El afrontamiento de compromiso correlacionó con una menor puntuación en depresión en el grupo total, y tanto con depresión como con ansiedad en el grupo control (pero no mantuvo relaciones significativas con los síntomas en el grupo clínico). Esto resulta coherente con lo encontrado en algunos estudios como las revisiones de Taylor y Stanton (2007) o Compas y colaboradores (2012), donde se concluye que aunque en general se relaciona con mejor ajuste y salud psicológica, en cuanto que maximiza la probabilidad de resolución de la situación o del estado emocional derivado, los resultados son menos concluyentes que los encontrados con otras estrategias de afrontamiento, probablemente porque en algunas ocasiones algunas estrategias como la solución de problemas no son útiles ante determinados estresores, por ejemplo, ante sucesos incontrolables o inmutables.
- Por último, el humor mantuvo relaciones negativas tanto con ansiedad como con depresión, pero únicamente en la muestra total, siendo los resultados en la muestra control en la misma dirección, y no mostrando relación alguna con la sintomatología en la muestra clínica. No obstante, se hubiese esperado una relación negativa con la sintomatología, en la medida en que esta estrategia supone una forma de reestructuración o reevaluación de la situación con el

objetivo de conseguir una mejor adaptación a la situación estresante cuando esta no se puede modificar (Connor-Smith y Flachsbart, 2007). Es probable que en el grupo de sujetos con TA, la propia sintomatología o estado afectivo pueda haber inhibido la puesta en marcha de esta estrategia.

- Finalmente, se realizaron análisis de regresión para comprobar la **capacidad predictiva de la personalidad, la positividad y el afrontamiento sobre la sintomatología ansiosa y depresiva.**

Se esperaba que el neuroticismo y el afrontamiento de falta de compromiso fuesen los factores más predictivos de la sintomatología.

Los análisis se realizaron inicialmente considerando la **muestra total**, pues el número de sujetos en cada grupo por separado no era suficiente teniendo en cuenta el número de variables predictoras que se introdujeron en los análisis de regresión. No obstante, debido a que la pertenencia a uno u otro grupo resultó ser un factor relevante en la predicción de la sintomatología, se realizaron los análisis posteriormente para cada grupo, considerando que el alcance de las conclusiones sería menor.

- En cuanto a los **predictores de sintomatología depresiva:**
  - en la **muestra total**, el hecho de pertenecer al grupo clínico, un mayor neuroticismo, menor positividad, estar en situación laboral no activa, un mayor uso de estrategias de falta de compromiso y un menor nivel educativo, predijeron mayores puntuaciones en depresión, contribuyendo juntos a explicar casi un 70% de la varianza en esta variable (ver *Tabla 19*).
  - Como se ha comentado, dado que el grupo fue tan relevante en la predicción de la medida de depresión, se realizaron los análisis de regresión **para cada grupo**, y se encontró que la predicción de la varianza fue menor en comparación con la muestra total, y

especialmente más pequeña en el caso del grupo clínico (34% de varianza explicada en el grupo clínico, 49% en el control; y 69% en la muestra total). También se encontraron algunas diferencias en las variables predictoras, especialmente en el grupo clínico. En concreto, en el grupo clínico dejaron de ser predictivas las variables sociodemográficas anteriores, siéndolo en este caso el sexo (en sentido negativo) y el nivel económico (en sentido negativo). Es decir, que en el **grupo clínico** una menor positividad, mayor neuroticismo, un mayor uso del afrontamiento de falta de compromiso, ser hombre y un nivel económico más bajo predecían más síntomas depresivos (ver *Tabla 20*). Sin embargo, en el **grupo control**, las variables predictivas se mantuvieron prácticamente iguales, excepto porque el nivel educativo dejó de ser un predictor significativo (ver *Tabla 21*).

- En conclusión, los principales predictores de la puntuación en depresión, fueron el neuroticismo (en sentido positivo), la positividad (en sentido negativo) y el uso del afrontamiento de falta de compromiso (en sentido positivo), junto a algunas variables sociodemográficas, diferentes según la muestra considerada.
- En cuanto a las **variables predictoras de la ansiedad**:
  - En la **muestra total**, la pertenencia al grupo clínico, un mayor neuroticismo, estar en situación laboral no activa, un mayor uso del afrontamiento de religión y un menor nivel educativo, predijeron una mayor puntuación en ansiedad, siendo la capacidad predictiva de la ecuación del 53% (ver *Tabla 19*).
  - Debido a que en este caso el grupo resultó igualmente una variable muy relevante en la predicción de la ansiedad, se realizaron de

nuevo los análisis de regresión por separado **para cada grupo**, y se encontró también que la predicción de la varianza fue menor en comparación con la muestra total, y muy especialmente en el caso del grupo clínico (sólo un 8% de varianza explicada en el grupo clínico, y 43% en el control; habiendo sido del 53% en la muestra total).

- En el **grupo clínico** únicamente resultó predictivo el neuroticismo (ver *Tabla 20*)
- Sin embargo, en el **grupo control**, resultaron predictores significativos el neuroticismo y la situación laboral (ver *Tabla 21*).
- En conclusión, las variables predictivas de la ansiedad fueron más inconsistentes que en el caso de la depresión, siendo diferentes en función del grupo considerado, aunque las más importantes fueron el neuroticismo y la situación laboral (sólo en la muestra total y control). La positividad sólo resultó relevante en el grupo clínico.

En base a los resultados anteriores, puede concluirse que la **Hipótesis 10** se cumplió parcialmente, ya que el neuroticismo y el afrontamiento de falta de compromiso fueron algunos de los factores más relevantes en la predicción de la sintomatología, aunque también hubo otros factores con significación.

El tipo de afrontamiento tuvo un papel muy importante en la predicción de la sintomatología. En concreto, un mayor uso del afrontamiento de falta de compromiso predijo mayores puntuaciones en depresión, pero no en ansiedad, e independientemente de la muestra considerada, lo que resulta compatible con los hallazgos previos que conceden a esta estrategia un papel fundamental, que modula las consecuencias del estrés en la salud mental (Carver y Connor-Smith, 2010; Taylor y Stanton, 2007). Además, en el primero de los estudios publicados (Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015a) esta estrategia incrementó en siete veces la posibilidad de pertenecer al grupo clínico, con TA. No obstante, en este estudio

también la búsqueda de apoyo y el humor contribuyeron a la predicción de la pertenencia a uno u otro grupo, confirmando la literatura su importancia en el desarrollo de psicopatología (Carver y Connor-Smith, 2010; Taylor y Stanton, 2007), mientras que en este caso, solo el afrontamiento de religión resultó ser un predictor de la sintomatología, aunque únicamente de la ansiedad y considerando la muestra total. Esta última estrategia ha sido menos estudiada que el resto, pero como se ha explicado antes, esta estrategia podría ser considerada de evitación cuando el sujeto busca alejarse o evitar la situación de estrés, y por tanto, tener consecuencias negativas para el ajuste y el bienestar (Lara et al., 2013).

En cuanto a la personalidad, de las Cinco Grandes dimensiones, el neuroticismo fue la única relevante en la predicción de la sintomatología, tanto ansiosa como depresiva, y de forma consistente en todas las muestras, confirmándose por tanto su relevancia. Los resultados apoyarían los hallazgos previos, que consideran que esta dimensión es la más relevante en la predicción de la psicopatología, y que los hallazgos en cuanto al resto de dimensiones son más inconsistentes (Abott et al., 2008; Andrews et al., 1990; Gunderson et al., 1999; Kendler et al., 2006; Khan et al., 2005; Kotov et al., 2010; Lahey, 2009; Malouff et al., 2005; Mirnic et al., 2013; Rockliff et al., 2014; Van der Lee et al., 2014; Widiger, 2009). Y más concretamente, los resultados irían en la línea de las conclusiones de trabajos como el de Clark y Watson (1991a), que mantienen que el neuroticismo se asocia con el afecto negativo y con los trastornos tanto ansiosos como depresivos, mientras que la extraversión se asocia al afecto positivo, que no fue considerado en este estudio, siendo las relaciones del resto de dimensiones con el afecto más débiles.

La positividad también predijo la sintomatología de forma consistente en todas las muestras, pero únicamente predijo una menor puntuación en sintomatología depresiva, resultando ser un predictor tan relevante como el neuroticismo. Este resultado es coherente con los hallazgos del grupo de Caprara, que encuentra que es un fuerte predictor de medidas de bienestar, entre ellas la depresión (Caprara et al., 2012) y también de lo encontrado en nuestro estudio, recientemente publicado (Vallejo-Sánchez y Pérez-García, 2015a), y vienen

a confirmar su influencia en la salud mental, independientemente del afrontamiento y de las Cinco Grandes dimensiones.

Por último, las variables sociodemográficas también resultaron ser importantes predictoras de la sintomatología, especialmente la situación laboral no activa que predijo mayores puntuaciones tanto en ansiedad como en depresión (sin relevancia en el grupo clínico), resultando también predictivas un menor nivel educativo (sólo considerando la muestra total), ser hombre (en el grupo clínico) y menor nivel económico (en el grupo clínico). En general, los resultados son compatibles con los hallazgos de la literatura, que encuentran que el hecho de tener trabajo, o tener un nivel educativo y económico mayor protegen del desarrollo de problemas de salud mental (Mazokopakis et al., 2002; Ortiz-Hernández et al., 2007; Paul y Moser, 2009), en cuanto que, por un lado, implican una menor ocurrencia de sucesos estresantes (es decir, el hecho de estar en paro es en sí mismo una situación estresante), y por otro, dotan al sujeto de más recursos para la resolución de estas situaciones, minimizando su impacto en caso de que se den. No obstante, el hecho de que ser hombre predijese más síntomas depresivos en la muestra clínica no fue coherente con lo encontrado en otros estudios, ya que en general se asocia el sexo femenino a mayor psicopatología ansiosa y depresiva (González, Fernández, Pérez y Amigo, 2007).

## **CAPÍTULO IV. RESUMEN Y CONCLUSIONES GENERALES**



## 1. RESUMEN DE LOS RESULTADOS

Considerando los resultados analizados y discutidos anteriormente, y en respuesta a los objetivos planteados en este estudio, podemos establecer algunas conclusiones que se enumeran a continuación:

1. Las personas diagnosticadas de TA fueron más jóvenes, estuvieron desempleadas con mayor frecuencia y tuvieron de media un nivel educativo y económico más bajo que otras muestras de la población general. En esta muestra no se encontraron diferencias con el grupo control en otras variables sociodemográficas como sexo o estado civil.

2. El subtipo de TA más prevalente fue el mixto, seguido muy de lejos del TA con síntomas depresivos y del subtipo ansioso.

3. Los hallazgos en relación a las características de personalidad y afrontamiento estudiadas fueron acordes a lo esperado y a lo encontrado previamente en la literatura en muestras con psicopatología. Las personas diagnosticadas de TA, en comparación con el grupo control, fueron menos extravertidas y más neuróticas, siendo el tamaño del efecto de las dimensiones de personalidad pequeño, en el caso de la extraversión, y moderado en el caso del neuroticismo, controlando en el análisis de estas diferencias las características sociodemográficas relevantes. También las personas con TA presentaron una menor positividad que el grupo control (siendo en este caso el tamaño del efecto moderado). Y con respecto al afrontamiento, las personas con TA recurrieron en mayor medida que el grupo control a estrategias de afrontamiento de falta de compromiso, y en menor medida al humor.

4. También se encontraron, tal y como se esperaba, asociaciones en general significativas entre personalidad (Cinco Grandes y positividad) y afrontamiento. En concreto, se encontró que el neuroticismo y la positividad fueron las dimensiones de personalidad con relaciones más importantes con el afrontamiento, prediciendo el neuroticismo especialmente un mayor uso de estrategias de falta de compromiso (y en menor

medida un menor uso de otras estrategias más adaptativas, como el afrontamiento de compromiso y el uso del humor); mientras que la positividad fue la única característica de personalidad que se relacionó con todas las estrategias de afrontamiento (en sentido negativo con la falta de compromiso), siendo las relaciones más importantes con el uso de estrategias de compromiso y de apoyo. El resto de dimensiones de personalidad (extraversión, afabilidad, tesón y apertura) mantuvo relaciones de pequeña magnitud con el afrontamiento, positivas con el afrontamiento de compromiso y negativas con la falta de compromiso, siendo el uso del humor más específico de las personas altas en extraversión y apertura, y el apoyo también más usado por las personas altas en extraversión y afabilidad. La religión fue la estrategia de afrontamiento menos relacionada con la personalidad.

5. En cuanto a las relaciones entre las principales variables de personalidad y afrontamiento y la sintomatología también resultaron en general esperables, de forma que una mayor positividad, extraversión, afabilidad, apertura y tesón, así como el uso de estrategias de afrontamiento más adaptativas (de compromiso, humor y religión, pero no apoyo) se relacionaron con menores puntuaciones en ansiedad y depresión, mientras que un mayor neuroticismo y mayor uso de estrategias desadaptativas (de falta de compromiso) se asociaron a índices más altos de sintomatología.

6. En el grupo de personas con TA, las relaciones entre las principales variables del estudio no fueron tan consistentes ni esperables, desde el punto de vista informado en la literatura, como en el caso del grupo control o considerando la muestra total. Este resultado tiene implicaciones importantes con respecto a la posibilidad de generalización (o validez externa) de los resultados al usar muestras no clínicas en la investigación.

7. Los resultados en cuanto a las relaciones entre variables pueden haberse visto influenciados por los instrumentos de medida utilizados y por las variables incluidas en el estudio, siendo las relaciones complejas y moderadas probablemente por muchos factores, que habría que seguir investigando.

8. Con respecto a la capacidad predictiva de las variables sobre la sintomatología, un mayor neuroticismo, menor positividad y más afrontamiento de falta de compromiso fueron

los principales predictores de la sintomatología depresiva, junto al hecho de pertenecer al grupo clínico (al considerar la muestra total) y a algunas variables sociodemográficas, diferentes según la muestra considerada (las más relevantes fueron estar desempleado y un menor nivel educativo).

9. La sintomatología ansiosa, por otro lado, fue predicha principalmente por un mayor neuroticismo y un mayor uso del afrontamiento de religión, junto al hecho también de pertenecer al grupo clínico, estar desempleado y tener un menor nivel educativo. En este caso, las variables predictivas fueron más inconsistentes y dependientes de la muestra considerada.

10. Por otro lado, en el primero de los trabajos publicados se encontró que, considerando algunas de las variables estudiadas podía predecirse con un gran nivel de seguridad la pertenencia al grupo clínico (y por tanto, la presencia de un TA). En concreto, un alto uso de estrategias de falta de compromiso y bajo de humor, baja positividad, tener menor edad y estar en paro predijeron la pertenencia al grupo clínico en un 91% de los casos.

11. De los resultados anteriores se desprende que tanto la personalidad como las estrategias y recursos de afrontamiento (y dentro de estos últimos podrían ser consideradas las características sociodemográficas como el nivel educativo o la situación laboral) usados ante el estrés, pueden ser factores de vulnerabilidad o protección para el desarrollo de psicopatología, en concreto de TA. Por tanto, deberían ser considerados en la evaluación y abordaje preventivo y terapéutico de personas que han pasado por una situación vital altamente estresante, por un lado, de cara a una mejor identificación de los sujetos más vulnerables, y por otro, para el desarrollo de estrategias más adaptativas de afrontamiento y la modificación de aspectos relacionados con la personalidad, como las valoraciones cognitivas o la regulación emocional.

## 2. APORTACIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

### A) Aportaciones del estudio

La principal aportación de este trabajo reside en el hecho de que apenas existen estudios que aborden específicamente la influencia de variables disposicionales como la personalidad y el afrontamiento en el desarrollo o evolución de un TA, así como la relación entre estas variables, a pesar de que éstos se han considerado factores relevantes, y considerando la importancia de este diagnóstico. Y concretamente, con respecto a la positividad, se aportan datos novedosos en nuestro país acerca del importante papel de este constructo en la psicopatología. Los resultados pueden tener implicaciones importantes de cara a la construcción de modelos etiológicos comprensivos y descriptivos, y también con respecto a la evaluación, diagnóstico y abordaje psicoterapéutico.

En cuanto a la definición del TA, ya en los últimos años se ha apuntado a la necesidad de elaborar una clasificación de trastornos mentales no únicamente en base a síntomas, sino también en base a otros aspectos como los etiológicos, no habiéndose realizado hasta la fecha en parte debido a la falta de evidencia consistente en relación a muchos de los trastornos mentales (Regier et al., 2013). En anteriores ediciones, la tendencia fue justo la contraria, intentando eliminarse toda referencia a aspectos causales, con el objetivo de resultar una clasificación atórica, y fue justo la categoría de TA una de las pocas (junto al TEPT y el TEA) que mantuvo esa referencia a la importancia de la etiología, aunque sólo con respecto a factores ambientales. Este estudio supone un intento de acercamiento al conocimiento de los factores personales que también pueden ser importantes en su desarrollo, al igual que también se ha visto que lo son en otros como el trastorno depresivo o de ansiedad.

Con respecto a la evaluación, en la práctica clínica es más frecuente la valoración de la personalidad patológica frente a la normal. No obstante, en la literatura en general, aunque falta evidencia longitudinal, se ha encontrado que el neuroticismo y otros rasgos como la

extraversión, el tesón, o la afabilidad son correlatos muy importantes de los trastornos mentales comunes, y su valoración puede ayudar a la conceptualización del caso y la planificación de la intervención (Bagby et al., 2008; Quilty et al., 2008). Ocurre lo mismo con el afrontamiento, que juega un papel muy importante como mediador entre las circunstancias estresantes y la salud, que sin embargo no ha sido adecuadamente reconocido en las principales descripciones o clasificaciones diagnósticas. En nuestro estudio, en concreto, también se han encontrado relaciones significativas de la personalidad y el afrontamiento con la presencia y gravedad de la sintomatología, por lo que su valoración en personas con un TA también resulta primordial.

También es importante considerar estas variables para guiar los esfuerzos de intervención e incluso de prevención, resultando útil para identificar individuos en riesgo de desarrollar trastornos mentales (Smit et al., 2004; Tokuyama, Nakao, Seto, Watanabe y Takeda, 2003), así como también para el establecimiento de objetivos de las intervenciones preventivas y psicoterapéuticas en las poblaciones de riesgo identificadas. Esto es especialmente importante considerando que los recursos de los sistemas de salud son limitados, y deben dirigirse especialmente a aquellos sujetos en los que se prevé un peor pronóstico, interviniéndose en aquellos con más factores de vulnerabilidad, probablemente aquellos con mayor neuroticismo, menor positividad o un afrontamiento más desadaptativo.

Por un lado, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento, puede mejorar el manejo de diferentes estresores, incluso considerando la importante contribución de los factores ambientales y genéticos en los procesos de estrés (Taylor y Stanton, 2007).

El entrenamiento en efectividad del afrontamiento descrito por Folkman y colaboradores (1991) incluiría un entrenamiento en valoración para descomponer los estresores globales en tareas específicas de afrontamiento y distinguir aspectos de los estresores modificables de aquellos no modificables, adaptando cada estrategia de afrontamiento particular a estresores específicos y entrenando a la persona para incrementar la efectividad en la selección y mantenimiento de recursos de apoyo. Recientemente, Waugh y Koster (2014) hacen hincapié también en el entrenamiento en flexibilidad, esto es, la

habilidad para identificar las demandas del ambiente y emplear la estrategia más adecuada, así como también una mayor atención al manejo de estresores diarios que pueden dificultar el afrontamiento de estresores mayores.

Se ha encontrado que el entrenamiento en la mejora del afrontamiento es eficaz para mejorar el estrés percibido, la autoeficacia, los síntomas de ansiedad (Chesney, Chambers, Taylor, Johnson y Folkman, 2003), y los síntomas depresivos (Cruess et al 2002), y que estas mejoras se producen por un aumento en el afrontamiento activo y de aceptación, y por la disminución de actitudes disfuncionales y del afrontamiento de falta de compromiso (Carrico et al 2006).

Hay evidencia de la efectividad de estos programas de entrenamiento en afrontamiento con muestras diferentes: en niños y adolescentes (Compas et al. 2010; Grey, Boland, Davidson y Tamborlane, 2000; Tein et al., 2004, 2006; Szigethy et al., 2007), personas con enfermedades que cursan con dolor crónico (Perry, Nicholas y Middleton, 2010), pacientes con diabetes (Thorpe et al., 2013), poblaciones expuestas a situaciones potencialmente traumáticas, como soldados en zonas de conflicto armado (Cornum, Matthews y Seligman, 2011), etc.

No obstante, en general, los numerosos hallazgos con respecto a la influencia de los procesos de afrontamiento en la adaptación al estrés no han sido adecuadamente trasladados al ámbito clínico para el desarrollo de estrategias de intervención psicosocial (Coyne y Racioppo, 2000; de Ridder y Schreus, 2001).

Con respecto a la intervención para la modificación de los rasgos de personalidad, los esfuerzos deberían dirigirse a las personas con mayor neuroticismo, teniendo en cuenta los hallazgos previos y de este estudio en cuanto a su importancia en la predicción de la sintomatología. Considerando que los rasgos de personalidad como patrones persistentes e idiosincrásicos en la forma de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo, cabría esperar dificultades en su modificación, pero se han desarrollado multitud de técnicas psicológicas eficaces, que son generalmente adaptaciones de las utilizadas para el

resto de trastornos. Esto es porque, si entendemos las estrategias y técnicas psicológicas desarrolladas para la modificación de formas de percibir, pensar, sentir, o comportarse que se dan en determinados trastornos, como los ansiosos o depresivos, también podrían utilizarse cuando estas mismas formas, por repetitivas, se han convertido en formas persistentes o patrones de personalidad. Así, por ejemplo, se ha encontrado que las técnicas de meditación contribuyen a la reducción de la reactividad emocional y la modificación de los patrones cognitivos, lo que contribuye a su vez en una mejoría en los síntomas ansiosos y depresivos (Srivastava, Talukdar y Lahan, 2011).

No ocurre lo mismo con los trastornos de personalidad, en los que encontramos una serie de conductas desadaptativas hiperdesarrolladas, rígidas y muy resistentes al cambio para las que no existe actualmente ninguna terapia psicológica considerada eficaz (Quiroga y Erraste, 2001).

Por otro lado, existe una cantidad creciente de literatura que indica que la personalidad es un factor cuya consideración es importante en las intervenciones tanto con trastornos físicos como mentales, ya que predice el pronóstico y la efectividad total del tratamiento, así como componentes específicos de la efectividad, como es la adherencia al tratamiento (Hilsenroth, 2004). Por ejemplo, Quilty y colaboradores (2008) encontraron en un estudio con pacientes deprimidos que los que mejor respondían a un tratamiento combinado farmacológico y psicoterapéutico eran los más bajos en neuroticismo y más altos en extraversión, tesón y apertura. Y Bagby y colaboradores (2008) encontraron en una muestra similar que el perfil de personalidad también predecía la respuesta diferencial a las modalidades de tratamiento. En concreto, encontraron que los pacientes con altos niveles de neuroticismo respondían mejor a tratamiento farmacológico en comparación con el tratamiento cognitivo conductual. Por último, Stilley, Sereika, Muldoon, Ryan y Dunbar-Jacob (2004) encontraron en una muestra médica que los pacientes con alto tesón mostraban mejor adherencia al tratamiento farmacológico prescrito.

Con respecto a la positividad, aún no se han realizado estudios sobre los efectos de una intervención sobre el constructo, tal como se ha definido, en el proceso de afrontamiento

---

de los acontecimientos vitales estresantes, aunque sí que se ha reconocido su importancia, en cuanto que se ha sugerido que un aumento de la positividad puede promover las emociones positivas durante el estrés y disminuir los síntomas depresivos y la recurrencia de episodios depresivos (Waugh y Koster, 20014). Aunque Caprara y colaboradores (2009) se preguntan por la posibilidad de intervención considerando la fuerte influencia genética encontrada, algunos otros estudios apuntan al hecho de que la promoción de aspectos como la autoeficacia o las experiencias de dominio pueden ayudar al desarrollo de la positividad (Caprara, Alessandri et al., 2010; Caprara y Steca, 2005). Sí que se han realizado estudios sobre intervenciones que han repercutido en cambios en algunas de las facetas que conforman la positividad. En concreto, se ha encontrado que las intervenciones sobre el afrontamiento pueden producir cambios en las medidas de optimismo. Chesney y colaboradores (2003) encontraron incrementos en optimismo tras aplicar un programa de entrenamiento en afrontamiento en pacientes con VIH. Y Antoni y colaboradores (2001) con un programa de manejo cognitivo conductual del estrés consiguieron también un incremento del optimismo en pacientes con cáncer. Y así mismo, también existe evidencia de éxito de intervenciones directas para modificar el optimismo, generalmente a través del cambio en el significado de experiencias pasadas, o de las expectativas sobre el futuro, a través de técnicas cognitivas, de imaginación, etc. (Fosnaugh, Geers y Wellman, 2009; Peters, Flink y Boersma, 2010).

#### B) Limitaciones del estudio y recomendaciones

Con respecto a las limitaciones de este estudio, habría que señalar algunos problemas principalmente metodológicos que pueden restringir las conclusiones.

Con respecto al diseño del estudio, resulta destacable en primer lugar el hecho de que la muestra control no fue seleccionada de forma aleatoria, sino que el muestreo fue de tipo incidental. Este tipo de muestreo, que suele ser utilizado en estudios exploratorios y cuando la selección aleatoria resulta complicada, unido al reducido número de sujetos que componían tanto el grupo clínico como control, podría comprometer la generalización de los

resultados obtenidos. Y por este motivo, podría ser recomendable la replicación del estudio con otros grupos controles.

Por otro lado, se trata de un estudio de corte transversal (evalúa las características de personalidad, positividad y afrontamiento y la presencia del trastorno en el mismo momento temporal), lo que limitaría la posibilidad de establecer relaciones causales entre las variables analizadas, y entre éstas y el desarrollo de un TA. Así, por ejemplo, no quedan adecuadamente recogidos los cambios de un tipo de afrontamiento a otro que pueden darse con el paso del tiempo, cuando una estrategia no ha resultado eficaz y se intenta otra, o bien, aunque haya sido eficaz, como consecuencia del desarrollo de psicopatología o de cambios estables en la personalidad. Sin embargo, un diseño longitudinal aportaría evaluaciones más fiables y recogería mejor la relación entre ambas variables. También en el estudio de la personalidad y la relación tanto con el afrontamiento como con el desarrollo de la psicopatología, resultaría relevante un abordaje longitudinal. Con respecto a la relación con el afrontamiento, la personalidad puede influir en la flexibilidad en el uso de estrategias y el cambio de estrategia, facilitando o entorpeciendo la adaptación a las demandas ambientales y al éxito de las estrategias. No obstante, las relaciones en este sentido son complejas, y hasta la fecha los estudios longitudinales tampoco aportan datos concluyentes. Y con respecto a la relación entre personalidad y la psicopatología, es frecuente también analizar la personalidad durante o después de un episodio afectivo o ansioso, a pesar de que se sabe que el estado afectivo puede influir en el autoinforme (Clark et al., 1994), e incluso dar lugar a modificaciones estables en la forma de ser o actuar de la persona (p.ej., tras una vivencia interpersonal negativa y el desarrollo de una reacción emocional desadaptativa, la persona puede volverse más aprensiva o desconfiada, y cambiar su forma de actuar y ver la vida). Sin embargo, la determinación de secuencias causales requiere de investigación longitudinal con sujetos que no hayan aún desarrollado un trastorno mental, existiendo algunos estudios en esta línea (Abott et al., 2008; Gunderson et al., 1999; Kendler et al., 2006; Khan et al., 2005). Por otro lado, tampoco se analizaron los posibles efectos mediadores o moderadores de algunas de las variables en las relaciones encontradas, lo que podría haber contribuido a una

mejor comprensión de los resultados. Así, por ejemplo, Mirnics y colaboradores (2013) encontraron que el afrontamiento mediaba la relación entre algunas de las dimensiones de personalidad y la psicopatología.

En cuanto a los instrumentos utilizados, se trata de medidas de autoinforme, algunas retrospectivas (se pregunta a los sujetos sobre cómo eran antes), lo que puede dar lugar a sesgos de memoria y fallos en la incorporación del contexto, afectando a los resultados obtenidos. Así, por ejemplo, un estado anímico negativo actual puede llevar a los sujetos a sobreinformatar la presencia de síntomas y a infrainformatar sobre el uso de estrategias de afrontamiento efectivas. Por este motivo, algunas revisiones (Carver y Connor-Smith, 2010; Connor-Smith y Flachsbart, 2007) han subrayado la importancia de utilizar otros instrumentos complementarios, como una aproximación observacional o el informe de otros observadores para minimizar este sesgo, así como medidas prospectivas frente a las retrospectivas, aunque los costes añadidos son evidentes. Por ejemplo, Connor-Smith y Flachsbart (2007) encuentran que con el uso de autoinformes los sujetos altos en neuroticismo informaban de un menor uso de estrategias de afrontamiento de compromiso (por tanto, una relación negativa entre neuroticismo y afrontamiento de compromiso), pero con el uso de registros diarios, los altos en neuroticismo informaban de un alto uso de afrontamiento de compromiso (una relación positiva, por tanto), pues los sesgos en la autovaloración (en el sentido de tender a valorar negativamente la propia actuación) se minimizaban, influyendo entonces de manera decisiva el tipo de medida en la relación encontrada entre personalidad y afrontamiento.

También es cierto que las medidas de autoinforme pueden no inducir sesgos en la misma medida en todos los constructos evaluados. Por ejemplo, Clark y colaboradores (1994) consideran que el neuroticismo especialmente es una dimensión muy dependiente del estado depresivo, es decir, las puntuaciones cambian en función de la presencia de síntomas depresivos, y no lo hace en igual medida que el resto de dimensiones. Esto, por tanto, podría haber influido en las diferencias encontradas entre los grupos clínico y control de este estudio. No obstante, hay estudios que han identificado elementos de la escala de

neuroticismo que permanecen invariables en estados depresivos. En este sentido, Duggan y colaboradores (2003) diferencian entre estado depresivo y rasgo de neuroticismo, siendo en este segundo la preocupación y la culpa los componentes nucleares independientes del estado depresivo.

De forma similar, con respecto a la valoración del afrontamiento, Gottlieb y Coyne (1996) plantean como alternativa el uso de entrevistas semiestructuradas frente al uso de listados para recoger información sobre el contexto concreto de afrontamiento y sobre el significado personal, así como sobre la forma en que los sujetos evitan, manejan, cambian o se acomodan a las circunstancias estresantes (por tanto, para evaluar aspectos como la flexibilidad del afrontamiento, más que la estrategia concreta utilizada). No obstante, el uso de entrevistas tiene también inconvenientes importantes, como el tiempo utilizado.

Y Blount y colaboradores (2008) subrayan la necesidad de utilizar junto a las medidas generales de afrontamiento, medidas específicas de afrontamiento. Esto es, medidas construidas para la valoración de un estresor concreto.

En conclusión, probablemente la medida más adecuada del afrontamiento debe ser una medida prospectiva multidimensional basada en la evidencia, compuesta por medidas de autoinformes generales, medidas específicas de la situación, y medidas observacionales.

En este estudio, en concreto, se utilizó únicamente una medida del afrontamiento, por los costes que hubiese supuesto una valoración más extensa, y en su versión disposicional, frente a la situacional, pues en principio, se ha encontrado que se relaciona más con la personalidad que las medidas situacionales. Probablemente, en parte, porque la personalidad influye en el recuerdo, con lo que las personas recuerdan mejor aquellas estrategias que son congruentes con su personalidad (Carver y Connor-Smith, 2010). No obstante, es probable que medidas más situacionales (referidas más que al afrontamiento habitual, al afrontamiento que se está llevando a cabo en la situación actual) hubiesen correlacionado de forma más significativa con la sintomatología, ya que el hecho de utilizar habitualmente un determinado tipo de afrontamiento, si es adaptativo, puede a largo plazo dar lugar a consecuencias positivas para la salud mental. Por otro lado no implica que en una

situación determinada se esté utilizando el mismo afrontamiento, habiendo de hecho una influencia mutua. Es decir, ante un determinado estresor podemos estar teniendo un afrontamiento ineficaz que dé lugar a sintomatología ansiosa y depresiva, y a su vez, el malestar generado por una situación puede tener una influencia causal en el tipo de afrontamiento utilizado. Es por eso que un análisis de las diferencias entre las medidas disposicionales y situacionales en este caso pudiese aportar alguna información para una mejor comprensión del proceso de afrontamiento en general, y de los resultados de este estudio en particular.

En cuanto al test de personalidad elegido, el BFI, cuenta con todas las garantías psicométricas y con una extensión (44 ítems) recomendable para su aplicación en contextos clínicos y de investigación, pero a cambio, no permite una evaluación detallada de las facetas que integran los ítems que serían, posiblemente, más predictivas del afrontamiento y la salud, tal y como se ha encontrado en estudios anteriores (Paunonen y Ashton, 2001; Steel, Schmidt y Shultz, 2008).

De forma complementaria a los Cinco Grandes, se intentó incluir la medida de otros rasgos de personalidad de menor amplitud, no recogidos en esa taxonomía, y que en la literatura sobre el afrontamiento se hubiese relacionado de manera significativa con este, de forma similar a lo que se ha encontrado con el optimismo (Carver, Scheier, Miller y Fulford, 2009; Scheier y Carver, 1992). En concreto, se incluyó una escala de medida de la positividad u orientación positiva, un constructo recientemente desarrollado por el grupo de Caprara (Caprara et al., 2009; Caprara et al., 2012), entendido como la propensión a pensar positivamente sobre varios dominios de la vida. Este constructo contiene la dimensión de optimismo, y como éste, se relaciona de forma significativa tanto con la personalidad como con el afrontamiento, influyendo de forma significativa en la salud y el bienestar. Según los autores de la Escala de positividad utilizada para medir este constructo, se trata de un test breve, fiable, con alta estabilidad temporal y una estructura factorial robusta, además de que su utilidad y aplicabilidad potencial es muy amplia por su correlación con indicadores de

bienestar y ajuste (Caprara et al., 2012). No obstante, el constructo ha sido recientemente desarrollado, su repercusión por el momento es mínima, y la escala es aún poco conocida.

Con respecto a los resultados encontrados, en algunos casos no resultan compatibles con la literatura. Por ejemplo, en lo que respecta a la relación entre personalidad y afrontamiento en el grupo clínico. Es posible que el hecho de no haber incluido determinadas variables que pudiesen moderar las relaciones o que influyan en las diferencias entre los grupos no nos esté permitiendo llegar a las conclusiones que esperábamos. En este sentido, Carver y Connor-Smith (2010), en su revisión sobre la personalidad y el afrontamiento, recomiendan incluir, además de las variables sociodemográficas, otras como el tipo, número o severidad del estresor, pues entre otras cosas, se ha encontrado que influyen en la gravedad de la psicopatología (Sokratous, Merkouris, Middleton y Karanikola, 2013). Sería por tanto recomendable mayor investigación en esta área para una mejor comprensión de los resultados.

Es importante, por último, señalar que pueden existir factores que afecten a los resultados, como son diferentes variables individuales no consideradas o aspectos contextuales. Es probable que el hecho de estar en un contexto clínico frente a un contexto evaluador explique parte de cómo los pacientes se muestran, jugando un papel considerable la deseabilidad social. Es decir, en un contexto terapéutico la persona expresa más fácilmente su malestar o dificultades, pues es lo esperable, preocupándose menos de la imagen que pueda dar, mientras que en el caso de los sujetos de una investigación de la población general puede ser más importante presentarse de una forma deseable y positiva, y esto podría contribuir de una forma muy significativa en los resultados.

Además, algunos estudios han señalado que el hecho de buscar ayuda en un servicio de salud mental se asocia a determinadas actitudes, que a su vez varían de acuerdo a variables sociodemográficas como la edad, género o nivel de ingresos, u otras variables organizacionales (Ten Have et al., 2010). En este sentido, estudios con otras muestras clínicas, como pacientes de atención primaria, podrían encontrar diferentes resultados, por lo que sería interesante replicar el estudio en diferentes contextos.

### 3. PROPUESTAS PARA INVESTIGACIONES FUTURAS

Los resultados y conclusiones de este trabajo abren nuevos interrogantes, pudiéndose establecer algunas propuestas para futuros estudios:

- En cuanto a la metodología utilizada, podría resultar interesante estudiar las anteriores variables utilizándose medidas que incluyan subfacetas de las Cinco Grandes dimensiones de personalidad, y no sólo facetas generales, pues probablemente se encontrarían relaciones más significativas con variables como el afrontamiento, o mayor capacidad predictiva de las variables disposicionales, en este caso, sobre la sintomatología.
- También resultaría interesante la utilización de medidas de afrontamiento más situacionales o específicas de la situación, frente a medidas generales, para analizar las diferencias con respecto a los estilos de afrontamiento, así como para ver si los diferentes tipos de afrontamiento (situacional vs disposicional) influyen en las relaciones con la personalidad, y en la predicción de la sintomatología. Es probable que también en este caso se encontrasen relaciones más significativas, ya que aunque el afrontamiento disposicional, más influido por la personalidad, predisponga a un determinado tipo de afrontamiento en una situación concreta, probablemente en el afrontamiento situacional influyan más otros factores, como las características de la situación, y a su vez este tipo de afrontamiento muestre unas correlaciones más elevadas con la sintomatología ansiosa o depresiva.
- En relación a otras variables no consideradas en este estudio, resultaría relevante estudiar en trabajos posteriores la influencia del tipo, número o severidad de los estresores, que podrían haber sido diferentes en la muestra clínica y control, para

estudiar la relación con las principales variables analizadas (por ejemplo, cómo influye en el tipo de afrontamiento utilizado, o en la presencia y gravedad de la sintomatología), así como comprobar cómo influyen estos aspectos del estresor en las relaciones encontradas entre las variables, ya que por ejemplo en la literatura se ha encontrado que las relaciones entre personalidad y afrontamiento son más fuertes generalmente en muestras con estrés crónico o de mayor intensidad, por estar más restringido el rango de estrategias que pueden usarse (Connor-Smith y Flachsbart, 2007).

- También sería interesante un análisis de las relaciones de mediación y moderación para una mejor comprensión de la influencia y las relaciones entre las variables analizadas en muestras similares. Por ejemplo, ver cómo determinadas variables sociodemográficas como la edad o el sexo influyen en las relaciones encontradas entre personalidad y afrontamiento, y entre estas dos variables con la sintomatología ansiosa y depresiva. Y también estudiar la influencia del afrontamiento en la relación entre personalidad y sintomatología, ya que en estudios previos se le ha atribuido un papel mediador en general entre las demandas de la situación y las respuestas de estrés, y también debido a que parte de la influencia de la personalidad en el desarrollo de psicopatología se debe al efecto indirecto a través del estilo de afrontamiento desarrollado (Mirnics et al., 2013).
  
- Al tratarse de un estudio transversal, resultaría aconsejable un análisis longitudinal de la muestra para poder establecer relaciones causales. Por ejemplo, en la muestra clínica, estudiar qué variables predicen una mejor o peor evolución, lo que podría ser importante de cara a priorizar la intervención en aquellas muestras de sujetos más vulnerables.

- Por último, en este estudio se ha comparado la muestra clínica, de pacientes con TA, con una muestra control, pero el estudio de las mismas variables en muestras de pacientes con otros trastornos, principalmente depresivos y ansiosos, contribuiría a mejorar nuestro conocimiento acerca de la validez y utilidad del diagnóstico, repercutiendo en la práctica clínica tanto en la evaluación y diagnóstico diferencial como en el desarrollo de intervenciones más eficaces.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



- Abbott, R.A., Croudace, T.J., Ploubidis, G.B., Diana Kuh, D., Wadsworth, M.E., Richards, M. y Huppert, F.A. (2008). The relationship between early personality and midlife psychological well-being: evidence from a UK birth cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *43*, 679–687. doi:10.1007/s00127-008-0355-8.
- Agaibi, J.B. y Wilson, J.P. (2005). Trauma, PTSD, and resilience: a review of the literature. *Trauma, Violence and Abuse*, *6*, 195-216.
- Aguado, D., Lucia, B., Ponte, G. y Arranz, V. (2008). Análisis inicial de las propiedades psicométricas del cuestionario BFCP Internet para la evaluación de Big-Five. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, *13*, 15-30.
- Akizuki, N., Akechi, T., Nakanishi, T., Yoshikawa, E., Okamura, M., Nakano, T. et al. (2003). Development of a brief screening interview for adjustment disorders and major depression in patients with cancer. *Cancer*, *97*, 2605-2613. doi:10.1002/cncr.11358
- Aldridge, A.A. y Roesch, S.C. (2007). Coping an adjustment in children with cancer: A meta-analytic study. *Journal of Behavioral Medicine*, *30*, 115–129. doi:10.1007/s10865-006-9087-y
- Aldwin, C. M., y Yancura, L. A. (2004). Coping and health: A comparison of the stress and trauma literatures. En P. P. Schnurr y B. L. Green (Eds.), *Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress* (pp. 99-126). Washington, DC: American Psychological Association.
- Alessandri, G., Caprara, G.V. y Tisak, J. (2012). The unique contribution of positive orientation to optimal functioning: Further explorations. *European Psychologist*, *17*, 44-54. doi:10.1027/1016-9040/a000070
- Alessandri, G., Vecchione, M., Tisak, J., Deiana, G., Caria, S. y Caprara, G.V. (2012). The utility of Positive Orientation in predicting job performance and organizational citizenship behaviors. *Applied Psychology*, *61*, 669–698. doi:10.1111/j.1464-0597.2012.00511.x

Allport, G. W. y Odbert, H. S. (1936). Trait-names: A psycho-lexical study. *Psychological Monographs*, 47, i-171. doi:10.1037/h0093360

American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: APA.

(1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2<sup>nd</sup> edition. Washington, DC: APA.

(1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3<sup>rd</sup> edition. Washington, DC: APA.

(1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3<sup>rd</sup> edition [Revised]. Washington, DC: APA.

(1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4<sup>th</sup> edition. Washington, DC: APA.

(2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed, Text Revised (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: APA.

(2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5<sup>th</sup> edition. DSM-5*. Arlington, VA: APA. doi:10.1176/appi.books.9780890425596

(2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5<sup>a</sup> edición. DSM-5*. Arlington, VA: APA.

Andreasen, N.C. y Hoenk, P.R. (1982). The predictive value of adjustment disorders: A follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 139, 62-66. doi:10.1176/ajp.139.5.584

Andreasen, N.C. y Wasek, P. (1980). Adjustment disorders in adolescents and adults. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1166-1170. doi:10.1001/archpsyc.1980.01780230084012

Andreu, S. (2011). *Un protocolo de tratamiento psicológico para los trastornos adaptativos apoyado por un sistema de realidad virtual: análisis de su eficacia a través de un estudio controlado*. Tesis doctoral. Castellón: Universidad Jaume I.

Andrews, G., Goldberg, D.P., Krueger, R.F., Carpenter, W.T., Hyman, S.E., Sachdev, P. y Pine, D.S. (2009). Exploring the feasibility of a meta-structure for DSM-V and ICD-11:

- could it improve utility and validity? *Psychological Medicine*, 39, 1993-2000.  
doi:10.1017/S0033291709990250
- Andrews, G., Neilson, M., Hunt, C., Stewart, G. y Kiloh, L.G. (1990). Diagnosis, personality and the long-term outcome of depression. *British Journal of Psychiatry*, 157, 13-18.  
doi:10.1192/bjp.157.1.13
- Antoni, M.H., Lehman, J.M., Kilbourn, K.M., Boyers, A.E., Culvers, J.L., Alferi, S.M. et al. (2001). Cognitive behavioral stress management intervention decreases the prevalence of depression and enhances benefit finding among women under treatment for early-stage breast cancer. *Health Psychology*, 20, 20-32. doi:10.1037/0278-6133.20.1.20
- Araoz, D.L. y Carrese, M. (1996). *Solution-oriented brief therapy for adjustment Disorders: A guide for providers under managed care*. Nueva York: Brunner-Routledge.
- Arbabi, M., Laghayeepoor, R., Golestan, B., Mahdanian, A., Nejatisafa, A. y Tavakkoli, A. (2012). Diagnoses, requests and timing of 503 psychiatric consultations in two general hospitals. *Acta Medica Iranica*, 50, 53-60.
- Arbus, C., Hergueta, T., Duburcq, A., Saleh, A., Le Guern, M.-E., Robert, P. y Camus, V. (2013). Adjustment disorder with anxiety in old age: Comparing prevalence and clinical management in primary care and mental health care. *European Psychiatry*, 29, 233-238.  
doi:10.1016/j.eurpsy.2013.04.002
- Arrogante, O. (2014). *Estudio del bienestar en personal sanitario: relaciones con resiliencia, apoyo social, estrés laboral y afrontamiento (Tesis doctoral)*. Madrid: UNED.
- Artazcoz, L., Escribà-Agüir, V. y Cortès, I. (2004). Género, trabajos y salud en España. *Gaceta Sanitaria*, 18, 24-35.
- Aspinwall, L.G. y Taylor, S.E. (1992). Modeling cognitive adaptation: A longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 989-1003.  
doi:10.1037/0022-3514.63.6.989

- Aspinwall, L. G. y Taylor, S. E. (1997). A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, 121, 417–436. doi:10.1037/0033-2909.121.3.417
- Ayuso-Mateos, J.L., Vázquez-Barquero, J.L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O.S., Casey, P. et al. (2001). Depressive disorders in Europe: Prevalence figures from the ODIN study. *The British Journal of Psychiatry*, 179, 308-316. doi:10.1192/bjp.179.4.308
- Azocar, F. y Greenwood, G. (2007). Service use for patients with adjustment disorder and short term treatment: A brief report. *Internet Journal of Mental Health*, 2, 3.
- Bagby, R. M., Quilty, L. C., Segal, Z. V., McBride, C. C., Kennedy, S. H., y Costa, P. T., Jr. (2008). Personality and differential treatment response in major depression: A randomized controlled trial comparing cognitive behavioural therapy and pharmacotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 53, 361–370.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Nueva York: W.H. Freeman.
- Barlow, D.H. (1991). The nature of anxiety: anxiety, depression and emotional disorders. En R.M. Rapee y D.H. Barlow (Coords.), *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression* (pp. 1-28). Nueva York: Guildford Press.
- Barraza, P.A. (2004). Evaluación e intervención psicológica en un caso de trastorno adaptativo mixto con ansiedad y estado de ánimo depresivo en una mujer con recidiva por cáncer de mama. *Psicooncología*, 1, 165-178.
- Baumeister, H., Maercker, A. y Casey, P. (2009). Adjustment disorders with depressed mood: a critique of its DSM-IV and ICD-10 conceptualisation and recommendations for the future. *Psychopathology*, 42, 139-147. doi:10.1159/000207455
- Baumeister, H. y Parker, G. (2012). Meta-review of depressive subtyping models. *Journal of Affective Disorders*, 139, 126–140. doi:10.1016/j.jad.2011.07.015
- Bayón, C., Rodríguez-Cahill, C. y Cloninger, C.R. (2010). Trastornos de la personalidad. Concepto y clasificación. En J. Vallejo y C. Leal (Dir.), *Tratado de Psiquiatría* (vol. 2, pp. 1609-1617). Barcelona: Ars Médica (2ª ed.).
- Beck, A.T. y Beck, R.W. (1972). Screening depressed patients in family practice. A rapid technic. *Postgraduate Medicine*, 52, 81-85.

- Beck, A.T., Brown, G., Epstein, N. y Steer, R.A. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897. doi:10.1037/0022-006X.56.6.893
- Beck, A.T., Brown, G.K., Steer, R.A., Kuyken, W. y Grisham, J. (2001). Psychometric properties of the Beck Self-Esteem Scales. *Behavior Research and Therapy*, 39, 115–124. doi:10.1016/S0005-7967(00)00028-0
- Beck, A.T., Guth, D., Steer, R.A. y Ball, R. (1997). Screening for major depression disorders in medical inpatients with the Beck Depression Inventory for Primary Care. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 785-791. doi:10.1016/S0005-7967(97)00025-9
- Beck, A.T., Rial, W.Y. y Rickels, K. (1974). Short form of Depression Inventory (Cross-validation). *Psychological Reports*, 34, 1184-1186.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A.T. y Steer, R.A. (1993). *Beck Anxiety Inventory Manual*. San Antonio: Harcourt Brace and Company.
- Beck, A.T. y Steer, R.A. (2011). *Manual. BAI. Inventario de Ansiedad de Beck* (Adaptación española de Sanz, J.). Madrid: Pearson Educación.
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Brown, G. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R.A. y Garbin, M.G. (1988) Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100. doi:10.1016/0272-7358(88)90050-5
- Beck, A.T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571. doi:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11, 125-146. doi:10.5944/rppc.vol.11.num.3.2006.4024
-

- Begley, T. M. (1998). Coping strategies as predictors of employee distress and turnover after an organizational consolidation: A longitudinal analysis. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, *71*, 305-330. doi:10.1111/j.2044-8325.1998.tb00679.x
- Benet-Martínez, V. y John, O.P. (1998). *Los Cinco Grandes* across cultures and ethnic groups: Multitrait Multimethod analyses of the Big Five in Spanish and English. *Journal of Personality and Social Psychology*, *75*, 729-750. doi:10.1037/0022-3514.75.3.729
- Benton, T.D. e Ifeagwu, J.A. (2012). *Adjustment disorder*. Recuperado el 21 de Junio de 2012, de <http://emedicine.medscape.com/article/292759-overview>.
- Benton, T.D. y Lynch, J. (2005). *Adjustment Disorders*. Recuperado el 21 de Junio de 2012, de <http://www.emedicine.com/Med/topic3348.htm>.
- Berkman, L.F., Glass, T., Brissette, I. y Seeman, T.E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science and Medicine*, *51*, 843-857. doi:10.1016/S0277-9536(00)00065-4
- Bermúdez, J. (1995). *Manual del Cuestionario "Big Five" (BFQ)*. Madrid: TEA.
- Bienvenu, O. J. y Stein, M. B. (2003). Personality and anxiety disorders: A review. *Journal of Personality Disorders*, *17*, 139-151. doi:10.1521/pedi.17.2.139.23991
- Bifulco, A. y Brown, G. W. (1996). Cognitive coping response to crises and onset of depression. *Social and Psychiatric Epidemiology*, *31*, 163-172. doi:10.1007/BF00785763
- Bigatti, S.M., Steiner, J.L. y Miller K.D. (2012). Cognitive appraisals, coping and depressive symptoms in breast cancer patients. *Stress & Health*, *28*, 355-361. doi:10.1002/smi.2444. Epub 2012 Aug 10.
- Billings, D. W., Folkman, S., Acree, M. y Moskowitz, J. T. (2000). Coping and physical health during caregiving: The roles of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, *79*, 131-142. doi:10.1037/0022-3514.79.1.131
- Billings, A.G. y Moos, R.H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, *4*, 139-157. doi:10.1007/BF00844267

- Bird, H.R., Gould, M.S. y Yager, T. (1989). Risk factors for maladjustment in Puerto Rican children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 847-850. doi:10.1097/00004583-198911000-00006
- Bjorck, J.P., Hopp, D.P. y Jones, L.W. (1999). Prostate cancer and emotional functioning: Effects of mental adjustment, optimism, and appraisal. *Journal of Psychosocial Oncology*, 17, 71-85. doi:10.1300/J077v17n01\_05
- Bjørkløf, G.H., Engedal, K., Selbæk, G., Kouwenhoven, S.E. y Helvik, A.S. (2013). Coping and depression in old age: a literature review. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 35, 121-54. doi:10.1159/000346633.
- Blacker, C.V.R. y Clare, A.W. (1988). The prevalence and treatment of depression in general practice. *Psychopharmacology*, 95, 14-17.
- Blatt, S. y Zuroff, D. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review*, 12, 527-562. doi:10.1016/0272-7358(92)90070-O
- Blount, R.L., Simons, L.E., Devine, K.A., Jaaniste, T., Cohen, L.L., Chambers, C.T. y Hayutin, L.G. (2008). Evidence-based assessment of coping and stress in pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 33, 1021-1045. doi:10.1093/jpepsy/jsm071
- Boehm, J. K., Peterson, C., Kivimaki, M. y Kubzansky, L. D. (2011). Heart health when life is satisfying: Evidence from the Whitehall II cohort study. *European Heart Journal*, 32, 2672-2677. doi:10.1093/eurheartj/ehr203
- Bolger, N., y Zuckerman, A. (1995). A framework for studying personality in the stress process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 890-902. doi:10.1037/0022-3514.69.5.890
- Bonanno, G.A. y Diminich, E.D. (2013). Annual Research Review: Positive adjustment to adversity - Trajectories of minimal-impact resilience and emergent resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 378-401. doi:10.1111/jcpp.12021.

- Bonanno, G.A., Lehman, D.R., Tweed, R.G., Haring, M., Sonnega, J., Carr, D. y Nesse, R.M. (2002). Resilience to loss and chronic grief: A prospective study from preloss to 18-months postloss. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 1150-1164. doi: 10.1037/0022-3514.83.5.1150
- Bogg, T. y Roberts, B.W. (2004). Conscientiousness and health related behaviors: A meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. *Psychological Bulletin*, 130, 887-919. doi:10.1037/0033-2909.130.6.887
- Botella, C., Baños, R.M. y Guillén, V. (2008). Creciendo en la adversidad. Una propuesta de tratamiento para los trastornos adaptativos. En C. Vázquez y G. Hervás (Eds.), *Psicología Positiva Aplicada* (pp. 129-154). Bilbao: DDB.
- Botella, C., Baños, R.M., Guillén, V., Botella, C., García, A., Jorquera, M. y Quero, S. (2008). Un programa de tratamiento para los trastornos adaptativos. Un estudio de caso. *Apuntes de Psicología*, 26, 303-316.
- Bouchard, G. (2003). Cognitive appraisals, neuroticism and openness as correlates of coping strategies: an integrative model of adaptation to marital difficulties. *Canadian Journal of Behaviour Science*, 35, 1-12. doi:10.1037/h0087181
- Bower, G.H. (1981). Affect and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148. doi:10.1037/0003-066X.36.2.129
- Bredemeier, K., Berenbaum, H., Most, S.B. y Simons, D.J. (2011). Links between neuroticism, emotional distress, and disengaging attention: Evidence from a single-target RSVP task. *Cognition and Emotion*, 8, 1510-1519. doi:10.1080/02699931.2010.549460
- Brenner, K., St-Hilaire, A., Liu, A., Laplante, D.P. y King, S. (2011). Cortisol response and coping style predict quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 128, 23-29. doi:10.1016/j.schres.2011.01.016
- Brown, G.K., Beck, A.T., Newman, C.F., Beck, J.S. y Tran, G.Q. (1997). A comparison of focused and standard cognitive therapy for panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 329-345. doi:10.1016/S0887-6185(97)00014-5

- Brown, T.A., Chorpita, B.F. y Barlow, D.H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 179-192. doi:10.1037/0021-843X.107.2.179
- Bryant, R.A., Matthew, J., Friedman, M.J., Spiegel, D., Ursano, R. y Strain, J. (2011). A review of acute stress disorder in DSM-5. *Depression and Anxiety, 28*, 802-817. doi:10.1002/da.20737
- Byrne, D. (1964). The repression-sensitization as a dimension of personality. En B. Maher (Ed.), *Progress in experimental personality research*, (vol. I, pp. 169-220). Nueva York: Academic Press.
- Camino, A. (2012). Abordaje psicoterapéutico de los trastornos adaptativos. Adherencia a los tratamientos. En C. Escudero y P. Balanza (Coords.), *Manual del residente en Psicología Clínica* (pp. 473-482). Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Campbell, L.K., Scaduto, M., Van Slyke, D., Niarhos, F., Whitlock, J.A. y Compas, B.E. (2009). Executive function, coping and behavior in survivors of childhood acute lymphocytic leukemia. *Journal of Pediatric Psychology, 34*, 317-327.
- Canli, T., Zhao, Z., Desmond, J.E., Kang, E., Gross, J. y Gabriel, J.D.E. (2001). An fMRI study of personality influences on brain reactivity to emotional stimuli. *Behavioral Neuroscience, 115*, 32-42.
- Caprara, G. V. (2011). *Orientación Positiva y sus implicaciones para la salud y el éxito académico y laboral*. Conferencia impartida en la Facultad de Psicología de la UNED, Madrid, 22 de Mayo.
- Caprara, G.V., Alessandri, G., Eisenberg, N., Kupfer, A., Steca, P., Caprara, M.G. et al. (2012). The Positivity Scale. *Psychological Assessment, 24*, 701-712. doi:10.1037/a0026681
- Caprara, G.V., Barbaranelli, C. y Borgogni, L. (1993). *Big Five Questionnaire (BFQ)*. Madrid: TEA.

- Caprara, G.V., Barbaranelli, C., Borgogni, L. y Perugini, M. (1993). The “Big Five Questionnaire”: A new questionnaire to assess the five factor model. *Personality and Individual Differences, 15*, 281-288. doi:10.1016/0191-8869(93)90218-R
- Caprara, G.V., Caprara, P. y Steca, P. (2003). Personality’s correlatos of adult development and aging. *European Psychologist, 8*, 131. doi:10.1027//1016-9040.8.3.131
- Caprara, G. V., Fagnani, C., Alessandri, G., Steca, P., Gigantesco, A., Cavalli Sforza, L. L. y Stazi, M. A. (2009). Human optimal functioning: The genetics of Positive Orientation towards self, life, and the future. *Behaviour Genetics, 39*, 277-284. doi:10.1007/s10519-009-9267-y
- Caprara, M. y Steca, P. (2004). Personalidad y envejecimiento. *Psychosocial Intervention, 13*, 85-98.
- Caprara, M. y Steca. (2005). Affective and social self-regulatory efficacy beliefs as determinants of positive thinking and apiñes. *European Psychologist, 4*, 275-286. doi: 10.1027/1016-9040.10.4.275
- Caprara, G.V., Steca, P., Alessandri, G., Abela, J. R. Z. y McWhinnie, C. M. (2010). Positive Orientation: Explorations of what is common to Life Satisfaction, Self-Esteem, and Optimism. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 19*, 63-71. doi:10.1017/S1121189X00001615
- Carrico, A.W., Antoni, M.H., Duran, R.E., Ironson, G., Penedo, F., Fletcher, M.A. et al. (2006). Reductions in depressed mood and denial coping during cognitive behavioral stress management with HIV-positive gay men treated with HAART. *Annals of Behavioral Medicine, 31*, 155–164. doi:10.1207/s15324796abm3102\_7
- Carta, M.G, Balestrieri, M., Murru, A. y Hardoy, M.C. (2009). Adjustment Disorder: Epidemiology, diagnosis and treatment. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 5*, 15. doi:10.1186/1745-0179-5-15.
- Carta, M.G., Hardoy, M.C., Cadeddu, M., Carpiniello, B., Dell’Osso, L., Reda, M.A. y Wittchen, H. (2004). Social Phobia in an Italian region: Do Italian studies show lower

- frequencies than community surveys conducted in other European countries? *BMC Psychiatry*, 4, 31. doi:10.1186/1471-244X-4-31
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4, 92-100. doi:10.1207/s15327558ijbm0401\_6
- Carver, C. S. y Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704. doi:10.1146/annurev.psych.093008.100352
- Carver, C. S., y Scheier, M. F. (1999). Optimism. En C. R. Snyder (Ed.), *Coping: The psychology of what works* (pp. 182–204). Nueva York: Oxford University Press.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., Miller, C.J. y Fulford, D. (2009). Optimism. En C.R. Snyder y S.J. López (Eds.), *Oxford Handbook of Positive Psychology* (pp. 303-311). Nueva York: Oxford University Press (2ª ed.).
- Carver, C. S., Scheier, M. F. y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283. doi:10.1037//0022-3514.56.2.267
- Casey, P. (2001). Adult adjustment disorder: A review of its current diagnostic status. *Journal of Psychiatric Practice*, 7, 32-40. doi: 10.1097/00131746-200101000-00004
- Casey, P. (2009). Adjustment Disorder: Epidemiology, diagnosis and treatment. *CNS Drugs*, 23, 927-938. doi:10.2165/11311000-000000000-00000
- Casey, P. y Bailey, S. (2011). Adjustment disorders: The state of the art. *World Psychiatry*, 10, 11-18.
- Casey, P., Dillon, S. y Tyrer, P. (1984). The diagnostic status of patients with conspicuous psychiatric morbidity in primary care. *Psychological Medicine*, 14, 673-681. doi:10.1017/S0033291700015282
- Casey, P., Dowrick, C. y Wilkinson, G. (2001). Adjustment disorders: Fault line in the psychiatric glossary. *British Journal of Psychiatry*, 179, 479-481. doi:10.1192/bjp.179.6.479

- Casey, P., Maracy, M., Kelly, B.D., Lehtinen, V., Ayuso-Mateos, J.L., Dalgard, O.S. y Dowrick, C. (2006). Can adjustment disorder and depressive episode be distinguished? Results from ODIN. *Journal of Affective Disorders*, 92, 291-297. doi:10.1016/j.jad.2006.01.021
- Catalina-Romero, C., Pastrana-Jiménez, J.I., Tenas-López, M.J., Martínez-Muñoz, P., Ruiz-Moraga, M., Fernández-Labandera, C. y Calvo-Bonacho, E. (2012). Long-term sickness absence due to adjustment disorder. *Occupational Medicine*, 62, 375–378. doi:10.1093/occmed/kqs043
- Cattell, R.B. (1943). The description of personality: Basic traits resolved into clusters. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 38, 476-506. doi: 10.1037/h0054116
- Cattell, R.B. (1945a). The description of personality: Principles and findings in a factor analysis. *American Journal of Psychology*, 58, 69-90. doi:10.2307/1417576
- Cattell, R.B. (1945b). The principal traits clusters for describing personality. *Psychological Bulletin*, 42, 129-161. doi:10.1037/h0060679
- Cattell, R.B., Eber, H.W. y Tatsuoka, M.M. (1970). *Handbook for the Sixteen Personality factor Questionnaire (16PF)*. Champaign, IL: IPAT.
- Cava, M.J. y Musitu, G. (2001). Autoestima y percepción del clima escolar en niños con problemas de integración social en el aula. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 54, 297-311.
- Cava, M.J., Musitu, G. y Vera, A. (2000). Efectos directos e indirectos de la autoestima en el ánimo depresivo. *Revista Mexicana de Psicología*, 17, 151-161.
- Chang, E. C. (1998). Dispositional optimism and primary and secondary appraisal of a stressor: Controlling for confounding influences and relations to coping and psychological and physical adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1109–1120. doi:10.1037/0022-3514.74.4.1109
- Cheng, C. (2003). Cognitive and Motivational Processes Underlying Coping Flexibility: A Dual-Process Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 425-438. doi:10.1037//0022-3514.84.2.425

- Chesney, M.A., Chambers, D.B., Taylor, J.M., Johnson, L.M. y Folkman, S. (2003). Coping effectiveness training for men living with HIV: results from a randomized clinical trial testing a groupbased intervention. *Psychosomatic Medicine*, 65, 1038–1046. doi:10.1097/01.PSY.0000097344.78697.ED
- Chico, E. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 14, 544-550.
- Christensen, A.J. y Johnson, J.A. (2002). Patient adherence with medical treatment regimens: An interactive approach. *Current Directions in Psychological Science*, 11, 94-97. doi:10.1111/1467-8721.00176
- Christensen, M.V. y Kessing, L. V. (2006). Do personality traits predict first onset in depressive and bipolar disorder? *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, 79-88. doi:10.1080/08039480600600300
- Clark, L.A. (2005). Temperament as a unifying basis for personality and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 505-521. doi:10.1037/0021-843X.114.4.505
- Clark, L.A., Livesley, W.J. y Morey, L. (1997). Personality disorder assessment: The challenge of construct validity. *Journal of Personality Disorders*, 11, 205-231. doi:10.1521/pedi.1997.11.3.205
- Clark, L.A. y Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depresión: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336. doi:10.1037/0021-843X.100.3.316
- Clark, L.A., Watson, D. y Mineka, S. (1994). Temperament, personality, and the mood and anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 103-116. doi:10.1037/0021-843X.103.1.103
- Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Archives of General Psychiatry*, 44, 573-588. doi:10.1001/archpsyc.1987.01800180093014

- Cloninger, C. R., Svarakic, D. M. y Przybeck, T. R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50, 975-990. doi:10.1001/archpsyc.1993.01820240059008
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum (2ª ed.).
- Compas, B.E., Champion, J.E., Forehand, R., Cole, D.A., Reeslund, K.L., Fear J, et al. (2010). Coping and Parenting: Mediators of 12-month outcomes of a family group cognitive-behavioral preventive intervention with families of depressed parents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 623–634. doi:10.1037/a0020459
- Compas, B.E., Jaser, S.S., Duna, M.J. y Rodríguez, E.M. (2012). Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 455-480. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032511-143108.
- Conde, V. y Useros, E. (1975). Adaptación castellana de la Escala de Evaluación Conductual para la Depresión de Beck. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*, 12, 217-236.
- Conde, V., Esteban, T. y Useros, E. (1976). Revisión crítica de la adaptación castellana del cuestionario de Beck. *Revista de Psicología General Aplicada*, 31, 469-497.
- Connor-Smith, J.K. y Compas, B.E. (2004). Coping as a moderator of relations between reactivity to interpersonal stress, health status, and internalizing problems. *Cognitive Therapy and Research*, 38, 347–368. doi:10.1023/B:COTR.0000031806.25021.d5
- Connor-Smith, J. K., Compas, B. E., Wadsworth, M. E., Thomsen, A. H. y Saltzman, H. (2000). Responses to stress in adolescence: Measurement of coping and involuntary stress responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 976–992. doi:10.1037/0022-006X.68.6.976
- Connor-Smith, J.K. y Flachsbart, C. (2007). Relations between personality and coping: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93, 1080-1107. doi:10.1037/0022-3514.93.6.1080

- Cornelius, L.R., Brouwer, S., de Boer, M.R., Groothoff, J.W. y Van der Klink, J.J. (2014). Development and validation of the Diagnostic Interview Adjustment Disorder (DIAD). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23, 192-207. doi:10.1002/mpr.1418.
- Cornum, R., Matthews, M. D. y Seligman, M. E. P. (2011). Comprehensive soldier fitness: Building resilience in a challenging institutional context. *American Psychologist*, 66, 4–9. doi:10.1037/a0021420
- Corrigan, F.E., Kimmel, M.C. y Jayaram, G. (2011). Four cases of takotsubo cardiomyopathy linked with exacerbations of psychiatric illness. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8, 50-53.
- Costa, P.T. y McCrae, R.R.(1985). *The NEO Personality Inventory Manual*. Odessa, FL.: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P.T. y McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P.T. y McCrae, R.R. (1994). Stability and change in personality from adolescence through adulthood. En C.F. Halverson, G.A. Kohnstamm y R.P. Martin (Eds.), *The developing structure of temperament and personality from infancy to adulthood* (pp. 139-150). Hillsdale, JJ: Erlbaum.
- Costa, P.T. y McCrae, R.R. (1999). *Manual técnico del NEO-PI-R*. Madrid: TEA.
- Costa, P. T., Somerfield, M. R. y McCrae, K. R. (1996). Personality and coping: A reconceptualization. En M. Zeidner y N. S. Endler (Eds.). *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 44-61). Nueva York: Wiley.
- Costa, P.T., Terracciano, A. y McCrae, R.R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: robust and surprising findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 322-331. doi:10.1037/0022-3514.81.2.322

- Cox, T. y Mackay, C. (1981). A transactional approach to occupational stress. En E.N. Corlett y J. Richardson (Eds.), *Stress, work design and productivity* (pp. 91-113). Chichester, UK: Wiley & Sons.
- Coyne, J.C. y Racioppo, M.W. (2000). Never the twain shall meet? Closing the gap between coping research and clinical intervention research. *American Psychologist*, *55*, 655–664. doi:10.1037/0003-066X.55.6.655
- Crespo, M. y Cruzado, J. A. (1997). La evaluación del afrontamiento: Adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, *23*, 797-830.
- Cronkite, R.C., Moos, R.H., Twohey, J., Cohen, C. y Swindle, R. (1998). Life circumstances and personal resources as predictors of the ten-year course of depression. *American Journal of Community Psychology*, *26*, 255–280. doi:10.1023/A:1022180603266
- Cruess, S., Antoni, M.H., Hayes, A., Penedo, F., Ironson, G., Fletcher, M.A. et al. (2002). Changes in mood and depressive symptoms and related change processes during cognitive-behavioral stress management in HIV- men. *Cognitive Therapy and Research*, *26*, 373–392. doi:10.1023/A:1016081012073
- David, J.P. y Suls, J. (1999). Coping efforts in daily life: Role of big five traits and problem appraisals. *Journal of Personality*, *67*, 265-294. doi:10.1111/1467-6494.00056
- Del Barrio, V., Aluja, A. y García, L. (2004). Relationship between empathy and the Big Five personality traits in a sample of Spanish adolescents. *Social Behaviour and Personality*, *32*, 677-682. doi:10.2224/sbp.2004.32.7.677
- DeLongis, A. y Holtzman, S. (2005). Coping in context: the role of stress, social support, and personality in coping. *Journal of Personality*, *73*, 1-24.
- Del-Pino-Casado, R., Frías-Osuna, A., Palomino-Moral, P.A. y Pancorbo-Hidalgo, P.L. (2011). Coping and subjective burden in caregivers of older relatives: a quantitative systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, *67*, 2311-2322. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05725.x

- DeNeve, K.M. y Cooper, H. (1998). The happy personality: a meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, *124*, 197–229.
- De Ridder, D. y Schreurs, K. (2001). Developing interventions for chronically ill patients: Is coping a helpful concept? *Clinical Psychology Review*, *21*, 205–240. doi:10.1016/S0272-7358(99)00046-X
- Despland, J.N., Monod, L. y Ferrero, F. (1995). Clinical relevance of adjustment disorder in DSM-III-R and DSM-IV. *Comprehensive Psychiatry*, *36*, 454-460. doi:10.1016/S0010-440X(95)90254-6
- Dettbarn, E. (2012). Effects of long-term incarceration: A statistical comparison of two expert assessments of two experts at the beginning and the incarceration. *International Journal of Law and Psychiatry*, *35*, 236-239. doi:10.1016/j.ijlp.2012.02.014
- Diefenbacher, A. y Strain, J.J. (2002). Consultation-liaison psychiatry: stability and change over a 10-year period. *General Hospital Psychiatry*, *24*, 249-256. doi:10.1016/S0163-8343(02)00182-2
- Diener, E. (1996). Traits can be powerful, but are not enough: Lessons from subjective well-being. *Journal of Research in Personality*, *30*, 389-399. doi:10.1006/jrpe.1996.0027
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, *49*, 71-75. doi:10.1207/s15327752jpa4901\_13
- Diener, E., Sandvik, E., Pavot, W. y Fujita, F. (1992). Extraversion and subjective well-being in US, national probability sample. *Journal of Research in Personality*, *26*, 205-215. doi:10.1016/0092-6566(92)90039-7
- Diener, E. y Seligman, M. E. P. (2002). Very happy people. *Psychological Science*, *13*, 80-83. doi:10.1111/1467-9280.00415
- Dobricki, M., Komproe, I.H., de Jong, J.T. y Maercker, A. (2010). Adjustment disorders after severe life-events in four postconflict settings. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *45*, 39-46. doi:10.1007/s00127-009-0039-z

- Doran, R.J. y Petti, T.A. (1989). Clinical and demographic characteristics of child and adolescente parcial hospital patients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 66-69.
- Doron, J., Thomas-Ollivier, V., Vachon, H. y Fortes-Bourbousson, M. (2013). Relationships between cognitive coping, self-esteem, anxiety and depression: A cluster-analysis approach. *Personality and Individual Differences*, 55, 515-520. doi:10.1016/j.paid.2013.04.017
- Duggan, C., Milton, J., Egan, V., McCarthy, L., Palmer, B. y Lee, A. (2003). Theories of general personality and mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, 182, s19-s23. doi:10.1192/bjp.182.44.s19
- Ebstrup, J.F., Eplöv, L.F., Pisinger, C. y Jørgensen, T. (2011). Association between the Five Factor personality traits and perceived stress: is the effect mediated by general self-efficacy? *Anxiety, Stress and Coping*, 24, 407-419. doi:10.1080/10615806.2010.540012
- Einsle, F., Kollner, V., Dannemann, S. y Maercker, A. (2010). Development and validation of a self-report for the assessment of adjustment disorders. *Psychology, Health & Medicine*, 15, 584-595. doi:10.1080/13548506.2010.487107
- Emmons, R.A. (2003). *The psychology of ultimate concerns: motivation and spirituality in personality*. Nueva York: The Guilford Press.
- Endler, N. y Parker, J. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical review. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854. doi:10.1037/0022-3514.58.5.844
- Evans, S.C., Reed, G.M., Roberts, M.C., Esparza, P., Watts, A.D., Correia, J.M., Ritchie, P., Maj, M. y Saxena, S. (2013). Psychologists' perspectives on the diagnostic classification of mental disorders: results from the WHO-IUPsyS Global Survey. *International Journal of Psychology*, 48, 177-193. doi:10.1080/00207594.2013.804189.
- Eysenck, H. J. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield, IL: Charles C. Thomas.

- Eysenck, H. J. (Ed.). (1981). *A model for personality*. Nueva York: Springer-Verlag.  
doi:10.1007/978-3-642-67783-0
- Eysenck, H. J. (1990). Biological dimensions of personality. En L. A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 244-276). Nueva York: Guilford.
- Fabrega, H., Mezzich, J.E., Mezzick, A.C. y Coffman, G.A. (1986). Descriptive validity of DSM-III depressions. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 573-584.  
doi:10.1097/00005053-198610000-00001
- Felipe, E. y León, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *Internacional Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 245-257.
- Ferguson, E. (2001). Personality and coping traits: A joint factor analysis. *British Journal of Health Psychology*, 6, 311-325. doi:10.1348/135910701169232
- Fernández, A., Mendive, J.M., Salvador-Carulla, L., Rubio-Valera, M., Luciano, J.V., Pinto-Meza, A. et al. (2012). Adjustment disorders in primary care: Prevalence, recognition and use of services. *British Journal of Psychiatry*, 201, 137-142.  
doi:10.1192/bjp.bp.111.096305
- Fernández-Abascal, E.G. (1997). Estilos y estrategias de afrontamiento. En E.G. Fernández-Abascal, F. Palmero, M. Chóliz y F. Martínez (Eds.), *Cuaderno de Prácticas de Motivación y Emoción* (pp. 189-206). Madrid: Pirámide.
- Ferrando, L., Franco, A.L., Soto, M., Bobes, J., Soto, O., Franco, L. y Gibert, J. (1998). *MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Versión en español 5.0.0.) DSM-IV*. Madrid: Instituto IAP.
- Ferrando, L., Gibert, J., Bobes, J. y Lecrubier, Y. (1999). Estudio comparativo de validez de la MINI versión CIE10 frente a dos criterios externos (CIDI y Entrevista Clínica). Comunicación oral. IV Congreso Nacional de Psiquiatría. *Psiquiatría Biológica*, 6 (Supl 2), 107.

- Ferrando, L., Gibert, J. y Lecrubier, Y. (1999). Fiabilidad y validez de la escala MINI versión CIE10. Comunicación oral. IV Congreso Nacional de Psiquiatría. *Psiquiatría Biológica*, 6 (Suppl 2), 107.
- Feuerstein, M., Labbe, E. y Kuczmierczyk, A. (1986). *Health Psychology: A Psychobiological Perspective*. Nueva York: Plenum Press. doi:10.1007/978-1-4899-0562-8
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M. y Williams, J.B.W. (1999). *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I)*. Barcelona: Masson.
- Fiske, D.W. (1949). Consistency of the factorial structures of personality ratings from different sources. *Journal of Abnormal Social Psychology*, 44, 329-344. doi:10.1037/h0057198
- Fok, A.C., Chan, P.P., Lam, D.S. y Lai, T.Y. (2001). Risk factors for recurrence of serous macular detachment in untreated patients with central serous chorioretinopathy. *Ophthalmic Research*, 46, 160-163.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852. doi:10.1037/0022-3514.46.4.839
- Folkman, S., Chesney, M., McKusick, L., Ironson, G., Johnson, D.S. y Coates, T.J. (1991). Translating coping theory into intervention. En J. Eckenrode (Ed.), *The Social Context of Coping* (pp. 239-529). Nueva York: Plenum. doi:10.1007/978-1-4899-3740-7\_11
- Folkman, S. y Lazarus, R.S. (1980). Analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239. doi:10.2307/2136617
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R. y DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579. doi:10.1037/0022-3514.50.3.571

- Folkman, S. y Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55, 647-654. doi:10.1037/0003-066X.55.6.647
- Forns, M., Balluerka, N., Gómez-Benito, J., Kirchner, T. y Amador, J.A. (2010). Multilevel approach to stressors, coping, and psychopathological symptoms. *Psychological Reports*, 106, 262-278. doi:10.2466/PR0.106.1.262-278
- Forns, M., Kirchner, T., Abad, J. y Amador, J.A. (2012). Differences between genders in coping: Different coping strategies or different stressors? *Anuario de Psicología*, 42, 5-18.
- For-Wey, L., Fei-Yin, L. y Bih-Ching, S. (2002). The relationship between life adjustment and parental bonding in military personnel with adjustment disorder in Taiwan. *Military Medicine*, 167, 678-682.
- Fosnaugh, J., Geers, A.L. y Wellman, J.A. (2009). Giving off a rosy glow: the manipulation of an optimistic orientation. *Journal of Social Psychology*, 149, 249-263. doi:10.3200/SOCP.149.3.349-364
- Franks, H.M. y Roesch, S.C. (2006). Appraisals and coping in people living with cancer: a meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 15, 1027-1037. doi:10.1002/pon.1043
- Friedman, H.S. (2000). Long-term relations of personality and health: dynamisms, mechanisms, tropisms. *Journal of Personality*, 68, 1089-1107. doi:10.1111/1467-6494.00127
- Friedman, M.J., Resick, P.A., Bryant, R.A., Strain, J., Horowitz, M. y Spiegel, D. (2011). Classification of trauma and stressor-related disorders in DSM-V. *Depression and Anxiety*, 28, 737-749. doi:10.1002/da.20845
- Frydenberg, E. y Lewis, R. (1996). The adolescent coping scale: multiple forms and applications of a self report inventory in a counselling and research context. *European Journal of Psychological Assessment*, 12, 224-235. doi:10.1027/1015-5759.12.3.224
- Gallagher, D.J. (1990). Extraversion, neuroticism and appraisal of stressful academic events. *Personality and Individual Differences*, 11, 1053-1057. doi:10.1016/0191-8869(90)90133-C

- Gallagher, J., Parle, M. y Cairns, D. (2002). Appraisal and psychological distress six months after diagnosis of breast cancer. *British Journal of Health Psychology*, 7, 365–376. doi:10.1348/135910702760213733
- Gan, Y., Shang, J. y Zhang, Y. (2007). Coping flexibility and locus of control as predictors of burnout among Chinese college students. *Social Behavior and Personality*, 35, 1087-1098. doi:10.2224/sbp.2007.35.8.1087
- Gärling, T., y Gamble, A. (2012). Influences on current mood of eliciting life-satisfaction judgments. *The Journal of Positive Psychology: Dedicated to furthering research and promoting good practice*, 7, 219-229. doi:10.1080/17439760.2012.674547
- Garnefski, N., Boon, S. y Kraaij, V. (2003). Relationships between cognitive strategies of adolescents and depressive symptomatology across different types of life event. *Journal of Youth and Adolescence*, 32, 401–408. doi:10.1023/A:1025994200559
- Gartland, N., O'Connor, D. y Lawton, R. (2012). The effects of conscientiousness on the appraisals of daily stressors. *Stress & Health*, 28, 80-86. doi:10.1002/smi.1404
- Geisser, M.E., Roth, R.S. y Robinson, M.E. (1997). Assessing depression among persons with chronic pain using the Center for Epidemiological Studies-Depression Scale and the Beck Depression Inventory: a comparative analysis. *The Clinical Journal of Pain*, 13, 163-170. doi:10.1097/00002508-199706000-00011
- Gershuny, B.S. y Sher, K.J. (1998). The relation between personality and anxiety: findings from a 3-year prospective study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 252-262. doi:10.1037/0021-843X.107.2.252
- Gibbons, S.W., Barnett, S.D., Hickling, E.J., Herbig-Wall, P.L. y Watts, D.D. (2012). Stress, coping, and mental health-seeking behaviors: Gender differences in OEF/OIF health care providers. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 115-119. doi:10.1002/jts.21661
- Gil, F.L., Costa, G., Pérez, F.J., Salamero, M., Sánchez, N. y Sirgo, A. (2008). Adaptación psicológica y prevalencia de trastornos mentales en pacientes con cáncer. *Medicina Clínica*, 130, 90-92.

- Goldberg, L.R. (1981). Language and individual differences: The search for universals in personality lexicons. En L. Wheeler (Ed.), *Review of Personality and Social Psychology* (pp.141-165). Beverly Hills, CA: Sage.
- Goldberg, L. R. (1990). An alternative "description of personality": The Big-Five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1216-1229. doi:10.1037/0022-3514.59.6.1216
- Goldberg, L.R. (1993). The structure of phenotypic personality traits. *American Psychologist*, 48, 26-34. doi:10.1037/0003-066X.48.12.1303
- Goldberg, D.P., Krueger, R.F., Andrews, G. y Hobbs, M.J. (2009). Emotional disorders: Cluster 4 of the proposed metastructure for DSM-V and ICD-11. *Psychological Medicine*, 39, 2043-2059. doi:10.1017/S0033291709990298.
- González, S., Fernández, C., Pérez, J. y Amigo, I. (2007). Variables predictoras de los resultados de un programa de prevención secundaria de la depresión. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7, 13-26.
- Goodin, B.R. y Bulls, H.W. (2013). Optimism and the experience of pain: benefits of seeing the glass as half full. *Current Pain and Headache Reports*, 17, 329. doi:10.1007/s11916-013-0329-8.
- Goodwin, R. y Engstrom, G. (2002). Personality and the perception of health in the general population. *Psychological Medicine*, 32, 325-332. doi:10.1017/S0033291701005104
- Goodwin, P.J., Leszcz, M., Ennis, M., Koopmans, J., Vincent, L., Guther, H. et al. (2001). The effect of group psychosocial support on survival in metastatic breast cancer. *The New England Journal of Medicine*, 345, 1719-1726. doi:10.1056/NEJMoa011871
- Gottlieb, B. y Coyne, J. (1996). The mismeasure of coping by checklist. *Journal of Personality*, 64, 959-991.
- Gotlib, I.H. y Whiffen, V.E. (1991). The interpersonal context of depression: Implications for theory and research. En W.H. Jones y D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships* (vol. 3, pp. 177-206). Londres: Jessica Kingsley Publishers.

- Gradus, J.L., Qin, P., Lincoln, A.K., Miller, M., Lawler, E. y Lash, T.L. (2010). The association between adjustment disorders diagnosed at psychiatric treatment facilities and completed suicide. *Clinical Epidemiology*, 2, 23–28. doi:10.2147/CLEP.S9373
- Gray, J. A. (1987). *The psychology of fear and stress*. Nueva York: Cambridge University Press.
- Greenberg, W.M., Rosenfeld, D.N. y Ortega, E.A. (1995). Adjustment disorder as an admission diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 152, 459-461.
- Greis, L.M. (2012). Adjustment disorder related to bereavement. *The Journal for Nurse Practitioners*, 8, 186-194. doi:10.1016/j.nurpra.2011.08.018
- Grey, M., Boland, E.A., Davidson, M., Li, J. y Tamborlane, W.V. (2000). Coping skills training for youth with diabetes mellitus has long-lasting effects on metabolic control and quality of life. *Journal of Pediatrics*, 137, 107–113. doi:10.1067/mpd.2000.106568
- Gross, J.J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition & Emotion*, 63, 551-573. doi:10.1080/026999399379186
- Gross, J. J. y John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348–362. doi:10.1037/0022-3514.85.2.348
- Gunderson, J.G., Triebwasser, J., Phillips, K.A. y Sullivan, C.N. (1999). Personality and vulnerability to affective disorders. En C.R. Cloninger (Ed.), *Personality and psychopathology*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Gupta, S. y Bonanno, G.A. (2011). Complicated Grief and Deficits in Emotional Expressive Flexibility. *Journal of Abnormal Psychology*. 120, 635–643. doi:10.1037/a0023541
- Gur, S., Hermesh, H., Laufer, N., Gogol, M. y Gross-Isseroff, R. (2005). Adjustment disorder: A review of diagnostic pitfalls. *The Israel Medical Association Journal*, 7, 726-731.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6, 278-296. doi:10.1111/j.2044-8260.1967.tb00530.x

- Hamilton, M. y Shapiro, C.M. (1990). Depression. En Peck D.F. y Shapiro, C.M. (eds.), *Measuring human problems: a practical guide* (pp. 27, 35, 184). Nueva York: Wiley.
- Hameed, U., Schwartz, T., Malhotra, K., West, R. y Bertone, F. (2005). Antidepressant treatment in the primary care office: outcomes for adjustment disorder versus major depression. *Annals of Clinical Psychiatry*, 17, 77-81. doi:10.1080/10401230590932344
- Haro, J.M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., Codony, M., Dolz, M. y Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 12, 445-451. doi:10.1157/13086324
- Harter, S. (1993). Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents. En R. F. Baumeister (Ed.), *Self-esteem: The puzzle of low self-regard* (pp. 87-116). Nueva York: Plenum. doi:10.1007/978-1-4684-8956-9\_5
- Hayes, N. y Joseph, S. (2003). Big 5 correlates of three measures of subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 34, 723-727. doi:10.1016/S0191-8869(02)00057-0
- Heckman, B.D., Fisher, E.B., Monsees, B., Merbaum, M., Ristvedt, S. y Bishop, C. (2004). Coping and anxiety in women recalled for additional diagnostic procedures following an abnormal screening mammogram. *Health Psychology*, 23, 42-48. doi:10.1037/0278-6133.23.1.42
- Hemenover, S.H. (2001). Self-reported processing bias and naturally occurring mood: mediators between personality and stress appraisals. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 387-394. doi:10.1177/0146167201274001
- Herrero, V. y Cano, A. (2010). Un caso de trastorno adaptativo con ansiedad: evaluación, tratamiento y seguimiento. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud*, 6, 53-59.
- Hill, P. (2002). Adjustment disorder. En M. Rutter y E.A. Taylor (Eds.), *Child and adolescent psychiatry* (pp. 510-519). Oxford: Blackwell.

- Hilsenroth, M. J. (2004). An introduction to the special issue on personality assessment and psychotherapy. *Journal of Personality Assessment*, 83, 187–189. doi:10.1207/s15327752jpa8303\_01
- Hobfoll, S.E., Mancini, A.D., Hall, B.J., Canetti, D. y Bonanno, G.A. (2011). The limits of resilience: Distress following chronic political violence among Palestinians. *Social Science & Medicine*, 72, 1400–1408. doi:10.1016/j.socscimed.2011.02.022
- Hogan, J. y Ones, D.S. (1997). Conscientiousness and integrity at work. En R. Hogan, J.A. Johnson y S.R. Briggs (Eds.), *Handbook of personality psychology* (pp. 849-870). San Diego, CA: Academic Press. doi:10.1016/B978-012134645-4/50033-0
- Holahan, C.J., Moos, R.H., Holahan, C.K., Brennan, P.L. y Schutte, K.K. (2005). Stress generation, avoidance coping, and depressive symptoms: a 10-year model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 658–666. doi:10.1037/0022-006X.73.4.658
- Holmes, T.H. y Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218. doi:10.1016/0022-3999(67)90010-4
- Horowitz, M.J. (1986). Stress-response syndromes: a review of posttraumatic and adjustment disorders. *Hospital and Community Psychiatry*, 37, 241–249.
- IBM Corp (2010) *IBM SPSS. Statistics for Windows, Version 19.0*. Armonk, NY: IBM Corp.
- INSALUD (1989). *Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª Revisión. Modificación Clínica. (CIE-9-MC)*. Madrid: INSALUD.
- Jablensky, A., Sartorius, N., Hirschfield, R. y Pardes, H. (1983). Diagnosis and classification of mental disorders and alcohol and drug-related problems: A research agenda for the 1980s. *Psychological Medicine*, 13, 907-921.
- Jang, K. L., Thordarson, D. S., Stein, M. B., Cohan, S. L. y Taylor, S. (2007). Coping styles and personality: A biometric analysis. *Anxiety, Stress and Coping*, 20, 17-24. doi:10.1080/10615800601170516
- Jenkins, R., Lewis, G., Bebbington, P., Brugha, T., Farrell, M., Gill, B. y Meltzer, H. (1997). The National Psychiatric Morbidity surveys of Great Britain – initial findings from the

- household survey. *Psychological Medicine*, 27, 775-789.  
doi:10.1017/S0033291797005308
- Jensen, M.P., Moore, M.R., Bockow, T.B., Ehde, D.M. y Engel, J.M. (2011). Psychosocial factors and adjustment to chronic pain in persons with physical disabilities: A systematic review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92, 146-160.  
doi:10.1016/j.apmr.2010.09.021.
- John, O. P., Caspi, A., Robins, R. W., Moffit, T. E. y Stouthamer-Loeber, M. (1994). The "Little Five": Exploring the nomological network of the Five-Factor Model of personality in adolescent boys. *Child Development*, 65, 160-178. doi:10.2307/1131373
- John, O.P., Donahue, E.M. y Kentle, R.L. (1991). *The Big Five Inventory – Versions 4a and 55. Technical Report, IPAR*, University of California.
- John, O. P., Naumann, L. P. y Soto, C. J. (2008). Paradigm shift to the integrative Big-Five trait taxonomy: History, measurement, and conceptual issues. En O. P. John, R. W. Robins y L. A. Pervin (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 114-158). Nueva York: Guilford Press.
- John, O. P. y Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. En L. A. Pervin y O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 102-138). Nueva York: Guilford (2ª ed.).
- Jones, R., Yates, W.R., Williams, S., Zhou, M. y Hardman, L. (1999). Outcome for adjustment disorder with depressed mood: comparison with other mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, 55, 55-61. doi:10.1016/S0165-0327(98)00202-X
- Jones, R., Yates, W. y Zhou, M. (2002). Readmission rates for adjustment disorders: comparison with other mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, 71, 199-203.  
doi:10.1016/S0165-0327(01)00390-1
- Jovanovic, V. (2011). Do humor styles matter in the relationship between personality and subjective well-being? *Scandinavian Journal of Psychology*, 52, 502-507.  
doi:10.1111/j.1467-9450.2011.00898.x
-

- Judge, T. A. y Bono, J. E. (2001). Relationship of core self-evaluations traits— self-esteem, generalised self-efficacy, locus of control, and emotional stability— with job satisfaction and job performance: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86, 80-92. doi:10.1037/0021-9010.86.1.80
- Judge, T.A., Erez, A., Bono, J.E. y Thoresen, C.J. (2002). Are measures of self-esteem, neuroticism, locus of control, and generalized self-efficacy indicators of a common core construct? *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 693–710. doi:10.1037/0022-3514.83.3.693
- Judge, T., Higgins, C., Thoresen, C. y Barrick, M. (1999). The Big Five personality traits, general mental ability, and career success across the life span. *Personnel Psychology*, 52, 621-652. doi:10.1111/j.1744-6570.1999.tb00174.x
- Kato, K. y Pedersen, N. L. (2005). Personality and coping: A study of twins reared apart and twins reared together. *Behavior Genetics*, 35, 147-158. doi:10.1007/s10519-004-1015-8.
- Katzman, J. y Geppert, C. (2009). Adjustment disorders. En B. Sadock, V. Sadock y P. Ruiz (Eds.), *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (vol. 2, pp. 2187-2196). Filadelfia, MS: Lippincott Williams and Wilkins (9<sup>th</sup> Ed.).
- Katzman, J.W. y Tomori, O. (2005). Adjustment disorder. En B.J. Sadock y V.A. Sadock (Eds.), *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (cap. 22, pp. 2055-2162). Nueva York: Lippincott Williams & Wilkins (8<sup>a</sup> ed.).
- Kendler, K.S., Gatz, M., Gardner, C.O. y Pedersen, N.L. (2006). Personality and major depression: a Swedish longitudinal, population-based twin study. *Archives of General Psychiatry*, 63, 1113-1120. doi:10.1001/archpsyc.63.10.1113
- Kennedy, P., Lude, P., Elfstrom, M.L. y Smithson, E.F. (2011). Psychological contributions to functional independence: a longitudinal investigation of spinal cord injury rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 92, 597–602. doi:10.1016/j.apmr.2010.11.016

- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O., Merikangas, K.R. y Walters, E.E. (1994). Prevalence, severity and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- Kessler, R.C. y Ustun, T.B. (2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13, 93-121. doi:10.1002/mpr.168
- Khan, A.A., Jacobson, K.C., Gardner, C.O., Prescott, C.A. y Kendler, K.S. (2005). Personality and comorbidity of common psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 186, 190-196. doi:10.1192/bjp.186.3.190
- Khaw, K-T., Wareham, N., Bingham, S., Welch, A., Luben, R. y Day, N. (2008). Combined impact of health behaviours and mortality in men and women: The EPIC-Norfolk Prospective Population study. *PLoS Medicine*, 5, e70. doi:10.1371/journal.pmed.0050070
- Kirsh, K.L., McGrew, J.H., Dugan, M. y Passik, S.D. (2004). Difficulties in screening for adjustment disorder, Part I: Use of existing screening instruments in cancer patients undergoing bone marrow transplantation. *Palliative and Supportive Care*, 2, 23-31. doi:10.1017/S1478951504040040
- Klein, M. H., Wonderlich, S. y Shea, M. T. (1993). Models of relationships between personality and depression: Toward a framework for theory and research. En M. H. Klein, S. Wonderlich y M. T. Shea (Eds.), *Personality and depression: A current view* (pp. 1-54). Nueva York: Guilford Press.
- Kobasa, S.C. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11. doi:10.1037/0022-3514.37.1.1
- Kohlmann, C.W. (1993). Development of the repression-sensitization construct: With special reference to the discrepancy between subjective and physiological stress reactions. En H. Hentschel, G. Smith, W. Ehlers y J.G. Draguns (Eds.), *The concept of defense*

- mechanisms in contemporary psychology* (pp. 184-204). Nueva York: Springer Verlag.  
doi:10.1007/978-1-4613-8303-1\_12
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F. y Watson, D. (2010). Linking “Big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *136*, 768-821. doi:10.1037/a0020327
- Kotov, R., Watson, D., Robles, J.P. y Schmidt, N.B. (2007). Personality traits and anxiety symptoms: The multilevel trait predictor model. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 1485-1503. doi:10.1016/j.brat.2006.11.011
- Kovacs, M., Ho, V. y Pollack, M.H. (1995). Criterion and predictive validity of diagnosis of adjustment disorder: A predictive study of children with new onset insulin-dependent diabetes mellitus. *American Journal of Psychiatry*, *152*, 552-558.
- Krueger, R.F. (1999). The structure of common mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, *56*, 921-926. doi:10.1001/archpsyc.56.10.921
- Krueger, R.F. y Eaton, N.R. (2010). Personality Traits and the Classification of Mental Disorders: Toward a More Complete Integration in DSM-5 and an Empirical Model of Psychopathology. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *1*, 97-118. doi: 10.1037/a0018990
- Krueger, R.F., Markon, K.E., Patrick, C.J., Benning, S.D. y Kramer, M.D. (2007). Linking antisocial behaviour, substance abuse, and personality: An integrative model of the adult externalizing spectrum. *Journal of Abnormal Psychology*, *116*, 645-666. doi:10.1037/0021-843X.116.4.645
- Krueger, R. F., y Tackett, J. L. (2003). Personality and psychopathology: Working toward the bigger picture. *Journal of Personality Disorders*, *17*, 109-128. doi:10.1521/pedi.17.2.109.23986
- Kugaya, A., Akechi, T., Okuyama, T., Okamura, H. y Uchitomi, Y. (1998). Screening for psychological distress in Japanese cancer patients. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, *28*, 333-338. doi:10.1093/jjco/28.5.333

- Labrador, F.J., Estupiñá, F.J. y García Vera, M.P. (2010). Demanda de atención psicológica en la práctica clínica: tratamientos y resultados. *Psicothema*, 22, 619-626.
- Lahey, B.B. (2009). Public health significance of neuroticism. *American Psychologist*, 64, 241–256. doi:10.1037/a0015309
- Lara, M. D., Bermúdez, J. y Pérez-García, A. M. (2013). Positivity, coping style and consumption of tobacco and alcohol in adolescents. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 11, 345-366. doi:10.14204/ejrep.30.13036
- Lasa, L. Ayuso-Mateos, J.L., Vázquez-Barquero, J.L., Díez-Manrique, F.J. y Dowrick, C.F. (2000). The use of the Beck Depression Inventory to screen for depression in the general population: a preliminary analysis. *Journal of Affective Disorders*, 57, 261-265. doi:10.1016/S0165-0327(99)00088-9
- Lawrence, M., Booth, J., Mercer, S. y Crawford, E. (2013). A systematic review of the benefits of mindfulness-based interventions following transient ischemic attack and stroke. *International Journal of Stroke*, 8, 465-74. doi: 10.1111/ijvs.12135
- Lawson, V.L., Bundy, C., Belcher, J. y Harveyt, J.N. (2013). Changes in coping behavior and the relationship to personality, health threat communication and illness perceptions from the diagnosis of diabetes: a 2-year prospective longitudinal study. *Health Psychology Research*, 1, e20. doi: 10.4081/hpr.2013.716
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Nueva York: Oxford.
- Lazarus, R. S. (1993a). Coping theory and research: Past, present, and future. *Psychosomatic Medicine*, 55, 234-247. doi:10.1097/00006842-199305000-00002
- Lazarus, R. S. (1993b). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21. doi:10.1146/annurev.ps.44.020193.000245
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nueva York: Springer.

- Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-169. doi:10.1002/per.2410010304
- Lecrubier, Y., Sheehan, D.V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., Harnett Sheehan, K., Janavs, J. y Dunbar, G.C. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 12, 224–231. doi:10.1016/S0924-9338(97)83296-8
- Lee-Baggley, D., Preece, M. y DeLongis, A. (2005). Coping with interpersonal stress: role of big five traits. *Journal of Personality*, 73, 1141-1180. doi:10.1111/j.1467-6494.2005.00345.x
- Lewis, G., Pelosi, A.J., Araya, R. y Dunn, G. (1992). Measuring psychiatric disorders in the community: a standardized assessment for use by lay interviewers. *Psychological Medicine*, 22, 465-486. doi:10.1017/S0033291700030415
- Lichtenthal, W.G., Cruess, D.G. y Prigerson, H.G. (2004). A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical Psychology Review*, 24, 637-662. doi:10.1016/j.cpr.2004.07.002
- Li, R., Cooper, C., Bradley, J., Shulman, A. y Livingston, G. (2012). Coping strategies and psychological morbidity in family caregivers of people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 139, 1-11. doi:10.1016/j.jad.2011.05.055
- Livesley, W.J. (1985a). The classification of personality disorder: I. The choice of category concept. *Canadian Journal of Psychiatry*, 30, 359-362.
- Livesley, W.J. (1985b). The classification of personality disorder: II. The problem of diagnostic criteria. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 137-147.
- Livesley, W.J. (1998). Suggestions for a framework for an empirically based classification of personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 557-562.
- López-Ibor, J. J., Pérez-Urdániz, A. y Rubio, V. (1996). *Examen Internacional de los trastornos de la personalidad (IPDE): Módulo DSM-IV y CIE-10*. Madrid: Meditor.

- Loranger, A.W. (1988). *Personality Disorder Examination (PDE). Manual*. Yonkers, NY: DV Communications.
- Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, Pl., Buchheim, P., Channabasavanna, S. M. et al. (1994). The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration Internacional Pilot Study of Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 51, 215-224.
- Loranger, A.W. Hirschfield, R.M.A., Sartorius, N. y Regier, D.A. (1991). The WHO/ADAMHA International Pilot Study of Personality Disorders: Background and purpose. *Journal of Personality Disorders*, 5, 296-306. doi:10.1521/pedi.1991.5.3.296
- Loranger, A.W. (1995). *International Personality Disorder Examination (IPDE)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. doi:10.1001/archpsyc.1994.03950030051005
- Lucas, R.E. y Fujita, F. (2000). Factors influencing the relation between extraversion and pleasant affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 1039-1056. doi:10.1037/0022-3514.79.6.1039
- Lung, F., Lee, F. y Shu, B. (2006). The premorbid personality in military students with adjustment disorder. *Military Psychology*, 18, 77-88. doi:10.1207/s15327876mp1801\_5
- Lustman, P.J., Clouse, R.E., Griffith, L.S., Carney, R.M. y Freedland, K.E. (1997). Screening for depression in diabetes using the Beck Depression Inventory. *Psychosomatic Medicine*, 59, 24-31. doi:10.1097/00006842-199701000-00004
- Lyubomirsky, S., King, L. A. y Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131, 803–851. doi: 10.1037/0033-2909.131.6.803
- Maercker, A., Einsle, F. y Köller, V. (2007). Adjustment disorders as stress response syndrome: A new diagnostic concept and its exploration in a medical sample. *Psychopathology*, 40, 135-146. doi:10.1159/000099290
- Maercker, A., Forstmeier, S., Enzler, A., Krüsi, G., Hörler, E., Maier, C. y Ehlert, U. (2008). Adjustment disorder, posttraumatic stress disorder, and depressive disorders in old age:

- findings from a community survey. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 113-120.  
doi:10.1016/j.comppsy.2007.07.002
- Maercker, A., Forstmeier, S., Pielmaier, L., Spangenberg, L., Brähler, E. y Glaesmer, H. (2012). Adjustment disorders: prevalence in a representative nationwide survey in Germany. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 1745-1752.  
doi:10.1007/s00127-012-0493-x
- Maes, S., Leventhal, H. y de Ridder, D.T.D. (1996). Coping with chronic diseases. In M. Zeidner y N.S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 221-252). Nueva York: Wiley.
- Magán, I., Sanz, J. y García-Vera, M.P. (2008). Psychometric properties of a Spanish Version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in General Population. *The Spanish Journal of Psychology*, 11, 626-640.
- Major, B., Richards, M.C., Cooper, M.L., Cozzarelli, C. y Zubek, J. (1998). Personal resilience, cognitive appraisals, and coping: An integrative model of adjustment to abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 735-752. doi:10.1037/0022-3514.74.3.735
- Malhi, G.S., Fritz, K., Coulston, C.M., Lampe, L., Bargh, D.M., Ablett, M. et al. (2014). Severity alone should no longer determine therapeutic choice in the management of depression in primary care: Findings from a survey of general practitioners. *Journal of Affective Disorders*, 152-154, 375-380. doi: 10.1016/j.jad.2013.09.040
- Malouff, J.M., Thorsteinsson, E.B. y Schutte, N.S. (2005). The relationship between the five-factor model of personality and symptoms of clinical disorders: A meta-analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 27, 101-114. doi:10.1007/s10862-005-5384-y
- Malt, U.F., Huyse, F.J., Herzog, T., Lobo, A. y Rijssenbeek, A.J. (1996). The ECLW Collaborative Study: III: Training and reliability of ICD-10 psychiatric diagnoses in the general hospital setting – an investigation of 220 consultants from 14 European

- countries. *European Consultation Liaison Workgroup. Journal of Psychosomatic Research*, 41, 451-463. doi:10.1016/S0022-3999(96)00213-9
- Mann, M., Hosman, C.M.H., Schaalma, H P. y De Vries, N.K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*, 19, 357-372. doi: 10.1093/her/cyg041
- Manoranjitham, S.D., Rajkumar, A.P., Thangadurai, P., Prasad, J., Jayakaran, R. y Jacob, K.S. (2010). Risk factors for suicide in rural south India. *British Journal of Psychiatry*, 196, 26-30. doi: 10.1192/bjp.bp.108.063347
- Markon, K.E., Krueger, R.F. y Watson, D. (2005). Delineating the structure of normal and abnormal personality: An integrative hierarchical approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 139-157. doi:10.1037/0022-514.88.1.139
- Markowitz, J.C., Klerman, G.L. y Perry, S.W. (1992). Interpersonal psychotherapy of depressed HIV-positive outpatients. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 885-890.
- Martínez-Correa, A., Reyes del Paso, G., García-León, A. y González-Jareño, M.I. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18, 66-72.
- Martyn-Nemeth, P., Penckofer, S., Gulanick, M., Velsor-Friedrich, B. y Bryant, F.B. (2009). The relationships among self-esteem, stress, coping, eating behaviour, and depressive mood in adolescents. *Research in Nursing and Health*, 32, 96-109. doi: 10.1002/nur.20304
- Masiak, J., Kuśpit, M., Surtel, W. y Jarosz, M.J. (2014). Stress, coping styles and personality tendencies of medical students of urban and rural origin. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 21, 189-193.
- Matud, M. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 37, 1401-1415. doi:10.1016/j.paid.2004.01.010
- Matud, M.P. (2005). Diferencias de género en los síntomas más comunes de salud mental en una muestra de residentes en Canarias, España. *Revista Mexicana de Psicología*, 22, 395-403.

- Mayes, B.T., Johnson, T.W. y Sadri, G. (2000). Personality, job level, job stressors, and their interaction as predictors of coping behavior. *Psychological Reports*, 87, 61-81. doi:10.2466/PR0.87.5.61-81
- Mazokopakis, E.E., Vlachonikolis, I.G., Sgantzios, M.N., Polychronidis, I.E., Mavreas, V.G. y Lionis, C.D. (2002). Mental distress and sociodemographic variables: a study of Greek warship personnel. *Military Medicine*, 167, 883-888.
- McCann, S.J. (2010). Suicide, big five personality factors, and depression at the American state level. *Archives of Suicide Research*, 14, 368-374. doi:10.1080/13811118.2010.524070
- McCrae, R.R. (2007). Aesthetic chills as a universal marker of openness to experience. *Motivation and Emotion*, 31, 5-11. doi:10.1007/s11031-007-9053-1
- McCrae, R. R. y Costa, P.T. (1985). Updating Norman's "adequate taxonomy": Intelligence and personality dimensions in natural language and in questionnaires. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 710-721. doi:10.1037/0022-3514.49.3.710
- McCrae, R.R., y Costa, P.T. (1986). Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54, 385-405. doi:10.1111/j.1467-6494.1986.tb00401.x
- McCrae, R. R. y Costa, P. T. (1991). Adding liebe und arbeit: The full five-factor model and well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17, 227-232. doi:10.1177/014616729101700217
- McCrae, R. R. y Costa, P. T. (1997). Conceptions and correlates of openness to experience. En R. Hogan, J. Johnson y S. Briggs (Eds.), *Handbook of personality psychology* (pp. 825-847). San Diego, CA: Academic Press. doi:10.1016/B978-012134645-4/50032-9
- McCrae, R.R., Costa, P.T., Ostendorf, F., Angleitner, A., Hrebickova, M., Avia, M.D. et al. (2000). Nature over nurture: temperament, personality, and life span development. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 173-186. doi:10.1037/0022-3514.78.1.173

- McCrae, R.R. y Terracciano, A. (2005). Personality profiles of cultures: aggregate personality traits. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 407-425. doi:10.1037/0022-3514.89.3.407
- McIntosh, R.C. y Rosselli, M. (2012). Stress and coping in women living with HIV: a meta-analytic review. *AIDS and Behavior*, 16, 2144-2159. doi: 10.1007/s10461-012-0166-5
- McWilliams, L.A., Cox, B.J. y Enns, M.W. (2003). Use of the Coping Inventory for Stressful Situations in a clinically depressed sample: factor structure, personality correlates, and prediction of distress. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 423-437. doi:10.1002/jclp.10080
- Measelle, J. R., John, O. P., Ablow, J. C., Cowan, P. A. y Cowan, C. P. (2005). Can children provide coherent, stable, and valid self-reports on the big five dimensions? A longitudinal study from ages 5 to 7. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89, 90-106. doi:10.1037/0022-3514.89.1.90
- Mihelich, M.L. (2006). Eye movement desensitization and reprocessing treatment of adjustment disorder. *Dissertation Abstracts International*, 61, 1091.
- Miller, S. (1987). Monitoring and blunting: Validation of a questionnaire to assess styles of information-seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 345-353. doi: 10.1037/0022-3514.52.2.345
- Miller, S. (1990). To see or not to see: Cognitive informational styles in coping process. En M. Rosebaum (Ed.), *Learned resourcefulness on coping skills, self-regulation, and adaptative behaviour* (pp. 95-126). Nueva York: Springer.
- Miller, G., Chen, E. y Cole, S.W. (2009). Health psychology: Developing biologically plausible models linking the social world and physical health. *Annual Review of Psychology*, 60, 501-524. doi:10.1146/annurev.psych.60.110707.163551
- Millon, T. (1969). *Modern Psychopathology: A Biosocial Approach to Maladaptive Learning and Functioning*. Prospect Heights, Illinois: Waveland Press (Edición en español: 1976. *Psicopatología moderna: Un enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos*. Barcelona: Salvat).

- Millon, T. (1981). *Disorders of personality. DSM-III: Axis II*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Millon, T. (1990). *Toward a new personology: an evolutionary model*. Nueva York: Wiley-Interscience.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Gobierno de España (2014). *CIE-9-MC. Clasificación Internacional de Enfermedades. 9ª revisión Modificación clínica (9ª edición)*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Gobierno de España.
- Mirnic, Z., Heincz, O., Bagdy, G., Surányi, Z., Gonda, X., Benko, A. et al. (2013). The relationship between the big five personality dimensions and acute psychopathology: mediating and moderating effects of coping strategies. *Psychiatria Danuina*, 25, 379-88.
- Mitchell, A.J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., er Johansen, C. y Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The Lancet Oncology*, 12, 160-174. doi:10.1016/S1470-2045(11)70002-X
- Moorey, S. y Greer, S. (1989). *Psychological Therapy for Patients with Cancer: A New Approach*. Londres: Heinemann Medical Books.
- Moos, R.H. (1988). Life stressors and coping resources influence health and well being. *Evaluación Psicológica*, 4, 133-158.
- Moos, L.H., Cronkite, R.C., Billings, A.G. y Finney, J.W. (1986). *Health and Daily Living Form*. Social Ecology Laboratory, Veterans Administration of Stanford University Medical Centers.
- Moos, R. H., y Holahan, C. J. (2003). Dispositional and contextual perspectives on coping: Toward an integrative framework. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 1387-1403.
- Morán, C., Landero, R. y González, M.T. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9, 543-552.
- Morling, B. y Evered, S. (2006). Secondary control reviewed and defined. *Psychology Bulletin*, 135, 121-141. doi:10.1037/0033-2909.132.2.269

- Muheim, F., Eichhorn, M., Berger, P., Czernin, S., Stoppe, G., Keck, M. y Riecher-Rossler, A. (2013). Suicide attempts in the county of Basel: Results from the WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour. *Swiss Medical Weekly*, *143*, w13759. doi:10.4414/smw.2013.13759
- Mullen, B. y Suls, J. (1982). The effectiveness of attention and rejection as coping styles: A meta-analysis of temporal differences. *Journal of Psychosomatic Research*, *26*, 43-49. doi:10.1016/0022-3999(82)90061-7
- Muñiz, J. y Fernández-Hermida, J.R. (2000). La utilización de los tests en España. *Papeles del Psicólogo*, *76*, 41-49.
- Murberg, T. A. (2009). Associations between personality and coping styles among Norwegian adolescents. *Journal of Individual Differences*, *30*, 59-64. doi:10.1027/1614-0001.30.2.59
- Murberg, T. A., Bru, E., y Stephens, P. (2002). Personality and coping among congestive heart failure patients. *Personality and Individual Differences*, *32*, 775-784. doi:10.1016/S0191-8869(01)00081-2
- Myers, J.K., Weissman, M.M., Tischler, G.L., Holzer, C.E., Leaf, P.J., Orvaschel, H. et al. (1984). Six month prevalence of psychiatric disorders in three communities 1980 to 1982. *Archives of General Psychiatry*, *41*, 959-967. doi:10.1001/archpsyc.1984.01790210041006
- Neeleman, J., Ormel, J. y Bijl, R.V. (2001). The distribution of psychiatric and somatic ill health: Associations with personality and socioeconomic status. *Psychosomatic Medicine*, *63*, 239-247. doi:10.1097/00006842-200103000-00007
- Newcorn, J.H. y Strain, J. (1992). Adjustment disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *31*, 318-327. doi:10.1097/00004583-199203000-00021
- Newcorn, J.H., Strain, J.J. y Mezzich, J.E. (2000). Adjustment disorders. En B.J. Sadock y V.A. Sadock (Eds.), *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (pp. 1714-1722). Baltimore: Lippincott-Williams & Wilkins (7<sup>th</sup> Ed.).

- Newell, S.A., Sanson-Fisher, R.W. y Savolainen, N.J. (2002). Systematic review of psychological therapies for cancer patients: Overview and recommendations for future research. *Journal of the National Cancer Institute*, *94*, 558-584. doi:10.1093/jnci/94.8.558
- Nguyen, N., Fakra, E., Pradel, V., Jouve, E., Alquier, C., Le Guern, M-E. et al. (2006). Efficacy of etifoxine compared to lorazepam monotherapy in the treatment of patients with adjustment disorders with anxiety: A double-blind controlled study in general practice. *Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental*, *21*, 139-149. doi:10.1002/hup.757
- Ní Mhaoláin, A.M., Gallagher, D., O Connell, H., Chin, A.V., Bruce, I., Hamilton, F. et al. (2012). Subjective well-being amongst community-dwelling elders: what determines satisfaction with life? Findings from the Dublin Healthy Aging Study. *International Psychogeriatrics*, *24*, 316-323. doi: 10.1017/S1041610211001360
- Norman, W.T. (1963). Toward an adequate taxonomy of personality attributes: Replicated factor structure in peer nomination personality ratings. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, *66*, 574-583. doi:10.1037/h0040291
- O'Brien, T.B. y DeLongis, A. (1996). The Interactional Context of Problem-, Emotion-, and Relationship-Focused Coping: The Role of the Big Five Personality Factors. *Journal of Personality*, *64*, 775-813. doi: 10.1111/j.1467-6494.1996.tb00944.x
- O'Connor, M. C. y Paunonen, S.V. (2007). Big Five personality predictors of post-secondary academic performance. *Personality and Individual Differences*, *43*, 971-990. doi: 10.1016/j.paid.2007.03.017
- Okamura, M., Yamawaki, S., Akechi, T., Taniguchi, K. y Uchitomi, Y. (2005). Psychiatric disorders following first breast cancer recurrence: Prevalence, associated factors and relationship to quality of life. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, *35*, 302-309. doi:10.1093/jjco/hyi097
- Okamura, H., Watanabe, T., Narabayashi, M., Katsumata, N., Ando, M., Adachi, I. et al. (2000). Psychological distress following first recurrence of disease in patients with

- breast cancer: Prevalence and risk factors. *Breast Cancer Research and Treatment*, *61*, 131-137. doi:10.1023/A:1006483214678
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *CIE 10 – Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Ormel, J., Oldehinkel, A. J., y Vollebergh, W. (2004). Vulnerability before, during, and after a major depressive episode: A 3-wave population-based study. *Archives of General Psychiatry*, *61*, 990-996. doi:10.1001/archpsyc.61.10.990
- Ormel, J., Rosmalen, J. y Farmer, A. (2004). Neuroticism: a non-informative marker of vulnerability to psychopathology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *39*, 906-912. doi:10.1007/s00127-004-0873-y
- Ortiz-Hernández, L., López-Moreno, S. y Borges, G. (2007). Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana. *Cadernos de Saúde Pública*, *23*, 1255-1272. doi:10.1590/S0102-311X2007000600002
- Ožura, A., Ihan, A. y Musek, J. (2012). Can the Big Five factors of personality predict the lymphocyte counts? *Psychiatria Danubina*, *24*, 66-72.
- Paul, K.I. y Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, *74*, 264–282. doi:10.1016/j.jvb.2009.01.001
- Paunonen, S. V. y Ashton, M. C. (2001). Big Five factors and facets and the prediction of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, *81*, 524–539. doi:10.1037/0022-3514.81.3.524
- Park, C. L., Folkman, S. y Bostrom, A. (2001). Appraisals of controllability and coping in caregivers and HIV + men: Testing the goodness-of-fit hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*, 481–488. doi:10.1037/0022-006X.69.3.481
- Parker, G. y Manicavasagar, V. (2005). *Modelling and Managing the Depressive Disorders. A Clinical Guide*. Nueva York: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511544194

- Parkes, J. D. A. y Endler, N. S. (1996). Coping and defense: A historical overview. En M. Zeidner y N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 3-23). Nueva York: Wiley.
- Passik, S.D., Kirsh, K.L. y Donaghy, K. (2001). An attempt to apply the Zung Self Rating Depression Scale as a “lab test” to trigger follow-up in ambulatory oncology clinics: criterion validity and detection. *Journal of Pain and Symptom Management*, 21, 273–281. doi:10.1016/S0885-3924(00)00264-5
- Patiño, C. y Kirchner, T. (2010). Stress and psychopathology in latin-american immigrants: the role of coping strategies. *Psychopathology*, 43, 17-24. doi: 10.1159/000255959
- Patra, B.N. y Sarkar, S. (2013). Adjustment Disorder: Current Diagnostic Status. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 35, 4–9. doi: 10.4103/0253-7176.112193
- Paul, K.I. y Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74, 264-282. doi:10.1016/j.jvb.2009.01.001
- Pejovic-Milovancevic, M., Miletic, V., Popovic-Deusic, S. y Draganic-Gajic, S. (2011). Psychotropic medication use in children and adolescents in an inpatient setting. *Psychiatrike*, 22, 314-319.
- Pelechano, V. (2000). *Psicología sistemática de la personalidad*. Barcelona: Ariel.
- Pelkonen, M., Marttunen, M., Henriksson, M. y Lönnqvist, J. (2007). Adolescent adjustment disorder: Precipitant stressors and distress symptoms of 89 outpatients. *European Psychiatry*, 22, 288-295. doi:10.1016/j.eurpsy.2006.04.010
- Peng, A.C., Riolli, L.T., Schaubroeck J. y Spain, E.S.P. (2012). A moderated mediation test of personality, coping, and health among deployed soldiers. *Journal of Organizational Behavior*, 33, 512-530. doi: 10.1002/job.766
- Penley, J.A. y Tomaka, J. (2002). Associations among the big five, emotional responses, and coping with acute stress. *Personality and Individual Differences*, 32, 1215-1228. doi:10.1016/S0191-8869(01)00087-3

- Pérez-García, A.M. (2003). Determinantes externos: Situación y cultura. En J. Bermúdez, A.M. Pérez-García y P. Sanjuán (Eds.), *Psicología de la personalidad: Teoría e Investigación* (vol. 1, pp. 237-277). Madrid: UNED.
- Pérez-García, A. M. (2008). *Versión española de la escala Brief-COPE de Carver (1997)*. Documento del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Madrid: UNED.
- Pérez-Sales, P. (2009). Trastornos adaptativos y reacciones de estrés. En T. Palomo y M.A. Jiménez- Arriero (Eds.), *Manual de Psiquiatría* (403-417). Madrid: AEN.
- Perczek, R., Carver, C. S., Price, A. A. y Pozo-Kaderman, C. (2000). Coping, mood, and aspects of personality in Spanish translation and evidence of convergence with English versions. *Journal of Personality Assessment*, 74, 63-87. doi:10.1207/S15327752JPA740105
- Perry, K.N., Nicholas, M.K. y Middleton, J. (2010). Comparison of a pain management program with usual care in a pain management center for people with spinal cord injury-related chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, 26, 206–216. doi:10.1097/AJP.0b013e3181bff8f3
- Pervin, L.A. (1998). *La ciencia de la personalidad*. Madrid: McGraw-Hill.
- Peters, M.L., Flink, I.K., Boersma, K. y Linton, S.J. (2010). Manipulating optimism: can imagining a best possible self to be used to increase positive future expectancies? *Journal of Positive Psychology*, 5, 204–211. doi:10.1080/17439761003790963
- Phipps, S. y Srivastava, D.K. (1997). Repressive adaptation in children with cancer. *Health Psychology*, 16, 521-528. doi:10.1037/0278-6133.16.6.521
- Pinninti, N.R., Madison, H., Musser, E. y Rissmiller, D. (2003). MINI International Neuropsychiatric Schedule: clinical utility and patient acceptance. *European Psychiatry*, 18, 361-364. doi:10.1016/j.eurpsy.2003.03.004
- Platania-Solazzo, A., Field, T.M., Blank, J, Seligman, F., Kuhn, C., Schanberg, S. y Saab, P. (1992). Relaxation therapy reduces anxiety in child and adolescent psychiatric patients.

- Acta Paedopsychiatrica: International Journal of Child & Adolescent Psychiatry*, 55, 115-120.
- Polyakova, I., Knobler, H.Y., Ambrumova, A. y Lerner, V. (1998). Characteristics of suicidal attempts in major depression versus adjustment reactions. *Journal of Affective Disorders*, 47, 159-167. doi:10.1016/S0165-0327(97)00137-7
- Portzky, G., Audenaert, K. y Van Heeringen, K. (2005). Adjustment disorder and the course of the suicidal process in adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 87, 265-270. doi:10.1016/j.jad.2005.04.009
- Puura, K., Almqvist, F., Tamminen, T., Piha, J., Räsänen, E., Kumpulainen, K. et al. (1998). Psychiatric disturbances among prepubertal children in southern Finland. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 310-318. doi:10.1007/s001270050060
- Quilty, L. C., De Fruyt, F., Rolland, J.-P., Kennedy, S. H., Rouillon, P. F., y Bagby, R. M. (2008). Dimensional personality traits and treatment outcome in patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 108, 241-250. doi:10.1016/j.jad.2007.10.022
- Qin, P. (2011). The impact of psychiatric illness on suicide: Differences by diagnosis of disorders and by sex and age of subjects. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 1445-1452. doi:10.1016/j.jpsychires.2011.06.002
- Quiroga, E. y Erraste, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*, 13, 393-406.
- Raj, S.B. (2013). Personality and Coping in Overcoming PTSD: A Longitudinal Study among Tsunami survivors. *Journal of Psychosomatic Research*, 8, 85-101.
- Rammstedt, B. y John, O.P (2007). Measuring personality in one minute or less. A 10-item short version of the Big Five Inventory in English and German. *Journal of Research in Personality*, 41, 203-212. doi:10.1016/j.jrp.2006.02.001
- Real Academia Española (2001). Eficacia. En *Diccionario de la lengua española* (22.a ed.). Recuperado de <http://lema.rae.es/drae/?val=eficacia>

- Reed, G. M., Correia, J. M., Esparza, P., Saxena, S. y Maj, M. (2011). The WP A-WHO global survey of psychiatrists' attitudes toward mental disorders classification. *World Psychiatry, 10*, 118–131.
- Regier, D.A., Kuhl, E.A. y Kupfer, D.J. (2013). The DSM-5: Classification and criteria changes. *World Psychiatry, 12*, 92-98. doi: 10.1002/wps.20050
- Richter, P., Werner, J., Bastine, R., Heerlein, A., Kick, H. y Sauer, H. (1997). Measuring treatment outcome by the Beck Depression Inventory. *Psychopathology, 30*, 234-240. doi:10.1159/000285052
- Richter, P., Werner, J., Heerlein, A., Kraus, A. y Sauer, H. (1998). On the validity of the Beck Depression Inventory. A review. *Psychopathology, 31*, 160-168. doi:10.1159/000066239
- Roberts, B.W. y Del Vecchio, W.F. (2000). The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: a quantitative review of longitudinal studies. *Psychological Bulletin, 126*, 3–25. doi:10.1037/0033-2909.126.1.3
- Robins, R. W., John, O. P. y Caspi, A. (1994). Major dimensions of personality in early adolescence: The Big Five and beyond. En C. F. Halverson, G. A. Kohnstamm y R. P. Martin (Eds.), *The developing structure of temperament and personality from infancy to adulthood* (pp. 267-291). Nueva York: Erlbaum.
- Robins, R.W., John, O.P., Caspi, A., Moffitt, T.E. y Stouthamer-Loeber, M. (1996). Resilient, overcontrolled, and undercontrolled boys: Three replicable personality types. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*, 157-171. doi:10.1037/0022-3514.70.1.157
- Rockliff, H.E., Lightman, S.L., Rhidian, E., Buchanan, H., Gordon, U., y Vedhara, K. (2014). A systematic review of psychosocial factors associated with emotional adjustment in in vitro fertilization patients. *Human Reproduction Update, 20*, 594-613. doi:10.1093/humupd/dmu010
- Rodríguez-Marín, J., Pastor, A. y López-Roig, S. (1996). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema, 5*, 349-372.

- Roesch, S.C., Wee, C. y Vaughn, A.A. (2006). Relations between the Big Five personality traits and dispositional coping in Korean Americans: Acculturation as a moderating factor. *International Journal of Psychology*, 41, 85-96. doi: 10.1080/00207590544000112
- Roesch, S.C. y Weiner B. (2001). A meta-analytic review of coping with illness: do causal attributions matter? *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 205-219. 10.1016/S0022-3999(01)00188-X
- Roger, D., Jarvis, G. y Najarian, B. (1993). Detachment and Coping: The construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 15, 619-626. doi:10.1016/0191-8869(93)90003-L
- Romero, E., Luengo, M.A., Gómez-Fraguela, J.A. y Sobral, J. (2002). La estructura de los rasgos de personalidad en adolescentes: El Modelo de Cinco Factores y los Cinco Alternativos. *Psicothema*, 14, 134-143.
- Rosti-Otajärvi, E. y Hämäläinen, P. (2013). Behavioural symptoms and impairments in multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. *Multiple Sclerosis Journal*, 19, 31-45. doi:10.1177/1352458512439437
- Roth, S., y Cohen, L.J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist*, 41, 813-819. doi:10.1037/0003-066X.41.7.813
- Roth, A.J., Kornblith, A.B., Batel-Copel, L., Peabody, E., Scher, H.I. y Holland, J.C. (1998). Rapid screening for psychological distress in men with prostate carcinoma: A pilot study. *Cancer*, 82, 1904-1908. doi:10.1002/(SICI)1097-0142(19980515)82:10%3C1904::AID-CNCR13%3E3.0.CO;2-X
- Rothaum, F., Weisz, J.R. y Snyder, S.S. (1982). Changing the world and changing the self: a two process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 13, 299-307.
- Rueda, B. (2011). El proceso adaptativo. En J. Bermúdez, A. M. Pérez-García, J. A. Ruiz, P. Sanjuán y B. Rueda (Eds.), *Psicología de la personalidad* (pp. 443-492). Madrid: UNED.

- Rueda, B. y Pérez-García, A.M. (2004). Personalidad y percepción de autoeficacia: influencias sobre el bienestar y el afrontamiento de los problemas de salud. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9, 205-219.
- Rueda, B. y Pérez-García, A. M. (2013). Coping strategies, depressive symptoms and quality of life in hypertensive patients: Mediation and prospective relations. *Psychology & Health*, 28, 1152-1170. doi: 10.1080/08870446.2013.795223
- Ruiz, M.A., Pincus, A.L. y Schinka., J.A. (2008). Externalizing pathology and the five-factor model: A meta-analysis of personality traits associated with antisocial personality disorder, substance use disorder, and their co-occurrence. *Journal of Personality Disorders*, 22, 365-388. doi:10.1521/pedi.2008.22.4.365
- Ruiz, M.A., Sanjuán, P., Pérez-García, A.M. y Rueda, B. (2011). Relations between life satisfaction, adjustment to illness, and emotional distress in a sample of men with ischemic cardiopathy. *The Spanish Journal of Psychology*, 14, 356-365. doi: 10.5209/rev\_SJOP.2011.v14.n1.32
- Ruiz, A., Silva, H. y Miranda, E. (2001). Diagnóstico clínico y psicométrico de la depresión en pacientes de medicina general. *Revista Médica de Chile*, 129, 627-633.
- Rush, A.J., Gullion, C.M., Basco, M.R. Jarrett, R.B. y Trivedi, M.H. (1996). The Inventory of Depressive Symptomatology (IDS): Psychometric properties. *Psychological Medicine*, 26, 477-486. doi:10.1017/S0033291700035558
- Ruthig, J.C., Perry, R.P., Hall, N.C. y Hladkyj, S. (2004). Optimism and attributional retraining: Longitudinal effects on academic achievement, test anxiety, and voluntary course withdrawal in college students. *Journal of Applied Social Psychology*, 34, 709-730. doi: 10.1111/j.1559-1816.2004.tb02566.x
- Ryder, A.G., Bagby, R.M. y Schuller, D.R. (2002). The overlap of depressive personality disorder and dysthymia: A categorical problem with a dimensional solution. *Harvard Review of Psychiatry*, 10, 337-52. doi:10.1080/10673220216230

- Sánchez-López, M.P., Aparicio-García, M.E. y Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción como predictores de salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, 18, 583-589.
- Sandín, B. (1995). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Comps.), *Manual de Psicopatología* (cap. 11, pp. 1-52). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B. (2008). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología* (cap. 1; pp. 3-42). Madrid: McGraw-Hill (vol. II).
- Sanjuán, P. (2003). Estructura psicológica de la personalidad II: el modelo de los cinco factores. En J. Bermúdez, A.M. Pérez y P. Sanjuán (Coords.), *Psicología de la personalidad: teoría e investigación* (vol. I, pp. 195-236). Madrid: UNED.
- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud*, 25, 39-48. doi:10.5093/cl2014a3
- Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2009). The Beck Depression Inventory-second edition (BDI-II): factor congruence and generalizability of its indexes of internal consistency. En E. Řehulka (Ed.), *School and health 21. General issues in health education* (pp. 331-342). Brno: MSD.
- Sanz, J., García-Vera, M. P. y Fortún, M. (2012). El Inventario de ansiedad de Beck (BAI): propiedades psicométricas de la versión española en pacientes con trastornos psicológicos. *Behavioral Psychology-Psicología Conductual*, 20, 563-583.
- Sanz, J. y Navarro, M.E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9, 59-84.
- Sanz, J., Navarro, M. E., y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 239-288.

- Sanz, J., Perdigón, A.L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud, 14*, 249-280.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del Inventario para la Depresión de Beck. *Psicothema, 10*, 303-318.
- Sarason, I. G., Johnson, J. H. y Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: Development of the life experience survey. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*, 932-946. doi:10.1037/0022-006X.46.5.932
- Schatzberg, A.F. (1990). Anxiety and adjustment disorder: A treatment approach. *Journal of Clinical Psychiatry, 51*, 20-24.
- Scheier, M.F. y Carver, C.S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality, 55*, 169-210. doi: 10.1111/j.1467-6494.1987.tb00434.x
- Scheier, M.F. y Carver, C.S. (1992) Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research, 16*, 201-228. doi: 10.1007/BF01173489
- Scheier, M. F., Weintraub, J. K. y Carver, C. S. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 1257–1264. doi:10.1037/0022-3514.51.6.1257
- Schimmack, U. y Oishi, S. (2005). Chronically accessible versus temporarily accessible sources of life satisfaction judgments. *Journal of Personality and Social Psychology, 89*, 395–406. doi:10.1037/0022-3514.89.3.395
- Schneider, T., Rech, T., Lyons, J. y Riffle, R. (2012). The influence of neuroticism, extraversion and openness on stress responses. *Stress & Health, 28*, 102-110. doi:10.1002/smi.1409
- Schnyder, U. y Valach, L. (1997). Suicide attempters in a psychiatric emergency room population. *General Hospital Psychiatry, 19*, 119-129. doi:10.1016/S0163-8343(96)00169-7
-

- Schoultz, M., Atherton, I., Hubbard, G. y Watson, A.J. (2013). Assessment of causal link between psychological factors and symptom exacerbation in inflammatory bowel disease: a protocol for systematic review of prospective cohort studies. *Systematic Reviews*, 23, 8. doi: 10.1186/2046-4053-2-8
- Schroevers, M., Kraaij, V. y Garnefski, N. (2007). Goal disturbance, cognitive coping strategies, and psychological adjustment to different types of stressful life event. *Personality and Individual Differences*, 43, 413-423. doi:10.1016/j.paid.2006.12.009
- Seligman, M. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Vergara.
- Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14. doi: 10.1037//0003-066X.55.1.5
- Seligman, M. E, Steen, T., Park, N. y Peterson, C. (2005). Positive Psychology progress: Empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410-421. doi:10.1037/0003-066X.60.5.410
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138, 32. doi:10.1038/138032a0
- Shah, B.M., Gupchup, G.V., Borrego, M.E., Raisch, D.W. y Knapp, K.K. (2012). Depressive Symptoms in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: Do Stress and Coping Matter? *Stress and Health*, 28, 111-122. doi:10.1002/smi.1410
- Shaheen, S., Shaheen, F. y Shaheen, H. (2013). Personality Factors, Self-Efficacy, and Mental Health among University Students: A Correlational Study. *International Journal of Education and Psychological Research*, 2, 106-112.
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement sensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199-223. doi:10.1002/jts.2490020207
- Shapiro, D.N., Kaplow, J.B., Amaya-Jackson, L. y Dodge, K.A. (2012). Behavioral markers of coping and psychiatric symptoms among sexually abused children. *Journal of Traumatic Stress*, 25, 157–163. doi: 10.1002/jts.2

- Sharkansky, E. J., King, D. W., King, L. A., Wolfe, J., Erickson, D. J. y Stokes, L. R. (2000). Coping with Gulf War combat stress: Mediating and moderating effects. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 188-197. doi:10.1037/0021-843X.109.2.188
- Sharpe, J.P., Martin, N.R. y Roth, K.A. (2011). Optimism and the Big Five factors of personality: Beyond Neuroticism and extraversion. *Personality and Individual Differences, 51*, 946–951. doi:10.1016/j.paid.2011.07.033
- Shear, K.M., Greeno, C., Kang, J. M., Ludewig, D., Frank, E., Swartz, H.A. y Hanekamp, M. (2000). Diagnosis of non-psychotic patients in community clinics. *American Journal of Psychiatry, 157*, 581–587. doi:10.1176/appi.ajp.157.4.581
- Sheehan, D.V. y Lecrubier, Y. (2004). *The Mini International Psychiatric Interview – Plus (MINI-Plus)*. University of South Florida.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E. et al. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry, 59*, 22–33.
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A. et al. (1997). The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry, 12*, 232-241. doi:10.1016/S0924-9338(97)83297-X
- Silverstone, P.H. (1996). Prevalence of psychiatric disorders in medical inpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 184*, 43-51. doi:10.1097/00005053-199601000-00008
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J. y Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin, 129*, 216-269. doi:10.1037/0033-2909.129.2.216
- Skinner, E.A. y Zimmer-Gembeck, M.J. (2007). The development of coping. *Annual Review of Psychology, 58*, 119-144. doi:10.1146/annurev.psych.58.110405.085705

- Sloan, E.P. y Kirsh, S. (2008). Characteristics of obstetrical inpatients referred to a consultation-liaison psychiatry service in a tertiary-level university hospital. *Archives of Women's Mental Health*, *11*, 327-333. doi:10.1007/s00737-008-0034-5
- Smit, F., Beekman, A., Cuijpers, P., de Graaf, R., y Vollebergh, W. (2004). Selecting key variables for depression prevention: Results from a population-based prospective epidemiological study. *Journal of Affective Disorders*, *81*, 241-249. doi:10.1016/j.jad.2003.08.007
- Snyder, S., Strain, J.J. y Wolf, D. (1990). Differentiating major depression from adjustment disorder with depressed mood in the medical setting. *General Hospital Psychiatry*, *12*, 159-165. doi:10.1016/0163-8343(90)90074-M
- Solberg Nes, L. y Segerstrom, S.C. (2006). Dispositional optimism and coping: a meta-analytical review. *Personality and Social Psychology Review*, *10*, 235-251.
- Somer, E. y Heth, J.T. (2004). Controllability awareness and maladjusted personality traits: preliminary findings. *The Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, *41*, 184-190.
- Sontag, L.M. y Graber, J.A. (2010). Coping with perceived peer stress: gender-specific and common pathways to symptoms of psychopathology. *Developmental Psychology*, *46*, 1605-1620. doi: 10.1037/a0020617
- Soriano, J.F., Monsalve, V., Ibáñez, E. y Gómez, P. (2010). Personalidad y afrontamiento en dolor crónico neuropático: un divorcio previsible. *Psicothema*, *22*, 537-542.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R., y Lushene, R. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Srivastava, M., Talukdar, U. y Lahan, V. (2011). Meditation for the management of adjustment disorder anxiety and depression. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *17*, 241-5. doi: 10.1016/j.ctcp.2011.04.007.
- Steel, P., Schmidt, J. y Shultz, J. (2008). Refining the relationship between personality and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, *134*, 138-161. doi:10.1037/0033-2909.134.1.138

- Steinhausen, H.C. y Erdin, A. (1991). A comparison of ICD-9 and ICD-10 diagnoses of child and adolescent psychiatric disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 909-920. doi:10.1111/j.1469-7610.1991.tb01918.x
- Stewart, J.W., Quitkin, F.M. y Klein, D.F. (1992). The pharmacotherapy of minor depression. *American Journal of Psychotherapy*, 46, 23-36.
- Stille, C. S., Sereika, S., Muldoon, M. F., Ryan, C. M. y Dunbar-Jacob, J. (2004). Psychological and cognitive function: Predictors of adherence with cholesterol lowering treatment. *Annals of Behavioral Medicine*, 27, 117-124. doi:10.1207/s15324796abm2702\_6
- Strain, J.J. (1995). Adjustment disorders. En G.O. Gabbard (Ed.), *Treatments of Psychiatric Disorders* (pp. 1656-1665). Washington, DC: APA Press (2ª ed.).
- Strain, J.J. y Diefenbacher, A. (2008). The adjustment disorders: The conundrums of the diagnoses. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 121-130. doi:10.1016/j.comppsy.2007.10.002
- Strain, J.J., Newcorn, J., Wolf, D. y Fulop, G. (1996). Trastorno adaptativo. En R.E. Hales, S.C. Yudofsky y J.A. Talbott (Eds), *Tratado de Psiquiatría* (pp. 711-721). Barcelona: Ancora.
- Strain, J.J., Smith, G.C., Hammer, J.S., McKenzie, D.P., Blumenfield, M., Muskin, P. et al. (1998). Adjustment Disorder: A multisite study of its utilization and interventions in the consultation-liaison psychiatry setting. *General Hospital Psychiatry*, 20, 139-149. doi:10.1016/S0163-8343(98)00020-6
- Suls, J., David, P. y Harvey, H. (1996). Personality and coping: Three generation of research. *Journal of Personality*, 64, 711-736. doi:10.1111/j.1467-6494.1996.tb00942.x
- Suls, J. y Fletcher, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: A meta-analysis. *Health Psychology*, 4, 249-288. doi:10.1037/0278-6133.4.3.249
- Suvak, M. K., Vogt, D. S., Savarese, V. W., King, L. A. y King, D. W. (2002). Relationship of war-zone coping strategies to long-term general life adjustment among Vietnam

- veterans: Combat exposure as a moderator variable. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 974-985. doi:10.1177/01467202028007010
- Szasz, T. S. (1974). *The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct*. New York: Harper & Row. doi:10.1016/B978-0-08-017738-0.50007-7
- Szigethy, E., Whitton, S.W., Levy-Warren, A., DeMaso, D.R., Weisz, J.W. y Beardslee, W.R. (2004). Cognitive behavioral therapy for depression in adolescents with inflammatory bowel disease: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 1469–1477. doi:10.1097/01.chi.0000142284.10574.1f
- Taggart, C., O’Grady, J., Stevenson, M., Hand, E., Mc Clelland, R. y Kelly, C. (2006). Accuracy of diagnosis and routine psychiatric assessment in patients presenting to an accident and emergency department. *General Hospital Psychiatry*, 28, 330–335. doi:10.1016/j.genhosppsy.2006.05.002
- Takei, N. y Sugihara, G. (2006). Diagnostic ambiguity of subthreshold depression: Minor depression vs. adjustment disorder with depressive mood. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114, 144. doi:10.1111/j.1600-0447.2006.00802.x
- Tamres, L.K., Janicki, D. y Helgeson, V.S. (2002). Sex Differences in Coping Behavior: A Meta-Analytic Review and an Examination of Relative Coping. *Personality and Social Psychology Review*, 6, 2-30. doi:10.1207/S15327957PSPR0601\_1
- Taylor, S.E. y Stanton, A.L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 377–401. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032511-143108
- Tein, J., Sandler, I.N., Ayers, T.S. y Wolchik, S.A. (2006). Mediation of the effects of the Family Bereavement Program on mental health problems of bereaved children and adolescents. *Prevention Science*, 7, 179-195. doi:10.1007/s11121-006-0037-2
- Tein, J., Sandler, I.N., MacKinnon, D.P. y Wolchik, S.A. (2004). How did it work? Who did it work for? Mediation in the context of a moderated prevention effect for children of divorce. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 617–624. doi:10.1037/0022-006X.72.4.617

- Tellegen, A. (1985). Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. En A. H. Tuma y J. D. Maser (Eds.). *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 681-706). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ten Have, M., de Graaf, R., Ormel, J., Vilagut, G., Kovess, V. y Alonso, J. (2010). Are attitudes towards mental health help-seeking associated with service use? Results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *45*, 153–63. doi:10.1007/s00127-009-0050-4
- Terracciano, A., Löckenhoff, C.E., Zonderman, A.B., Ferrucci, L. y Costa, P.T. (2008). Personality predictors of longevity: activity, emotional stability, and conscientiousness. *Psychosomatic Medicine*, *70*, 621-627. doi: 10.1097/PSY.0b013e31817b9371
- Terracciano, A., McCrae, R.R., Hagemann, D. y Costa P.T (2003). Individual difference variables, affective differentiation, and the structures of affect. *Journal of Personality*, *71*, 669-703. doi:10.1111/1467-6494.7105001
- Thorpe, C.T., Fahey, L.E., Johnson, H., Deshpande, M., Joshua, M., Thorpe, J.M. y Fisher, E.B. (2013). Facilitating healthy coping in patients with diabetes: A systematic review. *The Diabetes Educator*, *39*, 33-52. doi:10.1177/0145721712464400
- Todrank Heth, J. y Somer, E. (2002). Characterizing stress tolerance: A new approach to controllability and its relationship to perceived stress and reported health. *Personality and Individual Differences*, *33*, 883-895. doi:10.1016/S0191-8869(01)00198-2
- Tokuyama, M., Nakao, K., Seto, M., Watanabe, A., y Takeda, M. (2003). Predictors of first-onset major depressive episodes among white-collar workers. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *57*, 523–531. doi: 10.1046/j.1440-1819.2003.01158.x
- Trivedi, M.H., Rush, A.J., Ibrahim, H.M., Carmody, T.J., Biggs, M.M., Suppes, T. et al. (2004). The Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (IDS-C) and Self-Report (IDS-SR), and the Quick Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (QIDS-C) and Self-Report (QIDS-SR) in public sector patients with mood disorders: A psychometric evaluation. *Psychological Medicine*, *34*, 73–82. doi:10.1017/S0033291703001107

- Tupes, E.C. y Christal, R.C. (1961). *Recurrent personality factors based on trait ratings*. Technical Reports, U.S. Air force, Lackland Air Force Base, TX.
- Tupes, E.C. y Christal, R.C. (1992). Recurrent personality factors based on trait ratings. *Journal of Personality*, 60, 225-251. doi:10.1111/j.1467-6494.1992.tb00973.x
- Tyler, P. A. y Cushway, D. (1995). Stress in nurses: The effects of coping and social support. *Stress Medicine*, 11, 243-251.
- Vallejo-Sánchez, B. y Pérez-García, A.M. (2015a). Positividad y afrontamiento en pacientes con trastorno adaptativo. *Anales de Psicología*, 31, 462-471. doi:10.6018/analesps.31.2.176631
- Vallejo-Sánchez, B. y Pérez-García, A.M. (2015b). The role of personality and coping in adjustment disorder. *Clinical Psychologist*. doi:10.1111/cp.12064
- Van der Klink, J.J.L., Blonk R.W.B., Schene, A.H. y Van Dijk, F.J.H. (2003). Reducing long term sickness absence by an activating intervention in adjustment disorders: A cluster randomized controlled design. *Occupational and Environmental Medicine*, 60, 429-437. doi:10.1136/oem.60.6.429
- Van der Lee, J., Bakker, T.J., Duivenvoorden, H.J. y Dröes, R.M. (2014). Multivariate models of subjective caregiver burden in dementia: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 15C, 76-93. doi: 10.1016/j.arr.2014.03.003.
- Van Os, J., Park, S.B.G. y Jones, P.B. (2001). Neuroticism, life events and mental health: evidence for person-environment correlation. *British Journal of Psychiatry*, 178, s72-s77.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1991). Trastornos depresivos I: Datos clínicos y modelos teóricos. En A. Belloch y E. Ibáñez (Eds.), *Manual de Psicopatología* (vol. 2; pp. 717-784). Valencia: Promolibro.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.

- Vázquez, C. y Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, *10*, 59-81.
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, *3*, 87-116.
- Vera, B., Carbelo, B, y Vecina, M. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del Psicólogo*, *27*, 40-49.
- Verheul, R. y Widiger, T.A. (2004). A meta-analysis of the prevalence and usage of the personality disorder not otherwise specified (PDNOS) diagnosis. *Journal of Personality Disorders*, *18*, 309-319. doi:10.1521/pedi.18.4.309.40350
- Vitaliano, P.P., Russo, J., Carr, J.E., Maiuro, R.D. y Becker, J. (1985). The Ways of Coping Checklist: Revision and psychometric properties. *Multivariate Behavioral Research*, *20*, 3-26. doi:10.1207/s15327906mbr2001\_1
- Wakefield, J.C. (2010). Misdiagnosing normality: Psychiatry's failure to address the problem of false positive diagnoses of mental disorder in a changing professional environment. *Journal of Mental Health*, *19*, 337-351. doi:10.3109/09638237.2010.492418
- Wakefield, J.C. (2012). DSM-5: Proposed changes to depressive disorders. *Current Medical Research and Opinion*, *28*, 335-343. doi:10.1185/03007995.2011.653436
- Wang, Y., Yao, L., Liu, L., Yang, X., Wu, H., Wang, J. y Wang, L. (2014). The mediating role of self-efficacy in the relationship between Big five personality and depressive symptoms among Chinese unemployed population: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, *14*, 61. doi:10.1186/1471-244X-14-61
- Watson, D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: A quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, *114*, 522-536. doi:10.1037/0021-843X.114.4.522

- Watson, D. y Clark, L. A. (1992). On traits and temperament: General and specific factors of emotional experience and their relation to the five-factor model. *Journal of Personality*, *60*, 441-476. doi:10.1111/j.1467-6494.1992.tb00980.x
- Watson, D., Clark, L. A. y Chmielewski, M. (2008). Structures of personality and their relevance to psychopathology: II. Further articulation of a comprehensive unified trait structure. *Journal of Personality*, *76*, 1545–1586. doi:10.1111/j.1467-6494.2008.00531.x
- Watson, D., Gamez, W. y Simms, L.J. (2005). Basic dimensions of temperament and their relation to anxiety and depression: A symptom-based perspective. *Journal of Research in Personality*, *39*, 46-66. doi:10.1016/j.jrp.2004.09.006
- Watson, D. y Hubbard, B. (2006) Adaptational Style and Dispositional Structure: Coping in the Context of the Five-Factor Model. *Journal of Personality*, *64*, 737-774. doi: 10.1111/j.1467-6494.1996.tb00943.x
- Waugh, C.E. y Koster E.H. (2014). A resilience framework for promoting stable remission from depression. *Clinical Psychology Review*, *29*. doi: 10.1016/j.cpr.2014.05.00
- Weiss, A., Bates, T. C. y Luciano, M. (2008). Happiness is a personal(ity) thing: The genetics of personality and well-being in a representative sample. *Psychological Science*, *19*, 205-210. 10.1111/j.1467-9280.2008.02068.x
- Weisz, J.R., McCabe, M.A. y Denning, M.D. (1994). Primary and secondary control among children undergoing medical procedures: Adjustment as a function of coping style. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *62*, 324–332. doi:10.1037/0022-006X.62.2.324
- Westphal, M., Seivert, N.H. y Bonanno, G.A. (2010). Expressive Flexibility. *Emotion*, *10*, 92–100. doi: 10.1037/a0018420
- Widiger, T.A. (1993). The DSM-III-R categorical personality disorder diagnoses: A critique and an alternative. *Psychological Inquiry*, *4*, 75-90. doi:10.1207/s15327965pli0402\_1
- Widiger, T.A. (2009). Neuroticism. En M.R. Leary y R.H. Hoyle (Eds), *Handbook of individual differences in social behavior* (pp. 129–146). Nueva York: Guilford.
- Widiger, T.A. (2011). Personality and psychopathology. *World Psychiatry*. *10*, 103–106.

- Widiger, T.A., Livesley, W.J. y Clark, L.A. (2009). An integrative dimensional classification of personality disorder. *Psychological Assessment*, 21, 243–255. doi:10.1037/a0016606
- Widiger, T.A. y Trull, T.J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: Shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, 62, 71-83. doi:10.1037/0003-066X.62.2.71
- Wing, J.K., Babor, T., Brugha, T., Burke, J., Cooper, J.E., Giel, R. et al. (1990). SCAN: Schedules for clinical assessment in Neuropsychiatry. *Archives of General Psychiatry*, 47, 589-593. doi:10.1001/archpsyc.1990.01810180089012
- Wingenfeld, K., Mensebach, C., Rullkoetter, N., Schlosser, N., Schaffrath, C., Beblo, T. y Driessen, M. (2009). Relationship between coping with negative life-events and psychopathology: major depression and borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy*, 82, 421-425. doi: 10.1348/147608309X452416
- Wonghongkul, T., Dechaprom, N., Phumivichuvate, L. y Losawatkul, S. (2006). Uncertainty appraisal coping and quality of life in breast cancer survivors. *Cancer Nursing*, 29, 250–257. doi:10.1097/00002820-200605000-00014
- Worchel, F.F., Copeland, D.R. y Barker, D.G. (1987). Control-related coping strategies in pediatric oncology patients. *Journal of Pediatric Psychology*, 12, 25–38. doi:10.1093/jpepsy/12.1.25
- World Health Organization (1967). *International statistical classification of diseases, injuries, and causes of death, 8th revision*. Ginebra: WHO.
- (1979). *International classification of diseases, injuries and causes of death, 9th revision*. Ginebra: WHO.
- (1992). *International classification of diseases and related health problems, 10th revision*. Ginebra: WHO.
- World Health Organization –WHO- International Consortium in Psychiatric Epidemiology (2000). Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bulletin of the World Health Organization*, 78, 413-426.

- Yates, W.R., Mitchell, J., Rush, A.J., Trivedi, M.H., Wisniewski, S.R., Warden, D. et al. (2004). Clinical features of depressed outpatients with and without co-occurring general medical conditions in STAR\*D. *General Hospital Psychiatry*, 226, 421-429. doi:10.1016/j.genhosppsy.2004.06.008
- Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M.B. y Leirer, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.
- Zeidner, M. y Saklofske, D. (1996). Adaptative and maladaptive coping. En M. Zeidner y N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research and applications* (pp. 505-531). Nueva York: John Wiley and Sons.
- Zhang, J., Mandl, H. y Wang, E. (2010). Personality, acculturation, and psychosocial adjustment of Chinese international students in Germany. *Psychological Reports*, 107, 511-525. doi:10.2466/07.09.11.17.PR0.107.5.511-525
- Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x
- Zuckerman, M. (1991). *Psychobiology of personality*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Zung, W.W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70. doi:10.1001/archpsyc.1965.01720310065008

**ANEXOS**



**Anexo I. Hoja de información y consentimiento****HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA LA PARTICIPACIÓN EN ESTUDIO SOBRE TRASTORNOS ADAPTATIVOS**

La característica esencial de un trastorno adaptativo es el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresor psicosocial identificable, que generan en la persona un acusado malestar y una alteración significativa de la actividad social, académica o profesional.

Estamos realizando un trabajo de investigación encaminado a determinar en qué medida determinados factores de carácter psicológico, así como los propios estilos de vida, pueden influir en la adaptación de las personas a determinados acontecimientos importantes, de carácter estresante, ocurridos en sus vidas. Esto permitirá un mayor conocimiento de la anterior patología, con posteriores implicaciones en el tratamiento y en la prevención de consecuencias adversas en otros posibles acontecimientos futuros de similar trascendencia.

Los participantes en el estudio tendrán que contestar una serie de cuestionarios. Una vez que finalice la investigación y se analicen los resultados, se informará de los mismos a cada participante.

Los datos aportados serán estrictamente confidenciales, y se utilizarán con fines de investigación y posterior publicación de los resultados obtenidos en el grupo total de participantes en el estudio, respetando en todo momento su anonimato. Finalizada la investigación, todos los cuestionarios se destruirán siguiendo los procedimientos que la ley establece para el tratamiento de datos de carácter personal.

La participación en la investigación es voluntaria, pudiendo rehusarse participar, o terminar la participación en cualquier momento sin penalización o pérdida de beneficios a los que tiene derecho.

Yo, /D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, he leído la información provista en esta hoja de consentimiento, o he sido informado/a de manera adecuada y suficiente, y libremente consiento participar en este estudio de investigación. Autorizo el uso y la divulgación de mi información de salud para los propósitos descritos en este consentimiento.

Al firmar esta hoja de consentimiento, no he renunciado a ninguno de mis derechos legales

Firma del participante

Fecha

Tfno.:

**Anexo II. Hoja de datos personales**

<b>1) EDAD:</b> _____ <b>F. NACIMIENTO:</b> _____	
<b>2) SEXO (Marcar con una X)</b>	1. HOMBRE 2. MUJER
<b>3) ESTADO CIVIL</b>	1. SOLTERO/A 2. CASADO/A 3. SEPARADO/A /DIVORCIADO/A 4. VIUDO/A
<b>4) PAREJA ESTABLE</b>	1. SI 2. NO
<b>5) SITUACIÓN LABORAL</b>	1. TRABAJANDO 2. DESEMPLEADO (INCLUYE ESTUDIANTES Y TAREAS DEL HOGAR) 3. BAJA LABORAL TEMPORAL 4. INCAPACIDAD LABORAL PERMANENTE 5. JUBILACIÓN 6. OTRA
<b>6) NIVEL EDUCATIVO</b>	1. BÁSICO 2. MEDIO 3. SUPERIOR
<b>7) NIVEL ECONÓMICO</b>	1. BAJO 2. MEDIO 3. ALTO

**Anexo III. Escala de sucesos vitales (ESV)**

**INSTRUCCIONES:** Señale **cuál de los hechos** que figuran a continuación **le han sucedido** en los **ULTIMOS DOS años**. Y **SÓLO** en aquellas situaciones que le hayan ocurrido, **indique su duración (fecha de inicio y fin del problema) y el nivel de estrés que le produjo.**

**VALORES DE LA ESCALA:**  
 0= Ningún estrés  
 1= Algo de estrés  
 2= Bastante estrés  
 3= Mucho estrés

Tipo de acontecimientos	Ocurrencia		Nivel de estrés			
<b>RELACIONADOS CON EL GRUPO PRIMARIO DE APOYO (PROBLEMAS PERSONALES Y FAMILIARES)</b>						
(1) Matrimonio	SI	NO	0	1	2	3
(2) Problemas en la pareja	SI	NO	0	1	2	3
(3) Problemas familiares	SI	NO	0	1	2	3
(4) Ruptura / Separación o divorcio	SI	NO	0	1	2	3
(5) Enfermedad o accidente grave propios	SI	NO	0	1	2	3
(6) Enfermedad o accidente grave de un familiar o amigo	SI	NO	0	1	2	3
(7) Fallecimiento de un familiar:.....	SI	NO	0	1	2	3
(8) Nacimiento de un hijo	SI	NO	0	1	2	3
(9) Embarazo (deseado o no) o dificultades para lograr o mantener un embarazo	SI	NO	0	1	2	3
(10) Cambio en el número de miembros del núcleo familiar (por marcha o incorporación de algún miembro a la familia)	SI	NO	0	1	2	3
(11) Malos tratos de la pareja/padres o abandono	SI	NO	0	1	2	3
(12) Sobrecarga en cuanto a responsabilidades	SI	NO		1	2	3
<b>RELACIONADO CON EL AMBIENTE SOCIAL</b>						
(13) Fallecimiento o pérdida de un amigo	SI	NO	0	1	2	3
(14) Pérdida de apoyo social y/o soledad	SI	NO	0	1	2	3
(15) Discriminación	SI	NO	0	1	2	3
(16) Conflictos con otras personas no familiares (amigo, vecino, médico, asistente social etc): .....	SI	NO	0	1	2	3
(17) Problemas de vivienda (p.ej. falta de hogar o vivienda inadecuada)	SI	NO	0	1	2	3
(18) Cambio de lugar de residencia	SI	NO	0	1	2	3
(19) Emigración	SI	NO	0	1	2	3
(20) Cambio vital (p.ej. emancipación, etc)	SI	NO	0	1	2	3

<b>ÁMBITO LABORAL</b>						
(21) Desempleo	SI	NO	0	1	2	3
(22) Despido	SI	NO	0	1	2	3
(23) Jubilación	SI	NO	0	1	2	3
(24) Incapacitación laboral reconocida, o imposibilidad de trabajar	SI	NO	0	1	2	3
(25) Cambios dentro del trabajo (p.ej., cambio de jefe, en el número de horas, lugar de trabajo, categoría laboral, responsabilidad etc)	SI	NO	0	1	2	3
(26) Conflictos con jefe o compañeros	SI	NO	0	1	2	3
(27) Cambio de un trabajo a otro.	SI	NO	0	1	2	3
(28) Trabajo insatisfactorio o estresante	SI	NO	0	1	2	3
(29) Problemas de Acoso/abuso (moobing)	SI	NO	0	1	2	3
<b>AMBITO ACADÉMICO</b>						
(30) Cambio de curso o etapa	SI	NO	0	1	2	3
(31) Cambio de centro	SI	NO	0	1	2	3
(32) Problemas con compañeros	SI	NO	0	1	2	3
(33) Problemas con estudios (fracaso escolar...)	SI	NO	0	1	2	3
(34) Problemas de acoso/abuso en escuela (bullying)	SI	NO	0	1	2	3
<b>PROBLEMAS ECONÓMICOS</b>						
(35) Inicio o fin de un negocio	SI	NO	0	1	2	3
(36) Dificultades económicas	SI	NO	0	1	2	3
(37) Ganancia de una gran suma de dinero	SI	NO	0	1	2	3
<b>PROBLEMAS RELATIVOS A LA INTERACCIÓN CON SISTEMA LEGAL O DELINCUENCIA</b>						
(38) Juicios o denuncias	SI	NO	0	1	2	3
(39) Arrestos o encarcelamientos	SI	NO	0	1	2	3
(40) Víctima de un acto delictivo	SI	NO	0	1	2	3
<b>OTROS</b>						
Añada a continuación algún otro hecho que le haya ocurrido en los dos últimos años que haya supuesto cambios importantes o difíciles en su vida y que no esté recogido en la lista anterior:						
			0	1	2	3
Escriba a continuación cuáles son las dos/tres situaciones que más le preocupan o afectan actualmente:						
1°)						
2°)						
3°)						

**Anexo IV. Entrevista diagnóstica: International Mini Neuropsychiatric Interview - Plus (MINI-Plus). Módulo X de Trastornos adaptativos.**

INSTRUCCIONES: Siga el orden indicado para las preguntas (➡ Significa: Ir a la casilla diagnóstica, marcar NO y finalizar este módulo, continuando con el siguiente; en caso de no presentarse este signo, pasar a la siguiente pregunta)

Incluso si tiene estrés en su vida o un estrés precipitó el trastorno del paciente, no use el diagnóstico de trastornos adaptativos si algún otro trastorno psiquiátrico está presente. Salte la sección de trastornos adaptativos si los síntomas del paciente reúnen los requisitos de otro trastorno específico del Eje I o son una exacerbación de un trastorno del Eje I o del Eje II.

Haga estas preguntas solamente si el paciente marcó NO en los demás trastornos.

1 ¿Tiene síntomas emocionales o de conducta provocados por el estrés en su vida? [Entre los ejemplos está la ansiedad/depresión/mala conducta/quejas físicas (ejemplos de mala conducta son pelear, manejar imprudentemente, faltar a clase, el vandalismo, no respetar los derechos de otros o hacer cosas ilegales)].	➡ NO	SI
2 ¿Estos síntomas emocionales o de conducta empezaron dentro de los 3 meses desde el comienzo de los factores estresantes?	➡ NO	SI
3 a ¿Causan estos síntomas emocionales o de conducta una marcada aflicción más allá de lo que se esperaría?	➡ NO	SI
3b ¿Estos síntomas emocionales/de conducta afectan significativamente su capacidad para funcionar socialmente en el trabajo o en la escuela?	➡ NO	SI
4 ¿Estos síntomas emocionales/de conducta son causados en su totalidad por la pérdida de un ser amado (duelo) y son similares en severidad, nivel de incapacidad y duración a los que otros sufrirían bajo circunstancias similares? (Si es así, esto es un duelo no complicado) ¿Ha sido descartado un duelo complicado?	➡ NO	SI
5 ¿Estos síntomas emocionales/de conducta han continuado por más de 6 meses desde que el estrés desapareció?	NO	➡ SI
¿Están presentes los siguientes síntomas emocionales/de conducta? <b>Calificadores:</b> Marcar todos los que sean apropiados.		
A Depresión, emotividad, desesperanza.		
B Ansiedad, nerviosismo, temblor, preocupación.		
C Mala conducta (ej., pelear, manejar imprudentemente, faltar a la escuela, Vandalismo, no respetar los derechos de los demás, hacer cosas ilegales).		

D Problemas laborales, escolares, quejas físicas o aislamiento social.		
<p>Si marcó:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solamente A, entonces codifíquese como trastorno adaptativo <b>con estado de ánimo depresivo</b>. 309.0</li> <li>• Solamente B, entonces codifíquese como trastorno adaptativo <b>con ansiedad</b>. 309.24</li> <li>• Solamente C, entonces codifíquese como trastorno adaptativo <b>con trastorno de comportamiento</b>. 309.3</li> <li>• Solamente A y B, entonces codifíquese como trastorno adaptativo mixto <b>con ansiedad y estado de ánimo epresivo</b>. 309.28</li> <li>• C y (A o B), entonces codifíquese como trastorno adaptativo <b>con alteración de las emociones y el Comportamiento</b>. 309.4</li> <li>• Solamente D, entonces codifíquese como un trastorno adaptativo <b>no especificado</b>. 309.9</li> </ul>		
Si marcó <b>NO</b> en 5, entonces codifique <b>SI</b> en el trastorno indicando el calificador.	<b>NO</b>	<b>SI</b>
	<i>Trastorno Adaptativo con</i> <hr style="width: 50%; margin: auto;"/> – ( <i>ver calificadores</i> )	

**Anexo V. Medida para la valoración del TA.**

<i>INSTRUCCIONES: Aplicar sólo en caso de presencia de síntomas emocionales o de conducta, informados a través de los cuestionarios de síntomas aplicados al inicio del protocolo.</i>			
1. ¿Cuánto tiempo hace aproximadamente que se iniciaron los síntomas referidos al principio – ansiedad, ánimo triste, etc-? (en meses)			
2. ¿Considera que los síntomas referidos fueron provocados por el estrés vivido en los últimos años?		SI	NO
3. ¿Cuánto tiempo transcurrió desde el inicio del problema o problemas al inicio de los síntomas de malestar?		Menos de 3 meses	Más de 3 meses
4. ¿Han desaparecido o se han resuelto ya los problemas que dieron lugar al inicio de los síntomas, y las consecuencias que se derivaron de ellos?		SI	NO
SÓLO en caso de haber respondido SI a la anterior pregunta:	5. ¿Cuánto tiempo hace de ello?	Menos de 6 meses	Más de 6 meses
	6. ¿Sigue manifestando a pesar de ello el malestar?	SI	NO

**Anexo VI. Medida de Trastornos de Personalidad: International Personality Disorders Examination (IPDE)**

INSTRUCCIONES: Por último, se presentan de nuevo algunas cuestiones para conocer mejor qué tipo de persona ha sido usted en los últimos 5 años. Cuando la respuesta sea VERDADERO, señalar con una X la letra V, cuando la respuesta sea FALSO, señalar la letra F.		
(1). Normalmente me divierto y disfruto de la vida	V	F
(2). Confío en la gente que conozco	V	F
(3). No soy minucioso con los detalles pequeños	V	F
(4). No puedo decidir qué tipo de persona quiero ser	V	F
(5). Muestro mis sentimientos a todo el mundo	V	F
(6). Dejo que los demás tomen decisiones importantes por mí	V	F
(7). Me preocupo si oigo malas noticias sobre alguien que conozco	V	F
(8). Ceder a algunos de mis impulsos me causa problemas	V	F
(9). Mucha gente que conozco me envidia	V	F
(10). Doy mi opinión general sobre las cosas y no me preocupo por los detalles	V	F
(11). Nunca me han detenido	V	F
(12). La gente cree que soy frío y distante	V	F
(13). Me meto en relaciones muy intensas pero poco duraderas	V	F
(14). La mayoría de la gente es justa y honesta conmigo	V	F
(15). La gente tiene una gran opinión sobre mí	V	F
(16). Me siento molesto o fuera de lugar en situaciones sociales	V	F
(17). Me siento fácilmente influido por lo que me rodea	V	F
(18). Normalmente me siento mal cuando hago daño o molesto a alguien	V	F
(19). Me resulta muy difícil tirar las cosas	V	F
(20). A veces he rechazado un trabajo, incluso aunque estuviera esperándolo	V	F
(21). Cuando me alaban o critican manifiesto mi reacción a los demás	V	F
(22). Uso a la gente para lograr lo que quiero	V	F
(23). Paso demasiado tiempo tratando de hacer las cosas perfectamente	V	F
(24). A menudo, la gente se ríe de mí a mis espaldas	V	F
(25). Nunca he amenazado con suicidarme	V	F
(26). Mis sentimientos son como el tiempo, siempre están cambiando	V	F
(27). Para evitar críticas prefiero trabajar solo	V	F

(28). Me gusta vestirme para destacar entre la gente	V	F
(29). Mentiría o haría trampas para lograr mis propósitos	V	F
(30). Soy más supersticioso que la mayoría de la gente	V	F
(31). Tengo poco o ningún deseo de mantener relaciones sexuales	V	F
(32). La gente cree que soy demasiado estricto con las reglas y normas	V	F
(33). Generalmente me siento incómodo o desvalido si estoy solo	V	F
(34). No me gusta relacionarme con gente hasta que no estoy seguro de que les guste	V	F
(35). No me gusta ser el centro de atención	V	F
(36). Creo que mi cónyuge (amante) me puede ser infiel	V	F
(37). La gente piensa que tengo muy alto concepto de mí mismo	V	F
(38). Cuido mucho lo que les digo a los demás sobre mí	V	F
(39). Me preocupa mucho no gustar a la gente	V	F
(40). A menudo me siento vacío por dentro	V	F
(41). Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más	V	F
(42). Me da miedo que me dejen solo y tener que cuidar de mí mismo	V	F
(43). Tengo ataques de ira o enfado	V	F
(44). Tengo fama de que me gusta “flirtear”	V	F
(45). Me siento muy unido a gente que acabo de conocer	V	F
(46). Prefiero las actividades que pueda hacer por mí mismo	V	F
(47). Pierdo los estribos y me meto en peleas	V	F
(48). La gente piensa que soy tacaño con mi dinero	V	F
(49). Con frecuencia busco consejos sobre decisiones de la vida cotidiana	V	F
(50). Para caer bien a la gente me ofrezco a realizar tareas desagradables	V	F
(51). Tengo miedo de ponerme en ridículo ante gente conocida	V	F
(52). A menudo confundo objetos o sombras con gente	V	F
(53). Soy muy emocional y caprichoso	V	F
(54). Me resulta difícil acostumbrarme a hacer cosas nuevas	V	F
(55). Sueño con ser famoso	V	F
(56). Me arriesgo y hago cosas temerarias	V	F
(57). Todo el mundo necesita uno o dos amigos para ser feliz	V	F
(58). Descubro amenazas ocultas en lo que me dicen algunas personas	V	F
(59). Normalmente trato de que la gente haga las cosas a mi manera	V	F
(60). Cuando estoy estresado las cosas que me rodean no me parecen reales	V	F
(61). Me enfado cuando la gente no quiere hacer lo que le pido	V	F

(62). Cuando finaliza una relación, tengo que empezar otra rápidamente	V	F
(63). Evito actividades que no me resulten familiares para no sentirme molesto al hacerlas	V	F
(64). A la gente le resulta difícil saber claramente qué estoy diciendo	V	F
(65). Prefiero asociarme con gente de talento	V	F
(66). He sido víctima de ataques injustos sobre mi carácter o mi reputación	V	F
(67). No suelo mostrar emoción	V	F
(68). Hago cosas para que la gente me admire	V	F
(69). Suelo ser capaz de iniciar mis propios proyectos	V	F
(70). La gente piensa que soy extraño o excéntrico	V	F
(71). Me siento cómodo en situaciones sociales	V	F
(72). Mantengo rencores contra la gente durante años	V	F
(73). Me resulta difícil no estar de acuerdo con las personas de las que dependo	V	F
(74). Me resulta difícil no meterme en líos	V	F
(75). Llego al extremo para evitar que la gente me deje	V	F
(76). Cuando conozco a alguien no hablo mucho	V	F
(77). Tengo amigos íntimos	V	F

**Forma de corrección:** Cada escala es la suma de puntuaciones (\*sumar puntuación inversa)

	Nº items	Puntuación Directa
<b>Paranoide</b>	<b>7</b>	2* 14* 36, 38, 58, 66, 72
<b>Esquizoide</b>	<b>7</b>	1*, 12, 21*, 31, 46, 57*, 77*
<b>Esquizotípica</b>	<b>9</b>	2*, 24, 30, 52, 64, 67, 70, 71*, 77*
<b>Límite</b>	<b>9</b>	4, 8, 13, 25*, 40, 43, 53, 60, 75
<b>Histriónica</b>	<b>8</b>	5, 10, 17, 26, 28, 35*, 44, 45
<b>Narcisista</b>	<b>9</b>	7*, 9, 15, 22, 37, 55, 61, 65, 68
<b>Antisocial</b>	<b>7</b>	11*, 18*, 20, 29, 47, 56, 74
<b>Obsesiva-Compulsiva</b>	<b>8</b>	3*, 19, 23, 32, 41, 48, 54, 59
<b>Dependiente</b>	<b>8</b>	6, 33, 42, 49, 50, 62, 69*, 73
<b>Evitativa</b>	<b>8</b>	16, 27, 34, 38, 39, 51, 63, 76

**Anexo VII. Medida de personalidad: Big Five Inventory-44 (BFI-44)**

INSTRUCCIONES: Las siguientes frases pueden describirle a usted con mayor o menor precisión. Por ejemplo, el decir que usted es alguien “chistoso, a quien le gusta bromear”, seguramente le describirá en mayor o menor medida. Por favor, para cada una de las siguientes frases, indique el **grado en que está de acuerdo en que dicha frase le describe a usted, EN GENERAL, NO SÓLO ACTUALMENTE**, marcando con una X el número que corresponda.

<p>VALORES DE LA ESCALA                  1= Muy en desacuerdo                  2= Ligeramente en desacuerdo                  3= Ni de acuerdo, ni en desacuerdo                  4= Ligeramente de acuerdo                  5= Muy de acuerdo</p>
---

Me veo a mí mismo/a como alguien que...

(1). Es hablador	1	2	3	4	5
(2). Tiende a criticar a los demás	1	2	3	4	5
(3). Es minucioso en el trabajo	1	2	3	4	5
(4). Es triste y melancólico	1	2	3	4	5
(5). Es original, se le ocurren ideas nuevas	1	2	3	4	5
(6). Es reservado	1	2	3	4	5
(7). Es generoso y ayuda a los demás	1	2	3	4	5
(8). A veces puede ser algo descuidado	1	2	3	4	5
(9). Es tranquilo y controla bien el estrés	1	2	3	4	5
(10). Tiene intereses muy diversos	1	2	3	4	5
(11). Está lleno de energía	1	2	3	4	5
(12). Prefiere trabajos rutinarios	1	2	3	4	5
(13). Provoca disputas con los demás	1	2	3	4	5
(14). Es un trabajador cumplidor, digno de confianza	1	2	3	4	5
(15). Con frecuencia está tenso	1	2	3	4	5
(16). Tiende a estar callado	1	2	3	4	5
(17). Valora las experiencias artísticas y estéticas	1	2	3	4	5
(18). Tiende a ser desorganizado	1	2	3	4	5
(19). Es emocionalmente estable, difícil de alterar	1	2	3	4	5
(20). Es imaginativo	1	2	3	4	5

(21). Persevera hasta terminar el trabajo	1	2	3	4	5
(22). A veces es maleducado, grosero, con los demás	1	2	3	4	5
(23). Tiene inventiva	1	2	3	4	5
(24). Generalmente se fía de los demás	1	2	3	4	5
(25). Tiende a ser perezoso, vago	1	2	3	4	5
(26). Se apura por cualquier cosa	1	2	3	4	5
(27). A veces se muestra tímido y cohibido	1	2	3	4	5
(28). Es indulgente, no le cuesta perdonar	1	2	3	4	5
(29). Hace las cosas de manera eficiente	1	2	3	4	5
(30). Tiene cambios de humor frecuentemente	1	2	3	4	5
(31). Es ingenioso, intuitivo	1	2	3	4	5
(32). Irradia, transmite, entusiasmo	1	2	3	4	5
(33). A veces es frío y distante	1	2	3	4	5
(34). Hace planes y los sigue escrupulosamente	1	2	3	4	5
(35). Conserva la calma en las situaciones difíciles	1	2	3	4	5
(36). Le gusta pensar, jugar con las ideas	1	2	3	4	5
(37). Es considerado y amable con casi todo el mundo	1	2	3	4	5
(38). Se pone nervioso fácilmente	1	2	3	4	5
(39). Es entendido en arte, música o literatura	1	2	3	4	5
(40). Es asertivo, no teme expresar claramente lo que desea	1	2	3	4	5
(41). Le gusta cooperar con los demás	1	2	3	4	5
(42). Se distrae con facilidad	1	2	3	4	5
(43). Es extravertido, sociable	1	2	3	4	5
(44). Tiene pocos intereses artísticos	1	2	3	4	5

**Forma de corrección:** Cada escala es la suma de puntuaciones (\*sumar puntuación inversa)

	Nº ítems	Puntuación Directa
<b>Extraversión</b>	<b>8</b>	1, 6*, 11, 16*, 27*, 32, 40, 43
<b>Cordialidad</b>	<b>9</b>	2*, 7, 13*, 22*, 24, 28, 33*, 37, 41
<b>Tesón</b>	<b>9</b>	3, 8*, 14, 18*, 21, 25*, 29, 34, 42*
<b>Neuroticismo</b>	<b>8</b>	4, 9*, 15, 19*, 26, 30, 35*, 38
<b>Apertura</b>	<b>10</b>	5, 10, 12*, 17, 20, 23, 31, 36, 39, 44*

**Anexo VIII. Medida de afrontamiento: COPE-28.**

**INSTRUCCIONES:** Las frases que aparecen a continuación recogen distintas formas en que las personas reaccionan ante situaciones difíciles, estresantes o preocupantes. Su tarea consiste en marcar con una X el número, del 0 al 3, que mejor indique **en qué medida suele usted EN GENERAL desarrollar cada una de estas actividades cuando se encuentra ante una situación difícil, estresante o preocupante.**

<p>VALORES DE LA ESCALA:  0= No, en absoluto  1= Algo  2= Bastante  3= Totalmente</p>
---

(1). Concentro mis esfuerzos en hacer algo para solucionar la situación en la que estoy	0	1	2	3
(2). Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.	0	1	2	3
(3). Intento verlo de forma diferente para que parezca más positivo	0	1	2	3
(4). Acepto la realidad de lo que sucede	0	1	2	3
(5). Hago bromas sobre ello	0	1	2	3
(6). Intento encontrar consuelo en mi religión o en mis creencias espirituales	0	1	2	3
(7). Consigo apoyo emocional de los demás	0	1	2	3
(8). Intento conseguir consejo o ayuda de otras personas sobre qué hacer	0	1	2	3
(9). Me vuelco en el trabajo o en otras actividades para mantener mi mente ocupada con otras cosas	0	1	2	3
(10). Me digo a mí mismo “esto no es real”	0	1	2	3
(11). Digo cosas que permitan aflorar mis sentimientos más desagradables	0	1	2	3
(12). Bebo alcohol o tomo drogas para sentirme mejor	0	1	2	3
(13). Renuncio a intentar tratar con ello	0	1	2	3
(14). Me critico a mí mismo	0	1	2	3
(15). Llevo a cabo alguna acción que mejore la situación	0	1	2	3
(16). Medito profundamente acerca de qué pasos tomar	0	1	2	3
(17). Trato de buscar algo bueno en lo que está sucediendo	0	1	2	3
(18). Aprendo a vivir con ello	0	1	2	3
(19). Me río de la situación	0	1	2	3

(20). Rezo o medito	0	1	2	3
(21). Consigo consuelo y comprensión de alguien	0	1	2	3
(22). Consigo ayuda y consejo de otras personas	0	1	2	3
(23). Hago algo que me mantenga distraído, como ir al cine, ver la tele, leer, soñar despierto, dormir o ir de compras.	0	1	2	3
(24). Me niego a creer que esto ha sucedido	0	1	2	3
(25). Expreso mis sentimientos negativos	0	1	2	3
(26). Bebo alcohol o tomo drogas para ayudarme a superarlo	0	1	2	3
(27). Abandono cualquier intento de hacer frente al problema	0	1	2	3
(28). Me culpo por las cosas que me suceden	0	1	2	3

**Forma de corrección:** Cada escala es la suma de puntuaciones de los ítems que la componen.

<b>Escalas de afrontamiento</b>	<b>Ítems</b>
<b>Activo</b>	1,15
<b>Planificación</b>	2,16
<b>Reevaluación</b>	3,17
<b>Aceptación</b>	4, 18
<b>Humor</b>	5, 19
<b>Religión</b>	6, 20
<b>Apoyo emocional</b>	7,21
<b>Apoyo instrumental</b>	8,22
<b>Autodistracción *</b>	9, 23
<b>Negación</b>	10, 24
<b>Desahogo</b>	11, 25
<b>Consumo *</b>	12, 26
<b>Abandono</b>	13, 27
<b>Autoculpa</b>	14, 28

\*Escala no analizadas en la presente investigación

**Anexo IX. Medida de positividad: Escala de Positividad (EP)**

**INSTRUCCIONES:** Lea con atención las siguientes afirmaciones e intente responder **en qué medida está de acuerdo con cada frase**, marcando con una X el número que mejor recoja su forma de pensar, sentir o actuar. Recuerde que no hay contestaciones buenas o malas. Sólo importa su opinión ante cada frase.

**VALORES DE LA ESCALA:**  
 1= Totalmente en desacuerdo  
 2= En desacuerdo  
 3= Ni de acuerdo ni en desacuerdo  
 4= De acuerdo  
 5= Totalmente de acuerdo

(1). Tengo mucha fe en el futuro	1	2	3	4	5
(2). Estoy satisfecho con mi vida	1	2	3	4	5
(3). Cuando lo necesito, suelo poder contar con alguien	1	2	3	4	5
(4). Miro hacia el futuro con esperanza y entusiasmo	1	2	3	4	5
(5). En general estoy satisfecho conmigo mismo	1	2	3	4	5
(6). A veces, el futuro me parece bastante incierto	1	2	3	4	5
(7). Siento que tengo muchas cosas de las que estar orgulloso.	1	2	3	4	5
(8). Por lo general tengo mucha confianza en mí	1	2	3	4	5

**Forma de corrección:** La puntuación total es la suma de las puntuaciones en los 8 ítems (previa inversión del ítem 6)

**Anexo X. Medida de depresión: Beck Depression Inventory (BDI-IA)**

<b>INSTRUCCIONES:</b> Éste es un cuestionario en el que hay diferentes grupos de afirmaciones. Por favor, lea íntegro el grupo de afirmaciones de cada apartado y <b>marque con una X aquella o aquellas que mejor describan el modo en que se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy</b>	
(1)	<input type="checkbox"/> No me siento triste
	<input type="checkbox"/> Me siento triste.
	<input type="checkbox"/> Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
	<input type="checkbox"/> Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo
(2)	<input type="checkbox"/> No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
	<input type="checkbox"/> Me siento desanimado respecto al futuro.
	<input type="checkbox"/> Siento que no tengo que esperar nada.
	<input type="checkbox"/> Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán
(3)	<input type="checkbox"/> No me siento fracasado.
	<input type="checkbox"/> Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
	<input type="checkbox"/> Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso
	<input type="checkbox"/> Me siento una persona totalmente fracasada.
(4)	<input type="checkbox"/> Las cosas me satisfacen tanto como antes.
	<input type="checkbox"/> No disfruto de las cosas tanto como antes.
	<input type="checkbox"/> Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas
	<input type="checkbox"/> Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
(5)	<input type="checkbox"/> No me siento especialmente culpable.
	<input type="checkbox"/> Me siento culpable en bastantes ocasiones.
	<input type="checkbox"/> Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones
	<input type="checkbox"/> Me siento culpable constantemente.
(6)	<input type="checkbox"/> No creo que esté siendo castigado.
	<input type="checkbox"/> Me siento como si fuese a ser castigado.
	<input type="checkbox"/> Espero ser castigado
	<input type="checkbox"/> Siento que estoy siendo castigado.
(7)	<input type="checkbox"/> No estoy decepcionado de mí mismo.
	<input type="checkbox"/> Estoy decepcionado de mí mismo.
	<input type="checkbox"/> Me da vergüenza de mí mismo.
	<input type="checkbox"/> Me detesto
(8)	<input type="checkbox"/> No me considero peor que cualquier otro.
	<input type="checkbox"/> Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
	<input type="checkbox"/> Continuamente me culpo por mis faltas.
	<input type="checkbox"/> Me culpo por todo lo malo que sucede.
(9)	<input type="checkbox"/> No tengo ningún pensamiento de suicidio.
	<input type="checkbox"/> A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
	<input type="checkbox"/> Desearía suicidarme.
	<input type="checkbox"/> Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
(10)	<input type="checkbox"/> No lloro más de lo que solía llorar.
	<input type="checkbox"/> Ahora lloro más que antes.
	<input type="checkbox"/> Lloro continuamente
	<input type="checkbox"/> Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

(11)	<input type="checkbox"/>	No estoy más irritado de lo normal en mí.	
	<input type="checkbox"/>	Me molesto o irrito más fácilmente que antes.	
	<input type="checkbox"/>	Me siento irritado continuamente.	
	<input type="checkbox"/>	No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme	
(12)	<input type="checkbox"/>	No he perdido el interés por los demás.	
	<input type="checkbox"/>	Estoy menos interesado en los demás que antes.	
	<input type="checkbox"/>	He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.	
	<input type="checkbox"/>	He perdido todo el interés por los demás.	
(13)	<input type="checkbox"/>	Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.	
	<input type="checkbox"/>	Evito tomar decisiones más que antes.	
	<input type="checkbox"/>	Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.	
	<input type="checkbox"/>	Ya me es imposible tomar decisiones.	
(14)	<input type="checkbox"/>	No creo tener peor aspecto que antes.	
	<input type="checkbox"/>	Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.	
	<input type="checkbox"/>	Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.	
	<input type="checkbox"/>	Creo que tengo un aspecto horrible.	
(15)	<input type="checkbox"/>	Trabajo igual que antes.	
	<input type="checkbox"/>	Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.	
	<input type="checkbox"/>	Tengo que obligarme mucho para hacer algo.	
	<input type="checkbox"/>	No puedo hacer nada en absoluto.	
(16)	<input type="checkbox"/>	Duermo tan bien como siempre.	
	<input type="checkbox"/>	No duermo tan bien como antes.	
	<input type="checkbox"/>	Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.	
	<input type="checkbox"/>	Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.	
(17)	<input type="checkbox"/>	No me siento más cansado de lo normal.	
	<input type="checkbox"/>	Me canso más fácilmente que antes.	
	<input type="checkbox"/>	Me canso en cuanto hago cualquier cosa.	
	<input type="checkbox"/>	Estoy demasiado cansado para hacer nada.	
(18)	<input type="checkbox"/>	Mi apetito no ha disminuido.	
	<input type="checkbox"/>	No tengo tan buen apetito como antes.	
	<input type="checkbox"/>	Ahora tengo mucho menos apetito.	
	<input type="checkbox"/>	He perdido completamente el apetito.	
(19)	<input type="checkbox"/>	Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.	
	<input type="checkbox"/>	He perdido más de 2 kilos y medio.	
	<input type="checkbox"/>	He perdido más de 4 kilos	
	<input type="checkbox"/>	He perdido más de 7 kilos <b>Marque aquí si está a dieta para adelgazar: SI / NO</b>	
(20)	<input type="checkbox"/>	No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.	
	<input type="checkbox"/>	Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento	
	<input type="checkbox"/>	Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.	
	<input type="checkbox"/>	Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.	
(21)	<input type="checkbox"/>	No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo	
	<input type="checkbox"/>	Estoy menos interesado por el sexo que antes.	
	<input type="checkbox"/>	Estoy mucho menos interesado por el sexo.	
	<input type="checkbox"/>	He perdido totalmente mi interés por el sexo.	

**Forma de corrección:** Cada ítem se valorade 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida. Si se han escogido varias alternativas, puntúa la de mayor valor. La puntuación total es la suma de las puntuaciones en los 21 ítems.

**Anexo XI. Medida de ansiedad: Beck Anxiety Inventory (BAI)**

**INSTRUCCIONES:** Lea cada uno de los síntomas siguientes atentamente e indique **cuánto le han afectado en la última semana, incluyendo hoy**, marcando con una X el número que corresponda.

**VALORES DE LA ESCALA**

0= En absoluto.

1= Levemente, no me molesta mucho.

2= Moderadamente, fue muy desagradable pero pude soportarlo.

3= Severamente. casi no pude soportarlo.

(1) Hormigueo o entumecimiento	0	1	2	3
(2) Sensación de calor	0	1	2	3
(3) Temblor de piernas	0	1	2	3
(4) Incapacidad de relajarse	0	1	2	3
(5) Miedo a que suceda lo peor	0	1	2	3
(6) Mareo o aturdimiento	0	1	2	3
(7) Palpitaciones o taquicardia	0	1	2	3
(8) Sensación de inestabilidad e inseguridad física	0	1	2	3
(9) Terrores	0	1	2	3
(10) Nerviosismo	0	1	2	3
(11) Sensación de ahogo	0	1	2	3
(12) Temblores de manos	0	1	2	3
(13) Temblor generalizado o estremecimiento	0	1	2	3
(14) Miedo a perder el control	0	1	2	3
(15) Dificultad para respirar	0	1	2	3
(16) Miedo a morir	0	1	2	3
(17) Sobresaltos	0	1	2	3
(18) Molestias digestivas o abdominales	0	1	2	3
(19) Palidez	0	1	2	3
(20) Rubor facial	0	1	2	3
(21) Sudoración (no debida al calor)	0	1	2	3

**Forma de corrección:** La puntuación total es la suma de las puntuaciones en los 21 ítems.

