



Universidad
de Oviedo

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA
CURSO DE DOCTORADO

TESIS DOCTORAL

**“La personalidad eficaz en pacientes con síntomas
Ansioso-Depresivo.”**

Doctoranda: Raquel Baeza Martín

. RESUMEN DEL CONTENIDO DE TESIS DOCTORAL

1.- Título de la Tesis	
Español/Otro Idioma: LA PERSONALIDAD EFICAZ EN PACIENTES CON SINTOMAS ANSIOSO-DEPRESIVO	Inglés: THE EFFECTIVE PERSONALITY IN PATIENS WITH ANXIOUS-DEPRESSIVE SYMPTOMS

2.- Autor	
Nombre: RAQUEL BAEZA MARTIN	DNI/Pasaporte/NIE:
Programa de Doctorado: PSICOLOGIA	
Órgano responsable: DEPARTAMENTO PSICOLOGIA	

RESUMEN (en español)

El objetivo de este trabajo es señalar el grado de presencia de las dimensiones del constructo de personalidad eficaz en personas afectadas por el síndrome ansioso-depresivo, estudiar sus diferencias en función de la variable género, edad y población no afectada y formular tipologías de personalidad eficaz en esa población.

Las variables presentes en el constructo personalidad eficaz se agrupan en torno a cuatro dimensiones: Fortalezas (autoconcepto y autoestima), Demandas (motivación expectativa y atribución) , Retos (afrentamiento de problemas y Toma de decisiones) y Relaciones del Yo (empatía, asertividad y comunicación) . Se acota el síndrome ansioso-depresivo en los siguientes términos: puntuación de la Escala Heteroaplicada de Ansiedad de Zung (1971) por encima de la media y puntuación en el Inventario de Depresión de Beck (1961,1987) por encima del punto de corte.

La muestra de este estudio está conformada por 212 participantes que se dividen en dos grupos. Grupo 1: 106 participantes diagnosticados con el síndrome ansioso-depresivo, 34 fueron hombres (32,1%) y 72 mujeres (67,9%). Grupo 2: 106 participantes sin diagnóstico de ansiedad y/o depresión, de los cuales 34 fueron hombres (32,1%) y 72 mujeres (67,9%).

Instrumentos: Cuestionario de Personalidad Eficaz- Adultos CPE-A (López-Pérez, 2011); Cuestionario de Ansiedad (Zung, 1971); y Cuestionario de Depresión (Beck, 1961). Se realizaron análisis de fiabilidad y validez confirmatoria de los cuestionarios empleados.

Para la consecución de los objetivos propuestos se han realizado las diferencias en función de las variables género, edad, nivel de depresión mediante la prueba MANOVA Se han establecido tipologías modales multivariadas mediante la técnica de K medias.

En base a los objetivos propuestos y a los análisis realizados se formulan las siguientes conclusiones: Existe una relación inversa entre la intensidad del síndrome ansioso-depresivo con la dimensión fortalezas del yo (autoestima) del constructo Personalidad Eficaz., demandas del yo y Retos del yo. No existe una relación inversa entre la intensidad del síndrome ansioso-depresivo con la dimensión Relaciones del yo (Autorrealización social) del constructo Personalidad Eficaz. No existen diferencias significativas en las dimensiones del constructo de la Personalidad Eficaz en las personas con sintomatología ansioso-depresivo en función de la variable género ni la variable edad. Las personas afectadas por el síndrome ansioso-depresivo presentan dimensiones del constructo de la Personalidad Eficaz (Autoestima, autorrealización laboral, autoeficacia resolutive) significativamente inferiores a las que se obtiene en población no afectada. . El nivel de eficacia e ineficacia que se obtiene en los tipos de Personalidad Eficaz en personas afectadas por el síndrome ansioso-depresivo está relacionado con el mayor o menor grado de sintomatología. Y las tipologías obtenidas en Personalidad Eficaz.en población ausente del síndrome ansioso-depresivo presentan semejanzas con las obtenidas en personas afectadas por el síndrome en cuanto a la formación de los clusters

A la luz de los resultados obtenidos se considera de utilidad poder realizar tratamientos adaptados al perfil de Personalidad Eficaz de cada paciente, desarrollando y trabajando (con diferentes técnicas y programas terapéuticos), los rasgos de personalidad más debilitados de cada persona. La individualidad en el tratamiento es demandada constantemente por los terapeutas que se dedican a trabajar con estos pacientes en la consulta.

RESUMEN (en Inglés)

The objective of this thesis is to point out the degree of presence in different dimensions of the effective personality construct in persons affected by anxious-depressive syndromes, as well as to study the differences between gender, age, and the population not affected to form types of effective personalities in such a given population.

The variables present in the construction of an effective personality are grouped according to four dimensions: Strengths (self-concept and self-esteem), Demands (prospective motivation and attribution), Challenges (confrontation of one's problems and decision-making), and Self-Relations (empathy, assertiveness, and communication). Anxious-depressive syndrome is defined by the following terms: above average scoring in the Anxiety Status Inventory of Zung (1971), and above the cut-off point in the Beck Depression Inventory (1961,1987).

The sample of this study is made up of 212 participants, which are divided into two groups. Group 1: 106 participants diagnosed with the anxious-depressive syndrome, 34 were men (32.1%) and 72 women (67.9%). Group 2: 106 participants without diagnosis of anxiety and or depression, including 34 men (32.1%) and 72 women (67.9%).

Instruments: Effective Personality Questionnaire- Adults CPE-A (López-Pérez, 2011); Anxiety Questionnaire (Zung, 1971); and Depression Questionnaire (Beck, 1961). Reliable analysis and confirming validity of all employed questionnaires was carried out.

In order to attain the proposed objectives, differences have been implemented dependent on the function of the following variables: gender, age, and level of depression by way of the test MANOVA. Varied modal types have been established through the technique known as K Means.

Based on the proposed objectives and the analysis carried out, the following conclusions have been established: An inverse relationship exists between the intensity of the anxious-depressive syndrome within the dimension "self-strengths" (self-esteem) of the construct of an effective personality including self-demands and self-challenges. There is no existing inverse relation between the intensity of the anxious-depressive syndrome in terms of self-relations known as (Social Self-Realization) of the Effective Personality construct. There are no significant differences between the dimensions of the Effective Personality construct in

people with symptomatology anxious-depressive neither in function of the gender variable nor the age variable. Persons affected by the anxious-depressive syndrome show construct dimensions of the Effective Personality (Self-Esteem, Labor Self-Realization, Decisive Self-Efficiency) significantly inferior to those obtained by the non-affected population. The level of efficiency or inefficiency that is obtained by the types of those with Effective Personalities affected by the anxious-depressive syndrome is related to the greater or lesser grade of symptomatology. And the typologies obtained of Effective Personality in the population absent of the anxious-depressive syndrome present similarities with those obtained in affected persons by the syndrome in terms of the formation of clusters.

In light of the obtained results, it is considered a utility to be able to complete adapted treatments for Effective Personality profiles in each patient, developing and working on (with different techniques and therapeutic programs) the most debilitated features of each person's personality. Individuality in the treatment is insisted on constantly by the therapists dedicated to working with these patients during consultation.

SR. DIRECTOR DE DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

SR. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN ACADÉMICA DEL PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSICOLOGIA

AGRADECIMIENTOS

A mis directores de tesis, la Doctora María Eugenia Martín Palacio de la Universidad Complutense de Madrid por su gran aportación a esta investigación, en su calidad de coordinadora del grupo de investigación interuniversitario, estando en todo momento disponible para solucionar mis dudas y darme aliento con su apoyo y gran experiencia científica e investigadora. Y quiero expresar también mi inmensa gratitud al Doctor Francisco de Asís Martín del Buey, de la Universidad de Oviedo por todos estos años que he estado trabajando junto a él, por la dedicación exquisita no sólo a la tesis sino hacia mi persona, encontrando siempre en él el estímulo y las posibles soluciones cuando me he visto estancada o desalentada en diferentes momentos, y siempre lo ha hecho con una sonrisa.

Gracias a mis compañeras de equipo Cristina Di Gusto Valle, Andrea Arnaiz García y Patricia Guerra Mora, por su coordinación, por su saber hacer y por formar un grupo donde todo suma y nada resta.

Y por último, con gran cariño, muchas gracias a todos mis pacientes del Centro Médico que de manera altruista y desinteresada han confiado en mí para contribuir a esta investigación, sin ellos no hubiese sido posible.

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mis padres Raquel Martín Cabrera y José Miguel Baeza Foces por su inconmensurable insistencia en que la terminase. Porque para mí son dos pilares fundamentales de apoyo incondicional, amor, esfuerzo y dedicación; ejemplo a seguir en mi vida y, no podría por menos, que hacerles este regalo principalmente a ellos.

Agradezco a mi marido Eduardo Fernández Fernández la enorme paciencia que ha tenido en mis momentos de nervios, el ánimo y amor que siempre me da, y el viaje a Perú al que me ha llevado con mi único objetivo de redactar la tesis.

Y por último, no podía faltar mi hijo Marco Fernández Baeza, que con apenas un añito su pequeña sonrisa inunda todos mis días de alegría, luz, motivación y energía.

Índice

1. Antecedentes y estado de la investigación	1
1.1 El constructo Personalidad Eficaz, Estudios desarrollados	1
1.1.1. Introducción	1
1.1.2 Marco conceptual de la Personalidad eficaz	2
1.1.3. Medición de la personalidad eficaz	14
1.1.4. Estudios sobre tipologías de personalidad eficaz	15
1.1.4.1. Consideraciones en torno al concepto de tipo	16
1.1.4.1.1 Crisis del concepto clásico de tipo	16
1.1.4.1.2. Intentos de un posible reencuentro: estrategia diferenciadora de los rasgos	17
1.1.4.1.3 Reconsideración del concepto de Tipo: Concepción modal multidimensional	18
1.1.4.1.4. Técnicas de agrupación por conglomerados	18
1.1.4.1.5. Análisis de tipo	20
1.1.4. 1.6. . Renacimiento de trabajos en torno a las Tipologías	21
1.1.4.2. Estudios realizados sobre tipologías en Personalidad eficaz en contextos adultos.	23
1.1.4.2.1. Perfiles de personalidad eficaz obtenidos en España	23
1.1.4.2.2. Perfiles tipológicos de Personalidad eficaz en población Chilena	27
1.1.4.2.3. Comparativa entre las tipologías españolas y chilenas	30
1.2. El síndrome ansioso-depresivo	38
1.2.1. Definición y conceptualización	38
1.2.2. Acotación conceptual	39
1.2.3. Nexos y diferencias entre ansiedad y depresión	40
1.2.4. Perfil de los pacientes en primera consulta	42
1.2.5. Clasificación diagnóstica de los síndromes que asocian ansiedad y depresión	43
1.2.6. Trastorno mixto ansioso-depresivo y líneas de investigación	51
1.2.7. Estudios de los diferentes modelos de ansiedad y depresión	53
1.2.8. Investigaciones sobre tratamientos eficaces en ansiedad y depresión	59
1.2.9. Tratamientos psicológicos en adultos	59
1.2.10. Tratamientos psicológicos en niños y adolescentes	61
1.2.11. Eficacia probada y nuevas aportaciones	62

1.3. Relaciones entre Personalidad eficaz y Síndrome ansioso-depresivo.	66
1.3.1. Fortalezas del yo	66
1.3.2. Demandas del yo	69
1.3.3. Retos del yo	75
1.3.4. Relaciones del yo	81
1.4. Objetivos	87
1.5. Formulación de Hipótesis	89
2. Metodología	91
2.1. Participantes	91
2.2. Instrumentos	91
2.2.1. El cuestionario de Personalidad Eficaz- Adultos CPE-A	91
2.2.2. Cuestionario de Ansiedad de Zung	96
2.2.3. Cuestionario de Depresión de Beck	97
2.3. Procedimiento	100
2.4. Análisis de datos	101
2.5. Resultados	101
2.5.1. Análisis de fiabilidades	101
2.5.2. Análisis factorial confirmatorio del cuestionario de Personalidad eficaz	103
2.5.3. Análisis de diferencias	112
2.5.4. Baremos	123
2.5.5. Tipologías modales multivariadas	127
3. Discusión	137
4. Conclusiones	149
5. Aplicaciones y limitaciones del trabajo	151
6. Referencias bibliográficas	153
7. Anexo	171

Índice de tablas

Tabla 1. <i>Diferencias entre ansiedad y depresión.</i>	42
Tabla 2. <i>Posibilidades clínicas de la ansiedad y la depresión</i>	44
Tabla 3. <i>Correspondencias en las clasificaciones del DSM-IV/DSM-IV-TR y la CIE-10</i>	52
Tabla 4. <i>Versión española del cuestionario PANAS de Watson, Clark y Tellegen(1988)</i>	55
Tabla 5. <i>Ansiedad y depresión: aspectos comunes y aspectos específicos</i>	57
Tabla 6. <i>Alfa de Cronbach test de Ansiedad.</i>	102
Tabla 7. <i>Alfa de Cronbach test de Depresión.</i>	102
Tabla 8. <i>Alfa de Cronbach test de Personalidad Eficaz</i>	102
Tabla 9. <i>Alfa de Cronbach de las dimensiones del test Personalidad Eficaz.</i>	102
Tabla 10. <i>Índices del los análisis confirmatorios</i>	110
Tabla 11. <i>Estadísticos de Asimetría y Curtosis</i>	112
Tabla 12. <i>Estadísticos descriptivos por género</i>	112
Tabla 13. <i>Contrastes multivariados en función del género</i>	113
Tabla 14. <i>Frecuencia en función de los grupos de edad.</i>	113
Tabla 15. <i>Estadísticos descriptivos en función del grupo de edad</i>	114
Tabla 16. <i>Contrastes multivariados en función de la variable edad</i>	115
Tabla 17. <i>Frecuencias en función del grado de depresión.</i>	116
Tabla 18. <i>Estadísticos descriptivos en función del grado de depresión</i>	116
Tabla 19. <i>Contrastes multivariados en función del grado de depresión</i>	117
Tabla 20. <i>MANOVA en función del grado de depresión</i>	117
Tabla 21. <i>Contraste de Levene sobre la igualdad de las varianzas error</i>	118
Tabla 22. <i>Contraste Post-hoc Scheffé en el factor Fortalezas</i>	119
Tabla 23. <i>Contraste Post-hoc Scheffé en el factor Demandas</i>	120
Tabla 24. <i>Contraste Post-hoc Scheffé en el factor Retos</i>	120
Tabla 25. <i>Estadísticos de Asimetría y Curtosis</i>	121
Tabla 26. <i>Estadísticos descriptivos por diagnóstico</i>	122

Tabla 27. <i>Contrastes multivariados en función del diagnóstico</i>	122
Tabla 28. <i>MANOVA en función del diagnóstico</i>	123
Tabla 29. <i>Baremos generales.</i>	124
Tabla 30. <i>Baremos del factor Fortalezas en función del nivel de depresión</i>	125
Tabla 31. <i>Baremos del factor Demandas en función del nivel de depresión</i>	126
Tabla 32. <i>Baremos del factor Retos en función del nivel de depresión</i>	127
Tabla 33. <i>Centros de conglomerados finales de los factores de PE.</i>	128
Tabla 34. <i>Puntuación centil de cada tipología en los factores de PE.</i>	129
Tabla 35. <i>ANOVA para los centros de conglomerados</i>	129
Tabla 36. <i>Número de casos dentro de cada conglomerado.</i>	130
Tabla 37. <i>Tabla de contingencia</i>	130

Índice de figuras

<i>Figura 1.</i> Cuadro comparativo entre tipologías	31
<i>Figura 2.</i> Unidimensional Fortalezas	104
<i>Figura 3.</i> Unidimensional Demandas	105
<i>Figura 4.</i> Unidimensional Retos	106
<i>Figura 5.</i> Unidimensional Relaciones	107
<i>Figura 6.</i> Cuatro factores relacionados	108
<i>Figura 7.</i> Personalidad Eficaz con cuatro dimensiones	109
<i>Figura 8.</i> Personalidad Eficaz con cuatro dimensiones con pesos.	111

1. Antecedentes y estado de la investigación

1.1. El constructo Personalidad eficaz. Estudios desarrollados

1.1.1. Introducción

La “personalidad eficaz” es un constructo teórico iniciado y formulado por el profesor Francisco de Asís Martín del Buey (Universidad de Oviedo) a lo largo de los años 1995-2000. La idea empezó a manifestarla en forma escrita a partir de un curso de doctorado que sería dictado en torno al tema. El curso fue formulado y emitido simultáneamente en la Facultad de Psicología de la Universidad de Oviedo y en la Facultad de Educación de la Universidad de Playa Ancha, Valparaíso, Chile durante dos cursos académicos: 1996 y 1997.

A partir de dicho curso se iniciaron numerosas investigaciones sobre dicha temática en dos líneas muy definidas: la evaluadora y la de intervención.

En la línea evaluadora se han elaborado escalas de medición de las dimensiones del constructo en distintos niveles de edad. Los criterios usados para la construcción de escalas de medida por el Grupo de Investigación interuniversitario de Orientación y Atención a la Diversidad (GOYAD) que el Dr. Martín del Buey dirige y la doctora Martín Palacio coordina, han sido la reducción mínima de ítems con el máximo de fiabilidad posible y de información acorde con el desarrollo de los programas y su mejora.

En la línea de la intervención se han desarrollado y aplicado programas en diferentes niveles educativos y diversos contextos desde la educación básica, media, superior y adultos.

Todo ello se ha manifestado en variadas comunicaciones presentadas en congresos de ámbito nacional e internacional, artículos en revistas científicas, realización de tesis doctorales, tesinas de licenciatura y memorias de investigación, para la consecución del Diploma de Estudios Avanzados (D.E.A), y cursos de Extensión Universitaria. Igualmente en programas desarrollados en Centros educativos públicos, concertados y privados en las Comunidades autónomas de Galicia, Asturias, Cantabria y Castilla-León.

Sobre la medición del constructo, el mismo equipo de trabajo ha elaborado otros cuestionarios publicados para diferentes edades.

Este trabajo no se centra exclusivamente en la adaptación del citado instrumento, pero esta acción se considera un requisito previo a otro aporte basado en el establecimiento de tipologías modales multivariadas en base al constructo de Personalidad Eficaz para una muestra chilena.

El grupo GOYAD tiene en la actualidad establecida una línea de investigación en torno a este tema estando en curso varios trabajos al respecto.

Como marco referencial conceptual presentamos las ideas esenciales en torno al constructo de Personalidad Eficaz y en torno a la concepción de Tipología Modal Multivariada siguiendo para ellos los textos escritos de los Dres. Martín del Buey, Martín Palacio y los investigadores que ha seguido su línea de trabajo y defendido sus tesis tales como los doctores Dapelo, Fueyo, Fernández-Pérez, Fernández-Zapico y Pizarro, entre otros.

1.1.2. Marco conceptual de la Personalidad eficaz

El profesor Martín del Buey y la profesora Martín-Palacio, en su reciente trabajo recopilatorio en torno al tema (2012) hacen la formulación del constructo Personalidad eficaz desde los siguientes postulados psicológicos en los que encuadra su pensamiento: el constructivismo, los planteamientos cognitivos, la teoría de los rasgos, la opción psicométrica y la investigación empírica. A este reciente trabajo nos estaremos refiriendo a lo largo de este apartado. En él se actualiza y pone al día todos los avances que sobre el tema han desarrollado los profesores y su grupo en cuanto a la formulación del constructo, sus dimensiones, sus instrumentos de evaluación y los programas desarrollados de entrenamiento.

Los autores consideran estas opciones tan validas como otras alternativas para el desarrollo científico de la ciencia psicológica manifestándose en todo momento respetuoso con ellas,

Respecto a su opción de formular un constructo:

1. Lo consideran una opción investigadora y un reto personal por la que vale la pena apostar:

2. Consideran el constructo de una forma sistémica y en relación a otros constructos

3. Consideran la opción constructivista en oposición aunque no enfrentamiento a la opción operacionista.

Definición de Personalidad Eficaz

Desde los citados planteamientos definen el constructo Personalidad eficaz en los siguientes términos:

“Una persona eficaz es un ser vivo con conocimiento y estima de sí mismo (autoconcepto y autoestima) en proceso de maduración constante (en cualquier estado de su evolución) con capacidad (inteligencia) para lograr (eficacia) lo que desea (motivación) y espera (expectativa) empleando para ello los mejores medios (entrenamiento) posibles (eficiencia), controlando las causas (atribución de causalidad) de su consecución (éxito o fracaso), afrontando para ello las dificultades personales, circunstanciales y sociales (afrontamiento de problemas) que se presenten, tomando las decisiones adecuadas sin detrimento de sus buenas relaciones con los demás (empatía y comunicación) ni renuncia en ellas de sus aspiraciones personales justas (asertividad).” (Martín del Buey y Martín Palacio, 2012, pp. 35)

Como los autores indican en esta definición quedan implicados varios conceptos. Por eso es una definición multidimensional.

La definición es multidimensional porque hace referencia a los siguientes conceptos:

Autoconcepto en base real

Autoestima correspondiente al Autoconcepto

Motivación

Expectativas adecuadas

Atribución de causalidad

Afrontamiento de problemas

Toma de decisiones

Empatía

Asertividad

Comunicación

Estas diez características constitutivas de la personalidad eficaz las agrupa en cuatro dimensiones entorno al yo que fueron sugeridas en su momento por el profesor Marcone de la Universidad de Playa Ancha, Valparaíso Chile.

Las fortalezas del yo integrada por: el *Autoconcepto* y la *autoestima*.

Las demandas del yo integrada por: la *motivación*, las *expectativas* y las atribuciones de causalidad.

Los retos del yo integrada por: *resolución* de problemas y la *toma decisiones*.

Las relaciones del yo integrada por: la *empatía*, la *asertividad* y la *comunicación*.

Etiología de sus planteamientos

En diferentes escritos relacionados con su constructo Martín del Buey y Martín Palacio (2012) plantean que una de las teorías más fuertes consistentes y arraigadas en psicología sea la teoría de la incertidumbre.

Esta teoría postula la imperiosa necesidad que tenemos todos de superar esta situación siempre que podamos y lo antes posible. Y que esta tendencia a salir de ello constituye un motivo muy importante, por no decir básico, que genera un activo comportamiento.

Los profesores Martín del Buey y Martín Palacio (2012), ante la posible querencia de hacer un listado resumido de las preguntas que nos hacemos y nos hacen sobre nosotros mismos, sugiere que es posible que se resuma en el conocido deseo y mandato del “Conócete a ti mismo” que lleva a la pregunta ¿Quién soy?

En psicología vuelve a estar de moda esta pregunta existencial que ya formularon los filósofos. Se la etiqueta con la dimensión de Autoconcepto. Algunos la venden como hallazgo impresionante del final del siglo XX y fuente de inspiración de la investigación actual. Es cierto con todo que se ha intentando su estudio desde supuestas

plataformas empíricas y experimentales tratando de comprender mejor las distintas caras que el autoconcepto encierra. Y eso, es a su juicio una labor loable. Pero no es un invento nuevo.

En este contexto y en su calidad de “*modesto aprendiz apasionado por la arquitectura de las dimensiones psicológicas*” (así se define) se acercan al estudio de las diferentes caras que presenta el autoconcepto y formula la correspondiente arquitectura o constructo de los componentes que lo integran.

A la pregunta ¿Quién soy? se le debe asociar ineludiblemente otras preguntas implícitas que la aclaran, detallan y concretan.

Sugiere las siguientes:

¿Cómo me valoro?

¿Qué quiero?

¿Qué espero?

¿De qué depende?

¿Qué me lo impide?

¿Cómo los supero?

¿Cómo me relaciono con los
demás?

Formuladas estas preguntas desarrolla su discurso en los siguientes términos:

Entienden que la pregunta de quién soy debe ir acompañada del cómo me valoro o como me estimo. Si el **autoconcepto** es necesario es conveniente a todos los efectos que tenga un cierto valor subjetivo de aprecio hacia esos elementos o características que lo definen. Por eso que la pregunta de cómo me valoro debe tener connotaciones positivas que se denominan autoestima.

Igualmente entienden que el conocimiento de sí mismo (autoconcepto) valorable de forma positiva (**autoestima**), todo ello ajustado, ponderado, contrastado y veraz, es decir de calidad, lleva consigo implícito las preguntas de que quiero, que espero y de que depende su consecución. Son preguntas existenciales que todos tenemos y que con frecuencia nos hacemos de forma implícita y explícita.

El qué quiero no deja de ser para él una respuesta al sentido que tiene mi yo en la realidad. Podemos llamarlo **Motivación**. Motivación que tiene un amplio espectro que va desde la pregunta sobre qué hace una persona como yo en un mundo como éste a que me apetece comer al mediodía pasando por saber si quiero ser médico, gasfíter o astronauta.

Y a esa motivación o respuesta a qué quiero debe ir acompañado, a modo de extensión del autoconcepto y la autoestima, la pregunta de qué espero. Conceptualmente sería la **expectativa** o esperanza tengo de poder conseguir lo que quiero.

Y junto a la pregunta qué quiero (motivación) y qué espero (expectativa) viene la ineludible pregunta íntimamente relacionada con quién soy y como valoro, que es: de qué depende. Se le llama **atribución de causalidad**. Donde de forma orientativa interesa que cuanto más la consecución dependa de uno mejor que mejor.

Todo lo dicho hasta el momento sería estupendo si fuésemos, a juicio de Martín del Buey y Martín Palacio (2012) un yo autónomo, independiente y biológicamente autótrofo. Pero la realidad no es esa. No se sabe si para bien o para mal. Pero no es esa.

Por eso a ese conocimiento que se va teniendo del yo y de sus deseos, expectativas y poder se debe añadir, a juicio de los profesores, una concienciación de las dificultades que le rodean que se concreta en la pregunta sobre qué impedimentos tiene para ello. A esto lo llama **afrontamiento de problemas**, o resolución de conflictos. No es intrascendente esta pregunta. Diría que es clave y muy existencial. Detectar dónde está el problema y definirlo no es fácil. A veces es necesario acudir a expertos para que nos ayuden a definirlo. En relación a preguntas sobre el yo los médicos, psicólogos, psiquiatras nos ayudan (eso creo y confío) bastante.

Y si conocer los impedimentos que tiene el yo es importante, no lo es menos, saber cómo superarlos. Y esto es más difícil una vez que se da cuenta de que los problemas normalmente no se presentan aislados y únicos y si en racimo o con muchas caras que dificultan su abordaje de una sola vez. Por eso la pregunta de cómo lo supero viene a ser la segunda parte o la contra cara del afrontamiento del problema. La llama **toma de decisiones**.

Finalmente piensa que esas preguntas que matizan la relacionada con el autoconcepto había que añadir una que da cuenta del carácter social del yo y su

ineludible dependencia de los demás para la consecución de sus metas y autorrealización. Es la pregunta cómo me relaciono con los demás.

Posiblemente esta pregunta es compleja. O al menos Martín del Buey y Martín Palacio (2012) la perciben con tres apartados.

La relación con los demás implica una acción primera sumamente importante como es la comunicación. Y esta lleva implícita dos acciones básicas a su entender: Como la comprende y cómo me comprenden. A la primera acción la llama **empatía**. Y a la segunda acción la llama **asertividad**.

Conocer, para Martín del Buey y Martín Palacio, cómo me relaciono con los demás es importante. Eso hace que conozca mi capacidad de comunicación o el alcance de la misma tanto en su dimensión verbal como no verbal, metiéndome al máximo y en la medida de mis posibilidades en el interlocutor, en su mundo cognitivo y afectivo desarrollando al máximo esa capacidad (empatía) e intentando también expresar mi mundo cognitivo y afectivo contenedores de todo mi yo (autoconcepto, autoestima, motivación, expectativa, atribución, afrontamiento de problemas y toma de decisiones)

La personalidad eficaz como respuesta a estas preguntas

Martín del Buey y Martín Palacio (2012) sugieren que a la pregunta existencial que todos nos hacemos en torno a uno mismo de quién soy debe ir complementada como mínimo por otras serie de preguntas que completan su contenido, lo clarifican, lo detallan.

En base a ello entienden que toda persona que tenga respuesta a cada una de ellas cabe suponer que está dotada de un buen equipamiento para caminar en la vida y por la vida. Esto está asociado en el éxito, independientemente de que vamos a entender como éxito; también lo podemos asociar al concepto de felicidad, entendida como la superación del “ser”, por sobre el “tener”.

No obstante hacen las siguientes sugerencias que matizan esta formulación.

Sugieren que las respuestas que tenga no sufran variaciones a lo largo de su caminar. La experiencia y el conocimiento la va aclarando, matizando y en su caso variando. Eso es inevitable. Es más diría que necesario. Pero bueno es que se tenga siempre una respuesta e incorporar respuestas nuevas producto del aprendizaje con base al posible error.

Antecedentes y estado de la investigación

Sugieren que las respuestas se encuentren fácilmente. Supone un aprendizaje y es un proceso laborioso. Posiblemente deba ser un ejercicio constante a lo largo de toda la existencia que se inicia desde niño y finaliza con el tránsito a otra realidad o muerte. Pero creo que es necesario tener respuesta para no sentirse desorientado o dar bandazos existenciales.

Sugieren que no saben si están todas las preguntas y no falta alguna. Pero tienen la creencia de que todas las que formula deben formar parte de ese catálogo.

En este contexto se preguntan nuevamente si las personas que estén en posesión de respuesta a estos interrogantes son personas que pertenecen a una categoría especial o reúnen una serie de cualidades que las hacen pertenecer al grupo de excepcionales.

La experiencia dice que no todos suelen responder con prontitud, rapidez, premura, seguridad a estas preguntas. En general se encuentran dificultades para ello y normalmente se tarda en contestar y en muchos casos se hace con generalidades.

Pero cuando encontramos a una persona que manifiesta....

*“seguridad en sí misma,
con metas perfectamente definidas,
con claras aspiraciones de conseguirlas,
sabor de las dificultades con las que se encuentra
y capacidad resolutiva para superarlas
con capacidad comunicativa
con capacidad comprensiva o empática
sin anular a nadie pero tampoco sin dejarse anular”*

.....reconocemos que es una especie singular, no muy habitual, digna de admiración, digna de elogio y generadora de una envidia (digamos sana) por emularla. Un ejemplo para los demás.

Es decir, si nos encontramos con una persona que reúne esas características es posible que le atribuya una serie de cualidades. Esas cualidades pueden estar relacionadas con la inteligencia, la madurez, la competencia, la eficacia...etc.

De esas cualidades unas están relacionadas con los aspectos propios del yo y otras relacionadas con el resultado de sus comportamientos.

De alguna forma pensamos que esa persona de alguna forma es una especie de súper hombre o súper mujer de la vida.

Llegado a este punto de su reflexión el profesor Martín del Buey formula las siguientes hipótesis de trabajo:

1º. Es posible que en la literatura científica centrada en la psicología existan antecedentes o estudios que han relacionado estas preguntas, convertidas en dimensiones, y en base a ello se hayan formulado constructos a modo de aproximaciones.

Pero igualmente es posible que un intento de aproximación que relacione las diez dimensiones de autoconcepto, autoestima, motivación, atribución, expectativas, afrontamiento de problemas, toma de decisiones, empatía, asertividad y comunicación, sea como mínimo novedoso, consistente y posible.

E igualmente es posible que se pueda formular teóricamente que esas características son constitutivas de una personalidad eficaz, efectiva y eficiente.

2º Es posible que usando un método empírico adecuado pueda demostrar que todas esas preguntas que he formulado, convertidas en dimensiones estén relacionadas entre sí de forma significativa, y que la persona que tenga esas dimensiones positivas sean en la realidad eficaces, eficientes y efectivas en el contextos en que se las valora.

Respecto a la primera hipótesis Martín del Buey reconoce que en sus planteamientos hay antecedentes significativos. De forma especialmente significativa destaca los siguientes:

Aportes de las distintas escuelas psicológicas respecto al concepto de madurez

La perspectiva de la teoría de las inteligencias múltiples

Aportaciones de la teoría sobre la inteligencia emocional

Los estudios realizados por Bandura sobre la auto-eficacia.

Respecto a las aportaciones al constructo de personalidad eficaz derivadas de los *constructos sobre madurez* a Martín del Buey se le merece especial significado aquellos que relacionan la madurez con la competencia.

Antecedentes y estado de la investigación

Dos modelos cobran especial interés para su constructo:

El modelo de madurez psicológica de Heath (1965)

El modelo de competencia propuesto por White (1959) continuado por Garmeiz y Masten (1991) Waters y Sroufe (1983).

Respecto a las aportaciones al constructo de las *teorías de las inteligencias múltiples* Martín del Buey indica que el constructo de personalidad eficaz parte del postulado siguiente:

Las conductas generadoras de eficacia son en el fondo respuestas o (si se quiere ser más exacto y preciso) conductas inteligentes, entrenables y objeto de desarrollo.

Por ello parece que es necesario nutrirse de todos aquellos autores que han tratado la inteligencia y las distintas modalidades de la misma.

De forma especial se interesa por dos desarrollos claves en este sentido:

La teoría de las inteligencias múltiples de Howard Gardner (1999)

La Teoría Triárquica de Robert J. Sternberg (1985).

Respecto a las aportaciones al constructo de los planteamientos de la *inteligencia emocional*, en cuanto concepción de un aspecto específico de inteligencia se interesa por las aportaciones siguientes

El modelo de habilidades de Mayer y Salovey (1997). El básico sobre los que pivotan los demás.

La inteligencia emocional como rasgo (Petrides y Furnham, 2000; Petrides, Furnham y Martin, 2004, Petrides, Pérez-González y Furnham, 2007).

Modelos mixtos tales como el modelo de competencias emocionales de Goleman (1998) y el de Bradberry y Greaves (2005).

Modelo de Bar-On (2006) de Inteligencia Emocional-Social.

A juicio del profesor Martín del Buey el constructo de inteligencia emocional entendido como capacidad y definido por Salovey y Mayer tiene una dimensión y alcance mucho más reducido en la medida que se circunscribe a cuatro dimensiones en escala: a) Percibir y expresar emociones de forma precisa, b) Usar la emoción para facilitar la actividad cognitiva, c) Comprender las emociones y d) Regular las emociones, todas relacionadas con la inteligencia emocional. En este sentido el constructo sobre personalidad eficaz es mucho más amplio en la medida que abarca dimensiones mucho más amplias.

En cambio en el constructo de inteligencia emocional concebido como rasgo sí que encuentra unos descriptores que tienen muchos elementos coincidentes con su constructo. Pero la pregunta básica que se hace es ¿hasta qué punto esos rasgos que se describen como pertenecientes a la inteligencia emocional son realmente rasgos de inteligencia emocional? De forma más explícita ¿Qué tiene que ver esos rasgos con la inteligencia emocional?

Respecto a las aportaciones de *Bandura* al constructo de Personalidad eficaz el profesor Martín del Buey indica que la teoría de Bandura ofrece elementos de singular importancia que están presentes en la formulación del Constructo Personalidad Eficaz.

Un componente básico del mismo es el factor denominado “Fortalezas del yo”, compuesto fundamentalmente por dos rasgos: el autoconcepto y la autoestima, formando dos aspectos de un mismo concepto. La relación de ambos rasgos con la autoeficacia es clara.

Otro elemento básico integrado del constructo de Personalidad Eficaz son las “Demandas del yo”, constituido fundamentalmente por tres rasgos: motivación, atribución y expectativas, rasgos que igualmente están presentes en los postulados de Bandura sobre autoeficacia.

Es necesario puntualizar que el constructo de Personalidad Eficaz se centra en definir los elementos que lo integran, y no únicamente en la importancia que tiene la confianza y creencias personales en la autoeficacia, que es lo que ha investigado y desarrollado Bandura (1997).

Esto constituye la diferencia esencial entre ambos constructos. Por ello la Personalidad Eficaz no puede ser encuadrada entre los postulados conductuales de A. Bandura (al menos en sus inicios) ni corresponde exactamente con su teoría Social Cognitiva (1975, 1977, 1985).

Respecto a la segunda hipótesis la realidad empírica permite disponer de diferentes pruebas que miden las variables que integran el constructo de personalidad eficaz.

Se ha verificado empíricamente que estas variables están relacionadas entre sí.

El hecho de que estas variables están relacionadas entre sí y su interrelación, permite formular grupos que derivan en perfiles o tipos significativamente diferenciados.

Dichas pruebas, se han aplicado en diferentes campos educativos e institucionales, obteniendo unos índices de validez de constructo, externa y fiabilidad ampliamente satisfactorios.

Con independencia a estas dos hipótesis de partida el profesor Martín del Buey se formula los siguientes planteamientos relacionados con la denominación del constructo Personalidad eficaz

Estos planteamientos se centran en los siguientes aspectos

¿Eficacia o eficiencia o efectividad?

¿Eficacia o autoeficacia?

¿Persona o personalidad?

¿Eficacia vs competencia?

En sus escritos da respuesta a estos planteamientos y formula la siguiente síntesis:

1. Que ha existido preocupación y ocupación por definir y perfilar las características propias de una personalidad competente, madura, emocionalmente estable, inteligente, y

si se quiere eficaz, (aparece escasamente) pero que todas esas aproximaciones son en ocasiones dispares a la hora de concretar las dimensiones o rasgos que la integran.

2. Este hecho le ha obligado a realizar un detallado análisis de los conceptos de madurez, inteligencia, competencia, y eficacia, para quedarse finalmente con el de eficaz comprendiendo en el mismo el de eficiencia y el de efectividad y considerando los otros como complementarios y en su caso aclaratorios al de eficaz

3. Que posiblemente exista unos rasgos comunes que están frecuentemente presentes en esas personas que si bien no son coincidentes en sus nombres si lo sean en sus descriptores. Así lo ha podido observar en los descriptores que se hacen a la hora de definir una persona madura desde los distintos postulados en que se formula, como a la hora de definir la inteligencia intra e interpersonal y emocional, como las connotaciones que se atribuyen a una persona sabia, mentalmente sana y en su caso autorrealizada.

4. Que el listado de características que integran ese tipo de personalidad en la mayoría de las veces es ampliamente extenso observándose una posible repetición de los mismos y requiriendo una esencialización de ellos. Dificultad que se acrecienta cuando no existen descriptores de ellos que permitan acotarlos y diferenciarlos.

5. Que las formulaciones de esas dimensiones imputables a esas personas en la mayoría de los casos no tienen soporte empírico y mucho menos experimental, y vienen a ser fruto de una observación empírica laudatoria y en modo alguno de mayor alcance.

5. Que la competencia y sus derivados están muy presentes en la sociedad actual. Hasta tal punto que en las programaciones educativas de todos los países es una palabra puesta de moda. Se habla de programación en competencias. Siempre pensamos que la educación no era otra cosa. Pero ahora parece que los iluminados de turno lo acaban de descubrir. Bienvenido sea esto si ayuda a que se consolide una idea tan antigua en la historia de la educación. Pero concluimos que el concepto eficacia es más amplio que competencia y que esta no deja de ser concreciones concretas de eficacia.

1.1.3. Medición de la personalidad eficaz

Como se ha descrito en el punto anterior, se considera la Personalidad Eficaz como un conjunto de rasgos. Por ello, a la hora de evaluarla, hay que estudiar las diferentes formas en que los rasgos pueden ser evaluados.

Por ello, a la hora de evaluarlo, se han construido escalas utilizadas para su medición. La fórmula habitual empleada es una escala Likert, cuyos ítems se respondía de 1 a 5, siendo 1 nada de acuerdo con el ítem; 2 poco de acuerdo con el ítem; 3 algo de acuerdo con el ítem; 4 bastante de acuerdo con el ítem y; 5 totalmente de acuerdo con el ítem.

Los cuestionarios que se han construido hasta el momento han sido los siguientes:

“El cuestionario para el desarrollo de la personalidad eficiente (CDPE)” (Martín del Buey, 1999) es el primer cuestionario que se construye para la Evaluación de la Personalidad Eficaz y se enmarca en el ámbito empresarial. Presenta un coeficiente de fiabilidad de .78. Es un instrumento complementario al Programa de Desarrollo de la Eficacia Profesional elaborado bajo la dirección del profesor Martín del Buey de la Universidad de Oviedo y Profesora Martín Palacio de la Universidad Complutense de Madrid.

“Cuestionario de Personalidad Eficaz en Contextos Educativos” Elaborado por el Dr. Francisco Martín del Buey (2000). Consta de 44 ítems. Presenta un coeficiente de fiabilidad de .80.

“Cuestionario de Personalidad Eficaz en Secundaria”. Surge como respuesta a la revisión del “Cuestionario de Personalidad Eficaz en Contextos Educativos” (Martín del Buey, 2003) está compuesto por 28 ítems que no experimenta una gran descenso en su fiabilidad respecto al cuestionario inicial .869.

“Cuestionario de Personalidad eficaz para adolescentes” (Dapelo, Marcone, Martín del Buey, Martín-Palacio, Martín del Buey y Fernández, 2006) consta de 24 ítems, divididos en cuatro factores. Esta investigación se centra en la adaptación del Cuestionario de Personalidad Eficaz en contextos educativos a la realidad chilena. La

versión original del Cuestionario está conformada por 58 ítems. Se introducen modificaciones en 30 de sus ítems. Presenta un coeficiente de fiabilidad de .81.

“Cuestionario de Personalidad eficaz para ciclos formativos de formación profesional” (Martín del Buey, Fernández, Martín, Dapelo, Marcone y Granados, 2008) consta de 22 ítems, distribuidos en seis factores. Presenta un coeficiente de fiabilidad de .76.

“Cuestionario de Personalidad eficaz (pece) en el contexto de la educación técnico –profesional” (Dapelo y Martín del Buey, 2007) de 22 ítems, arroja un coeficiente alfa de Cronbach de 0,8064. Se obtienen cinco factores de primer orden que explican el 58,029% de la varianza total.

“El Cuestionario de Personalidad Eficaz al ámbito universitario” de Dapelo y Martín del Buey (2006) compuesta de 30 ítems. Presenta un coeficiente de fiabilidad de .87. La estructura factorial del PECED revela una alta correspondencia conceptual con el modelo que lo sustenta, en consecuencia es posible identificar claramente las cuatro esferas del yo y sus variables.

“Cuestionario de personalidad eficaz, en segundo y tercer ciclo de la educación primaria” (Fueyo, 2010) de 22 ítems y cinco factores. Presenta un coeficiente de fiabilidad de .86.

“Cuestionario de Personalidad eficaz en población adulta española de 30 a 60 años de edad (en contextos españoles y en contextos chilenos)” de Martín del Buey, Martín Palacio y Fernández Pérez (2011) el primero y de Martín Del Buey, Martín Palacio y Ramírez Fernández el segundo

1.1.4. Estudios sobre Tipologías de personalidad eficaz

En relación al establecimiento de tipologías modales multivariadas de personalidad eficaz es importante indicar que se han realizados numerosos trabajos con varias muestras en diferentes edades previas a la que es objeto de esta investigación.

Así tenemos las tipologías obtenidas en las siguientes muestras: infantil: Fueyo (2010) y Pizarro (2012); adolescente: Di Giusto (2013), Muñoz (2013); y Arraño (2014); juvenil: Gómez (2012) y Bernal (2014); y adulta: López-Pérez (2011) y Ramírez (2013).

En todos estos estudios se han obtenido cuatro tipos diferenciados de personalidad eficaz.

Centrados en la edad adulta (edad comprendida entre los 30 a 59 años de edad) presentamos los perfiles obtenidos en ambos trabajos pero se considera importante justificar previamente la razón de este tipo de estudios.

1.1.4.1. Consideraciones en torno al concepto de tipo

Habla de tipologías no dejar de ser arriesgado pues durante bastante tiempo ha sido un término desechado en la investigación psicológica. En este apartado tratamos de justificar, siguiendo a Martín del Buey y Martín Palacio (2012) las bases que justifican asumir este riesgo.

Las tipologías o ciencias de los tipos humanos se han construido muy lentamente, pero posee cartas de nobleza que remontan muy lejos en el tiempo y se extiende a todos los países y culturas (Martín del Buey, 1985).

El hecho de que hayan surgido tantas tipologías en la mente de los investigadores o pensadores científicos o precientíficos a lo largo de muchos siglos, como un modo de ordenar de alguna manera el complejo reino de las diferencias individuales nos prohíbe rechazarlas a la ligera.

Según su inspiración más que su orden cronológico de aparición se pueden apreciar tres grandes movimientos tipológicos: el causal, el metafísico y el factorial. Dentro de éste último se encontraría la corriente psicoestadística y la corriente correlacional (Martín del Buey, 1985).

1.1.4.1.1 Crisis del concepto clásico de tipo

Durante el siglo XX los psicólogos, y especialmente los psicólogos americanos, han venido sometiendo a dura crítica los conceptos de tipo y la razón fundamental que se manifiesta no es solamente la posible ambigüedad del término sino por la implicación que lleva de ser clasificaciones mutuamente exclusivas, lo cual se opone lógicamente a la cuantificación de los atributos de los seres humanos. En consecuencia las mismas concepciones tipológicas clásicas, a excepción de las dos corrientes últimas señaladas han caído en desuso en la psicología moderna porque, bajo la influencia anglosajona, esencialmente conductista, se ha centrado enteramente en la investigación de dimensiones mensurables y objetivables de la personalidad.

1.1.4.1.2. Intentos de un posible reencuentro: estrategia diferenciadora de los rasgos

Se intenta poner orden en las diferencias individuales mediante el estudio de los rasgos. En vez de adscribir cada individuo a su clase, como hacen las tipologías clásicas, se dirige la atención a los rasgos que se manifiestan en su conducta. El describir a muchos individuos con los mismos rasgos sirve para expresar cuantitativamente las diferencias entre ellos (Tyler, 1972).

Un rasgo es una marca distintiva de algo, de un individuo o clase. En psicología de la personalidad el término se utilizó como clasificatorio, como de estructura disposicional o como fuerza o principio interior (Pinillos, 1978).

El rasgo debe ser una nota representativa de otras muchas notas conductuales propias de un sujeto o grupo de sujetos.

Stein (1963) dice que en la actividad de las personas hay una parte variable y una parte propositiva constante, y ésta última la que se pretende identificar con el rasgo.

Los rasgos concebidos como motivos participan en el aspecto de la disposición, o estructura facilitadora de respuestas ante cierto tipo de situaciones. El rasgo puede tener un fundamento biológico innato, puede ser temperamental, facilitando la respuesta. Pinillos lo define como: una estructura regulativa de carácter tendencial que facilita, pero no produce, una clase de respuesta (Pinillos, 1978).

Operacionalmente el rasgo se define a partir de una intercorrelación de respuestas semejantes ante estímulos diversos. La iniciación de la respuesta corresponde a la estimulación; pero la personalidad la hay que entender como dependiente de fundamentos biológicos y de sus condiciones (Pinillos, 1978).

El problema que surge al entender los rasgos como variables de personalidad radica que en unas casos son muy pocas y en otras son demasiados.

Los conceptos de rasgo hacen posible la comparación de una persona con otra. Pero los rasgos no son inconexos e independientes entre sí y algunos son más importantes que otros dentro de la personalidad. Los detalles más concretos emergen de las características de los actos y experiencias particulares; luego el conjunto de rasgos de un comportamiento de un sujeto o clase se llama tipo.

Para Cattell un tipo es un modelo constituido por medidas de rasgos que figuran dentro de ciertos valores modelos (Cattell, 1979).

1.1.4.1.3. Reconsideración del concepto de Tipo: Concepción modal multidimensional

Varios investigadores se preguntaban si no puede ser que los tipos sean compatibles con una medición o un método cuantitativo para abordar las diferencias individuales.

Cattell, Couter y Tsujioka (1966) han considerado 3 modelos de tipos que se usan en medición: el modelo de tipo polar que se refiere a los extremos de un rasgo bipolar distribuido donde se supone que el rasgo es amplio. El tipo modal se define mediante un aglutinamiento de individuos a lo largo de un rasgo simple donde cada aglutinamiento o modelo representa un tipo. El tipo de especies o multidimensional, aquí se agrupan a los individuos en tipos basándose en la similitud de sus perfiles (Bolz, 1972).

La identificación de los tipos de especies o tipos modales multidimensionales; consiste en identificar grupos de individuos determinando la similitud de diferentes perfiles de rasgos.

Dos perfiles pueden diferir en términos de elevación, dispersión o forma, resultante de la equiparación de ambos perfiles. Un coeficiente de similitud que tenga en cuenta 3 parámetros se pueden encontrar diferencias y similitudes de individualizados perfiles de rasgos lo que hacen un agrupamiento multivariado más rico y más analítico.

La ubicación de los tipos, basándose en los rasgos, según la tipología multidimensional se puede aplicar a problemas nuevos e importantes (Buss y Poley, 1979).

1.1.4.1.4. Técnicas de agrupación por conglomerados

Bolz (1972) los agrupa en 7 categorías entre las que destaca las técnicas de agrupación por conglomerados.

Esta técnica consiste en un conjunto de técnicas de análisis de datos; cuyo objetivo consiste en encontrar describir y explicar alguna estructura simple dentro de una compleja masa de datos. También es objetivo reproducir y automatizar los procesos que pueden observarse visualmente en dos dimensiones y ampliarlos a cualquier número de dimensiones; agrupar las unidades en clases, dentro de las cuales las unidades o datos tengan perfiles análogos, configurando así una reducción de datos y simplificar el análisis que pueda explicar las estructuras latentes en los datos.

Cada clase puede describirse mediante un perfil medio o típico. El método de agrupamiento por conglomerados no se inició hasta finales de los años 50 cuando

aparecen los ordenadores. Los métodos de agrupamiento por conglomerados se reducen a las siguientes etapas:

- Selección de las unidades y variables.
- Determinación de las medidas de similitud entre las unidades.
- Agrupación de las unidades en conglomerados
- Interpretación y descripción de los resultados del agrupamiento.
- Otros análisis e interacciones.

Vamos a ver cada una de ellas:

a) Selección de unidades y variables

La especificación de los datos exige la correlación de unidades y variables y la elección de una escala para cada variable.

La inclusión de muchas unidades en un tipo hará que este tipo aparezca como conglomerado. La representación excesiva de un tipo no afecta al agrupamiento del resto. No existe un universo claro de unidades y las fácilmente disponibles no constituyen una muestra probabilística de cualquier población.

La selección de variables y atributos es más importante que el de las unidades y determina que aspectos del comportamiento de las unidades se representan en el agrupamiento. La representación excesiva de variables en un área puede afectar al resultado total. Las variables pueden refinarse, subdividiéndose y combinándose. Las variables tendrán dependencia estadística con respecto a grupos de unidades. La elección de variables es subjetiva y es también un elemento crucial del proceso de agrupamiento por conglomerados. En un proceso de agrupamiento los datos pueden disponerse en una tabla rectangular, correspondiendo las filas a unidades y las columnas a las variables o atributos observados.

b) Medidas de similitud.

Una medida natural de disparidad entre los puntos es la distancia euclidiana al cuadrado y si las variables son dimensionadas, es necesaria una distancia ponderada para que el análisis tenga sentido.

No hay una sola elección correcta de las ponderaciones, pero si operativa y preferible una elección subjetiva cuidadosa basada en el conocimiento externo de las variables.

Respecto a las variables cuantitativas, las medidas de similitud utilizadas son equivalentes al cuadrado de una de las distancias ponderadas o sin ponderar.

c) Cálculo las agrupaciones por conglomerados

Los métodos de agrupamiento exigen una gran cantidad de cálculo. Así, encontrar los pares más próximos de agrupamiento, combinarlos en un nuevo agrupamiento más grande y calcular la distancia entre el nuevo grupo y cada uno de los restantes.

d) Interpretación y descripción de los resultados

El resultado puede representarse mediante un árbol o dendograma.

e) Interacción.

La posibilidad de tratar conglomerados como proceso interactivo, utilizando resultados de uno de ellos para mejorar el siguiente representa un papel esencial en cualquier procedimiento de agrupamiento.

Hay una relación entre análisis factorial y la técnica de agrupamiento por conglomerados. Ambos métodos tratan de descubrir y describir estructuras en una tabla de datos sin estructurar. Buscan diferentes tipos de estructuras, pero son muchas las coincidencias. El análisis factorial trata de encontrar variables independientes tales que la regresión con respecto a las variables se ajusta a los datos observados. Por el contrario el análisis de conglomerados es un análisis de clasificación de la varianza de las unidades que se ajusta a los datos observados.

Cualquier estructura de grupos puede explicarse mediante una estructura de factores, aunque son necesarios tanto factores como grupos.

De todos los métodos de agrupamiento destaca el Análisis de tipos propuesto por Bolz, basado en el coeficiente de similitud de patrones de Cattell.

1.1.4.1.5. Análisis de tipo

El coeficiente de similitud de patrones de Cattell et al. (1966) es un índice útil de similitud que tiene en cuenta, como indicamos en la concepción tipológica modal multivariada los 3 parámetros a lo largo de los mismos, pueden diferir los perfiles.

La psicología social centra sus estudios en los procesos básicos de la interacción humana con sus semejantes. Para ello propone el estudio de cuatro conductas básicas y secuencias de la interacción: la conducta perceptiva y la conducta comunicativa mediante las cuales nos formamos una idea del otro u otros, cuyo fruto será una conducta de aceptación (con los posibles grados existentes) o de rechazo (con igual categoría de grados). Para ese proceso de formación de una idea del otro que se describe como complejo, discutido y discutible, dónde entran en juego infinidad de teorías tales como las de Primeras impresiones, las taxonómicas, atribuciones de causalidad y otras, muy sometidas a error claro de percepción se ve conveniente incorporar para

incrementar y enriquecer esa precisión perceptual las tipologías modales de especies o multivariadas donde la presencia de unos rasgos combinados puede dar lugar a una especie o tipo con mayor base de objetividad.

En psicología de la educación es objeto de especial estudio todo lo referente al proceso evaluativo del educador sobre el educando, dónde los sesgos procedentes implícitos en los citados procesos han sido objeto de abundantes estudios y formulación de teorías tales como el efecto Pigmalión y otras. Las tipologías de especies desarrolladas en estos contextos y aplicadas a rasgos tanto de carácter cognitivo, afectivo o motórico pueden aportar un excelente referencial a la hora de formarse una idea inicial, que deberá ser posteriormente ampliada en base a la interacción con el alumno, con una cierta base de objetividad.

En el presente trabajo hemos seguido la propuesta metodológica de Bolz (1972) que resumiendo en siete grandes grupos los métodos utilizados por los investigadores para determinar una tipología adecuada, destaca por su especial significación para el estudio de las tipologías modales multivariadas las técnicas de agrupamiento por conglomerados.

El método de agrupación por conglomerados consiste en encontrar, describir y posiblemente explicar alguna estructura simple dentro de una masa compleja de datos. Su objetivo consiste en reproducir y automatizar los procesos en dos y ampliarlas a cualquier número de dimensiones. Si es posible agrupar los datos en un número moderado de clases (tipos) dentro de los cuales tengan perfiles análogos, se consigue una reducción de los datos fácil de describir, que simplifica su análisis y que puede indicar las estructuras teóricamente latentes de los datos. En algunos casos los grupos pueden corresponder a tipos latentes explicados por la Teoría. En otros puede representar una útil reducción empírica de datos.

1.1.4. 1.6. . Renacimiento de trabajos en torno a las Tipologías

Como representación no exhaustiva de esta reactivación por el interés de las tipologías cabe destacar los trabajos de:

Coie, Dodge y Coppotelli (1982) sobre “Dimensions and types of social status: A cross-age perspective”.

Newcomb y Bukowski (1983) sobre “Social impact and social preference as determinants of Children’s Peer Group Status”.

Maassen, Akkermans y van der Linden (1996); Maassen y Landsheer (1998); Maassen, Steenbeek y van Geert (2004).

Saunders (1992) sobre “A typology of men who batter: Three types derived from cluster analysis”.

Holtzworth-Munroe y Stuart (1994) sobre “Typologies of male batterers: Three subtypes and the differences among them” y Holtzworth-Munroe, Meehan, Herron, Rehman, y Stuart (2003) sobre “Do subtypes of martially violent men continue to differ over time?”.

Waltz, Babcock, Jacobson y Gottman (2000) sobre “Testing a typology of batterers”.

Petersen, Doody, Kurz, Mohs, Morris, Rabins (2001) sobre “A typology of men who batter: Three types derived from cluster analysis”.

Chambers y Wilson (2007) sobre “Assessing male batterers with the Personality Assessment Inventor”.

Huss y Ralston, (2008) sobre “Do batterer subtypes actually matter? Treatment completion, treatment response and recidivism across a batterer typology”.

Y en nuestro entorno más cercano los trabajos de:

Martín del Buey 1985 sobre “Tipologías Modales Multivariadas y Rendimiento Académico”.

Marcote (2001) sobre “Tipologías motivacionales y su incidencia sobre el rendimiento académico”.

Romero (2001) sobre “Motivación, atribución, expectativas y rendimiento académico en la Enseñanza Secundaria Obligatoria”.

Mulet, Sanchez-Casas, Arrufat, Figuera, Labad y Rosich (2005) sobre “Deterioro cognitivo ligero anterior a la enfermedad de alzheimer: tipologías y evolución”.

Muñoz, Navas, Graña y Martínez, (2006); sobre “Subtipos de drogodependientes en tratamiento: apoyo empírico para una distinción entre tipo a y tipo b”.

Ortiz-Tallo, Cardenal, Blanca, Sánchez y Morales (2007) sobre “Multiaxial evaluation of violent criminals”.

Muñoz, Moreno y Jiménez (2008) sobre “Las Tipologías de estatus sociométrico durante la adolescencia: Contraste de distintas técnicas y fórmulas para su cálculo. Entre Iguales en el Contexto Escolar”.

Y Loinaz, Echeburúa y Torrubia, (2010) sobre “Tipología de Agresores contra la Pareja en Prisión”.

Cabe señalar que las funciones y la transcendencia metodológica de la clasificación tipológica tiene un doble aspecto: la codificación y la predicción. Una tipología va más allá de la simple descripción, por el contrario, simplifica la ordenación de los elementos de una población y los rasgos relevantes de dicha población en agrupamientos distintos. Gracias a esta capacidad la clasificación tipológica pone orden en el caos potencial. Pero el codificar de este modo los fenómenos, permite también investigar y predecir las relaciones entre fenómenos que no parecían estar en conexión a simple vista. Esto es debido a que una buena tipología no es una simple colección de entidades diferenciadas, sino que está compuesta de un enjambre de rasgos que en realidad se mantienen unidos y esto permite establecer cierto carácter predictor entre ellos.

1.1.4.2. Estudios realizados sobre tipologías en Personalidad eficaz en contextos adultos.

En relación al establecimiento de tipologías modales multivariadas de personalidad eficaz centrados en la edad adulta (edad comprendida entre los 30 a 59 años de edad) presentamos a continuación los perfiles obtenidos en ambos trabajos.

1.1.4.2.1. Perfiles de personalidad eficaz obtenidos en España (López-Pérez, 2011)

López-Pérez (2011) presenta la siguiente clasificación tipológica de personalidad eficaz en su investigación doctoral sobre tipologías modales multivariadas de personalidad eficaz en contextos adultos españoles de 30 a 59 años.

Tipo I: Eficaz Introverso. Estos sujetos presentan un buen funcionamiento en dos de las cuatro esferas del yo que conforman el cuestionario de Personalidad Eficaz. Puntúan por encima de la media, en los factores Demandas de yo y Retos del yo. Son sujetos con valores ligeramente superiores a la media en motivación orientada a la tarea. Establecen atribuciones de éxito (debidas al esfuerzo o la capacidad) en la mayoría de las situaciones, y por lo general, suelen mantener expectativas de éxito futuro. Frecuentemente adoptan una perspectiva resolutiva a la hora de abordar situaciones problemáticas, reflexionando antes de tomar una decisión o actuar.

Esta tipología pone de manifiesto la relación existente entre las variables motivación, atribución y expectativas y las variables afrontamiento de problemas y toma de decisiones. Una visión optimista de los problemas y la confianza en que se superarán; un estilo atribucional con locus de control interno que les permite partir de la idea de que con más esfuerzo se superan las dificultades, así como las atribuciones de éxitos pasados a sus capacidades; y el disfrute (o motivación) que nace del propio

ejercicio de desempeñar una tarea parece tener relación directa con una postura resolutiva (frente a evitativa o pasiva) a la hora de afrontar problemas y reflexiva, o poco impulsiva: buscando información y tomando en consideración distintas alternativas antes de actuar.

Sin embargo, presentan deficiencias en las dos esferas restantes, especialmente en Relaciones del yo. En este factor puntúan por en el percentil 20, casi una desviación típica por debajo de la media. Y en el factor Fortalezas del yo puntúan en el percentil 40. Demuestran, por tanto, una valoración negativa de sí mismos, pero sobretodo, déficit en habilidades sociales: comunicación asertividad y empatía.

En resumen, estamos hablando de adultos caracterizados por un estilo motivacional y atribucional adaptativo, expectativas optimistas y competentes en el afrontamiento de problemas y la toma de decisiones; pero con baja autoestima, dificultades en las relaciones con los iguales y para desenvolverse en situaciones sociales.

En cuanto al número de sujetos de la muestra integrante en esta tipología, podemos observar que es el segundo grupo con mayor muestra

Tipo II: Ineficaz. Los sujetos que quedan enmarcados dentro de este clúster presentan puntuaciones muy bajas en los cuatro factores del cuestionario de Personalidad Eficaz: Fortalezas del yo, Demandas del yo, Retos del yo y Relaciones del yo.

Se ven a ellos mismo como problemáticos, poco importantes y en desacuerdo con su forma de ser y actuar. No se gustan ni físicas, ni emocionalmente. Presentan una baja autoestima como trabajadores y como amigos, repercutiendo en sus labores y en sus relaciones con los iguales. La imagen negativa que tienen de sí mismos afecta a las otras esferas de su yo desembocando en un funcionamiento poco adaptativo o lo que podríamos llamar, siguiendo con la terminología del constructo, “Personalidad Ineficaz”.

Representarían la antítesis del sujeto prototipo de “Personalidad Eficaz” (Tipo IV), que cuenta con un amplio abanico de competencias personales y sociales para desenvolverse en su vida cotidiana.

Presenta escasa motivación laboral repercutiendo en su rendimiento. Sus atribuciones no presentan locus de control interno, y se perciben con falta de aptitudes para obtener buen rendimiento. Esto repercute en una visión pesimista sobre acontecimientos futuros. En el contexto laboral se concreta en la creencia de que en la actualidad su rendimiento será bajo o que en el futuro no les va a ir bien, pudiendo desembocar en “profecías autocumplidas” por las escasas herramientas que estos sujetos

despliegan para hacer frente a las creencias negativas que tienen de sí mismos, y que queda reflejado en sus bajas puntuaciones en el factor Retos del yo.

Muestran dificultades en el afrontamiento de problemas y la toma de decisiones, presentando dificultades para decidir por sí mismos y optando por una actitud en ocasiones pasiva, y en ocasiones impulsiva, a la hora de abordar conflictos. Poniendo en relación estas actitudes y la pobre imagen que tienen de sí mismos se hace difícil que, por ellos mismos, den el paso de "tomar las riendas" ante las dificultades o pongan en marcha recursos que les permitan mejorar su autoestima.

Se perciben con pocas amistades y dificultad para relacionarse con sus iguales. Manifiestan expectativas de fracaso en relaciones sociales hipotéticas futuras. Sus escasas capacidades empática y asertiva y sus problemas a la hora de desenvolverse en situaciones social explican las bajas puntuaciones en el segundo factor del cuestionario, aunque estas se sitúan dentro de la normalidad.

Son por tanto adultos que presentan cogniciones y comportamientos desadaptativos: baja autoestima, escasa motivación laboral (ni de logro, ni orientada a la tarea), expectativas pesimistas, déficit en habilidades sociales y dificultades para afrontar dificultades de su día a día. Hablaríamos, como ya se ha señalado, de Personalidad Ineficaz.

Por otro lado, la muestra integrante en esta tipología, representa el menor número de todas las cuatro tipologías encontradas.

Tipo III: Ineficaz Social Los sujetos que quedan enmarcados dentro de este clúster presentan puntuaciones muy bajas en tres factores del cuestionario CPE-Adultos: Fortalezas, Demandas y Retos del YO. Por el contrario, la única dimensión que presenta un funcionamiento por encima de la media es las Relaciones del yo cuyo percentil se sitúa por encima de 50.

Demuestran, por tanto, una valoración negativa de sí mismos y en resolución de problemas, destacando la falta de una motivación interna, atribución a esfuerzo o capacidad y expectativas de éxito.

Estamos hablando de adultos caracterizados por buenas relaciones con los iguales y para desenvolverse en situaciones sociales de manera adaptativa, pero con carencias en competencias de afrontamiento de problemas y la toma de decisiones, con baja autoestima, y presentan escasa motivación laboral repercutiendo en su rendimiento. Sus atribuciones no presentan locus de control interno, y se perciben con falta de aptitudes para obtener buen rendimiento.

Tipo IV: Eficaz Esta tipología de sujetos demuestra puntuaciones superiores a la media en los cuatro factores del cuestionario. Los adultos que pertenecen a este cluster presentan puntuaciones cercanas al centil 70 en todos los factores a excepción de Retos del yo con un centil 60, pero en los factores Fortalezas y Relaciones se encuentran por encima del percentil 75. Representarían el prototipo de Persona Eficaz.

Hablamos de adultos con un buen autoconcepto, pero sobretodo, que se valoran y quieren como son. Son personas que valoran positivamente sus actitudes y capacidades en los principales contextos en los que se desenvuelven en estas edades (trabajo, familia y grupo de iguales). Se consideran atractivos, estables emocionalmente, capaces e importantes.

En esa buena imagen que tienen de sí mismo reside la principal fortaleza de su personalidad, el pilar sobre el que sustentan el funcionamiento eficaz de las otras esferas de su “yo”. Serían personas adaptadas, que evalúan correctamente “qué” quieren conseguir y “cómo”, que gestionan adecuadamente sus recursos y que mantienen una visión positiva sobre su futuro. Presentan motivación interna hacia los estudios, un funcionamiento atribucional eficaz y orientado a la obtención de rendimiento académico (atribuye sus éxitos tanto a su esfuerzo como a su capacidad) y expectativas optimistas sobre su rendimiento inmediato y a más largo plazo.

Esa actitud positiva frente a acontecimientos futuros, su autopercepción como estables emocionalmente, la adecuada gestión de sus recursos y la capacidad para establecer atribuciones de forma correcta sobre lo que les ocurre, explican en gran medida su buen funcionamiento a la hora de afrontar problemas y tomar decisiones (esfera Retos del yo). No adoptarán actitudes pasivas de afrontamiento, ni esperarán a que otros les resuelvan sus problemas. Se juzgarán capaces de resolverlos y antes de tomar una decisión reflexionarán sobre sus consecuencias, manteniendo una postura confiada y optimista sobre su resolución.

Con respecto a la esfera Relaciones del yo, este grupo de sujetos se percibe con habilidades sociales y capacidad asertiva. Se desenvuelven bien en situaciones sociales, sin timidez. Refieren un amplio círculo de amistades y expectativas de éxito en sus relaciones con el grupo de iguales.

Así, las personas encuadradas dentro del Tipo IV son adultos con buen autoconcepto y alta autoestima, con motivación orientada a la tarea, un estilo atribucional adaptativo, expectativas optimistas sobre su futuro, estilo resolutivo en el afrontamiento de sus problemas y buena capacidad asertiva y comunicativa.

La muestra de esta tipología es la que como la más numerosa.

1.1.4.2.2. Perfiles tipológicos de Personalidad eficaz en población Chilena (Ramírez, 2013)

Ramírez (2013) presenta, como una réplica vs confirmación a la investigación precedente de López-Pérez (2011), la siguiente clasificación tipológica de personalidad eficaz pero en contextos adultos chilenos de 30 a 59 años.

Tipo I: Eficaz. Esta tipología de sujetos demuestra puntuaciones superiores a la media en los cuatro factores del cuestionario. Los adultos que pertenecen a este cluster presentan puntuaciones cercanas por encima del centil 75 en todos los factores. Representarían el prototipo de Persona Eficaz.

Hablamos de adultos con un buen autoconcepto, pero sobretodo, que se valoran y quieren como son. Son adultos que valoran positivamente sus actitudes y capacidades en los principales contextos en los que se desenvuelven en estas edades (trabajo, familia y grupo de iguales). Se consideran atractivos, estables emocionalmente, capaces e importantes.

En esa buena imagen que tienen de sí mismo reside la principal fortaleza de su personalidad, el pilar sobre el que sustentan el funcionamiento eficaz de las otras esferas de su “yo”. Serían personas adaptadas, que evalúan correctamente “qué” quieren conseguir y “cómo”, que gestionan adecuadamente sus recursos y que mantienen una visión positiva sobre su futuro. Presentan motivación interna hacia el trabajo, un funcionamiento atribucional eficaz y orientado a la obtención de rendimiento profesional (atribuye sus éxitos tanto a su esfuerzo como a su capacidad) y expectativas optimistas sobre su rendimiento inmediato y a más largo plazo.

Esa actitud positiva frente a acontecimientos futuros, su autopercepción como estables emocionalmente, la adecuada gestión de sus recursos y la capacidad para establecer atribuciones de forma correcta sobre lo que les ocurre, explican en gran medida su buen funcionamiento a la hora de afrontar problemas y tomar decisiones (esfera Retos del yo). No adoptarán actitudes pasivas de afrontamiento, ni esperarán a que otros les resuelvan sus problemas. Se juzgarán capaces de resolverlos y antes de tomar una decisión reflexionarán sobre sus consecuencias, manteniendo una postura confiada y optimista sobre su resolución.

Con respecto a la esfera Relaciones del yo, este grupo de sujetos se percibe con habilidades sociales y capacidad asertiva. Se desenvuelven bien en situaciones sociales,

sin timidez. Refieren un amplio círculo de amistades y expectativas de éxito en sus relaciones con el grupo de iguales.

Así, las personas encuadradas dentro del Tipo I son adultos con buen autoconcepto y alta autoestima, con motivación orientada a la tarea, un estilo atribucional adaptativo, expectativas optimistas sobre su futuro, estilo resolutivo en el afrontamiento de sus problemas y buena capacidad asertiva y comunicativa.

La muestra de esta tipología es mayor que el resto con 203, aspecto que consideramos positivo ya que es la tipología donde se representa un buen funcionamiento de la personalidad eficaz en todas sus dimensiones.

Tipo II: Ineficaz social. Los sujetos que quedan enmarcados dentro de este clúster presentan puntuaciones bajas en tres factores del cuestionario CPE-Adultos. Demandas y Retos están en torno al centil 30 y el centil 40 en Fortalezas. Por el contrario, el único factor que presenta un funcionamiento eficaz es Relaciones del yo cuyo percentil se sitúa por encima de 60.

Muestran, por tanto, una valoración algo negativa de sí mismos y cierta dificultad en la resolución de problemas y la toma de decisiones y una baja motivación intrínseca hacia las tareas, la falta de locus de control en lo que le ocurre y la presencia de expectativas pesimistas.

Sin embargo, sí que consideran que tienen un buen desempeño social. Se consideran extrovertidos, asertivos y empáticos.

En resumen, estamos hablando de adultos caracterizados por buenas relaciones con los iguales y para desenvolverse en situaciones sociales de manera adaptativa, pero con carencias en competencias de afrontamiento de problemas y la toma de decisiones, con baja autoestima, y presentan escasa motivación laboral repercutiendo en su rendimiento. Sus atribuciones no presentan locus de control interno, y se perciben con falta de aptitudes para obtener buen rendimiento. Es decir, se consideran bien adaptados e integrados socialmente a pesar de la mala imagen que tienen de sí mismos en los otros tres factores del cuestionario.

Tipo III: Eficaz Introverso. Estos sujetos presentan un buen funcionamiento en tres de los cuatro factores que conforman el cuestionario de Personalidad Eficaz.

Relaciones del yo Autorrealización Social el que funciona de manera diferente al resto. Sería la tipología opuesta a la II.

Son sujetos con valores ligeramente superiores a la media en motivación orientada a la tarea, autoestima y autoconcepto y en afrontamiento y resolución de

problemas. Establecen atribuciones de éxito (debidas al esfuerzo o la capacidad) en la mayoría de las situaciones, y por lo general, suelen mantener expectativas de éxito futuro. Frecuentemente adoptan una perspectiva resolutive a la hora de abordar situaciones problemáticas, reflexionando antes de tomar una decisión o actuar.

Presentan una visión optimista de los problemas y la confianza en que se superarán; un estilo atribucional con locus de control interno que les permite partir de la idea de que con más esfuerzo se superan las dificultades, así como las atribuciones de éxitos pasados a sus capacidades; y el disfrute (o motivación) que nace del propio ejercicio de desempeñar una tarea parece tener relación directa con una postura resolutive (frente a evitativa o pasiva) a la hora de afrontar problemas y reflexiva, o poco impulsiva: buscando información y tomando en consideración distintas alternativas antes de actuar.

Sin embargo, presentan deficiencias en el factor Relaciones del yo. Puntúan por debajo del percentil 20, demostrando, por tanto, déficit en habilidades sociales: comunicación, asertividad y empatía. Se sienten poco integrados y con dificultades para desenvolverse en situaciones sociales.

En definitiva, estamos hablando de adultos caracterizados por un estilo motivacional y atribucional adaptativo, expectativas optimistas, competentes en el afrontamiento de problemas y la toma de decisiones y con alta autoestima, pero con dificultades en las relaciones con los iguales y afrontar interacciones sociales. Tendrían dificultades para defender sus derechos frente a otros, para hablar en público o para interaccionar con el otro sexo.

Tipo IV: Ineficaz. Los sujetos que quedan enmarcados dentro de este clúster presentan puntuaciones muy bajas en los cuatro factores del cuestionario de Personalidad Eficaz CPE-A. En Demandas y Fortalezas puntúan por debajo del percentil 10. Y en Retos y Relaciones, por debajo del percentil 20.

Se ven a ellos mismo como problemáticos, poco importantes y en desacuerdo con su forma de ser y actuar. No se gustan ni física, ni emocionalmente. Presentan una baja autoestima como trabajadores y como amigos, repercutiendo en sus labores y en sus relaciones con los iguales. La imagen negativa que tienen de sí mismos afecta a las otras esferas de su yo desembocando en un funcionamiento poco adaptativo o lo que podríamos llamar, siguiendo con la terminología del constructo, “Personalidad Ineficaz”.

Representarían la antítesis del sujeto prototipo de “Personalidad Eficaz” (Tipo I), que cuenta con un amplio abanico de competencias personales y sociales para desenvolverse en su vida cotidiana.

Presenta escasa motivación laboral repercutiendo en su rendimiento. Sus atribuciones no presentan locus de control interno, y se perciben con falta de aptitudes para obtener buen rendimiento. Esto repercute en una visión pesimista sobre acontecimientos futuros. En el contexto laboral se concreta en la creencia de que en la actualidad su rendimiento será bajo o que en el futuro no les va a ir bien, pudiendo desembocar en “profecías autocumplidas” por las escasas herramientas que estos sujetos despliegan para hacer frente a las creencias negativas que tienen de sí mismos, y que queda reflejado en sus bajas puntuaciones en el factor Retos del yo.

Muestran dificultades en el afrontamiento de problemas y la toma de decisiones, presentando dificultades para decidir por sí mismos y optando por una actitud en ocasiones pasiva, y en ocasiones impulsiva, a la hora de abordar conflictos. Poniendo en relación estas actitudes y la pobre imagen que tienen de sí mismos se hace difícil que, por ellos mismos, den el paso de "tomar las riendas" ante las dificultades o pongan en marcha recursos que les permitan mejorar su autoestima.

Se perciben con pocas amistades y dificultad para relacionarse con sus iguales. Manifiestan expectativas de fracaso en relaciones sociales hipotéticas futuras. Sus escasas capacidades empática y asertiva y sus problemas a la hora de desenvolverse en situaciones social explican las bajas puntuaciones en el segundo factor del cuestionario, aunque estas se sitúan dentro de la normalidad.

Son por tanto adultos que presentan cogniciones y comportamientos desadaptativos: baja autoestima, escasa motivación laboral (ni de logro, ni orientada a la tarea), expectativas pesimistas, déficit en habilidades sociales y dificultades para afrontar dificultades de su día a día. Hablaríamos, como ya se ha señalado, de Personalidad Ineficaz.

La muestra integrante en esta tipología, representa el menor número de sujetos de todas las tipologías.

1.1.4.2.3. Comparativa entre las tipologías españolas y chilenas

En los trabajos realizados con el CPE-A chileno y español se observan las siguientes similitudes:

Similitud entre el tipo I Eficaz chileno y el tipo IV Eficaz español

Similitud entre el tipo II Ineficaz social chileno y tipo y Tipo III Ineficaz social español

Similitud entre el Tipo IV Ineficaz chileno y el tipo II Ineficaz Español

Similitud entre el tipo III Eficaz introvertido chileno y Tipo I Eficaz introvertido español

Se presenta a continuación un cuadro comparativo entre ambas tipologías (Figura 1):

Tipología española	Tipología Chilena
<p>Tipo IV: Eficaz Esta tipología de sujetos demuestra puntuaciones superiores a la media en los cuatro factores del cuestionario. Los adultos que pertenecen a este cluster presentan puntuaciones cercanas al centil 70 en todos los factores a excepción de Retos del yo con un centil 60, pero en los factores Fortalezas y Relaciones se encuentran por encima del percentil 75. Representarían el prototipo de Persona Eficaz.</p> <p>Hablamos de adultos con un buen autoconcepto, pero sobretodo, que se valoran y quieren como son. Son personas que valoran positivamente sus actitudes y capacidades en los principales contextos en los que se desenvuelven en estas edades (trabajo, familia y grupo de iguales). Se consideran atractivos, estables emocionalmente, capaces e importantes.</p> <p>En esa buena imagen que tienen de sí mismo reside la principal fortaleza de su personalidad, el pilar sobre el que sustentan el funcionamiento eficaz de las</p>	<p>Tipo I: Eficaz. Esta tipología de sujetos demuestra puntuaciones superiores a la media en los cuatro factores del cuestionario. Los adultos que pertenecen a este cluster presentan puntuaciones cercanas por encima del centil 75 en todos los factores. Representarían el prototipo de Persona Eficaz.</p> <p>Hablamos de adultos con un buen autoconcepto, pero sobretodo, que se valoran y quieren como son. Son adultos que valoran positivamente sus actitudes y capacidades en los principales contextos en los que se desenvuelven en estas edades (trabajo, familia y grupo de iguales). Se consideran atractivos, estables emocionalmente, capaces e importantes.</p> <p>En esa buena imagen que tienen de sí mismo reside la principal fortaleza de su personalidad, el pilar sobre el que sustentan el funcionamiento eficaz de las otras esferas de su “yo”. Serían personas adaptadas, que evalúan correctamente “qué” quieren conseguir y “cómo”, que</p>

<p>otras esferas de su “yo”. Serían personas adaptadas, que evalúan correctamente “qué” quieren conseguir y “cómo”, que gestionan adecuadamente sus recursos y que mantienen una visión positiva sobre su futuro. Presentan motivación interna hacia los estudios, un funcionamiento atribucional eficaz y orientado a la obtención de rendimiento académico (atribuye sus éxitos tanto a su esfuerzo como a su capacidad) y expectativas optimistas sobre su rendimiento inmediato y a más largo plazo.</p> <p>Esa actitud positiva frente a acontecimientos futuros, su autopercepción como estables emocionalmente, la adecuada gestión de sus recursos y la capacidad para establecer atribuciones de forma correcta sobre lo que les ocurre, explican en gran medida su buen funcionamiento a la hora de afrontar problemas y tomar decisiones (esfera Retos del yo). No adoptarán actitudes pasivas de afrontamiento, ni esperarán a que otros les resuelvan sus problemas. Se juzgarán capaces de resolverlos y antes de tomar una decisión reflexionarán sobre sus consecuencias, manteniendo una postura confiada y optimista sobre su resolución.</p> <p>Con respecto a la esfera Relaciones del yo, este grupo de sujetos se percibe con habilidades sociales y capacidad asertiva. Se desenvuelven bien en situaciones</p>	<p>gestionan adecuadamente sus recursos y que mantienen una visión positiva sobre su futuro. Presentan motivación interna hacia el trabajo, un funcionamiento atribucional eficaz y orientado a la obtención de rendimiento profesional (atribuye sus éxitos tanto a su esfuerzo como a su capacidad) y expectativas optimistas sobre su rendimiento inmediato y a más largo plazo.</p> <p>Esa actitud positiva frente a acontecimientos futuros, su autopercepción como estables emocionalmente, la adecuada gestión de sus recursos y la capacidad para establecer atribuciones de forma correcta sobre lo que les ocurre, explican en gran medida su buen funcionamiento a la hora de afrontar problemas y tomar decisiones (esfera Retos del yo). No adoptarán actitudes pasivas de afrontamiento, ni esperarán a que otros les resuelvan sus problemas. Se juzgarán capaces de resolverlos y antes de tomar una decisión reflexionarán sobre sus consecuencias, manteniendo una postura confiada y optimista sobre su resolución.</p> <p>Con respecto a la esfera Relaciones del yo, este grupo de sujetos se percibe con habilidades sociales y capacidad asertiva. Se desenvuelven bien en situaciones sociales, sin timidez. Refieren un amplio círculo de amistades y expectativas de éxito en sus relaciones con el grupo de</p>
--	--

<p>sociales, sin timidez. Refieren un amplio círculo de amistades y expectativas de éxito en sus relaciones con el grupo de iguales.</p> <p>Así, las personas encuadradas dentro del Tipo IV son adultos con buen autoconcepto y alta autoestima, con motivación orientada a la tarea, un estilo atribucional adaptativo, expectativas optimistas sobre su futuro, estilo resolutivo en el afrontamiento de sus problemas y buena capacidad asertiva y comunicativa.</p> <p>La muestra de esta tipología es la que como la más numerosa.</p>	<p>iguales.</p> <p>Así, las personas encuadradas dentro del Tipo I son adultos con buen autoconcepto y alta autoestima, con motivación orientada a la tarea, un estilo atribucional adaptativo, expectativas optimistas sobre su futuro, estilo resolutivo en el afrontamiento de sus problemas y buena capacidad asertiva y comunicativa.</p> <p>La muestra de esta tipología es mayor que el resto con 203, aspecto que consideramos positivo ya que es la tipología donde se representa un buen funcionamiento de la personalidad eficaz en todas sus dimensiones</p>
<p>Tipo III: Ineficaz Social Los sujetos que quedan enmarcados dentro de este clúster presentan puntuaciones muy bajas en tres factores del cuestionario CPE-Adultos: Fortalezas, Demandas y Retos del YO. Por el contrario, la única dimensión que presenta un funcionamiento por encima de la media es las Relaciones del yo cuyo percentil se sitúa por encima de 50.</p> <p>Demuestran, por tanto, una valoración negativa de sí mismos y en resolución de problemas, destacando la falta de una motivación interna, atribución a esfuerzo o capacidad y expectativas de éxito.</p> <p>Estamos hablando de adultos caracterizados por buenas relaciones con los iguales y para desenvolverse en</p>	<p>Tipo II: Ineficaz social. Los sujetos que quedan enmarcados dentro de este clúster presentan puntuaciones bajas en tres factores del cuestionario CPE-Adultos. Demandas y Retos están en torno al centil 30 y el centil 40 en Fortalezas . Por el contrario, el único factor que presenta un funcionamiento eficaz es Relaciones del yo cuyo percentil se sitúa por encima de 60.</p> <p>Muestran, por tanto, una valoración algo negativa de sí mismos y cierta dificultad en la resolución de problemas y la toma de decisiones y una baja motivación intrínseca hacia las tareas, la falta de locus de control en lo que le ocurre y la presencia de expectativas pesimistas.</p>

<p>situaciones sociales de manera adaptativa, pero con carencias en competencias de afrontamiento de problemas y la toma de decisiones, con baja autoestima, y presentan escasa motivación laboral repercutiendo en su rendimiento. Sus atribuciones no presentan locus de control interno, y se perciben con falta de aptitudes para obtener buen rendimiento.</p>	<p>Sin embargo, sí que consideran que tienen un buen desempeño social. Se consideran extrovertidos, asertivos y empáticos.</p> <p>En resumen, estamos hablando de adultos caracterizados por buenas relaciones con los iguales y para desenvolverse en situaciones sociales de manera adaptativa, pero con carencias en competencias de afrontamiento de problemas y la toma de decisiones, con baja autoestima, y presentan escasa motivación laboral repercutiendo en su rendimiento. Sus atribuciones no presentan locus de control interno, y se perciben con falta de aptitudes para obtener buen rendimiento. Es decir, se consideran bien adaptados e integrados socialmente a pesar de la mala imagen que tienen de sí mismos en los otros tres factores del cuestionario.</p>
<p>Tipo II: Ineficaz. Los sujetos que quedan enmarcados dentro de este clúster presentan puntuaciones muy bajas en los cuatro factores del cuestionario de Personalidad Eficaz: Fortalezas del yo, Demandas del yo, Retos del yo y Relaciones del yo.</p> <p>Se ven a ellos mismo como problemáticos, poco importantes y en desacuerdo con su forma de ser y actuar. No se gustan ni físicas, ni emocionalmente. Presentan una baja autoestima como trabajadores y como amigos, repercutiendo en sus labores y en</p>	<p>Tipo IV: Ineficaz. Los sujetos que quedan enmarcados dentro de este clúster presentan puntuaciones muy bajas en los cuatro factores del cuestionario de Personalidad Eficaz CPE-A. En Demandas y Fortalezas puntúan por debajo del percentil 10. Y en Retos y Relaciones , por debajo del percentil 20.</p> <p>Se ven a ellos mismo como problemáticos, poco importantes y en desacuerdo con su forma de ser y actuar. No se gustan ni física, ni emocionalmente. Presentan una baja autoestima como trabajadores y como</p>

<p>sus relaciones con los iguales. La imagen negativa que tienen de sí mismos afecta a las otras esferas de su yo desembocando en un funcionamiento poco adaptativo o lo que podríamos llamar, siguiendo con la terminología del constructo, “Personalidad Ineficaz”.</p> <p>Representarían la antítesis del sujeto prototipo de “Personalidad Eficaz” (Tipo IV), que cuenta con un amplio abanico de competencias personales y sociales para desenvolverse en su vida cotidiana.</p> <p>Presenta escasa motivación laboral repercutiendo en su rendimiento. Sus atribuciones no presentan locus de control interno, y se perciben con falta de aptitudes para obtener buen rendimiento. Esto repercute en una visión pesimista sobre acontecimientos futuros. En el contexto laboral se concreta en la creencia de que en la actualidad su rendimiento será bajo o que en el futuro no les va a ir bien, pudiendo desembocar en “profecías autocumplidas” por las escasas herramientas que estos sujetos despliegan para hacer frente a las creencias negativas que tienen de sí mismos, y que queda reflejado en sus bajas puntuaciones en el factor Retos del yo.</p> <p>Muestran dificultades en el afrontamiento de problemas y la toma de decisiones, presentando dificultades para decidir por sí mismos y optando por una actitud en</p>	<p>amigos, repercutiendo en sus labores y en sus relaciones con los iguales. La imagen negativa que tienen de sí mismos afecta a las otras esferas de su yo desembocando en un funcionamiento poco adaptativo o lo que podríamos llamar, siguiendo con la terminología del constructo, “Personalidad Ineficaz”.</p> <p>Representarían la antítesis del sujeto prototipo de “Personalidad Eficaz” (Tipo I), que cuenta con un amplio abanico de competencias personales y sociales para desenvolverse en su vida cotidiana.</p> <p>Presenta escasa motivación laboral repercutiendo en su rendimiento. Sus atribuciones no presentan locus de control interno, y se perciben con falta de aptitudes para obtener buen rendimiento. Esto repercute en una visión pesimista sobre acontecimientos futuros. En el contexto laboral se concreta en la creencia de que en la actualidad su rendimiento será bajo o que en el futuro no les va a ir bien, pudiendo desembocar en “profecías autocumplidas” por las escasas herramientas que estos sujetos despliegan para hacer frente a las creencias negativas que tienen de sí mismos, y que queda reflejado en sus bajas puntuaciones en el factor Retos del yo.</p> <p>Muestran dificultades en el afrontamiento de problemas y la toma de decisiones, presentando dificultades para decidir por sí</p>
--	---

<p>ocasiones pasiva, y en ocasiones impulsiva, a la hora de abordar conflictos. Poniendo en relación estas actitudes y la pobre imagen que tienen de sí mismos se hace difícil que, por ellos mismos, den el paso de "tomar las riendas" ante las dificultades o pongan en marcha recursos que les permitan mejorar su autoestima.</p> <p>Se perciben con pocas amistades y dificultad para relacionarse con sus iguales. Manifiestan expectativas de fracaso en relaciones sociales hipotéticas futuras. Sus escasas capacidades empática y asertiva y sus problemas a la hora de desenvolverse en situaciones social explican las bajas puntuaciones en el segundo factor del cuestionario, aunque estas se sitúan dentro de la normalidad.</p> <p>Son por tanto adultos que presentan cogniciones y comportamientos desadaptativos: baja autoestima, escasa motivación laboral (ni de logro, ni orientada a la tarea), expectativas pesimistas, déficit en habilidades sociales y dificultades para afrontar dificultades de su día a día. Hablaríamos, como ya se ha señalado, de Personalidad Ineficaz.</p> <p>Por otro lado, la muestra integrante en esta tipología, representa el menor número de todas las cuatro tipologías encontradas.</p>	<p>mismos y optando por una actitud en ocasiones pasiva, y en ocasiones impulsiva, a la hora de abordar conflictos. Poniendo en relación estas actitudes y la pobre imagen que tienen de sí mismos se hace difícil que, por ellos mismos, den el paso de "tomar las riendas" ante las dificultades o pongan en marcha recursos que les permitan mejorar su autoestima.</p> <p>Se perciben con pocas amistades y dificultad para relacionarse con sus iguales. Manifiestan expectativas de fracaso en relaciones sociales hipotéticas futuras. Sus escasas capacidades empática y asertiva y sus problemas a la hora de desenvolverse en situaciones social explican las bajas puntuaciones en el segundo factor del cuestionario, aunque estas se sitúan dentro de la normalidad.</p> <p>Son por tanto adultos que presentan cogniciones y comportamientos desadaptativos: baja autoestima, escasa motivación laboral (ni de logro, ni orientada a la tarea), expectativas pesimistas, déficit en habilidades sociales y dificultades para afrontar dificultades de su día a día. Hablaríamos, como ya se ha señalado, de Personalidad Ineficaz.</p> <p>La muestra integrante en esta tipología, representa el menor número de sujetos de todas las tipologías</p>
--	--

<p>Tipo I: Eficaz Introverso. Estos sujetos presentan un buen funcionamiento en dos de las cuatro esferas del yo que conforman el cuestionario de Personalidad Eficaz. Puntúan por encima de la media, en los factores Demandas de yo y Retos del yo. Son sujetos con valores ligeramente superiores a la media en motivación orientada a la tarea. Establecen atribuciones de éxito (debidas al esfuerzo o la capacidad) en la mayoría de las situaciones, y por lo general, suelen mantener expectativas de éxito futuro. Frecuentemente adoptan una perspectiva resolutiva a la hora de abordar situaciones problemáticas, reflexionando antes de tomar una decisión o actuar.</p> <p>Esta tipología pone de manifiesto la relación existente entre las variables motivación, atribución y expectativas y las variables afrontamiento de problemas y toma de decisiones. Una visión optimista de los problemas y la confianza en que se superarán; un estilo atribucional con locus de control interno que les permite partir de la idea de que con más esfuerzo se superan las dificultades, así como las atribuciones de éxitos pasados a sus capacidades; y el disfrute (o motivación) que nace del propio ejercicio de desempeñar una tarea parece tener relación directa con una postura resolutiva (frente a evitativa o pasiva) a la hora de afrontar problemas y</p>	<p>Tipo III: Eficaz Introverso. Estos sujetos presentan un buen funcionamiento en tres de los cuatro factores que conforman el cuestionario de Personalidad Eficaz.</p> <p>Relaciones del yo Autorrealización Social el que funciona de manera diferente al resto. Sería la tipología opuesta a la II.</p> <p>Son sujetos con valores ligeramente superiores a la media en motivación orientada a la tarea, autoestima y autoconcepto y en afrontamiento y resolución de problemas. Establecen atribuciones de éxito (debidas al esfuerzo o la capacidad) en la mayoría de las situaciones, y por lo general, suelen mantener expectativas de éxito futuro. Frecuentemente adoptan una perspectiva resolutiva a la hora de abordar situaciones problemáticas, reflexionando antes de tomar una decisión o actuar.</p> <p>Presentan una visión optimista de los problemas y la confianza en que se superarán; un estilo atribucional con locus de control interno que les permite partir de la idea de que con más esfuerzo se superan las dificultades, así como las atribuciones de éxitos pasados a sus capacidades; y el disfrute (o motivación) que nace del propio ejercicio de desempeñar una tarea parece tener relación directa con una postura resolutiva (frente a evitativa o pasiva) a la hora de afrontar problemas y</p>
--	---

<p>reflexiva, o poco impulsiva: buscando información y tomando en consideración distintas alternativas antes de actuar.</p> <p>Sin embargo, presentan deficiencias en las dos esferas restantes, especialmente en Relaciones del yo. En este factor puntúan por en el percentil 20, casi una desviación típica por debajo de la media. Y en el factor Fortalezas del yo puntúan en el percentil 40. Demuestran, por tanto, una valoración negativa de sí mismos, pero sobretodo, déficit en habilidades sociales: comunicación asertividad y empatía.</p> <p>En resumen, estamos hablando de adultos caracterizados por un estilo motivacional y atribucional adaptativo, expectativas optimistas y competentes en el afrontamiento de problemas y la toma de decisiones; pero con baja autoestima, dificultades en las relaciones con los iguales y para desenvolverse en situaciones sociales.</p> <p>En cuanto al número de sujetos de la muestra integrante en esta tipología, podemos observar que es el segundo grupo con mayor muestra</p>	<p>reflexiva, o poco impulsiva: buscando información y tomando en consideración distintas alternativas antes de actuar.</p> <p>Sin embargo, presentan deficiencias en el factor Relaciones del yo. . Puntúan por debajo del percentil 20, demostrando, por tanto, déficit en habilidades sociales: comunicación, asertividad y empatía. Se sienten poco integrados y con dificultades para desenvolverse en situaciones sociales.</p> <p>En definitiva, estamos hablando de adultos caracterizados por un estilo motivacional y atribucional adaptativo, expectativas optimistas, competentes en el afrontamiento de problemas y la toma de decisiones y con alta autoestima, pero con dificultades en las relaciones con los iguales y afrontar interacciones sociales. Tendrían dificultades para defender sus derechos frente a otros, para hablar en público o para interaccionar con el otro sexo.</p>
---	---

Figura 1. Cuadro comparativo entre tipologías

1.2. El Síndrome Ansioso-depresivo.

1.2.1. Definición y conceptualización

Nuestra presente investigación se centra en los trastornos psicológicos que con mayor frecuencia encontramos en consulta y son la Ansiedad y la Depresión en sus diferentes modalidades. Así, Echeburúa y Salaberría (1999) y Lobo, García-Campayo, Campos, Marcos y Pérez-Echeverría (1996); demostraron con su estudio que en las

mujeres la ansiedad y la depresión eran los problemas psicopatológicos de mayor prevalencia en población general y más asiduos en los Centros de Salud Mental. De hecho, siguiendo la publicación inglesa del *British Journal of Psychiatry* (2008), España es el país que presenta mayor tasa de mujeres con depresión y ansiedad.

Aunque existe una clara diferenciación nosológica y de enfoque terapéutico diferencial, entre los trastornos graves de ansiedad y los trastornos graves del estado de ánimo (Derogatis y Wise, 1996), no siempre podemos realizar esta diferenciación de adscribir los síntomas de ansiedad y de depresión a uno de estos dos grupos puros de cuadros clínicos. Existe un gran número indeterminado de pacientes con una mezcla de síntomas crónicos y no muy graves, que de manera fluctuante tienen síntomas depresivos, ansiosos y aun obsesivos, estos síntomas se presentan generalmente de una forma somatizada y contribuyen a empobrecer de forma significativa la calidad de vida de los pacientes (Tyrer, 1992).

Siguiendo a Echeburúa, Salaberría, De Corral, Cenea y Berasategui (2000), todos los síntomas que pertenecen a áreas psicopatológicas diversas de ansiedad y de depresión, generan sufrimiento, malestar psicológico y físico, pobre adaptación a la vida cotidiana, estando asociados frecuentemente a rasgos alterados de personalidad. Cuando estos pacientes ven que sus síntomas no remiten espontáneamente suelen acudir a centros de atención primaria y, en menor medida, a los centros de salud mental, convirtiéndose así en usuarios habituales. Por ejemplo, la tasa de prevalencia del Trastorno Mixto Ansioso- Depresivo en los Centros de Atención Primaria está sobrerrepresentada y oscila entre el 1% y el 10% (Wittchen y Essau, 1993; Angst, Merikangas y Preisig, 1997). Y lo que suele pasar es que resulta muy difícil tratar con los tratamientos psicofarmacológicos de antidepresivos y ansiolíticos, y psicológicos habituales. Lo que ocurre más frecuentemente es que, a medida que va pasando el tiempo, se cronifica el problema y estas personas generan una dependencia excesiva de los recursos asistenciales (Centros de Atención Primaria y Centros de Salud Mental) (Echeburúa y Salaberría, 1999).

1.2.2. Acotación conceptual

Muchos son los estudios relacionados con la ansiedad y la depresión en sus estados puros y mixtos. Nosotros vamos a realizar una acotación conceptual de las principales líneas de investigación sobre dichos trastornos, haciendo especial hincapié en las formas mixtas de ansiedad y depresión. Porque, tal y como dice Gonçalves (2003) en la práctica diaria de la consulta se da frecuentemente cuadros de ansiedad y

depresión que pueden presentarse como formas puras, pero es mucho más habitual la aparición en un mismo paciente de síndromes clínicos en los que se asocian elementos de ambas patologías.

Y el enorme número de casos de estos síndromes ansioso-depresivos en consulta, es lo que más nos ha motivado a investigar sobre el tema.

Además, los síntomas ansioso-depresivos pueden darse de forma coincidente en el tiempo o asociarse en etapas seguidas. Y con mucha frecuencia resulta muy difícil diferenciar cuando un síntoma concreto (por ejemplo un síntoma somático en primera consulta) responde a un estado de origen depresivo o ansioso.

Por este motivo existen múltiples confusiones diagnósticas debido a esta coincidencia, solapamiento o sucesión de síntomas de ansiedad y depresión en el sujeto. Y también es frecuente que, con el paso del tiempo, muchos pacientes que inicialmente fueron diagnosticados de ansiedad presenten estados depresivos o viceversa. Según Gonçalves (2003) no debe considerarse que es un error en el diagnóstico inicial, sino la expresión de la sucesión de diferentes estados anómalos a lo largo de la vida. Y además si se observa estabilidad en el diagnóstico a lo largo del tiempo suele indicar un cambio de un diagnóstico de ansiedad a uno de depresión, más que lo contrario. Esto indica que cuando la ansiedad se da de forma crónica, favorece el desarrollo de cuadros depresivos. De ahí, la importancia de detectar y tratar dicha ansiedad a tiempo.

Además, también es muy común, que en un mismo momento evolutivo, se asocien síntomas ansiosos y depresivos. Constatándose en distintos estudios, que la gran mayoría de los pacientes depresivos tiene síntomas psíquicos y somáticos atribuibles a la ansiedad y que, a su vez, pacientes con un diagnóstico de ansiedad presentan con frecuencia síntomas depresivos (Gonçalves, 2003). Esto produce enorme confusión en los profesionales a la hora de asignar al paciente su tratamiento más adecuado.

1. 2.3. Nexos y diferencias entre Ansiedad y Depresión

De hecho, en determinados casos, la coexistencia de síntomas ansiosos y depresivos es tan grande que algunos autores han sugerido que se trata de la misma entidad, por ejemplo, Clayton (1987) considera la depresión ansiosa como un subtipo de depresión; por el contrario, otros difieren radicalmente de esta opinión y consideran que son entidades absolutamente diferenciadas como Hamilton (1983) que realiza una distinción clínica entre ansiedad y depresión; por último, hay quienes sugieren que se debe hablar de un espectro de trastornos, en cuyos polos están los trastornos más nítidos

de ansiedad o depresión, en tanto que la mayoría de los casos se encuentra entre ambos extremos.

Según Vallejo y Bataller (2000), se postulan, en definitiva, tres hipótesis:

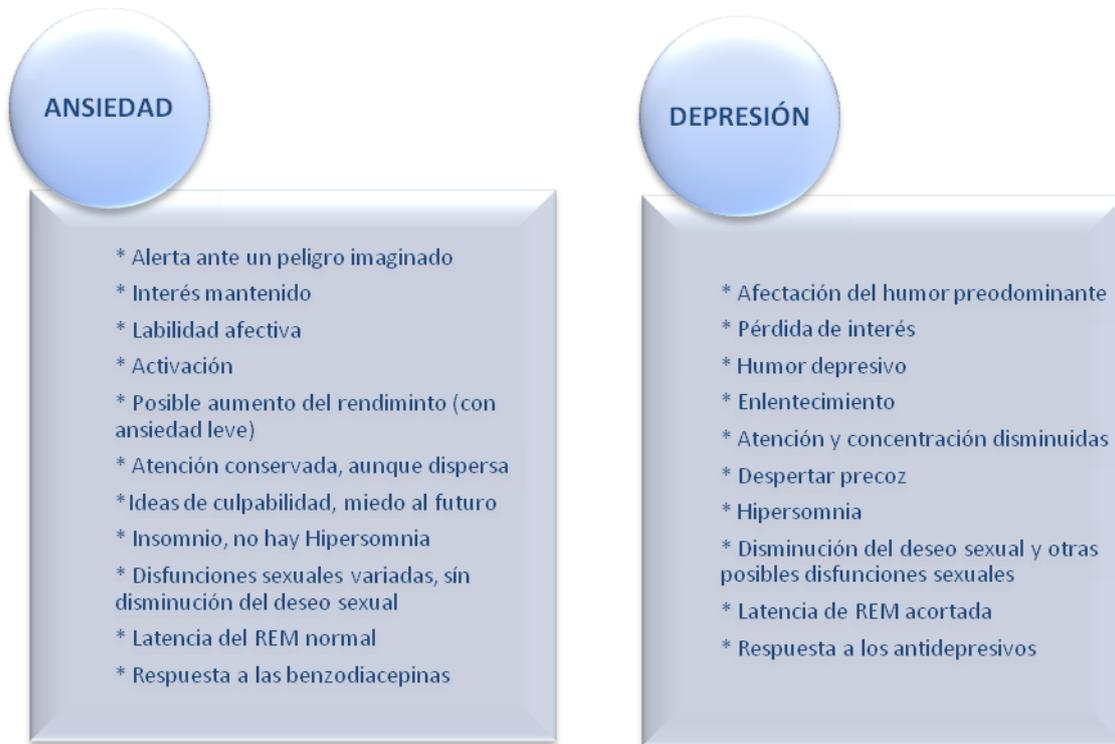
- Hipótesis unitaria. Defiende que los trastornos depresivos y de ansiedad son una misma entidad.
- Hipótesis pluralista. Considera que son trastornos independientes.
- Hipótesis del espectro de trastornos de ansiedad y depresión. Defiende la existencia de una continuidad, pero reconociendo la posibilidad de trastornos puros o en los que predominan claramente uno de los polos (ansiedad o depresión), si bien la mayoría de las entidades clínicas se encuentra en situaciones intermedias (cuadros mixtos). Nosotros vamos a abogar por esta última hipótesis porque consideramos que es la que mejor explica la frecuente asociación entre ansiedad y depresión.

Lo que es cierto es que entre Ansiedad y Depresión hay algunas diferencias sintomatológicas clave a tener en cuenta: en los estados de ansiedad predomina un estado de alerta ante un peligro imaginario, mientras que en la depresión predomina la alteración del humor; además, en los estados depresivos se suele dar desmotivación por actividades que antes resultaban placenteras, mientras que los pacientes con ansiedad conservan el interés por estas actividades. Cuando se tiene ansiedad aumenta la actividad e incluso el rendimiento, siempre que el nivel de ansiedad no sea demasiado elevado; pero en la depresión, el rendimiento disminuye. Se podría decir que "la ansiedad activa y la depresión paraliza", aunque no siempre se dan igual en todos los pacientes.

Las alteraciones del sueño son frecuentes tanto en la ansiedad como en la depresión; sin embargo, el paciente con ansiedad le cuesta más quedarse dormido pero no suele tener despertar precoz; sin embargo, el paciente con depresión no le dan problemas para quedarse dormido y sí un despertar precoz que va unido a agravar el estado de ánimo. En un 15 por ciento de las depresiones aparece hipersomnia y sin embargo es muy improbable que se de en pacientes con trastornos de ansiedad. También el deseo sexual disminuye en los pacientes con estados depresivos y sin embargo, aumenta en pacientes con ansiedad (aunque pueden aparecer otro tipo de disfunciones sexuales).

En la Tabla 1 se pueden ver algunas diferencias clínicas generales entre ansiedad y depresión.

Tabla 1. Diferencias entre ansiedad y depresión. (Belloch, Sandín y Ramos, 2009)



1.2.4. Perfil de los pacientes en primera consulta:

Cuando los pacientes con síntomas de ansiedad y depresión acuden a consulta, pueden expresar las quejas muchas veces de forma poco precisa y es muy común que sean las quejas somáticas por lo que ellos acuden por primera vez a consulta.

En el momento que nos encontramos en consulta por primera vez con un paciente y su queja es un síntoma somático, debemos de saber que puede ser debido tanto a depresión como a ansiedad. Pero existen algunas diferencias en cuanto a la sintomatología somática más habitual en la depresión o en la ansiedad, que nos servirán para guiarnos desde el inicio. Algunos síntomas, como los dolores de espalda o el cansancio por ejemplo, son más frecuentes en las depresiones, mientras que en las ansiedades son más típicos la sensación de ahogo, de hormigueo o las taquicardias, pero hay que tener en cuenta que, estos mismos síntomas están presentes en pacientes

depresivos con ansiedad asociada, por lo que no podemos tomar esta sintomatología como definitiva para el diagnóstico, sólo va a ser de utilidad orientativa.

Como decíamos, es muy normal que la causa por la que un paciente decide acudir a consulta por primera vez, sea por síntomas físicos, aunque a veces se refieren directamente síntomas depresivos o de ansiedad. No es raro que el paciente omita síntomas importantes. Es muy habitual que los pacientes centren sus quejas primero en problemas físicos como los taquicardias, insomnio, falta de concentración o parecidos. Y sólo tras preguntarles reconocen sentirse deprimidos o ansiosos. A veces, el paciente viene derivado de un servicio de urgencias, ya que si por ejemplo le ha dado una crisis de angustia, lo más normal es que acuda alarmado al servicio de urgencia, creyendo que le está dando un ataque al corazón.

1.2.5. Clasificación diagnóstica de los síndromes que asocian Ansiedad y Depresión:

Es muy normal encontrarnos en consulta trastornos que se manifiestan por un conjunto mixto de síntomas de ansiedad y depresión. El perfil de estos pacientes suele ser el de un estado de ánimo bajo o tristeza, con aplanamiento emocional e incapacidad de disfrutar de las cosas y con estado ansioso o preocupaciones constantes. Suelen aparecer otros trastornos asociados como falta de concentración, cansancio, insomnio, palpitaciones, boca seca, deseo sexual inhibido, irritabilidad, taquicardia, nerviosismo y, algunas veces, pensamientos suicidas.

Lo más importante es realizar un tratamiento lo más adaptado posible a la problemática del paciente, y por ello consideramos que clasificar los trastornos de ansiedad y depresión debe tener por objetivo ayudar a una mejor comprensión del caso y de las necesidades de la persona. Sin embargo, tenemos que tener en cuenta que no debemos extralimitarnos en este sentido de encajar necesariamente a cada paciente en una de las definiciones de las clasificaciones internacionales. Lo que queremos decir es que, la clasificación que aquí proponemos en la Tabla 2 debe ser contemplada simplemente como una guía para la comprensión de las diferentes posibilidades existentes en el espectro de trastornos de ansiedad y depresión.

Tabla 2. *Posibilidades clínicas de la ansiedad y la depresión* (Belloch et al., 2009)



Existen dos grandes tipos de asociación entre la ansiedad y la depresión: que se sucedan en el tiempo (desarrollo longitudinal) o que se presenten en un mismo periodo (desarrollo transversal).

Desarrollo longitudinal.

Es cuando se da en la misma persona una combinación a lo largo de la vida de trastornos depresivos y de ansiedad, donde lo más común es que pacientes inicialmente diagnosticados de ansiedad terminen con desarrollo de cambio de diagnóstico al de depresión. Concretamente, se ha visto que la fobia social o el trastorno de angustia suelen anteceder a la aparición de estados depresivos y han sido considerados por diversos autores como factores de riesgo para el desarrollo de depresión; la posibilidad contraria (presentación inicial de un estado depresivo y posteriormente un trastorno de ansiedad) es menos común.

Tal y como afirma Pacheco (1986) los estados de ansiedad, en su mayoría, parecen responder a un patrón de desarrollo longitudinal que culmina con enfermedad depresiva y con la posibilidad de suicidio. Según apunta, la asociación entre ansiedad, ataques de pánico y depresión ocurre con mucha frecuencia y se corresponde con un alto índice de incidencia familiar de estos trastornos. Se había descuidado esta asociación entre trastornos de ansiedad, pánico, depresión suicidio, a pesar de la existencia de evidencias

que sugieren un alto índice de suicidios en pacientes con trastornos de pánico. Además, según Pacheco (1986), la ansiedad severa que se aprecia en un importante número de pacientes deprimidos aumenta el riesgo suicida.

Por tanto, vemos como la ansiedad mantenida en el tiempo es un potente factor de riesgo para el desarrollo de depresión. Esta ansiedad se puede mantener por situaciones estresantes reales que van a venir acompañadas de ansiedad, lo que provoca un claro desarrollo hacia cuadros depresivos. Pero también pueden ser situaciones estresantes imaginadas por el paciente, por ejemplo, una persona que le entra el temor a perder su empleo o el miedo a enfrentarse a cualquier situación, esta ansiedad mantenida en el tiempo también puede generar depresión. De ahí la importancia de realizar un estudio exhaustivo de nuestros pacientes para saber cuáles son sus situaciones estresantes, ya sean reales o imaginarias.

Desarrollo transversal.

Se da cuando en el mismo momento coinciden tanto síntomas de ansiedad como síntomas depresivos. Y se pueden dar diferentes combinaciones clínicas:

Trastorno Depresivo primario con ansiedad asociada.

Nos referimos a este caso, cuando prima la depresión como trastorno predominante y al cual se le une el síntoma de ansiedad. Cuando la depresión se manifiesta con características de causa interna, el diagnóstico es más claro; en caso contrario, son más frecuentes los errores diagnósticos. Existen dos grandes posibilidades clínicas: depresión mayor con ansiedad asociada y distimia.

- Trastorno Depresivo mayor con ansiedad.

En este caso, se cumplen los criterios diagnósticos de depresión mayor y además existen síntomas de ansiedad de suficiente intensidad como para concebir que se trata de una depresión ansiosa. Podemos resumir tales criterios en la aparición de un estado de ánimo triste, anhedonia, trastornos del sueño y psicomotrices, astenia, sentimientos de culpabilidad, disminución de la concentración y, en ocasiones, pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. A esto se le añade un cortejo de síntomas como variaciones de peso, fatiga o pérdida de energía, falta de concentración y dificultades en la toma de decisiones. Estos síntomas están presentes durante más de 15 días y provocan un malestar significativo o deterioro de la actividad social, laboral o familiar; además, no son debidos a los efectos producidos por el consumo de sustancias de abuso

ni a enfermedad médica, ni tampoco son explicables por la existencia de un duelo tras la pérdida de seres queridos.

Es muy típico encontrarnos estos casos en consulta, ya que muchas veces los cuadros de depresión mayor vienen unidos a síntomas de ansiedad. Y esta puede presentarse como un síntoma permanente durante el episodio depresivo, pero pueden existir fluctuaciones importantes en su intensidad y, en ocasiones, se asocian crisis de pánico.

- Trastorno Distímico.

Situación anímica crónicamente depresiva o triste durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días, durante un mínimo de dos años. Y deben aparecer dos o más de estos síntomas: cambios en el apetito, trastornos del sueño, astenia, baja autoestima, pérdida de la capacidad de concentración y sentimientos recurrentes de desánimo o desesperanza.

Los pacientes con distimia experimentan casi invariablemente síntomas de ansiedad. La distimia se utilizó en las pasadas décadas como una especie de “cajón de sastre” debido a su heterogeneidad y ausencia de consenso en los criterios de diagnóstico clínico.

Las características que definen a la distimia son su persistencia en el tiempo con estabilidad en sus síntomas y ausencia de episodios diferenciados. Podríamos considerarla la hermana menor de la depresión.

La proporción entre los periodos de depresión y los de relativa normalidad afectiva es muy variable. El paciente puede tener días o semanas en los que refiere encontrarse bien, pero la mayor parte del tiempo se siente agotado y triste, de manera que realizar cualquier actividad le supone muchísimo esfuerzo y además se encuentra completamente insatisfecho. Y aunque logra poder con las actividades cotidianas, su estado es de constante queja y sus pensamientos son casi siempre de incapacidad.

Cuando acuden a consulta estos pacientes, independientemente del motivo que les traiga, se deja entrever un trasfondo de tristeza habitual, con incapacidad para disfrutar de las cosas, prolongado en el tiempo, que sólo cede parcialmente con la terapéutica empleada y que constituye un auténtico problema para su médico de cabecera, porque muchas veces se ve desbordado por su aparente falta de solución. De hecho son los médicos de cabecera los que más habitualmente derivan estos casos a la terapia psicológica y psiquiátrica.

La comorbilidad de este proceso con otros trastornos mentales empeora el pronóstico. A veces constituye el primer peldaño de cuadros depresivos más graves y al menos un 20 por ciento de los casos progresa hacia un trastorno depresivo mayor.

Probablemente, la distimia constituye la forma de depresión más comúnmente vista por los médicos generales y, con frecuencia, son derivados al especialista tras varios intentos de tratamiento sin éxito aparente. En los pacientes con distimia suele ser una característica clave de ellos, la unión de síntomas ansiosos con preocupaciones contantes sobre su salud. Por este motivo, frecuentemente acuden a diferentes especialistas y, es muy habitual sus amplios historiales de innumerables pruebas diagnósticas de posibles trastornos orgánicos que luego son inexistentes e incluso en ocasiones son sometidos a tratamientos innecesarios.

Estos pacientes creen que su patología orgánica aún no ha sido detectada y llevan muy mal el hecho de que se les confirme que su problema es un trastorno mental. Ellos no lo creen y es muy común el enfrentamiento dialéctico con el terapeuta que tiene que convencerles de su error de pensamiento.

Muchos de estos pacientes son considerados por sus médicos como el auténtico azote de sus consultas, pues a la falta aparente de éxito farmacológico se añade una constante demanda de atención sanitaria. El médico acaba encontrándose a disgusto y sintiéndose incómodo en su relación con ellos; los considera manipuladores y poco menos que incurables. Crean inseguridad en el médico, que ve en su derivación al especialista la única manera de solucionar, la situación de conflicto.

Trastorno Ansioso primario con humor depresivo.

En este caso es el trastorno de ansiedad el predominante. Se cumplen criterios diagnósticos de algún trastorno de ansiedad que, además, se acompañan de humor depresivo y no llegan a tener entidad clínica suficiente como para poder efectuar el diagnóstico de episodio depresivo asociado. Es frecuente que la alteración del humor se manifieste como un estado de labilidad afectiva.

El diagnóstico principal suele ser el de ansiedad generalizada, pero no exclusivamente. Así, por ejemplo, en las crisis de pánico puede aparecer secundariamente un humor depresivo.

Definimos Ansiedad generalizada como: un trastorno crónico común caracterizado por ansiedad de larga duración y que no se centra en algún objeto o situación particular, al contrario que en las fobias. Las personas que padecen de

ansiedad generalizada experimentan miedos y preocupaciones persistentes no específicos, muy focalizados en asuntos cotidianos. El trastorno de ansiedad generalizada es el trastorno de ansiedad que afecta a adultos mayores más común. La ansiedad puede ser un síntoma secundario al abuso de medicamentos o sustancias, y los profesionales médicos deben ser conscientes de ello. El diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada se produce cuando una persona ha estado excesivamente preocupada por uno o más problemas, todos los días, durante seis meses o más. La persona puede tener problemas para tomar decisiones diarias y recordar compromisos como consecuencia de la falta de concentración que le supone la "preocupación por la preocupación". Antes de diagnosticar un trastorno de ansiedad generalizada los médicos deben descartar causas de ansiedad inducido por fármacos.

Y definimos el Trastorno de Pánico como: cuando una persona sufre ataques breves de intenso miedo y terror, a menudo acompañado de síntomas como temblores, agitación, confusión, mareos, desvanecimiento, náuseas y dificultad para respirar. Estos ataques de pánico, que se define por la APA como el miedo o malestar que se presenta repentinamente, y con picos en menos de diez minutos, puede durar varias horas y puede ser desencadenada por el estrés, el miedo, o incluso el ejercicio. La causa específica no siempre es evidente.

Además de los recurrentes ataques de pánico inesperados, un diagnóstico de trastorno de pánico requiere que dichos ataques de angustia tengan consecuencias crónicas: o bien preocupación por las consecuencias de los episodios de angustia, el miedo persistente de posibles ataques futuros, o el miedo a sufrir cambios significativos en el comportamiento relacionados con los ataques. En consecuencia, aquellos que sufren de síntomas de pánico sufren de trastorno de pánico, incluso fuera de los episodios específicos. A menudo, el afectado, ante cambios normales de los latidos cardíacos, los percibe como amenazantes, lo que lleva a pensar que algo anda mal con su corazón o que están a punto de tener otro ataque de pánico. Normalmente va asociado un temor anticipatorio a volver a sufrir otro ataque de pánico (ansiedad anticipatoria o "miedo al miedo"). En algunos casos, se produce una mayor conciencia de las funciones fisiológicas del organismo (hipervigilancia) durante el ataque de pánico, en donde cualquier cambio percibido fisiológicamente se interpreta como una posible enfermedad potencialmente mortal (es decir, extrema hipocondría). Puede diagnosticarse de trastorno de pánico con o sin agorafobia.

Pero cuando estas crisis de pánico son secundarias a un trastorno depresivo, el diagnóstico principal es el de trastorno depresivo. Esto se da sobre todo en varones.

Trastorno depresivo asociado con otro Trastorno de ansiedad.

En otras personas las crisis de angustia aparecen de forma independiente de los episodios depresivos, y por tanto hablaríamos de asociación de dos trastornos. En este caso ambos trastornos deben estar presentes y cada uno de ellos tener una intensidad suficiente como para poder ser diagnosticado como tal por separado, sin que ninguno de ellos pueda considerarse secundario al otro; tales combinaciones no son raras (por ejemplo, fobia social y depresión recurrente). En estos casos deben efectuarse ambos diagnósticos.

La presencia de ambos agrava el pronóstico que cada uno de ellos tendría por separado.

Normalmente, la gravedad y complejidad del cuadro clínico resultante de su coexistencia hace necesaria su derivación al especialista.

Trastorno mixto ansioso-depresivo

Este diagnóstico, tal como fue propuesto por la CIE-10 (OMS, 1992), es la categoría diagnóstica que define los pacientes que sufren tanto de ansiedad como de depresión, "pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado". Según la CIE-10: «Una ansiedad grave, acompañada de depresión de intensidad más leve hace que deba utilizarse cualquiera de las categorías de trastorno de ansiedad o de ansiedad fóbica. Cuando ambas series de síntomas, depresivos y ansiosos, estén presentes y sean tan graves como para justificar un diagnóstico individual deben recogerse ambos trastornos y no debería usarse esta categoría. Si por razones prácticas de codificación sólo puede hacerse un diagnóstico, debe darse prioridad al de depresión. Algunos síntomas vegetativos (temblor, palpitaciones, sequedad de boca, molestias epigástricas, etc.) deben estar presentes aunque sólo sea de un modo intermitente. No debe utilizarse esta categoría si sólo aparecen preocupaciones respecto a estos síntomas vegetativos. Si síntomas que satisfacen las pautas de este trastorno se presentan estrechamente relacionados con cambios biográficos significativos o acontecimientos vitales estresantes, debe utilizarse la categoría *F43.2, trastornos de adaptación*. Este tipo de enfermos con una mezcla de síntomas comparativamente leves se ve con frecuencia en atención primaria y su

prevalencia es aún mayor en la población general, pero la mayoría de los afectados rara vez demandan cuidados médicos o psiquiátricos.

- Incluye: Depresión ansiosa (leve o no persistente).
- Excluye: Depresión ansiosa persistente' (distimia F34.1).

Por lo general, los síntomas del trastorno mixto ansioso-depresivo son leves, el problema es que las quejas clínicas de los pacientes varían mucho y además se suelen solapar con síntomas orgánicos que dificultan tanto el diagnóstico como el tratamiento. Es muy común, que la mezcla de síntomas ansiosos y depresivos con otras quejas somáticas obligue a realizar por parte de las especialistas una infinidad de pruebas para mayor seguridad, pruebas que muy a menudo resultan innecesarias y que suponen un enorme gasto.

La sintomatología del Trastorno mixto ansioso-depresivo viene caracterizada por estados leves de tristeza y ansiedad persistente o recurrente que tiene una duración de al menos un mes, acompañado de síntomas adicionales de idéntica duración tales como dificultad de concentración o memoria, trastorno del sueño, fatiga, irritabilidad, preocupación, llanto fácil, hipervigilancia, sensación de peligro inminente para uno mismo o sus allegados, desesperanza y pesimismo ante el futuro y baja autoestima o sentimientos de inutilidad. Todos ellos caracterizados por no ser muy intensos pero si duraderos en el tiempo. Cuando los síntomas son debidos a acontecimientos vitales estresantes recientes, debe diagnosticarse como Trastorno de Adaptación.

El trastorno mixto ansioso-depresivo suele tender a ser crónico, y es muy frecuente que estos pacientes abusen de la medicación ansiolítica.

Otros trastornos con síntomas de ansiedad y depresión

Por último, hay que considerar que los síntomas depresivos y de ansiedad pueden ser debidos a múltiples trastornos físicos y psíquicos, así como al efecto de numerosas sustancias. De ahí que sea fundamental indagar el origen de dicha sintomatología, porque de ello va a depender el tratamiento de ese paciente. Por ejemplo en las adicciones es muy frecuente que se den síntomas de ansiedad y de depresión.

1.2.6. Trastorno Ansioso-Depresivo y líneas de investigación:

Dedicaremos especial atención al Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo, por ser uno de los trastornos más polémicos y controvertidos, pero a la vez más frecuentes en consulta y que mejor definen el síndrome ansioso-depresivo que queremos estudiar en esta investigación.

El concepto de Trastorno Mixto Ansioso-Depresivo (Molina, Amrude, Lerma, Del Pozo y Quintas, 2004), fue introducido por primera vez como entidad propia en la décima revisión de la CIE 10 codificándose como F41.E. Se configura como un grupo de síntomas de ansiedad y depresión en los que ninguno predomina sobre el otro lo suficiente como para justificar el diagnóstico por separado.

El concepto de Trastorno Ansioso Depresivo se corresponde a un cuadro clínico que se caracteriza por la presencia de síntomas depresivos que cumplen los criterios clínicos de depresión mayor como: ánimo deprimido; alteraciones del ritmo del sueño o alteraciones del apetito; astenia o apatía; alteraciones motoras como pueden ser la lentitud o la agitación; disminución de la concentración o de la atención; abandono del autocuidado o pensamientos de muerte e ideas autolíticas. Este síndrome depresivo está acompañado por un cortejo de síntomas somatomorfos muy dispares (trastornos digestivos, mareos, palpitaciones) propios de la ansiedad generalizada, que suelen producir la hiperfrecuentación a diferentes especialistas si no se encuadran en este trastorno. Debido a la presentación clínica descrita el cuadro presenta problemas en el diagnóstico y como consecuencia en el tratamiento. Por un lado, el médico de atención primaria en muchas ocasiones reconoce explorar con mucha mayor facilidad el cortejo vegetativo de los síntomas ansiosos (lo que le lleva a utilizar con más asiduidad en el tratamiento los ansiolíticos) y, por otro, no estar familiarizado con los efectos secundarios de los antidepresivos. Esto provoca que se produzca una falta de respuesta terapéutica ante un tratamiento inadecuado solo con benzodiazepinas o por la utilización de antidepresivos en dosis subterapéuticas.

Como consecuencia de un mal enfoque en el diagnóstico o de un tratamiento inadecuado se puede producir una mala evolución del cuadro con riesgos como el aumento de las bajas laborales, la disminución de la calidad de vida del paciente, la hiperfrecuentación, el deterioro de la relación médico-paciente en ambos sentidos, el

enmascaramiento de los síntomas, y sobre todo el aumento de recaídas por no llegar a una remisión completa de los síntomas.

Parece existir bastante apoyo empírico basado en el curso clínico, estudios familiares, datos fisiológicos, etc., en favor de la existencia de un trastorno mixto ansioso-depresivo, diferente de los síndromes puros de ansiedad y depresión (trastornos mayores de ansiedad o depresión). Si bien es cierto que el DSM-IV-TR (APA, 2002) no incluye esta categoría mixta de ansiedad-depresión, ni tampoco lo hace la última versión DSM 5 (APA, 2013) sí lo hace la CIE-10 (F41-2) (Organización Mundial de la Salud, 1992). (Tabla 3)

Tabla 3. *Correspondencias en las clasificaciones del DSM-IV/DSM-IV-TR y la CIE-10*

DSM-IV/ DSM-IV-TR	CIE-10
Trastorno de Pánico: - Con Agorafobia - Sin Agorafobia	Trastorno de Pánico: - Moderado - Grave Agorafobia con trastorno de pánico
Agorafobia sin trastorno de pánico	Agorafobia sin trastorno de pánico
Fobia específica	Fobia específica
Fobia social	Fobia social
Trastorno de evitación	Trastorno de hipersensibilidad social
Trastorno obsesivo-compulsivo	Trastorno obsesivo-compulsivo
Trastorno de estrés postraumático	Trastorno de estrés postraumático
Trastorno de estrés agudo	Reacción de estrés aguda
Trastorno de ansiedad generalizada	Trastorno de ansiedad generalizada
Trastorno de ansiedad por condición médica general	
Trastorno de ansiedad inducido por sustancias	
Trastorno de ansiedad no especificado	Trastorno mixto de ansiedad- depresión
Trastorno de ansiedad de separación	Trastorno de ansiedad

Las formas menos puras de ansiedad y depresión tienden a presentar formas mixtas de solapamiento de síntomas, siendo muy habituales en los servicios de salud de asistencia primaria (Katon y Roy-Byrne, 1991). Estos estudios de asistencia primaria demuestran el elevado nivel de malestar y sufrimiento de este tipo de pacientes subclínicos de ansiedad y depresión.

Katon y Roy-Byrne (1991) concluyen con sus datos basados en estudios comunitarios de asistencia primaria y psiquiátricos, que existe claramente un subgrupo de personas con síntomas subclínicos mixtos de ansiedad-depresión que no cumplen los requisitos para un diagnóstico clínico según el DSM-III-R. Este grupo de pacientes tiene elevados niveles de sintomatología somática (no explicada medicamente), son habituales de los servicios médicos no psiquiátricos y tienen alterada y deteriorada su vida social y laboral. Dichos pacientes con síntomas mixtos de ansiedad-depresión, cuando son expuestos a un suceso vital importante, tienen alto riesgo de desarrollar formas más severas de trastornos afectivos (como por ejemplo, depresión mayor) o de ansiedad (como por ejemplo, trastorno de pánico). El cuadro mixto ansioso-depresivo podría representar una fase prodrómica de la enfermedad, o bien una fase residual de una forma más severa de trastorno.

1.2.7. Estudios de los diferentes modelos de Ansiedad y Depresión:

Modelo Panas y Modelo Tripartito:

Siguiendo a Agudelo, Buena-Casal y Spielberger (2007) existen una serie de limitaciones a la hora de diagnosticar de manera separada síntomas de ansiedad y de depresión. Estas condiciones llevan a evaluar la existencia de un factor general de vulnerabilidad del malestar psicológico, este factor podría servir para justificar la alta tendencia de muchos pacientes para desarrollar síntomas tanto de ansiedad como de depresión. Por lo que debemos de analizar los modelos que han intentado encontrar los elementos comunes y distintos entre ambas categorías.

Uno de los elementos donde más posturas confluyen y que aboga por un factor común entre ansiedad y depresión es sin duda, el concepto de afectividad negativa que

ya modelos como el PANAS (Watson, Clark y Tellegen, 1988) y el tripartito (Clark y Watson, 1991) han descrito como compartido por la ansiedad y la depresión.

Las evidencias clínicas de comorbilidad y las altas correlaciones de las medidas de autoinforme que evalúan la ansiedad y la depresión han dado paso a un factor general de malestar o distrés como elemento común en ambas entidades clínicas.

A raíz de este planteamiento se ha utilizado la polaridad entre el afecto positivo y el afecto negativo para explicar las diferencias entre ansiedad y depresión. El afecto positivo y el afecto negativo podrían dar lugar a dos factores opuestos de una misma dimensión, serían dos dimensiones ortogonales bien diferenciadas (Watson et al., 1988), aunque estudios posteriores como el de Marshall, Sherbourne, Meredith, Camp y Hays, (2003) indican que estas dos dimensiones pueden estar medianamente correlacionadas o no ser una estructura factorial ortogonal como planteaban al principio Clark y Watson (1991), pero sus hallazgos si sacan a la luz como en los síntomas de ansiedad y depresión, se forman tres dominios de síntomas correlacionados pero estadísticamente diferenciados y que son el afecto negativo, el afecto positivo y los síntomas de activación fisiológica. Una nueva evidencia de los construtos dimensionales de afectividad positiva y negativa, es la aportada por Crawford y Henry (2004), quienes corroboraron que se trata de dos dimensiones medianamente correlacionadas en sentido negativo.

Watson et al., (1988) evalúan las dimensiones del afecto positivo y el afecto negativo de dos formas: como estados (en el sentido de variaciones transitorias del ánimo) o como rasgos (en el sentido de diferencias individuales estables en el tono afectivo).

Siguiendo a Belloch, Sandín y Ramos (2008), en la publicación sobre las implicaciones taxonómicas de las interrelaciones entre ansiedad y depresión, Clark y Watson (1991) proponen un modelo tripartito de ansiedad y depresión y constituido por: 1) afecto negativo (común en la ansiedad y en la depresión), 2) hiperactivación fisiológica (específico de la ansiedad) y 3) anhedonia o disminución del afecto positivo (específico de la depresión). Clark y Watson sugieren que el alto afecto negativo es común de los trastornos de ansiedad y depresión. Por lo tanto, los pacientes con

Antecedentes y estado de la investigación

síntomas predominantes no específicos (como irritabilidad, pérdida de apetito, alteraciones del sueño, quejas somáticas mínimas, etc.) y que además muestren síntomas moderados en ambos factores específicos, deben ser diagnosticados como trastorno mixto de ansiedad y depresión, moderado (categoría semejante a la diagnosticada en el CIE-10). Cuando se den en los pacientes niveles muy elevados en afecto negativo y también en anhedonia e hiperactivación psicofisiológica, entonces debería de realizarse el diagnóstico de trastorno mixto de ansiedad-depresión, severo (Clark y Watson, 1991).

Este modelo tripartito basado en el concepto de afecto positivo y afecto negativo como dos dimensiones de la afectividad independientes, fue ya desarrollado por el grupo de Watson (Watson y Tellegen, 1985). Estos autores desarrollaron un instrumento psicométrico para evaluar estas dos dimensiones del afecto y lo llamaron *Positive and Negative Affect Schedule* (más conocido como PANAS) (Watson et al., 1988). Sandín, Chorot, Lostao, Joiner, Santed y Valiente (1999) han traducido y validado la versión española de este cuestionario (Tabla 4) proporcionando evidencia sobre su validez y fiabilidad y sobre la convergencia transcultural de estas dimensiones básicas del afecto.

Tabla 4. Versión española del cuestionario PANAS de Watson, Clark y Tellegen (1988)

CUESTIONARIO PANAS				
NOMBRE.....		EDAD.....		
.....SEXO.....				
A continuación se indican una serie de palabras que describen diferentes sentimientos y emociones. Lea cada palabra y marque la contestación más adecuada en el espacio reservado para cada una. De acuerdo con la escala siguiente (de 1 a 5) indique hasta que punto usted se siente generalmente (habitualmente) de la forma que indica cada palabra.				
1	2	3	4	5
Nada o casi nada	Un poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
Generalmente ,me siento (marque el número que corresponda):				
_____ Interesado (que muestro interés)		_____ Irritable o malhumorado		

_____ Tenso o estresado	_____ Dispuesto, despejado
_____ Animado, emocionado	_____ Avergonzado
_____ Disgustado o molesto	_____ Inspirado
_____ Enérgico, con vitalidad...	_____ Nervioso
_____ Culpable	_____ Decidido o atrevido
_____ Asustado/a	_____ Atento, esmerado
_____ Enfadado	_____ Intranquilo o preocupado
_____ Entusiasmado	_____ Activo
_____ Orgullosa (de algo), satisfecho	_____ Temeroso, con miedo

Este modelo aparte de delimitar el síndrome mixto ansioso-depresivo permite explicar también el debatido solapamiento de síntomas ansioso-depresivos y refleja la importancia de diferenciar entre los niveles de síntomas y de diagnóstico.

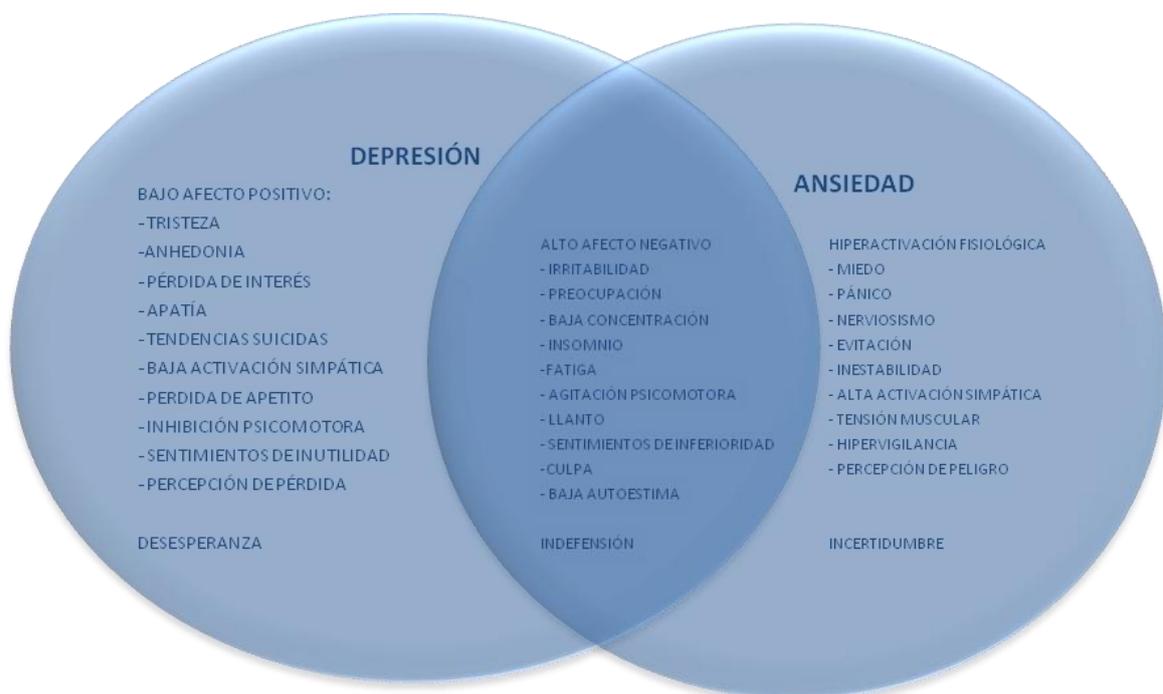
Según Clark y Watson (1991) el que los síntomas ansiosos y depresivos intercorrelacionen, simplemente refleja el hecho de que la ansiedad y la depresión comparten muchos síntomas de malestar emocional, más que indicar un solapamiento de diagnóstico.

Está demostrado que hay pacientes que presentan síndromes clínicos de ansiedad sin diagnósticos comórbidos depresivos y a la inversa. También se han demostrado las notables diferencias en distintas fases (características clínicas, genéticas, curso, respuesta al tratamiento, etc.) entre ambos grupos de trastornos. El modelo sobre el afecto de Clark y Watson (1991) viene a decir que lo que caracteriza y diferencia a los pacientes depresivos de los pacientes con ansiedad es el bajo afecto positivo. Y Joiner, Catanzaro, Laurent, Sandín y Blalock (1996) apoyan empíricamente este modelo.

La Tabla 5 representa las relaciones entre ansiedad y depresión basadas en el modelo y las aportaciones de Watson sobre el afecto positivo y negativo y, en las aportaciones de Alloy, Kelly, Mineka y Clements (1990) sobre la interrelación entre ansiedad y depresión según la teoría de la indefensión-desesperanza. Podemos observar en el gráfico como los síntomas emocionales, los síntomas somáticos y los síntomas cognitivos se circunscriben en los conceptos de ambas teorías. El afecto negativo,

aunque sea común de la ansiedad y de la depresión, tiende a ser algo más característico de la ansiedad. La indefensión, aunque también es común a ambos, es más característico de la depresión. El trastorno de ansiedad vendría dado por una superioridad de los factores de “hiperactivación fisiológica” e “incertidumbre”, y el trastorno depresivo vendría caracterizado por una superioridad de los factores de “bajo afecto positivo” y de “indefensión”.

Tabla 5. *Ansiedad y depresión: aspectos comunes y aspectos específicos* (Clark y Watson, 1981, Alloy y cols., 1990)



Así, la distinción entre ansiedad y depresión es posible en cuanto las medidas empleadas dejen de focalizarse en los síntomas inespecíficos de ambos trastornos y se dirijan hacia síntomas más específicos (Watson, Weber, Assenheimer, Clark, Strauss y McCormick, 1995), de tal forma que cuanto más específicos sean los instrumentos mejor se diferenciarán ambos cuadros de ansiedad y depresión (González, Herrero, Viña, Ibañez y Peñate (2004).

Cuestionamiento del Modelo Tripartito:

A pesar de todas las evidencias aportadas para soportar el modelo tripartito, existen otras perspectivas que cuestionan la validez de este constructo. Así, Burns y Eidelson (1998) encuentran correlaciones en base a las escalas de ansiedad y depresión no específicas, e indican que los valores no son tan altos como se esperaría si ambas escalas midieran realmente el mismo constructo (afectividad negativa). Y estas correlaciones no son tan altas como las que se encontrarían en otras escalas de depresión y ansiedad donde previamente se aislasen los síntomas específicos de anhedonia y activación somática (Watson et al., 1995). Además, cuestionan que sea útil establecer un diferenciación de la depresión sobre la base de la anhedonia o pérdida del placer, cuando este criterio según el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) no es necesario para establecer el diagnóstico de depresión, en la misma forma que ocurre con la ansiedad basada para su diagnóstico en la activación fisiológica, estos síntomas son más representativos de un subtipo de ansiedad como es el trastorno de pánico. Estos autores consideran que el modelo tripartito ha sobreestimado la importancia de la activación autonómica como una característica definitoria de la ansiedad e indican la necesidad de realizar estudios adicionales que sometan a prueba la validez y utilidad de diferenciar la activación fisiológica de otros síntomas somáticos de ansiedad (Marshall, et al., 2003).

Otras líneas de Investigación:

Queda con esto abierto el interrogante sobre el carácter dimensional de los trastornos mentales entre los que se incluye la depresión, todo ello frente a la consideración categorial que es la que aparece en los sistemas clasificatorios actuales, este hecho es también determinante a la hora de evaluar y tratar los problemas emocionales actuales. Tendríamos que retomar aspectos sobre las diferencias individuales inicialmente desarrollados desde la psicopatología y psicología a la luz de estas evidencias, evidencias acerca de la existencia de factores predisponentes y/o factores disposicionales, así como la diferenciación entre características transitorias y estables. Sobre todo la importancia de evaluar, de manera separada, las condiciones físicas y estables (rasgos) de las condiciones específicas y puntuales (estados), que aporta luz a los distintos trastornos del estado de ánimo y de la ansiedad. Siguiendo esta línea de investigación, Spielberger, Ritterband, Reheiser y Brunner (2003) y Spielberger, Agudelo, Carretero-Dios, De los Santos-Roig y Buéla-Casal (2004),

realizan un importante apoyo empírico a la diferenciación entre ansiedad y depresión, así como los diferentes tipos o dimensiones de ambos trastornos (Agudelo, Carretero-Dios, Blanco-Picabia, Pitti, Spielberger, y Buela-Casal, 2005; Agudelo, Spielberger, Santolaya, Carretero-Dios y Buela-Casal, 2005).

Estas investigaciones son totalmente necesarias para responder a las necesidades de una sociedad donde la ansiedad y la depresión constituyen graves problemas de salud pública con considerables costes sociales y económicos (Agudelo et al., 2007).

1.2.8. Investigación sobre tratamientos eficaces en Ansiedad y Depresión:

Hacemos un recorrido por las investigaciones sobre los diferentes tratamientos que han demostrado su eficacia para la Depresión y la Ansiedad.

1.2.9. Tratamientos psicológicos en adultos

Así, Pérez y García Montes (2001) hacen una revisión sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos para la depresión unipolar. Para ello comienza por los tratamientos farmacológicos por ser los primeros en establecerse y los más utilizados. Dentro de los tratamientos psicológicos, hay que destacar los de mayor evidencia investigadora y son tres: la terapia de conducta (que incluye seis variantes: programa de actividades agradables, entrenamiento en habilidades sociales, «curso para el afrontamiento de la depresión» de Lewinsohn, terapia de autocontrol, terapia de solución de problemas y terapia conductual de pareja), la terapia cognitiva de Beck y la psicoterapia interpersonal de Klerman. Se ha demostrado que las terapias tienen una eficacia, como mínimo, similar a la de los mejores tratamientos farmacológicos. Y además, se concluye que el tratamiento psicológico debiera ser el tratamiento de elección en la depresión unipolar.

Hollon y Beck (1993) concluyeron que los pacientes en remisión tratados con la terapia cognitiva mostraron un índice de recaída del 26% frente a un 64% de recaídas para aquellos con tratamiento de farmacoterapia.

Thase, Simons, Calahone y McGeary (1991) informaron que los resultados de seguimiento al año indicaban que en pacientes deprimidos tratados con la terapia cognitiva la tasa de recaídas era de un 30% mientras que las recaídas en pacientes tratados con farmacoterapia eran del 70%. El índice de recaídas para la combinación de

medicación antidepresiva y la terapia cognitiva era del 25%, mientras que para la terapia cognitiva a solas el índice era de un 27%. El tratamiento combinado de terapia cognitiva y medicación es ligeramente mejor que la modalidad individual. En resumen, se establece un *efecto duradero* para la terapia cognitiva (de los depresivos) con un índice de recaída (o búsqueda de tratamiento adicional) del 20% dentro de los primeros 12-24 meses de seguimiento, comparado con un índice del 50% con el uso de farmacoterapia como único tratamiento (Hollon y Beck, 1993; Meichenbaum, 1997).

Capafons (2001) hace una revisión de las formas de intervención más investigadas en el trastorno de ansiedad generalizada. Los estudios realizados muestran que son las terapias cognitivo-comportamentales las que obtienen unos resultados más satisfactorios, sobre todo porque reducen los abandonos y mantienen sus efectos a medio plazo. Se ha visto además que las terapias de conducta son también útiles, pero en menor grado. Aun así, ambas son superiores a los tratamientos farmacológicos, ya que estos tienen efecto sólo a corto plazo y traen consigo efectos secundarios para el paciente. Capafons (2001) llega a la conclusión que combinar los distintos tratamientos no mejora significativamente las terapias cognitivo-comportamentales. Por lo tanto, la evidencia disponible indica que en el trastorno de ansiedad generalizada las terapias de elección son las cognitivo-conductuales.

Barlow (1992), Clark y Salkovskis (1991) y Magraf, Barlow, Clark y Telch (1993) concluyeron que del 81% al 90% de los pacientes con trastornos de pánico que recibieron tratamiento cognitivo-conductual se veían libres de síntomas en el seguimiento entre uno y dos años, frente al 50%, 55% para los pacientes con ansiedad tratados farmacológicamente, y el 25% que mejoraban recibiendo terapia de apoyo. Resultados semejantes aparecen en el tratamiento de pacientes con ansiedad generalizada y fobias sociales (Hollon y Beck, 1993). Exponen que hay un alto índice de éxito del 80% en pacientes con ansiedad, que estaban libres de síntomas al seguimiento a uno o dos años, a menudo acompañado de una mejora en otras dimensiones (Meichenbaum, 1997).

Haciendo un meta-análisis de toda la literatura española, Sánchez, Rosa y Olivares (1999), presentan los resultados sobre la eficacia de las técnicas cognitivo-conductuales en el tratamiento de sujetos con problemas clínicos o de salud. Los resultados revelaron diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes

técnicas, destacando las habilidades de afrontamiento ($d+ = 1.431$) seguidas de las técnicas de reestructuración cognitiva ($d+ = 1.130$).

Baños, Guillen, García-Palacios, Quero y Botella (2012) hacen hincapié en las nuevas Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) que se están convirtiendo en herramientas de gran utilidad para dispensar y/o mejorar la aplicación de servicios terapéuticos, permitiendo profundizar en el eje de la efectividad o utilidad clínica de los tratamientos psicológicos y potenciando el poder llegar a todas las personas que lo necesiten. Las tecnologías utilizadas incluyen, fundamentalmente, la simulación mediante realidad virtual, la realidad aumentada, el uso de Internet, o el uso de dispositivos móviles como aportaciones relevantes en el tratamiento de los trastornos de ansiedad.

Finalmente, señalar la reciente publicación del National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2014) en relación con los estándares de calidad, donde se establece que el tratamiento psicológico es el tratamiento de primera elección en personas con trastornos de ansiedad.

1.2.10. Tratamientos psicológicos en niños y adolescentes:

Se han propuesto distintas revisiones sobre los tratamientos más eficaces para los trastornos infanto-juveniles. Se encuentra "*Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces*", dedicado a la infancia y adolescencia, coordinada por Pérez-Álvarez, Fernández-Hermida, Fernández-Rodríguez y Amigo (2003); o la "*Guía para la Elección de Tratamientos Psicológicos Efectivos*" de Labrador, Echeburúa y Becoña (2000), que recomienda las intervenciones eficaces para diferentes trastornos en niños, adolescentes y adultos. Asimismo también están disponibles números monográficos a través de la revista psicología conductual.

Establecer científicamente la eficacia de los tratamientos psicológicos en niños y adolescentes mejora la práctica clínica. Aplicar los tratamientos que funcionan, es decir, aquéllos que han probado experimentalmente su eficacia, supone una reducción del gasto sanitario y sobre todo una mejor atención psicológica. Proporcionar al niño o adolescente el tratamiento más adecuado para solucionar su problema, hace que la mejoría sea más rápida y las recaídas menos frecuentes. Afortunadamente, disponemos

hoy en día de procedimientos psicológicos que han demostrado ser eficaces. Entre ellos, la terapia cognitivo-conductual cuenta con gran evidencia acumulada y destaca por ello como tratamiento de elección en la mayoría de los problemas infanto-juveniles.

Otro estudio ha puesto de manifiesto de nuevo que la terapia combinada (tratamiento cognitivo-conductual junto con tratamiento farmacológico) es el abordaje más eficaz para tratar los problemas de ansiedad en niños y adolescentes. Se trata de un proyecto denominado The Child/Adolescent Anxiety Multimodal Study (CAMS). Que es subvencionado por el National Institute of Mental Health (NIMH). Tal y como establece el *NICE*, el tratamiento de elección para niños y adolescentes debe ser el tratamiento cognitivo-conductual ya que tiene menos efectos secundarios que los antidepresivos y supone menos riesgo para la salud (Walkup, Albano, Piacentini, Birmaher, Compton, Sherrill et al., 2008).

Siguiendo a Rodríguez-Naranjo y Godoy (1997), a pesar de que las investigaciones sobre la depresión señalan factores predictores diferentes para el desarrollo de las conductas depresivas, el tratamiento cognitivo-conductual se aplica indistintamente a la población depresiva. En este estudio, los resultados del ANOVA indican que el tratamiento emparejado con el tipo de disforia es más efectivo que el tratamiento no emparejado en adolescentes con depresión leve.

En un estudio reciente se ha desarrollado un programa de tratamiento grupal que enfatiza la importancia de las emociones dentro de un programa más amplio. Los autores consideran que para tratar ansiedad y depresión es necesario un abordaje de este estilo que además implique a las familias de forma activa. Apoyan también el tratamiento cognitivo-conductual ya mencionado (Ehrenreich-May y Bilek, 2012).

1.2.11. Eficacia probada y nuevas aportaciones.

Se viene evidenciando a través de diferentes medios, que en atención primaria los principales motivos de consulta son ansiedad y depresión. Y además la situación económica actual de crisis hace más grave la prevalencia de estos trastornos, llegando a aventurar por los expertos que en el 2020 será la primera causa de discapacidad del mundo.

La Asociación Americana de Psicología (APA, 2012) publicó la *Resolución sobre el Reconocimiento de la Eficacia de la Psicoterapia* en la que defiende la psicoterapia basada en la evidencia, y se basa en estudios científicos para demostrar que el sistema sanitario debe reconocer las intervenciones psicológicas como eficaces y rentables. La APA establece que la psicoterapia, como un servicio profesional, es rentable y eficaz. Y añade que ha demostrado en ensayos clínicos controlados y en práctica clínica que beneficia al paciente con trastorno mental en comparación con ausencia de aplicación de este tratamiento. Por tanto la psicoterapia debe estar dentro del sistema sanitario por evidencia avalada y su práctica consolidada (De Vicente y Castilla, 2012).

La Organización de Consumidores y Usuarios (OCU, 2012), ha hecho público, los resultados del estudio titulado “*Más psicoterapia y menos pastillas*”, donde se pone en alerta la alta prescripción de fármacos antidepresivos y ansiolíticos utilizados en España, y todo esto sabiendo que la opción más exitosa y que se debería utilizar primero es la psicoterapia basada en técnicas cognitivo-conductuales, por lo que es fundamental trabajar en la mayor accesibilidad, recursos y concienciación de este tipo de tratamientos psicológicos.

Los estudios sobre tratamiento han ido más allá, viéndose la importancia de trabajar también en prevención secundaria en atención primaria, como lo demuestra un estudio realizado en Oviedo. Analizaron en pacientes con síntomas depresivos moderados la eficacia, efectividad y eficiencia de tres intervenciones: terapia cognitivo-conductual, potenciación de recursos personales y apoyo social. Los resultados en pacientes mostraron que la terapia cognitivo-conductual y la potenciación de recursos son más eficaces, efectivas y eficientes que el apoyo social, aunque el apoyo social es superior a la lista de espera (González, Fernández, Pérez y Amigo, 2006)

Las últimas novedades en los tratamientos de ansiedad y depresión son los enfoques relacionados con el transdiagnóstico. Supone una nueva forma de entender y de tratar los trastornos mentales. En lugar de centrarse en lo específico y diferencial de cada uno de ellos, su atención se focaliza en lo que tienen en común, en los procesos psicológicos que subyacen a muchos de ellos. El transdiagnóstico es una nueva aportación en psicología clínica que abre interesantes posibilidades para la mejora de las técnicas de tratamiento de problemas emocionales como la ansiedad, la depresión,

trastornos alimentarios, entre otros. Todo surge tras un enfoque basado en la evidencia, donde se ha visto la comorbilidad de muchos trastornos, de tal manera que podamos hacer agrupaciones fijándonos en lo común de los síntomas, integrando los trastornos psicológicos para el tratamiento transdiagnóstico. Esto ayuda a facilitar y simplificar el mejor protocolo de tratamiento posible.

En este nuevo enfoque cabe destacar a Norton (2012) que investigó sobre el transdiagnóstico de grupo para los trastornos de ansiedad. La evidencia sugiere que la terapia cognitivo-conductual (TCC) transdiagnóstica de la ansiedad se asocia a mejoría de los síntomas, de forma similar a los tratamientos existentes para diagnósticos específicos. Los protocolos de transdiagnóstico también se asociaron en su estudio a buena satisfacción del cliente, niveles elevados de alianza terapéutica, cohesión grupal y percepciones positivas del tratamiento al seguimiento.

El grupo de Barlow, Farchione, Fairholme, Ellard, Boisseau, Allen, y Ehrenreich-May (2011), estudiaron la eficacia del Protocolo Unificado del transdiagnóstico para el tratamiento de los problemas emocionales. Según afirman, los pacientes que recibieron tratamiento tuvieron mejoría significativa en las medidas de gravedad clínica, los síntomas generales de la depresión y la ansiedad, niveles negativos y afecto positivo, y una medida de la interferencia de los síntomas en el funcionamiento diaria a través de diagnósticos. Los pacientes en lista de espera no mostraron ninguna mejoría. Los efectos del tratamiento se mantuvieron al seguimiento. Estos resultados proporcionan evidencia en el tratamiento de la ansiedad y los trastornos depresivos comórbidos y así como para apoyar un enfoque transdiagnóstico para el tratamiento de trastornos emocionales.

En la actualidad está en auge la meditación mindfulness, que hace que la persona se concentre en el momento presente de forma activa y reflexiva. En el estudio piloto de Rodríguez-Peña, Manzaneque, Vera, Godoy, Ramos, Blanca, Fernández y Enguix (2014) vieron como, tras un programa de meditación “mindfulness” los pacientes con síntomas de ansiedad y depresión, veían aumentar significativamente las concentraciones de diferentes parámetros inmunitarios, de tal manera que se producía una acción inmunomoduladora en pacientes con ansiedad y depresión.

También como novedad debemos destacar las investigaciones realizadas en torno a la eficacia de tratamientos grupales que logren reducir el costo y mantengan sus niveles de eficiencia. Así, tenemos trabajando en formatos grupales, la terapia de atención plena basada en técnicas cognitivas (Mindfulness-Based Cognitive Therapy – MBCT), es un protocolo sistematizado de intervención psicológica diseñado específicamente para trabajar en grupo la prevención de recaídas, cuyos componentes básicos son: técnicas de "autoconocimiento corporal" (aprender a detectar las señales de posible recaída que nos envía nuestro cuerpo), y técnicas cognitivas fundamentadas en el modelo de Beck para modificar los pensamientos disfuncionales, aceptar las dificultades y transformar la experiencia y, así, desarrollar un plan de acción con las estrategias necesarias que habrán de ponerse en marcha en cuanto se perciban los primeros signos de alarma para prevenir la posible recaída (Segal, Williams y Teasdale, 2002).

En esta línea de trabajo, Kuyken, Byford, Taylor, Watkins, Holden, White, et al. (2008), plantean como la MBCT tiene el potencial de poder aplicarse a mucha gente en grupos y a un bajo coste, por lo que les pareció interesante trabajar con pacientes con depresión en atención primaria comparando el tratamiento convencional frente a la MBCT. Los resultados encontrados fueron muy prometedores al establecer la MBCT como un programa de intervención para la prevención de recaídas, se consiguió con menor coste (en comparación con el tratamiento farmacológico convencional), reducir la probabilidad de recaídas futuras, disminuir la sintomatología residual, los problemas comórbidos y aumentar la calidad de vida de los pacientes, así como reducir drásticamente el consumo de antidepresivos, consiguiendo el abandono total un 75% de los pacientes. Y aunque los mismos autores señalan que se necesita más información al respecto, sí que es cierto que hay una puerta abierta muy prometedora con este tipo de terapia.

A la luz de los resultados hay evidencias más que de sobra para afirmar que los tratamientos psicológicos funcionan. Lo que nos interesa de esto, es que muchos de estos tratamientos se centran en el desarrollo de rasgos de nuestro constructo sobre personalidad eficaz: como el entrenamiento en habilidades sociales, las técnicas de afrontamiento, el desarrollo del autocontrol, la solución de problemas, etc.

1.3. Relaciones entre personalidad eficaz y síndrome ansioso-depresivo

Se presenta a continuación una serie de investigaciones que han relacionado el síndrome ansioso-depresivo con algunas dimensiones que integran, directa o indirectamente, el constructo Personalidad eficaz.. Es importante señalar que no se tiene constancia de ningún estudio que considere las distintas variables constitutivas del constructo como formando un bloque interrelacionado en personas con estos síndromes

Se ha realizado para este trabajo una búsqueda de las últimas publicaciones y se han clasificado en función de las cuatro dimensiones constituyentes de la Personalidad eficaz. Se señala que alguna de las aportaciones guardan una relación muy directa con algunas de las dimensiones y otras más lejanas

1.3.1. Fortalezas del yo (Dimensiones Autoconcepto y autoestima)

Bragado, Hernández-Lloreda, Sánchez-Bernardos y Urbano (2008) en su estudio sobre Autoconcepto físico, ansiedad, depresión y autoestima en niños con cáncer y niños sanos sin historia de cáncer, señalaron que no existían diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en ninguna de las variables de estudio, excepto en dos de las 11 dimensiones del PSDQ, salud y flexibilidad. La autoestima fue el mejor predictor de depresión, mientras la salud y el autoconcepto predecían ansiedad.

Lizeretti, Oberst, Chamarro y Farriols (2006) en su estudio sobre “Evaluación de la Inteligencia Emocional en pacientes con psicopatología: resultados preliminares usando el TMMS-24 y el MSCEIT”, los resultados obtenidos con ambos instrumentos, indican que las personas que padecen agorafobia, adicción a la cocaína y distimia presentan niveles menores de Inteligencia Emocional. Concretamente, las puntuaciones más bajas en regulación de emociones corresponden a las personas diagnosticadas de distimia y en comprensión de emociones a las diagnosticadas de agorafobia. Por lo que se puede pensar que hay un perfil de habilidades emocionales “deficitarias” para cada uno de los trastornos estudiados. Podemos ir más allá diciendo que carecer de habilidades en Inteligencia Emocional, parece ser un factor implicado en el proceso de salud-enfermedad. Esto nos abre un camino futuro para incluir en el diseño y evaluación de intervenciones psicoterapéuticas específicas de los diferentes trastornos psicopatológicos, la utilización de los componentes de la Inteligencia emocional.

Salguero e Iruriazaga (2006) estudian las relaciones entre Inteligencia Emocional percibida y emociónabilidad negativa: ansiedad, ira y tristeza/depresión. En este estudio se puede ver como las personas que poseen mayor emocionalidad negativa se caracterizan por un perfil de Inteligencia Emocional alto en niveles de atención emocional y bajo en confianza sobre su capacidad para comprender y regular sus estados emocionales. Se piensa, que puede ser debido a una constante atención a nuestras emociones y estados de ánimo, que si no va de la mano de una adecuada comprensión y regulación de los mismos, hace que se ponga en funcionamiento un proceso rumiativo sobre el por qué de tales emociones, las causas, las consecuencias o cómo es la reacción emocional, y esto puede provocar el aumento y mantenimiento de dicho estado emocional.

Lo que es una evidencia es que las habilidades emocionales de la Inteligencia Emocional son importantes a la hora de comprender el bienestar emocional y se puede ver la utilidad que sería aplicar medidas de intervención dirigidas a trabajar dichas habilidades como estrategia para reducir la emocionalidad negativa y, en consecuencia, mejorar el ajuste emocional.

Pérez-Dueñas, Pacheco, Lupiáñez, y Acosta (2006) en su estudio sobre la “Inteligencia Emocional e interferencia stroop emocional en participantes con ansiedad rasgo elevada vs. Baja” ponen de manifiesto que las personas con puntuaciones bajas en la dimensión de *atención* a los sentimientos podrían tener una predisposición mayor a desarrollar trastornos de ansiedad. Se defiende así que los sesgos en el procesamiento de la información juegan un importante papel en la etiología y/o mantenimiento de los desórdenes emocionales.

Espada, Morales, Orgilés y Ballester (2012) en su trabajo sobre “Autoconcepto, ansiedad social y sintomatología depresiva en adolescentes españoles según su orientación sexual” señalan hallazgos en diferentes investigaciones internacionales que vienen a demostrar que los adolescentes homosexuales muestran un mayor riesgo de padecer depresión que los adolescentes heterosexuales. Los principales motivos de esta tristeza son la devaluación personal, miedo a hacer sufrir a seres queridos, sentimientos de culpa, intentos frustrados de reorientar sus deseos sexuales y temor ante un posible rechazo social. A partir de los resultados puede concluirse que en España el colectivo homosexual ha evolucionado vertiginosamente a nivel social y legal en los últimos años. Si el rechazo social influye directamente en los trastornos emocionales de los

jóvenes homosexuales, nuestros hallazgos reflejan un descenso de los problemas emocionales en este colectivo. Desde una perspectiva social se observa una tendencia hacia la aceptación de la homosexualidad como una condición sexual más. Desde el punto de vista individual, aunque se observa como promedio un peor estado de ánimo, los adolescentes homosexuales muestran en general un buen autoconcepto y una buena capacidad de adaptación a su entorno.

Del Barrio, Frías y Mestre (1994) estudian la autoestima y depresión en niños. Sus resultados muestran que la depresión infantil mantiene una correlación negativa con los sentimientos de autoestima y superioridad/popularidad y una correlación positiva con los síntomas de ansiedad/aislamiento.

Echeburúa, et al. (2000) en su estudio sobre “Tratamiento del trastorno mixto de ansiedad y depresión: resultados de una investigación experimental” ponen de manifiesto la importancia de tratar la expresión emocional restringida y el déficit de autoestima con terapia cognitivo-conductual.

Góngora y Casullo, (2009) en su estudio sobre Factores protectores de la salud mental: Un estudio comparativo sobre valores, autoestima, e inteligencia emocional en población clínica y población general” relacionan inteligencia emocional, valores y autoestima en Salud Mental..

Pérez-Camarero, Rojo e Hidalgo (2009) indican tras su estudio sobre la salud mental de las personas jóvenes en España que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre un 10 y un 20 por ciento de los adolescentes europeos sufren algún problema de salud mental o de comportamiento. Alrededor de dos millones de jóvenes sufren en Europa trastornos mentales, en distinto grado de severidad. Estas cifras nos sirven para recordar que el cuidado de la salud mental de las personas jóvenes es en cualquier sociedad un imperativo para la construcción del futuro. La protección de la autoestima y el desarrollo del potencial intelectual y emocional de los y las jóvenes son una responsabilidad que afecta a todos los factores sociales.

Sánchez, Aparicio y Dresch (2006) realizan un estudio sobre Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercibida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. Indican que las variables psicológicas predicen más la salud física de las

mujeres que la de los varones, lo que parece indicar que la salud física de las mujeres está íntimamente relacionada con la salud psicológica.

González y Gimeno (2013) en su estudio sobre menores en situación de riesgo social: Valoración de un programa para la mejora de la autoestima señalan como el programa de desarrollo de la autoestima (PIAM-RS) resulto efectivo, incrementándose de forma significativa el nivel de autoestima en el grupo de menores que participaron en el mismo y, se vio que los menores de riesgo social están expuestos diariamente a diferentes factores de riesgo, lo cual, influye y disminuye su estabilidad emocional. Se demuestra, una vez más, que la autoestima es importantísima en el desarrollo personal de los menores y es un factor protector del desarrollo, de ahí la importancia de desarrollar programas dirigidos al desarrollo de la autoestima, y que se puedan implementar desde el propio centro educativo. Además, sería fundamental incluir actividades y formas de educar que puedan utilizar padres y profesores, de tal manera que aparte de ser trabajado en la escuela, se pueda desarrollar también entre padres e hijos en el hogar, incrementando así la autoestima, y por consiguiente la salud emocional de los menores.

Cantón y Justicia (2008) señalan en su estudio sobre “Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo” que las secuelas a largo plazo que producen los abusos sexuales en la infancia provocan en la edad adulta numerosas dificultades psicológicas conductuales y sociales que van desde la depresión y baja autoestima hasta el abuso de sustancias y los trastornos de personalidad. Pero no se han visto evidencias de la existencia de un grupo consistente de síntomas que pudiésemos llamar "síndrome post-abuso", y ciertamente no todas las víctimas de abuso infantil muestran un daño significativo posterior. Debido a esta variabilidad, se hace necesario investigar sobre los factores que intervienen en el proceso de ajuste de las víctimas, y poder conseguir datos útiles para evitar la aparición de secuelas psicológicas.

1.3.2. Demandas del yo (Dimensiones Motivación, atribución y expectativas)

Cecchini, González, Carmona y Contreras (2004) estudian las relaciones entre clima motivacional, orientación de meta, motivación intrínseca, auto-confianza, ansiedad y estado de ánimo en jóvenes deportistas. Este estudio examinó las relaciones

entre el clima motivacional, generado en las sesiones de entrenamiento, la orientación de meta, la motivación intrínseca, la auto-confianza, la ansiedad y el estado de ánimo en jóvenes deportistas antes y después de una competición. Los resultados mostraron que el clima de maestría fue asociado positivamente a la orientación a la tarea, la motivación intrínseca en las sesiones preparatorias, la auto-confianza y el estado de ánimo pre-competitivo. El clima de ejecución se asoció positivamente a la orientación al ego y a la ansiedad somática y cognitiva, y negativamente a la motivación intrínseca, la auto-confianza y el estado de ánimo pre y post-competitivo.

Jiménez-Castuera, Cervelló-Gimeno, García-Calvo, Santos-Rosa Ruano e Iglesias-Gallego (2007) realizan un estudio de las relaciones entre motivación, práctica deportiva extraescolar y hábitos alimenticios y de descanso en estudiantes de Educación Física. Allí se analiza, desde la perspectiva social-cognitiva de las metas de logro, las relaciones existentes entre los climas motivacionales, las orientaciones de meta-disposicionales y conductas pertenecientes a estilos de vida saludables. Y llega a la conclusión de que la práctica de actividad física y deportiva extraescolar actúa de mediadora entre el clima que les implica en la tarea y las conductas saludables, siendo estas asociaciones consistentes con la perspectiva teórica de las metas de logro.

Sierra-Díez, Froufe-Torres y Falces-Delgado (2011) realizan una investigación sobre el papel de las metas conscientes e inconscientes en la motivación del consumidor e indican que en términos funcionales, las metas juegan un papel decisivo en la motivación y, a través de ésta, en la eficacia de nuestras acciones. Por eso, está siendo objeto de múltiples investigaciones conocer el papel de las metas en las conductas de consumo. Unas examinan los procesos implicados en el establecimiento de metas (representación y activación) y otras los implicados en su consecución (desarrollo de intenciones, planificación, inicio, mantenimiento y control de conductas dirigidas a metas). Este estudio muestra, frente a la posición tradicional que se basaba en los procesos conscientes de consumo, que hay más énfasis en la satisfacción inconsciente de metas.

Merayo, Cano y Rodríguez (2008) en su estudio sobre motivación para el cambio como predictor de la adherencia terapéutica en el dolor crónico, señalan que se realizó con el fin de demostrar que a medida que se incrementa el grado de motivación

de los pacientes para adoptar y desarrollar el tratamiento, se incorporarán mayor número de estrategias activas en el manejo y en la promoción de conductas saludables, mejorando así su calidad de vida. En estos casos, las conductas de salud son el resultado de un proceso de decisión. Una de las ventajas de este modelo es que permite sugerir el tipo de ayuda que necesita la persona para finalizar adecuadamente su tratamiento. Los resultados demostraron que tras finalizarlo, la mayoría de los pacientes progresaron hacia el estadio de *acción*. Una explicación de ello ha sido que los tratamientos psicológicos pueden promover mejores resultados, no sólo desarrollando nuevas habilidades, sino también generando expectativas de control y autoeficacia sobre el problema a través de experiencias de dominio y control personal durante el programa de cambio.

Manassero y Vázquez (1995) estudian la atribución causal como determinante de las expectativas. Este estudio confirma la validez del principio de expectativa por el cual las atribuciones más estables sostienen expectativas de obtener los mismos resultados en el futuro, sin embargo, las atribuciones inestables provocan cambios en las expectativas sobre el futuro. Se verifica el cambio de expectativas como variable más relevante para medir las expectativas y como variable independiente se ratifica la dimensión causal de estabilidad mejor que el lugar de causalidad o la controlabilidad. En cambio, cuando observamos un sistema causal pentadimensional, donde se añade intencionalidad y globalidad, ambas dimensiones nuevas se convierten también en variables independientes que compiten con la estabilidad, ya que también cumplen las predicciones del principio de expectativa. Todo este estudio se realizó con estudiantes españoles en situación escolar real.

Calvete, Villardón, Estévez y Espina (2007) en su estudio sobre la desesperanza como vulnerabilidad cognitiva al estrés: adaptación del cuestionario de estilo cognitivo para adolescentes demostraron que las chicas tienen una mayor tendencia al estilo atribucional de desesperanza, debido a que atribuyen en mayor medida los acontecimientos negativos a causas globales, y perciben mayores consecuencias negativas para sí mismas y su futuro. Y curiosamente, sólo en las chicas el estilo de desesperanza, llega a actuar como factor de vulnerabilidad haciendo que el impacto de los estresores en los síntomas depresivos sea mayor.

Soria, Otamendi, Berrocal, Caño y Rodríguez Naranjo (2004) investigan las atribuciones de incontrolabilidad en el origen de las expectativas de desesperanza en adolescentes. Señalan que se puede ver la importancia de la indefensión aprendida que, en su modelo original explicaba que la percepción de no contingencia es determinante en el surgimiento de las expectativas de incontrolabilidad. En la última versión, se puede ver como las expectativas de desesperanza, caracterizadas por percibir el futuro como incontrolable, dependen de las atribuciones de acontecimientos negativos a causas globales y estables. Este estudio quiso comprobar si las atribuciones de incontrolabilidad determinaban a su vez las expectativas de desesperanza, y los resultados hallados fueron, que ni la globalidad ni la estabilidad predecían expectativas de desesperanza, si bien atribuir los acontecimientos negativos a causas incontrolables las incrementaba significativamente. Estos resultados demuestran la utilidad de incorporar una nueva dimensión atribucional, que evalúa la percepción de no contingencia, en la predicción de las expectativas de desesperanza.

Vázquez, Díez-Alegría, Nieto-Moreno, Valiente y Fuentenebro (2006). Han trabajado sobre las Atribuciones causales explícitas e implícitas en el delirio: estudio de su especificidad en delirios paranoides y no paranoides. En este trabajo se estudia la relación entre paranoia, depresión y atribuciones causales. Los datos suelen indicar que las personas con delirios paranoides tienden a atribuir los sucesos negativos que les pasan a causas externas y culpan a los demás de los eventos adversos que les ocurren, haciendo así un sesgo atribucional personalizante. Este estilo atribucional es completamente opuesto a las personas con depresión, quienes tienden a atribuir los sucesos negativos a causas internas, globales y estables. Pero cuando el estilo atribucional se estudia de modo encubierto, el patrón que emerge en personas con delirios paranoides parece ser semejante al de las personas con depresión, realizando atribuciones internas para los sucesos negativos.

Rodríguez, y Nouvilas (2007) en su investigación sobre conflicto trabajo familia como fuente de estrés: el papel modulador de las atribuciones se puede ver que en los conflictos de familia que afectan a nuestra salud, como por ejemplo, un problema con un hijo, una buena técnica de bienestar psicológico consiste en intentar no externalizar los problemas, asumiendo la responsabilidad de nuestra situación de salud. No así en el trabajo, donde cuando el estrés tiene su origen en el conflicto laboral, por ejemplo

problemas con el jefe, las atribuciones juegan el papel inverso, ya que parece que mejora la salud no asumir ciertas responsabilidades con respecto a dicha salud.

Sanjuán, Pérez, Rueda y Ruiz (2008) en su trabajo sobre estilos explicativos y afecto negativo indican que cuando se habla del estilo explicativo negativo nos estamos refiriendo a soler explicar las situaciones negativas mediante causas internas, estables y globales. En las investigaciones anteriores se ha relacionado este estilo con depresión clínica y síntomas depresivos, e incluso con ansiedad y otras emociones negativas. En este estudio se ve la relación entre estilo explicativo negativo, afecto negativo y síntomas de ansiedad y depresión. Se comprobó que cuando se controlaba el efecto del afecto negativo, las relaciones entre este estilo negativo y los síntomas de ansiedad y depresión desaparecían, mientras que si el control se hacía en los síntomas de ansiedad y depresión, la relación entre el estilo explicativo y el afecto negativo desaparecía. Se llegó a la conclusión de que el estilo explicativo negativo constituye un estilo cognitivo predictor de malestar psicológico y que no es específico de la depresión..

Sanjuán y Magallares (2006) en su estudio sobre “estilo atributivo negativo, sucesos vitales y sintomatología depresiva” se vuelve a poner de manifiesto que el estilo atribucional negativo inicia y mantiene la depresión. Pero en los últimos años se esta viendo que también se asocia con ansiedad, hostilidad, malestar psicológico en general y una peor salud física con más enfermedades y que les duran más tiempo. Por tanto la importancia de este estudio se encuentra en plantearse si el estilo atribucional negativo sea, aparte de un factor de riesgo para desarrollar depresión, un factor de vulnerabilidad general que predisponga al malestar físico y psicológico.

Hervás y Vázquez (2006) realizan un estudio que se enmarca en la complejidad e Inteligencia Emocional, investigando el origen emocional de las respuestas rumiativas. En su trabajo se puede ver como la actividad rumiativa tiene varias consecuencias negativas para el individuo, entre las que cabe destacar un mayor pesimismo, peor capacidad de resolución de problemas y mayor elaboración de atribuciones negativas. La investigación, tanto longitudinal como experimental, ha demostrado que las personas con un estilo de respuesta rumiativo tienen más probabilidades de intensificar su estado de ánimo depresivo, pudiéndose llegar en muchos casos a desarrollar una depresión clínica.

Sanjuán y Magallares (2007) analizan los estilos explicativos y las estrategias de afrontamiento. Sus resultados muestran que las personas con un estilo explicativo negativo tienen mayores síntomas depresivos, ya que el estilo de afrontamiento utilizado para hacer frente a diferentes situaciones, se basa en un estilo que utiliza estrategias de evitación o negación del problema, que lo que hacen es incrementar el malestar emocional. Sin embargo, se ha visto que las personas con estilo autoensalzante, utilizan estrategias de afrontamiento directo centradas en la solución del problema y, por el contrario, apenas usan estrategias centradas en la emoción, todo esto provoca bienestar psicológico en el sujeto.

En relación con las expectativas y el ámbito laboral, Piqueras, Rodríguez-Morejón y Rueda (2008) establecen que las personas optimistas y motivadas pasan menos tiempo en desempleo que las que no lo son.

Chico y Ferrando (2008) investigan en su estudio las variables cognitivas y afectivas como predictoras de la satisfacción en la vida. Las pruebas utilizadas en este estudio fueron las escalas LOT-R, PANAS, el Test de Satisfacción en la Vida y el Inventario de Depresión de Beck. Señalan que no se deben utilizar medidas conjuntas de optimismo y pesimismo cuando existe un modelo relativamente bidimensional. Es decir, la afectividad positiva y negativa son dos constructos bidimensionales de total independencia. En población no clínica predicen mejor la satisfacción de vida y la depresión los componentes afectivos (afecto positivo y negativo) que los componentes cognitivos (optimismo y pesimismo).

González, Peñacoba, Velasco, López-López, Mercado y Barjola (2009) evalúan la relación entre los recursos cognitivos de control percibido sobre la enfermedad, como son las expectativas de autoeficacia y el lugar de control interno del dolor, con el estado de estrés-recuperación y el malestar afectivo en mujeres diagnosticadas de fibromialgia, todo ello dentro de un modelo estructural de relación. Se confirmó que el balance de estrés-recuperación media la relación entre los recursos cognitivos y el malestar afectivo. Y se vio como los recursos cognitivos tenían un efecto directo sobre la limitación funcional, y como la intensidad del dolor y los otros síntomas de enfermedad tenían efecto directo sobre el malestar afectivo. Por tanto es importante, hacer hincapié en señalar la posible interpretación de una buena parte de las técnicas cognitivo-conductuales, como herramientas orientadas a la búsqueda del correcto equilibrio entre

estrés y recuperación, utilizadas habitualmente para el tratamiento de la fibromialgia, resultando fundamental para ello la modificación de las creencias de autoeficacia y las expectativas de control.

Remor, Amorós y Carrobles (2006) examinan la relación entre el malestar físico y el optimismo y la experiencia de ira. Exponen que las personas con pesimismo tienen mayor frecuencia e intensidad de malestar físico, así como mayor emoción de la ira en el sentido de sentimientos de ira expresados física y verbalmente, también poseen más expresión interna de ira y además, mayor rasgo de ira en comparación con las personas con optimismo.

1.3.3. Retos del yo (Afrontamiento de problemas y Toma de decisiones)

Continuando con aquellos estudios relacionados con la esfera de Retos del Yo (Afrontamiento de problemas y toma de decisiones), Plata-Muñoz, Castillo y Guevara-López (2004) evalúan la relación entre el dolor crónico con la depresión, ansiedad, estrategias de afrontamiento, percepción del control, autoeficacia e incapacidad funcional. Según apuntan, la intensidad del dolor se relaciona significativamente con depresión y catastrofización, mientras que incapacidad funcional mostró una correlación con ansiedad y depresión.

González, Montoya, Casullo y Bernabeu (2002) examinan la relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. Se comprobó una escasa relación entre edad y afrontamiento y bienestar psicológico. En cuanto al género sí se encontraron diferencias, viendo que, aunque las mujeres poseían un repertorio de estrategias de afrontamiento mayor al de los hombres, éstas tienen menos habilidad para afrontar los problemas. Existe mayor relación entre bienestar psicológico y estrategias de afrontamiento que entre bienestar psicológico y edad o sexo.

Kramp (2012) examinan en población ansiosa y depresiva chilena el afrontamiento y perfil de resolución de problemas sociales. En el 2020, tal y como predice la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, la depresión se convertirá en la segunda enfermedad mundial causante de incapacidad. En Chile, los trastornos ansiosos y depresivos representan casi un 28% del total de años de vida saludable perdidos por enfermedad. En este estudio se comprobó

que existían diferencias estadísticamente significativas para las estrategias de resolución de problemas sociales y afrontamiento al estrés evaluadas en personas con ansiedad y depresión, donde se demuestra que a mayor aumento de síntomas, las estrategias de afrontamiento al estrés y de resolución de problemas, se hacen cada vez menos adaptativas.

Rodríguez-Marín, Pastor y López-Roig (1993) subrayan la relación entre los recursos de afrontamiento como son las redes de apoyo social, y las respuestas de afrontamiento con es la búsqueda de apoyo social, con los diferentes componentes de calidad de vida en enfermos crónicos. Los resultados confirman que en estas personas, la existencia de redes de apoyo social, constituyen un importante recurso de afrontamiento, y la disponibilidad, recepción y percepción, se asocian con una mejor adaptación a la enfermedad crónica llegando, en muchos casos, a conseguirse un mejor estado físico y funcional que se traduce en aumento de la calidad de vida. Este estudio también corrobora que la “búsqueda de apoyo social” (tanto instrumental como emocional), es una de las respuestas de afrontamiento más frecuentes en enfermos crónicos, cuya eficacia va a depender de que esas redes de apoyo social, existan, se conozcan y estén disponibles para estas personas, por lo que crearlas y mejorarlas, es contribuir a la calidad de vida de los enfermos crónicos.

Martínez-Correa, Reyes, García-León y González-Jareño (2006) analizan las estrategias de afrontamiento en relación con el optimismo/pesimismo disposicional. Los estudios recientes confirman que existe un pesimismo disposicional relacionado con un peor estado de salud física y un optimismo disposicional relacionado con un mejor estado de salud física, y parece ser que el mecanismo mediador de estas relaciones son las diferentes estrategias de afrontamiento del estrés utilizadas por las personas. En esta investigación se llegó a la conclusión de que el pesimismo se relaciona positivamente con la sintomatología física, mientras que el optimismo está relacionado negativamente con las quejas somáticas, y esta vinculación puede ser explicada por la utilización diferencial de la estrategia de afrontamiento llamada autocrítica y que es característica del pesimismo.

López-Pérez-Díaz y Calero-García (2008) examinan la sensibilidad al dolor, autorregulación, afrontamiento y personalidad en mujeres adultas sanas. Se comprobó que existía una relación positiva entre sensibilidad al dolor e intensidad subjetiva de

dolor y que además se dan diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de baja y alta sensibilidad al dolor con las variables de automotivación, focalización en solución de problemas, reevaluación positiva de los acontecimientos estresantes, energía y apertura mental. En conclusión se planteaban así varias hipótesis, por una parte, que el afrontamiento adaptativo de diversas situaciones estresantes en mujeres adultas sanas puede relacionarse con una menor sensibilidad al dolor, y, de confirmarse dicha hipótesis, clínicamente sería aconsejables enseñar estrategias de afrontamiento adaptativas para la mejoría clínica de los síndromes, por otra parte, cabría ver el efecto positivo sobre la sensibilidad al dolor, desarrollando un estilo de afrontamiento dinámico y enérgico, y con apertura mental.

En el trabajo de González, Ramos, Caballero y Wagner (2003) el interés se encuentra en identificar la relación existente entre correlatos de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes. Los resultados indicaron que los estudiantes con depresión y/o ideación suicida tienen más conflictos y peor relación con padre/madre (de los que dicen que suelen discutir entre ellos por problemas económicos), tienen baja autoestima, son impulsivos y suelen usar respuestas agresivas de afrontamiento. La prevalencia de intento suicida fue mayor en mujeres (17%) que en hombres (7%). Los estudiantes impulsivos presentaban más riesgo cuando tenían antecedentes de intento suicida y en hombres, el afrontamiento agresivo, también se relaciona con mayor riesgo. En mujeres, el mayor riesgo era cuando tenían conflicto con padre/madre y cuando sus padres discutían por problemas económicos. Con estos datos sería interesante trabajar la prevención desde los servicios de salud.

Carrobles, Remor y Rodríguez-Alzamora (2003) examinan en pacientes con infección por VIH el afrontamiento, apoyo social percibido y el distrés emocional. Llegan a la conclusión de que existen asociaciones entre el grado de distrés emocional experimentado por las personas con VIH con las variables de afrontamiento y el apoyo social percibido. Se ha visto que los factores protectores contra el distrés emocional son un afrontamiento activo, con actitudes de autocuidado, centrado en la solución de problemas, con búsqueda de apoyo social e información, junto con apoyo afectivo percibido (en el sentido de tener personas dispuestas a escucha y brindar afecto). Siendo, por el contrario, los mejores predictores del distrés emocional, la actitud pasiva frente a la enfermedad, la ausencia de apoyo afectivo, las estrategias de evitación, los comportamientos pasivos, junto con los pensamientos rumiativos y de desesperanza.. En este sentido, las intervenciones para reducir la posibilidad de que los pacientes con

VIH experimenten distrés emocional, se basan en que tengan como objetivo la reducción del afrontamiento por evitación, maximizando las estrategias de afrontamiento activo-cognitivo y activo-conductual, siendo capaces, a su vez, de brindar apoyo afectivo y enseñar a los sujetos estrategias para la mejora de la comunicación con el entorno sanitario y encaminadas a obtener un apoyo más efectivo, todo ello va a contribuir a la mejor calidad de vida de estas personas.

Remor, Amorós y Carrobles (2010) muestran la eficacia de un programa manualizado de intervención en grupo para la potenciación de fortalezas y recursos psicológicos. Se activó un programa de potenciación de los recursos psicológicos consistente en los siguientes contenidos distribuidos en diez sesiones: a) Conocer qué son los recursos psicológicos, b) Tomar conciencia de la importancia de los recursos psicológicos, c) Conocer la relación que se establece entre el uso de los recursos psicológicos, salud, y bienestar subjetivo, d) Diferenciar los estilos de comunicación personales: agresivo, tímido y asertivo, e) Desarrollar estrategias de afrontamiento óptimo de los problemas, f) Identificar las claves para el desarrollo del entusiasmo y la vitalidad, g) Tomar conciencia de la importancia de la capacidad de perdonar, h) Conocer las diferencias entre los pensamientos positivos y negativos y el efecto que pueden tener sobre la salud y el bienestar subjetivo, i) Conocer la importancia de dar y de recibir elogios, j) Conocer y evaluar los logros personales y las capacidades para conseguirlos, k) Adquirir y/o mejorar la capacidad de respiración y relajación. Los resultados de la aplicación de este programa fueron que se potenciaron los recursos psicológicos, aumentando el optimismo, el sentido del humor, la capacidad de resolución de problemas y de autocontrol. Y se logró disminuir, el estrés percibido, la depresión, los síntomas somáticos y las quejas subjetivas de malestar físico.

Márquez (2006) examinó las estrategias de afrontamiento del estrés en el ámbito deportivo. En su estudio se vio que los deportistas con mayor estrés crónico y prolongado, son los que utilizan estrategias de afrontamiento incorrectas, no reaccionan de manera racional o son incapaces de interpretar de forma adecuada los eventos relacionados con la actividad deportiva. Todo esto se traduce en un empeoramiento de la capacidad de ejecución e incluso en la aparición de *burnout* y abandono deportivo. Resulta evidente que los atletas que participan en deportes competitivos necesitan lograr satisfacer sus expectativas y mejorar su rendimiento, y para ello es indispensable que empleen habilidades psicológicas y estrategias de afrontamiento efectivas.

Espada y Grau (2012) analizan las estrategias de afrontamiento en padres de niños con cáncer. Los datos son reveladores e indican que estos padres utilizan más frecuentemente la estrategia de afrontamientos de problema con entereza, adecuación a la acción y calma, y la estrategia de regulación afectiva aparentando normalidad. Seguidas de estas, las estrategias más frecuentemente utilizadas serían las relacionadas con la búsqueda de información, apoyo social y reestructuración cognitiva. Y por unanimidad, la estrategia menos utilizada es la de distracción.

Limonero, Sábado y Fernández-Castro (2006a) analizan la relación entre inteligencia emocional percibida y ansiedad ante la muerte en una muestra de estudiantes universitarios. Según se deduce de los datos analizados, los estudiantes con menores niveles de ansiedad ante la muerte fueron los que tenían un mejor ajuste emocional. Es decir, poseían una mejor adaptación psicológica y, consecuentemente, menores niveles de ansiedad ante la muerte, los estudiantes con puntuaciones moderadas o bajas en atención emocional y altas en claridad y regulación. Estos resultados demuestran que la inteligencia emocional tiene valor predictivo sobre la ansiedad ante la muerte. Por lo que, si mejoramos la competencia emocional de las personas entrenándolas en cada una de las habilidades de la inteligencia emocional (atención, claridad y regulación emocional), estaremos reduciendo su grado de ansiedad ante la muerte.

Hernangómez y Vázquez (2005) examinan las diferencias entre una muestra clínica y control en el Inventario de Afrontamiento de la Depresión (CID)". Se comprobó que lo importante no es tanto qué estrategia se usa, sino cómo se emplea y qué significado se le da. Se vio como, en comparación con la muestra control, los pacientes manifestaron emplear menos estrategias de afrontamiento y percibieron una menor eficacia de las mismas. Asimismo, la muestra clínica mostró un menor uso de la reevaluación cognitiva (sacar lo positivo, darse ánimos a uno mismo...), y un mayor empleo de medicación y de expertos, así como una mayor búsqueda de apoyo social y de expresión emocional ante determinados síntomas depresivos y más estrategias de supresión cognitiva (ignorar) frente a sentimientos de ira o enfado. Además, comer para afrontar la tristeza estaba asociado en los pacientes con la búsqueda cognitiva de soluciones mientras que el uso de alcohol y otras drogas se asociaba con la falta de expresión emocional. Se analizan las implicaciones de los resultados para la optimización de intervenciones psicoterapéuticas, ya que se ha visto como el empleo de recursos externos (medicación, otras personas) frente a recursos propios parece así

marcar la diferencia entre pacientes y no pacientes y puede estar indicando una interesante dirección a seguir en el tratamiento psicológico. Si bien el hecho de recurrir a especialistas y al consumo de psicofármacos son soluciones útiles ante alteraciones psicológicas graves, el objetivo a largo plazo de toda psicoterapia debería centrarse en conseguir la autonomía de la persona que acude a consulta de modo que aprenda a emplear sus propias potencialidades en el afrontamiento de problemas futuros.

Espinosa (2009) realiza una revisión de la ansiedad infantil e implicación de los padres. Cuando se trabaja con padres los aspectos que se suelen incluir son la psicoeducación (conceptualización cognitivo-conductual de la ansiedad y su tratamiento), el manejo de contingencias (refuerzo de conductas de afrontamiento y extinción de conductas de ansiedad y de evitación), la instrucción para modelar conductas de afrontamiento, las estrategias para reconocer y reducir los niveles de ansiedad en ellos mismos y habilidades específicas de resolución de problemas y comunicación familiar.

En el estudio de Simón (1997) se investiga la participación emocional en la toma de decisiones. Los resultados de la reciente investigación neurofisiológica y neuropsicológica obligan a reconsiderar los mecanismos encargados de la toma de decisiones y a tener en cuenta la participación de las emociones en estos procesos. La amígdala, una estructura capaz de asignar significado emocional a los estímulos ambientales (evaluación), se encarga de poner en marcha una serie de reacciones de carácter motor, autonómico, endocrino y del sistema nervioso central, que constituyen la expresión emocional. Todos estos cambios revierten, a su vez sobre el cerebro, en lo que se conoce como la experiencia de las emociones o los sentimientos. Por otro lado, las investigaciones neuropsicológicas han revelado la importancia en la toma de decisiones de la corteza prefrontal, poniendo de relieve como se relacionan íntimamente las funciones anticipatorias y planificadoras de la corteza prefrontal, con los mecanismos límbicos emocionales. La neurobiología está confirmando lo que Pascal de forma intuitiva afirmó en su día, al escribir que "El corazón tiene razones que la razón ignora".

Arce y Santisteban (2006) realizan una revisión acerca de la impulsividad. La impulsividad es cada vez más evidente en los estudios sobre la toma de decisiones, desde la más simple acción, hasta la elección de paradigmas elaborados en la evaluación de consecuencias futuras, va a depender del tiempo de elección. Y se ha estudiado la relación entre impulsividad y tiempo, ya que se considera, que las personas impulsivas

puedan tener alterado el sentido del tiempo, sobreestimando su duración, y esto les lleva a no saber aplazar la recompensa y necesitar refuerzos inmediatos, por lo que actúan sin pensar las consecuencias de forma impulsiva.

Jiménez (2010) analiza las funciones que puede tener internet en relación a estimular la actividad cerebral y prevenir el deterioro mental. Las personas mayores y de mediana edad pueden beneficiarse del uso de Internet, ya que, como se comprobó en este estudio, durante la realización de búsquedas en la Web se activan centros especiales del cerebro implicados en la toma de decisiones y en el razonamiento complejo.

1.3.4. Relaciones del yo (Empatía, asertividad y comunicación)

Finalmente, se exponen aquellas investigaciones que tienen que ver con la empatía, la asertividad y la comunicación, dimensiones que se engloban en la esfera de Relaciones del yo.

Caballo (2005) en su manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales destaca la importancia de trabajar las habilidades sociales en las relaciones interpersonales, ya que estas juegan un papel fundamental no sólo para progresar profesionalmente, casarse o disfrutar de los ratos de ocio, sino que también sirven como amortiguadores de muchos golpes proporcionados por el discurrir de la vida y como ayuda para una más pronta recuperación de muchos trastornos psicológicos, entre los que se encuentra nuestra sintomatología ansioso-depresiva.

Marín y León (2001) realizan un entrenamiento en habilidades de comunicación interpersonal en alumnado de enfermería dentro del área de atención a pacientes, asegurando su validez. Se trabajó con un programa de entrenamiento en habilidades sociales que cubría los siguientes elementos: Aceptación y oposición asertiva, capacidad para planificar, determinar las propias habilidades, establecer objetivos, concentrarse en la tarea apropiada para la obtención de dicho objetivo, tomar decisiones, y resolver conflictos según su importancia. Los resultados fueron, que tras varios meses se confirmaba la influencia del entrenamiento recibido, donde el personal de enfermería ve reducido su estrés cuando tiene que hacer frente a presiones grupales (como las de los familiares del paciente), aprende a manejar situaciones conflictivas interpersonales (como el responder a demandas emocionales de pacientes terminales y desarrollan

habilidades para defender sus competencias profesionales ante otros colectivos del servicio de salud.

Páez, Martínez, Sevillano, Mendiburo y Campos (2012) analizan los estilos de regulación afectiva a través del instrumento MARSs, Medida de estilos de regulación afectiva ampliada en ira y tristeza en una muestra de 355 estudiantes de licenciatura de Chile, España y México. La ira dio mayor afrontamiento instrumental, búsqueda de apoyo, rumiación, manejo fisiológico activo y confrontación que la tristeza. Esta última se caracterizó por la evitación, con mayor pensamiento desiderativo y uso del cariño. Se asoció a la mejora percibida en metas adaptativas la regulación directa o instrumental y la búsqueda de apoyo, y se asoció al bienestar psicológico la distracción y reevaluación positiva. Las formas de regulación de la respuesta emocional que mejor funcionaron fueron, autoreconfortarse, autocontrolarse y regular la expresión y las que peor funcionaron fueron el abandono psicológico y el aislamiento social que conducían a la evitación de la modificación de situaciones y de las relaciones sociales. Se encontraron asociaciones positivas entre las estrategias adaptativas y el bienestar, la reevaluación y uso del humor como forma de afrontar el estrés, así como negativas con la supresión y alexitimia. Las estrategias inadaptativas mostraron el perfil opuesto. La descarga en este estudio se asoció al bienestar y se vio que era más empleada en mujeres, quienes también utilizaban en mayor medida la búsqueda de apoyo emocional y el uso de la resolución directa de problemas en la ira. Los hombres por el contrario, empleaban estrategias de aislamiento social ante la ira y usaban más la inhibición y el manejo fisiológico. Aunque lo que se comprobó finalmente es que, ante emociones negativas las personas tienden a emplear estrategias semejantes y con efectos similares ante las emociones negativas.

García-Retamero, Takezawa y Gigerenzer (2008) examinan la comunicación grupal y las estrategias de toma de decisiones. Parten del hecho de que las personas frecuentemente hacemos inferencias en nuestro entorno sobre los acontecimientos que nos pasan, y muchas de estas inferencias no las realizamos individualmente, si no en grupo, es decir, tomamos decisiones colectivas e intercambiamos información sobre estrategias a emplear, que en diversas ocasiones se realizan con otras personas. Esta investigación se centró en comprobar si los procesos de comunicación grupal inciden en la estrategia que las personas utilizan al realizar sus inferencias. Estos resultados confirman la hipótesis de que los procesos de comunicación grupal pueden incrementar

la probabilidad de que los miembros del grupo seleccionen la estrategia más adaptativa a la hora de realizar sus inferencias.

Olaya, Tarragona, de la Osa y Ezpeleta (2008) establecen un protocolo de evaluación de niños y adolescentes víctimas de la violencia doméstica. Se puede ver que los niños sufren la violencia doméstica, no sólo directamente, sino también de forma indirecta, ya que las madres comienzan a comunicarse menos con los hijos, debido al estrés emocional que sufren, con lo que están menos disponibles para los menores. El bienestar del niño se ve afectado por la alteración de las prácticas de crianza y la supervisión de los padres. Evaluar el contexto familiar ayudará a entender la situación particular que están viviendo los hijos y planificar adecuadamente las intervenciones posteriores. A parte de evaluar el contexto familiar, es muy importante valorar también el contexto de redes de apoyo social y familiar que tiene el niño, ya que este contexto más amplio juega un papel importante a la hora de servir de amortiguación del impacto de esta violencia.

De la Iglesia y Olivar (2007) realizan un entrenamiento en habilidades sociocomunicativas en los trastornos del espectro autista de alto funcionamiento. Con este programa se consiguió entrenar y favorecer las habilidades para expresar autoafirmaciones positivas, expresión y reconocimiento de emociones, autorregulaciones y empatía, así como las habilidades para hacer amigos, mantener amistades, resolver conflictos interpersonales, relacionarse con adultos y el juego cooperativo. Pero quizás la aportación más importante del estudio fue que se consiguió disminuir los estados de ansiedad y depresión, que constituyen el principal factor de riesgo de este colectivo cuando llegan a la adolescencia y a la edad adulta. Esta investigación sugiere que la comunicación referencial es un instrumento adecuado, sensible y fiable para la exploración y el estudio del proceso comunicativo, permitiendo llevar a la práctica un programa de entrenamiento de las habilidades más deficitarias de las personas con trastorno del espectro autista de alto funcionamiento. Las técnicas de entrenamiento utilizadas por dicho programa y que resultaron tan efectivas fueron: cambio de roles, técnicas de modelado, conflictos socio- cognitivos y técnicas de feed-back.

La investigación de Garaigordobil y García de Galdeano (2006) va encaminada a analizar la empatía en niños de 10 a 12 años. En este estudio se comprobó que el

género femenino es más empático que el masculino. También se vio que los niños con alta empatía tienen muchas conductas sociales positivas como son conductas: prosociales, asertivas, de consideración con el otro, de autocontrol y de liderazgo, pocas conductas sociales negativas como son conductas: pasivas, agresivas, antisociales y de retraimiento, además los sujetos con alta empatía manejaban muchas estrategias de interacción asertiva, fueron nominados como compañeros prosociales y tenían alto el autoconcepto, la capacidad para analizar emociones negativas y la estabilidad emocional, así como muchas conductas y rasgos de personalidad creadora. Por último, las variables predictoras de la empatía en esta investigación fueron: alto nivel de conducta prosocial, bajo nivel de conducta agresiva y alto autoconcepto.

Gutiérrez, Escartí y Pascual (2011) analizan la relación entre empatía, conducta prosocial, agresividad, autoeficacia y responsabilidad personal y social de los escolares. El interés de esta investigación estriba en ver como la responsabilidad personal y social de los estudiantes de 8 a 15 años viene predicha positivamente por la conducta prosocial, la empatía y la percepción de eficacia, y sin embargo, tiene relaciones negativas con la agresividad. Todo esto es de enorme interés de cara a las implicaciones para la educación.

Mestre, Samper y Frías (2002) tienen como objetivo revisar algunos procesos cognitivos y emocionales que regulan la conducta prosocial y la conducta agresiva en adolescentes de 13 a 18 años, con especial interés en los procesos empáticos. Los resultados muestran que la principal predictora de la agresividad es la inestabilidad emocional y la mejor predictora de la conducta prosocial es la emocionalidad positiva empática y no impulsiva. Por el contrario, los procesos de razonamiento prosocial que los adolescentes realizan para decidir una conducta de ayuda tienen un peso menor en la predicción de dichas conductas.

Páez, Fernández, Campos, Zubieta y Casullo (2006) analizan la socialización, regulación y bienestar en función de los vínculos parentales, calidad del apego y del clima familiar. El estudio viene a corroborar lo que estudios previos confirman ya, y es que las personas con padres más cálidos o empáticos desarrollan un estilo de apego adulto seguro, con visión positiva de sí mismo y del mundo social y con una mejora capacidad para regular sus estados emocionales que los adultos inseguros. Por tanto, ese apego seguro se asocia a vínculos parentales cálidos, a cohesión y a expresividad

familiar, que a su vez, sirven de antecedentes de una alta Inteligencia Emocional, así como de un estilo de afrontamiento más adaptativo, vinculado al bienestar. En esta investigación, se evaluaron con instrumentos de medida la inteligencia emocional, el apego, la regulación y el bienestar. Las escalas se aplicaron en tres países (España, Chile y México) con un total de 357 estudiantes universitarios, con una edad media de 22 años. En general, los resultados indican que las personas con un mayor bienestar informan de un apego seguro, recuerdan una relación más cálida con sus padres, perciben una mayor expresividad emocional en su familia y, además, presentan una mayor claridad, regulación y verbalización de emociones, así como un buen rendimiento, es decir, una mayor inteligencia emocional.

Ferrer y Riera (2008) analiza el rol y las intervenciones de los profesionales en programas socioeducativos para familias de riesgo. En este artículo se hace referencia a la importancia de aludir al derecho de los niños y niñas a recibir una atención adecuada a sus necesidades básicas, y la familia y la escuela son los primeros contextos de socialización y desarrollo de los menores. De ahí la importancia de la corresponsabilidad educativa para potenciar la cultura de la crianza en los padres y madres y reforzar sus capacidades educativas, todo ello a través de múltiples recursos y canales de comunicación, así como espacios de acogida y encuentro. En todo ello, las actitudes y características de los profesionales que trabajan en los programas socioeducativos son básicas, teniendo que ser capaces de promover un vínculo afectivo seguro, tanto con padres y madres como con los niños. Para ello, va a ser fundamental desarrollar capacidades de empatía, sensibilidad y ofrecer confianza y seguridad. Lo que está claro es que si la escuela quiere adaptarse a las nuevas necesidades de la sociedad, debe contar con la participación y ayuda de las familias, convirtiéndose en una comunidad de aprendizaje y una forma de apoyo social a las prácticas educativas familiares.

Moya-Albiol y Occhi (2008) realizan su investigación a raíz de los atentados del 11 de marzo de 2004 en España, con la finalidad de analizar la sintomatología de Trastorno de Estrés Postraumático y empatía en población no directamente afectada a los 3-4 meses del mismo. Los resultados fueron que se daba una mayor presencia de síntomas del trastorno de estrés postraumático cuanto mayor era la proximidad al lugar de los hechos y más en las mujeres, y la empatía contribuye al desarrollo de la sintomatología del TPET. Los impactos emocionales causados por acontecimientos

como los atentados terroristas afectan a la salud psicológica de la población general, y no sólo a las personas directamente afectadas. Se vio que Una mayor actitud empática se asocia a una mayor presencia de la sintomatología del TEPT.

Martínez, Redondo, Pérez y García (2008) examinan la empatía en una muestra de delincuentes. En este estudio realizado en España, se corrobora lo que la investigación internacional ha evidenciado y es que un factor de riesgo para la agresión sexual viene determinado por la carencia de empatía con las víctimas. Los resultados sugieren que el tratamiento psicológico puede aumentar el déficit de empatía en los agresores sexuales y conseguir así disminuir el riesgo de delitos por violación. Se pone de manifiesto el poder evaluar en estudios futuros las variables de empatía y otras posibles variables psicológicas que puedan estar conectadas con los agresores sexuales.

López-Santiago, Blas y Gómez (2012) evalúan la efectividad de un programa de tratamiento asertivo comunitario para pacientes con trastorno mental grave. Los resultados indican que el Programa de Tratamiento Asertivo Comunitario de Albacete es efectivo tanto en la reducción de ingresos hospitalario como de urgencias. Este programa fue aplicado por un equipo multidisciplinar en pacientes con trastorno mental grave. Y consistió en el trabajo de diferentes tipos de intervención: las orientadas a establecer la alianza terapéutica, aportar soporte y continuidad en los cuidados, intervenciones orientadas al cumplimiento farmacológico, mejorar la conciencia de enfermedad, integración y búsqueda de actividades ocupacionales o laborales, y de ocio, intervención en crisis y en descompensaciones clínicas, asesoramiento en torno a prestaciones concretas e intervenciones psicológicas específicas (cognitivo conductuales en síntomas psicóticos, las estrategias de afrontamiento del estrés, los programas de rehabilitación cognitiva de la esquizofrenia y las intervenciones familiares). En los periodos de estudio de 12 y 36 meses disminuyó el número de ingresos y de días ingresados, así como se redujo el número de reingresos de los pacientes atendidos en el programa, y la reducción de las urgencias llegó a ser superior al 80% en ambos periodos. Este estudio da importancia a pasar, de un modelo ambulatorio y muy poco intensivo, a una atención más intensiva, integral, comunitaria y centrada en las necesidades del paciente.

López, Martín, De la Fuente y Godoy (2000) analizan qué variables predicen la severidad en relación a las drogas, incluyendo el estilo atribucional, autocontrol y la

asertividad. Se comprobó que en el consumo de alcohol, heroína y cocaína influye un estilo atribucional externo, inestable y específico para los éxitos. Lo mismo ocurre para la asertividad, se encontró que predice tanto la cronicidad de la cocaína y heroína como las cantidades consumidas. Aunque se ha podido ver que existe todavía controversia a la hora de entender dicha relación, y puede ser debido a la propia definición del término como: comportamientos realizados de diferentes maneras y además dependientes fundamentalmente del contexto y del grado de efectividad de dicha conducta, que va a estar en función del logro de los objetivos. En relación al autocontrol se ha visto que los sujetos que consumen heroína y cocaína manifiestan una pérdida de control. Todos estos resultados llevan a plantearse la necesidad de incluir dichas variables en programas preventivos y de tratamiento en el campo de las drogodependencias.

Olivares, Rosa y Piqueras (2005) realizan una intervención en adolescentes con fobia social. El programa estaba compuesto de una parte educativa, otra de habilidades sociales (inicio y mantenimiento de conversaciones, asertividad, dar y recibir cumplidos, establecer y mantener amistades, así como entrenamiento en hablar en público), exposición y técnicas de reestructuración cognitiva. Se comprobó la eficacia del tratamiento tanto en el tamaño de los efectos calculados como en el número de sujetos que dejaron de cumplir los criterios para el diagnóstico de fobia social.

Limonero, Sábado, Fernández-Castro (2006b) examinan el papel modulador de la inteligencia emocional en el consumo de tabaco y cannabis. Se comprobó que los jóvenes que percibían, comprendían y tenían claras las emociones que experimentaban, así como las situaciones que producían dichas emociones, presentaban un menor consumo de tabaco y cannabis. Por el contrario los que puntuaban bajo en este manejo de las emociones, no sólo consumían mayor cantidad de tabaco y cannabis, sino que además su inicio en el consumo se había realizado a edades más tempranas. Los estudiantes con altas puntuaciones en claridad emocional consumían menos cannabis de forma ocasional. Realmente, se ha comprobado que la comprensión emocional es un elemento clave en el éxito de las relaciones interpersonales al estar relacionada, entre otros aspectos, con la empatía, las habilidades sociales, la asertividad o la autoeficacia. No obstante, es necesario investigar más en las diferentes implicaciones de cada uno de los componentes de la inteligencia emocional en el consumo de estas sustancias.

1.4. Objetivos de la investigación

El objetivo de este trabajo es señalar el grado de presencia de las dimensiones del constructo de personalidad eficaz en personas afectadas por el síndrome ansioso-depresivo.

En esta investigación, en conformidad a lo expresado en apartados anteriores, nos centraremos en el Trastorno Ansioso-Depresivo, por ser uno de los más frecuentes en consulta y que mejor definen el síndrome ansioso-depresivo que queremos estudiar. Se acota el síndrome en los siguientes términos: puntuación de la Escala Heteroaplicada de Ansiedad de Zung (1971) por encima de la media y puntuación en el Inventario de Depresión de Beck por encima del punto de corte (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1987) .

Existen estudios sobre algunas de las dimensiones que se contemplan en el constructo de la Personalidad eficaz por separado en personas afectadas por el trastorno ansioso-depresivo pero no se tienen constancia en relación con el constructo tomado en su conjunto dentro de esta población. De ahí lo inédito del estudio.

A la luz de los resultados obtenidos se considera de gran utilidad poder realizar tratamientos adaptados al perfil de personalidad eficaz de cada paciente, desarrollando y trabajando (con diferentes técnicas y programas terapéuticos), los rasgos de personalidad más debilitados de cada persona. La individualidad en el tratamiento es demandada constantemente por los terapeutas que se dedican a trabajar con estos pacientes en la consulta.

Este objetivo se puede especificar en los siguientes objetivos específicos

1. Presencia de las fortalezas del yo (autoconcepto y autoestima) del constructo de la personalidad eficaz en personas afectadas por el síndrome ansioso-depresivo

2. Presencia de las demandas del yo (motivación, expectativas y atribución) del constructo de la personalidad eficaz en personas afectadas por el síndrome ansioso-depresivo

3. Presencia de los Retos del yo (afrentamiento de problemas y toma de decisiones) del constructo de la personalidad eficaz en personas afectadas por el síndrome ansioso-depresivo

4. Presencia de las Relaciones del yo (empatía, asertividad y comunicación) del constructo de la personalidad eficaz en personas afectadas por el síndrome ansioso-depresivo

5. Estudiar las diferencias de las dimensiones de la Personalidad eficaz en personas afectadas por el síndrome ansioso-depresivo en función de la variable género

6. Estudiar las diferencias de las dimensiones de la Personalidad eficaz en personas afectadas por el síndrome ansioso-depresivo en función de la variable edad,

7. Estudiar las diferencias de las dimensiones de la Personalidad eficaz en personas afectadas por el síndrome ansioso-depresivo y personas no afectadas

8. Formular tipologías de personalidad eficaz en personas en personas afectadas por el síndrome ansioso-depresivo

9. Comparar las tipologías obtenidas en personas afectadas por el síndrome ansioso-depresivo con las obtenidas en personas no afectadas.

1.5. Formulación de Hipótesis

En base a los antecedentes expuestos es posible formular la existencia de las siguientes hipótesis que deberán ser confirmadas en su caso una vez realizados los pertinentes análisis de datos

1. Existe una relación inversa entre la intensidad del síndrome ansioso-depresivo con la dimensión fortalezas del yo (Autoconcepto y autoestima) del constructo personalidad eficaz

2. Existe una relación inversa entre la intensidad del síndrome ansioso-depresivo con la dimensión Demandas del yo (Motivación, expectativas y atribuciones) del constructo personalidad eficaz

3. Existe una relación inversa entre la intensidad del síndrome ansioso-depresivo con la dimensión Retos del yo (afrentamiento de problemas y toma de decisiones) del constructo personalidad eficaz
4. Existe una relación inversa entre la intensidad del síndrome ansioso-depresivo con la dimensión Relaciones del yo (Empatía, Asertividad y Comunicación) del constructo personalidad eficaz
5. Existen diferencias significativas en las dimensiones del constructo de la personalidad eficaz en las personas con sintomatología ansioso-depresivo en función de la variable género.
6. Existen diferencias significativas en las dimensiones del constructo de la personalidad eficaz en las personas con sintomatología ansioso-depresivo en función de la variable edad
7. Las personas afectadas por el síndrome ansioso-depresivo presentan dimensiones del constructo de la personalidad eficaz (fortalezas, demandas, retos y relaciones del yo) significativamente inferiores a las que se obtiene en población no afectada
8. El nivel de eficacia e ineficacia que se obtiene en los tipos de personalidad eficaz en personas afectadas por el síndrome ansioso-depresivo está relacionado con el mayor o menor grado de sintomatología
9. Las tipologías obtenidas en personalidad eficaz en población ausente del síndrome ansioso-depresivo presentan semejanzas con las obtenidas en personas afectadas por el síndrome en cuanto a la formación de los clusters

2. Metodología

2.1. Participantes

La muestra de este estudio estuvo conformada por 212 participantes que se dividen en dos grupos.

Grupo 1: Este grupo estuvo compuesto de 106 participantes diagnosticados con el síndrome ansioso-depresivo, de los cuales 34 fueron hombres (32,1%) y 72 mujeres (67,9%). La media de edad de este grupo fue de 40.0094 con una desviación típica de 12.77684.

Grupo 2: Este grupo estuvo formado de 106 participantes sin diagnóstico de ansiedad y/o depresión, de los cuales 34 fueron hombres (32,1%) y 72 mujeres (67,9%). La media de edad de este grupo fue de 42.217 con una desviación típica de 9.42466.

En el punto de procedimiento se expone el proceso de recogida de información.

2.2. Instrumentos

Cuestionario de Personalidad Eficaz- Adultos CPE-A (López-Pérez, 2011)

Cuestionario de Ansiedad (Zung, 1971);

Cuestionario de Depresión (Beck, 1961)

2.2.1 El cuestionario de Personalidad Eficaz- Adultos CPE-A

Para la realización de esta investigación se ha empleado el “Cuestionario de Personalidad eficaz en población adulta española de 30 a 60 años de edad (en contextos españoles y en contextos chilenos) elaborado por Martín del Buey, Martín Palacio y López-Pérez (López-Pérez, 2011) el primero y de Martín Del Buey, Martín y Ramírez el segundo (Ramírez, 2013). Presenta las siguientes características:

Fiabilidad del Cuestionario. Los índices alfa de consistencia interna de cada ítem oscilan entre .851 y .858, obteniéndose un coeficiente global (Alfa de Cronbach) de .859.

Análisis Factorial

Presenta cuatro factores:

1. Autoestima: Conformado principalmente por variables propias de la esfera **Fortalezas del Yo**, puesto que integra ítems que miden indicadores de autoconcepto y autoestima. Dado que este componente integra aspectos valorativos de la persona, un sujeto que puntuara alto tendría un buen conocimiento y aprecio de su físico, una alta

valoración y confianza en sus recursos cognitivo-motivacionales y sociales y un ajustado reconocimiento de sus limitaciones.

Consta de ocho ítems: 3, 7, 11, 15, 19, 23, 26 y 29.

3 Me siento muy bien con mi aspecto físico

7 Hay muchas cosas acerca de mí mismo que me gustaría cambiar si pudiera

11 En general me siento satisfecho conmigo mismo

15 Me acepto tal y como soy, con mis cualidades, limitaciones y defectos

19 Tengo muchas cualidades para estar orgulloso y satisfecho de mi mismo

23 Logro que casi todas las cosas me resulten bien

26 Creo que soy una persona valiosa para los otros

29 Creo que tengo el talento para hacer que las cosas funcionen

2. Autorrealización Laboral: En este componente aparecen conjugados ítems referidos a **Demandas del Yo:** motivación intrínseca, expectativas y atribuciones de desempeño laboral; e ítems que miden indicadores de Fortalezas del Yo: autoconcepto, y autoestima. Este factor pone de manifiesto la relación entre el conocimiento personal y la atribución de éxito a una definida y positiva capacidad y esfuerzo, la motivación intrínseca y el logro en las actividades que desarrolle en su vida cotidiana. El sujeto que puntuara alto en este factor sería aquel que valora positivamente sus recursos a la hora de enfrentarse a determinadas tareas o retos, cuyas motivaciones cotidianas son principalmente de carácter interno; valora positivamente su capacidad para superar retos y ejercer su autonomía y control personal. Realiza atribuciones de capacidad y esfuerzo y tiene expectativas, próxima y lejanas, de éxito. Consta de ocho ítems: 1, 5, 9, 13, 17, 21, 24 y 27.

1 Mis éxitos en mi profesión se deben a mi esfuerzo y dedicación

5 Mi éxito en una tarea se debe a que me esmero por realizar un buen trabajo

- 9 Tengo buena capacidad para trabajar
- 13 Me considero un buen trabajador
- 17 Trabajo porque me gusta superar los retos que me presentan las tareas
- 21 Mi éxito en el trabajo se debe a mi capacidad personal
- 24 Cuando tengo un problema dedico tiempo y esfuerzo para resolverlo
- 27 Estoy convencido de que tendré éxito cuando trabaje

3. Autoeficacia Resolutiva: Este último componente corresponde a la Esfera **Retos del Yo** ya que mediría variables que apoyan un afrontamiento eficaz a los retos que puedan surgir en todos los ámbitos. Conjuga ítems que miden indicadores relativos a la toma de decisiones y al afrontamiento de problemas. Por tanto, un sujeto que puntuara alto en este factor planificaría cuidadosamente las decisiones que tuviera que tomar ajustándose a las demandas propias de cada situación, reuniendo la mayor cantidad de información que pueda encontrar y analizando las posibles consecuencias de sus decisiones, con una actitud positiva y capacidad para aprender de la experiencia. Consta de cinco ítems: 4, 8, 12, 16 y 20.

- 4 Cuando tengo que tomar una decisión, planifico cuidadosamente lo que voy a hacer
- 8 Cuando tengo un problema trato de ver el lado positivo que posee
- 12 Para tomar una decisión reúno toda la información que puedo encontrar
- 16 Controlo bien mis emociones
- 20 Cuando experimento un fracaso intento aprender de esa experiencia

4. Autorrealización Social: Este componente responde a la esfera de **Relaciones del Yo**, puesto que involucra habilidades de comunicación, empatía y asertividad. Este factor pone de manifiesto la vinculación entre la autopercepción de capacidad o competencia para establecer y mantener relaciones con los otros y las expectativas de éxito en sus relaciones sociales futuras. Dado que este factor incluye variables que apoyan una ejecución social eficaz, un sujeto que puntuara alto tendría

confianza y aprecio en sus recursos para construir vínculos, realizaría atribuciones de sus relaciones sociales en función de su habilidad para relacionarse y tendría expectativas de éxito en sus relaciones sociales. Consta de nueve ítems: 2, 6, 10, 14, 18, 22, 25, 28 y 30.

2 Tengo pocos amigos porque me cuesta tratar con los demás

6 Hago amigos con facilidad

10 Mis fracasos en las relaciones con los demás se deben a mi falta de habilidad para hacer amigos

14 Creo que, conociéndome como soy, tendré problemas en mis relaciones con los demás

18 Creo, con toda seguridad, que tendré éxito en mis relaciones con los demás

22 Mis éxitos en las relaciones con los demás se deben a mi habilidad para hacer amigos

25 Mis éxitos en las relaciones con los demás se deben a que son ellos los que toman la iniciativa

28 Pienso que mi fracaso en las relaciones con los demás se deben a que no le agrado a la mayoría de las personas

30 Me siento a gusto compartiendo con otras personas

Los factores del cuestionario presentan un ajuste adecuado en relación con las dimensiones del modelo establecido a priori, que postula la existencia de cuatro aspectos generales de la Personalidad Eficaz: Demandas del Yo, Relaciones del Yo, Fortalezas del Yo y Retos del Yo, hipótesis vinculada a una teoría multidimensional en el que estas cuatro grandes dimensiones están relacionadas entre sí, pero con identidad propia.

El análisis factorial confirmatorio estudio proporcionan datos confirmatorios sobre la estructura factorial de la versión para adultos de la Personalidad Eficaz.

Validez de Contenido

Tras correlacionar los factores que componen el cuestionario Personalidad Eficaz con los factores del cuestionario Psicoemocionabilidad, se observaron dos

patrones de correlación claramente definidos, en los cuales además se alcanzó significación estadística:

a) Correlaciones positivas entre: los factores de Demandas del yo y los factores persistencia y expectativas de autoeficacia; Autocontrol y gestión del estrés y empatía; entre Relaciones del Yo y los factores Iniciativa- Optimismo y Expectativas de autoeficacia; entre el factor Fortalezas del Yo y los factores Persistencia y Expectativas de autoeficacia y el factor de Retos del Yo y los factores Iniciativa- Optimismo y Expectativas de autoeficacia.

b) Correlaciones negativas entre: el factor Demandas del yo y el factor Temor al fracaso; entre el factor Relaciones del Yo y los factores Innovación y Adaptabilidad y Temor al fracaso; entre el factor Fortalezas del Yo y los factores Innovación Adaptabilidad y Temor al Fracaso y entre el factor Retos del Yo y el factor Temor al fracaso

Existe una adaptación del citado cuestionario en contextos chilenos (Ramírez, 2013)

Los índices alfa de consistencia interna de cada ítem obtenidos oscilan entre .854 y .864, obteniéndose un coeficiente global (Alfa de Cronbach) de 0.863

El análisis factorial confirmatorio (AFC) del cuestionario, presenta un ajuste adecuado en relación con las dimensiones del modelo establecido a priori

No se han encontrado apenas existen diferencias significativas entre los resultados obtenidos en población española y chilena

Estas diferencias se presentan en función del nivel de estudio en la dimensión Autorrealización Social y que estas se encuentran entre los sujetos que tienen unos niveles básicos de estudio y los que tienen unos técnicos universitarios y los profesionales universitarios. Igualmente se encontraron diferencias en el rango de edad: existen diferencias significativas en dos de las cuatro dimensiones de Personalidad Eficaz: Autoestima y Autoeficacia resolutiva. Las diferencias en la dimensión autoestima se encuentran entre los sujetos del rango de edad de 40 a 49 años y de los mayores de 50, mientras que en la dimensión de Autoeficacia resolutiva las diferencias se dan tanto entre los menores de 40 y los mayores de 50 y entre los que tienen edades entre los 40 a 49 años y los mayores de 50.

2.2.2. Cuestionario de Ansiedad de Zung

Fue diseñado por Zung en 1971 con objeto de disponer de un instrumento que permitiera la comparación de casos y datos significativos de pacientes con ansiedad. Según su autor, debería permitir el seguimiento, cuantificar los síntomas, ser corta y simple y estar disponible en dos formatos.

En realidad se trata de dos escalas, una, la que aquí reproducimos, heteroadministrada (*Anxiety Status Inventory*) (ASI) y otra autoadministrada (*Self-rating Anxiety Scale*) (SAS). La ASI se encuentra validada en nuestro país y la SAS se encuentra en proceso de validación en el proyecto NORMACODEM (Peña-Casanova, Aguilar, Bertran-Serra, Santacruz, Hernández, Insa et al., 1997). Existe una adaptación de la SAS para pacientes con minusvalías mentales.

Las 2 escalas constan de los mismos 20 ítems, pero adaptados a la forma de administración de cada una. 5 hacen referencia a síntomas afectivos y 15 a síntomas somáticos de ansiedad. A partir de ahora haremos referencia a la ASI que es la que presentamos en este programa.

Los ítems deben ser valorados por el examinador en una entrevista con el paciente y utilizando tanto las observaciones clínicas como la información aportada por el paciente. Las preguntas deben hacer referencia a un periodo anterior de una semana, con objeto de estandarizar los datos.

Cada ítem debe valorarse de forma independiente, como una unidad, para intentar evitar el efecto “halo”. Cada puntuación debería ser el promedio de un amplio rango de respuestas observadas u obtenidas y no necesariamente la máxima severidad.

Las respuestas son cuantificadas mediante una escala de cuatro puntos (1 a 4) en función de la intensidad, duración y frecuencia de los síntomas. Un ítem es anotado como positivo y presente cuando el comportamiento es observado, cuando es descrito por el paciente como que le ha ocurrido o cuando él mismo admite que el síntoma es todavía un problema. Por el contrario, es presentado como negativo o ausente cuando no ha ocurrido o no es un problema, el paciente no da información sobre el mismo o cuando la respuesta es ambigua tras una investigación adecuada.

INTERPRETACIÓN

La puntuación total es la suma de las de todos los ítems. A mayor puntuación, mayor grado de ansiedad. La puntuación media obtenida en pacientes con trastorno de ansiedad¹ es de $62 \pm 13,8$. En otras patologías psiquiátricas como esquizofrenia,

depresión, trastornos de la personalidad o trastornos transitorios la puntuación osciló entre $49,4 \pm 15,9$ y $52,6 \pm 13,6$. Esta diferencia es estadísticamente significativa ($p < 0,05$).

En un estudio llevado a cabo en nuestro país se obtuvieron unas puntuaciones medias en sujetos sanos de 24,4 en varones y de 26,1 en mujeres.

Los resultados no parecen influenciarse por la edad, pero sí por el sexo, la clase social, la profesión, la religión y la nacionalidad

Se ha utilizado en estudios sobre patologías psiquiátricas (Sanz-Carrillo, García-Campayo y Sánchez, 1993), farmacológicos (Lindenberg y Pitule-Schödel, 1990; Pecknold, Familamiri, McClure, Elie y Chang, 1985; Assalian, Rosengarten y Phillips, 1985; Pecknold y Luthe, 1989; Funke, Holtmann, Ismail, Jansen, Leonhardt, Muth, et al., 1986), cuadro médicos no psiquiátricos (Hosaka, Aoki e Ichikawa, 1994; Linares, Rodrigo, Pérez, Sánchez, Rodríguez y Arribas, 1990) y en población normal como ancianos y pilotos (Cole, Fenton, Engelsmann y Mansouri, 1991; Lindseth y Lindseth, 1992) para valorar la ansiedad.

2.2.3. Cuestionario de Depresión de Beck

El Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI) (Beck, Ward, Mendelson et al., 1961) fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada ítem varias frases autoevaluativas que el entrevistador leía al paciente para que este seleccionase la que mejor se adaptase a su situación; sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala autoaplicada. Esta versión fue adaptada al castellano y validada por Conde y Useros (1975), y ha sido durante mucho tiempo la versión más conocida en nuestro país.

En 1979 Beck, Rush, Shaw et al. dan a conocer una nueva versión revisada de su inventario, adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz (1991) (Comeche, Díaz y Vallejo, 1995), siendo esta la más utilizada en la actualidad. En 1996, se presentó una nueva revisión del BDI, el Beck Depression Inventory–II o BDI-II (Beck, Steer y Brown, 1996), del que no se dispone por el momento de adaptación y validación al castellano.

Existen también dos versiones abreviadas, de menor difusión, y no validadas en nuestro medio (Beck y Beck, 1972; Beck, Rial y Rickels, 1974).

Es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos. En la versión de 1961 cada ítem contemplaba de 4 a 6 opciones de respuesta, ordenadas de menor a mayor gravedad, y así fueron recogidas en la adaptación y validación de Conde y Useros (1975), si bien en una revisión posterior introdujeron varias modificaciones importantes sobre el cuestionario original, tales como la eliminación completa de 2 ítems (sentimientos de culpa y autoimagen) y la aleatorización de las alternativas de respuesta (Conde, Esteban y Useros, 1976; Conde y Franch, 1984).

En la versión revisada de 1979 se sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad / intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa. Ni la numeración de las alternativas de respuesta, ni los enunciados de los distintos ítems deben aparecer en el formato de lectura del cuestionario, ya que al dar una connotación clínica objetiva a las frases pueden influir en la opción de respuesta del paciente.

Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50 % de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático / vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológico-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos.

Interpretación

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3.

El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo es cuantificar la sintomatología, no proporcionar un diagnóstico. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad o severidad son los siguientes:

No depresión:	0-9 puntos
Depresión leve:	10-18 puntos
Depresión moderada:	19-29 puntos
Depresión grave:	≥ 30 puntos

A efectos de cribado o detección de casos en población general el punto de corte ha sido establecido por Lasa, Ayuso-Mateos, Vázquez, Díez y Dowrick (2000) en ≥ 13 puntos. En pacientes médicos la validez predictiva de la escala está peor establecida, por cuanto los ítems somáticos tienden a aumentar el número de falsos positivos si se utiliza un punto de corte bajo y se han utilizado puntos de corte más altos (por ej.: ≥ 16 en pacientes diabéticos, ≥ 21 en pacientes con dolor crónico). A efectos de selección de sujetos para investigación, el punto de corte usualmente aceptado es ≥ 21 puntos.

Se ha cuestionado algunos aspectos de su validez de contenido, ya que los síntomas referidos al estado de ánimo tienen poco peso y, además, parte de la premisa de que la depresión se caracteriza por una inhibición general, ya que sólo recoge síntomas por defecto. Tiene escasa capacidad discriminante para los trastornos de ansiedad¹⁵, y tampoco resulta adecuado para realizar un diagnóstico diferencial frente a otros trastornos psiquiátricos o para diferenciar distintos subtipos de depresión.

En población geriátrica los ítems de síntomas somáticos pueden distorsionar al alza la puntuación total, y en general y a efectos de cribado, se considera más idónea la escala de depresión geriátrica de Yesavage (Yesavage y Sheikh, 1986). En pacientes médicos, y por la misma razón, mantiene una buena sensibilidad pero una baja especificidad, con elevado porcentaje de falsos positivos, es especial si se utilizan puntos de corte bajos.

Al ser un cuestionario autoaplicado puede ser difícil de aplicar en pacientes graves o con bajo nivel cultural.

Se trata posiblemente del cuestionario autoaplicado más citado en la bibliografía. Utilizado en pacientes con diagnóstico clínico de depresión, proporciona una estimación adecuada de la gravedad o intensidad sintomática, y es ampliamente utilizado en la evaluación de la eficacia terapéutica por su sensibilidad al cambio y en la investigación para la selección de sujetos. Posee así mismo una adecuada validez para el cribado o detección de casos en población general, pero en pacientes médicos su especificidad es baja.

Pueden consultarse diferentes trabajos (Beck, Guth, Steer y Ball, 1997; Beck y Steer, 1987; Beck, Steer y Garbin, 1988; Geisser Roth y Robinson, 1997.)

Propiedades psicométricas

Fiabilidad:

Sus índices psicométricos han sido estudiados de manera casi exhaustiva, mostrando una buena consistencia interna (alfa de Cronbach 0,76 – 0,95). La fiabilidad test oscila alrededor de $r = 0,8$, pero su estudio ha presentado dificultades metodológicas, recomendándose en estos casos variaciones a lo largo del día en su administración.

Validez:

Muestra una correlación variable con otras escalas (HDRS, SDS, MADRS...)

En pacientes psiquiátricos se han encontrado valores entre 0,55 y 0,96 (media 0,72) y en sujetos no psiquiátricos entre 0,55 y 0,73 (media 0,6).

Muestra también una buena sensibilidad al cambio, similar o algo inferior a la del HDRS, con una correlación alta con la mejoría clínica evaluada por expertos, tanto en terapias farmacológicas, como psicológicas.

Su validez predictiva como instrumento diagnóstico de cribado ha sido recientemente estudiada en nuestro país en una amplia muestra de población general de entre 18 y 64 años de edad, con buen rendimiento: sensibilidad 100 %, especificidad 99 %, valor predictivo positivo 0.72, y valor predictivo negativo 1 (punto de corte ≥ 13).

Anteriormente se había estudiado en distintos grupos de pacientes médicos con criterios dispares en cuanto al punto de corte, por lo que los resultados no eran homogéneos.

2.3. Procedimiento

Para la muestra del primer grupo : Se utiliza una muestra de 106 pacientes adultos, de la consulta personal privada del Centro Médico de Asturias. Los datos son recopilados a lo largo de los años 2012-2014.

La información fue recogida personalmente de forma individualizada en un entorno distendido y relajado con el paciente, durante dos sesiones de una hora de duración cada una, en la primera sesión se aplicaban: la escala heteroaplicada de ansiedad de Zung y el inventario de depresión de Beck. En la segunda sesión, seleccionamos a todos los pacientes que hubiesen puntuado en síntomas ansioso-depresivos, y se les aplico el cuestionario de personalidad eficiente CPE-A.

Todos ellos vienen derivados por diferentes psiquiatras y pertenecen, en su mayoría, a distintos seguros (I.M.Q., D.K.V., CASER, P.C.M., SANITAS, MAPFRE y FREMAP), en un menor porcentaje, son Privados (entorno al 10%).

El grupo de edad de estos pacientes se encuentra comprendido entre los 18 y los 69 años, y provienen de clase media y media-alta.

Para la muestra del segundo grupo se ha empleado los datos procedentes realizados en muestra adulta normal sin afección de síndrome ansioso-depresivo por Lopez (2013) cedidos para la presente investigación y a los que se les ha aplicado igualmente los tres cuestionarios.

2.4. Análisis de los datos

Los análisis se dividieron en dos partes. Por un lado se realizaron análisis para la revalidación del cuestionario de personalidad eficaz y observar sus características psicométricas y por otra se estudiaron los datos en función de los objetivos formulados

Para el estudio de las características psicométricas del cuestionario se han realizado los análisis de fiabilidad mediante el índice de consistencia interna coeficiente Alfa de Cronbach (1951). También se ha calculado la fiabilidad del cuestionario de Zung y de Beck. Para el análisis de validez se ha realizado un análisis Factorial confirmatorio la estructura teórica de los ítems del cuestionario de Personalidad Eficaz mediante el programa AMOS 18.0.

Para la consecución de los objetivos propuestos se han realizado las diferencias en función de las variables género, edad, nivel de depresión mediante la prueba MANOVA. En la muestra de pacientes diagnosticados con ansiedad y depresión se han estudiado las diferencias en función de la variable diagnóstico mediante la prueba MANOVA. Se han establecido tipologías modales multivariadas mediante la técnica de K medias.

Para estos análisis se ha empleado el programa estadístico SPSS 18.0

2.5. Resultados

2.5.1. Análisis de fiabilidades

Fiabilidad cuestionario de ansiedad de Zung

Los resultados indicaron que la fiabilidad total del instrumento es de un alfa de Cronbach de .892 (Tabla 6).

Tabla 6. *Alfa de Cronbach test de Ansiedad.*

Alfa de Cronbach	N de elementos
,892	20

Fiabilidad cuestionario de depresión de Beck

Los resultados indicaron que la fiabilidad total del instrumento es de un alfa de Cronbach de .881 (Tabla 7).

Tabla 7. *Alfa de Cronbach test de Depresión.*

Alfa de Cronbach	N de elementos
,881	21

Fiabilidad cuestionario de Personalidad eficaz

Los resultados indicaron que la fiabilidad total del instrumento es de un alfa de Cronbach de .908 (Tabla 8).

Tabla 8. *Alfa de Cronbach test de Personalidad Eficaz.*

Alfa de Cronbach	N de elementos
,908	30

También se analizaron las fiabilidades de las dimensiones que conforman el constructo de Personalidad Eficaz obteniendo unos índices alfa de Cronbach superiores a .600 en todos los casos (Tabla 9)

Tabla 9. *Alfa de Cronbach de las dimensiones del test Personalidad Eficaz.*

Dimensión	Alfa de Cronbach	N de elementos
Fortalezas (Autoestima)	,871	8
Demandas (Autorrealización social)	,856	8
Retos (Autoeficacia resolutiva)	,602	5
Relaciones (Autorrealización social)	,884	9

2.5.2. Análisis factorial confirmatorio del cuestionario de Personalidad eficaz

Con el fin de contrastar la estructura teórica de los ítems se procede a realizar un Análisis Factorial Confirmatorio utilizando el programa estadístico AMOS 18.0.

Se han puesto a prueba las siguientes estructuras: unidimensional de Fortalezas (Figura 2), Demandas (Figura 3), Retos (Figura 4) y Relaciones (Figura 5); cuatro factores relacionados (Figura 6) ; y Personalidad Eficaz con cuatro dimensiones (Figura 7).

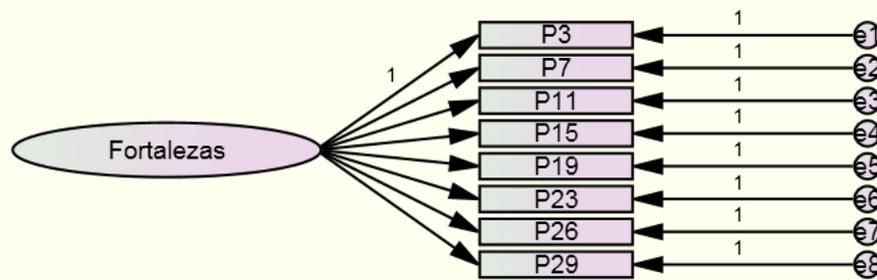


Figura 2. Unidimensional Fortalezas

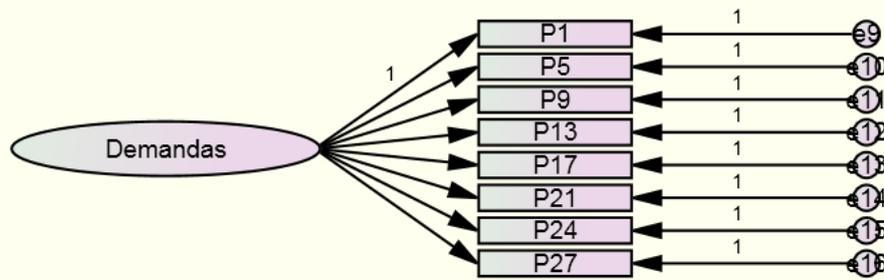


Figura 3. Unidimensional Demandas

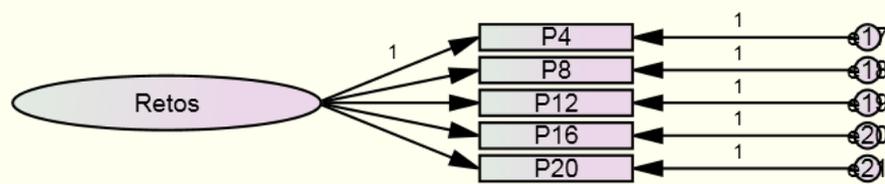


Figura 4. Unidimensional Retos

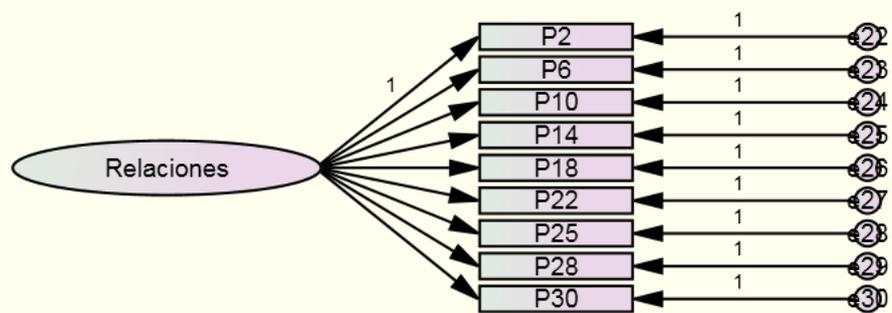


Figura 5. Unidimensional Relaciones

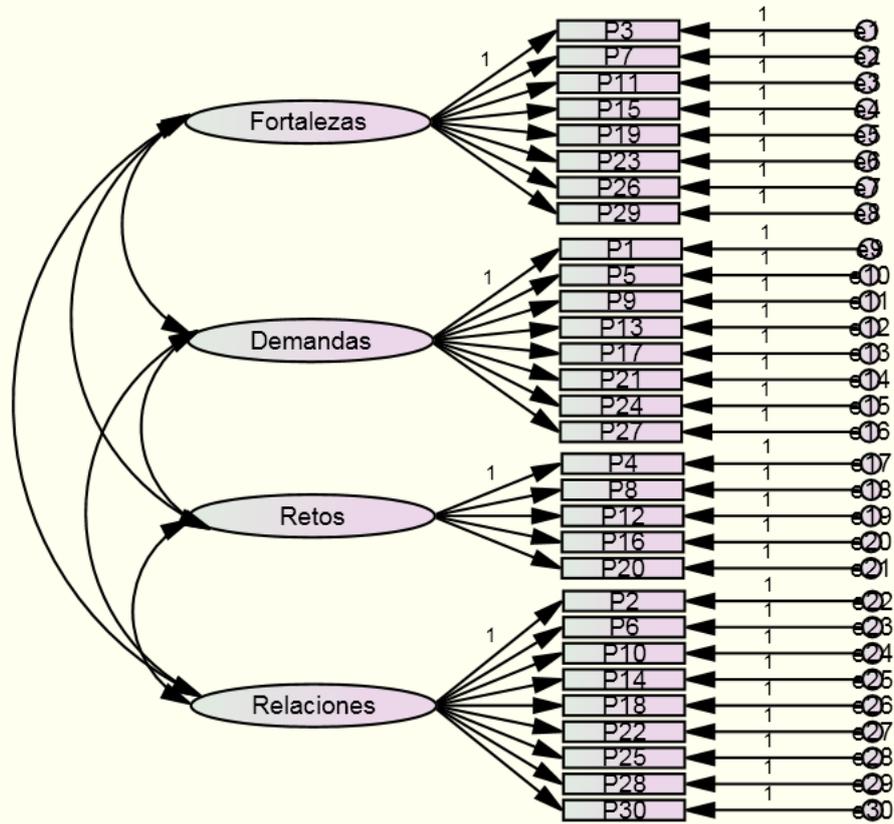


Figura 6. Cuatro factores relacionados

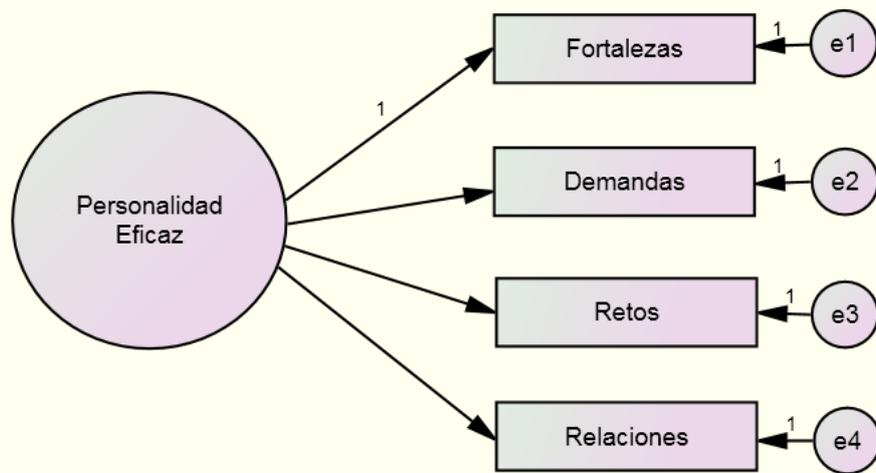


Figura 7. Personalidad Eficaz con cuatro dimensiones

En la tabla 10 se presentan los índices de ajuste de los datos a los modelos puestos a prueba. Se siguieron los criterios de interpretación de Moral, Sánchez y Villarreal (2010) para aceptar o rechazar el modelo.

Tabla 10. *Índices del los análisis confirmatorios*

	U. Fortalezas	U. Demandas	U. Retos	U. Relaciones	4 Factores	Total Personalidad Eficaz
X2/ML/gl	4,151	2,664	8,180	4,937	1,582	1,865
P	,000	,000	,000	,000	,000	,155
RMSEA	,122	,089	,184	,137	,074	,091
SRMR	,0628	,0489	,0909	,0689	,0904	,0395
GFI	,902	,939	,930	,850	,724	,982
AGFI	,824	,889	,791	,750	,678	,908
NFI	,895	,905	,775	,850	,660	,969
CFI	,917	,937	,791	,875	,837	,985

Se observa que los datos se ajustan mejor al modelo de Personalidad Eficaz con cuatro dimensiones. Se presenta en la figura 8 el modelo de Personalidad Eficaz con cuatro dimensiones con sus pesos correspondientes.

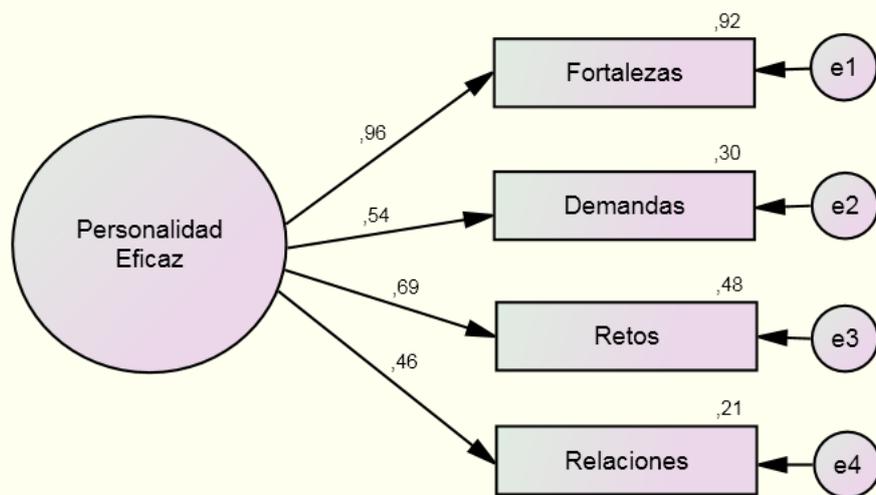


Figura 8. Personalidad Eficaz con cuatro dimensiones con pesos.

2.5.3. Análisis de diferencias

Para analizar el efecto de las variables categóricas género, edad y nivel de depresión sobre los factores de Personalidad eficaz del cuestionario se ha utilizado la técnica multivariada de análisis de la varianza (MANOVA).

A efectos de comprobación de los supuestos básicos del MANOVA, se ha utilizado el criterio de coeficientes de asimetría y curtosis comprendidos entre -2 y 2 (Pérez, 2004).

En los resultados mostrados en la tabla 11, puede comprobarse que los coeficientes obtenidos en todos los factores están dentro de dicho intervalo.

Por ello se considera que el criterio de normalidad se cumple adecuadamente.

Tabla 11. *Estadísticos de Asimetría y Curtosis*

		Fortalezas	Demandas	Retos	Relaciones
N	Válidos	106	106	106	106
	Perdidos	0	0	0	0
Asimetría		-,131	-,465	-,278	-,169
Error típ. de asimetría		,235	,235	,235	,235
Curtosis		-,643	,194	,042	-,916
Error típ. de curtosis		,465	,465	,465	,465

2.5.3.1. Diferencias por género.

En la tabla 12 se presentan los descriptivos según el género en las dimensiones de Personalidad Eficaz

Tabla 12. *Estadísticos descriptivos por género*

		Género	Media	Desv. típ.	N
Fortalezas	Masculino	23,2353	4,83710	34	
	Femenino	21,0000	6,72603	72	
	Total	21,7170	6,24844	106	
Demandas	Masculino	29,7059	5,04843	34	
	Femenino	28,7639	6,64066	72	

	Total	29,0660	6,16637	106
Retos	Masculino	15,9706	2,96939	34
	Femenino	14,2917	3,78819	72
	Total	14,8302	3,61866	106
Relaciones	Masculino	30,3529	7,10903	34
	Femenino	30,7361	8,25985	72
	Total	30,6132	7,87712	106

Para comprobar si las medias son diferentes o no, se ha tomado de referencia el estadístico de contraste Traza de Pillai por ser el que la literatura recoge como el más robusto y potente (Meyers, Gamst y Guarino, 2013a; 2013b).

En la tabla 13 se observa que la Traza de Pillai no es significativa en la variable género, por lo que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Tabla 13. *Contrastes multivariados en función del género*

Efecto		Valor	F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial
Género	Traza de Pillai	,062	1,658(a)	4,000	101,000	,166	,062
	Lambda de Wilks	,938	1,658(a)	4,000	101,000	,166	,062
	Traza de Hotelling	,066	1,658(a)	4,000	101,000	,166	,062
	Raíz mayor de Roy	,066	1,658(a)	4,000	101,000	,166	,062

a Estadístico exacto

2.5.3.2. Diferencias por Edad

Con el fin de realizar diferencias en función de la variable edad se ha procedido a agrupar a los sujetos en tres grupos de edad (Grupo 1: hasta los 30 años; Grupo 2; de

31 a 50 años; y Grupo 3: desde 51 años). En la tabla 14 se presenta las frecuencias de cada uno de los grupos.

Tabla 14. *Frecuencias en función de los grupos de edad.*

	Etiqueta del valor	N	%
Grupo 1	Hasta 30 años	26	24,53
Grupo 2	De 31 a 50 años	55	51,89
Grupo 3	Desde 51 años	25	23,58
Total		106	100

En la tabla 15 se presentan las medias de cada grupo de edad en los distintos factores de Personalidad Eficaz.

Tabla 15. *Estadísticos descriptivos en función del grupo de edad*

	Grupo de Edad	Media	Desv. típ.	N
Fortalezas	Hasta 30 años	23,1538	6,55251	26
	De 31 a 50 años	21,3273	6,15556	55
	Desde 51 años	21,0800	6,15034	25
	Total	21,7170	6,24844	106
Demandas	Hasta 30 años	27,9615	5,54603	26
	De 31 a 50 años	30,0909	6,33121	55
	Desde 51 años	27,9600	6,25486	25
	Total	29,0660	6,16637	106
Retos	Hasta 30 años	14,9231	3,17393	26
	De 31 a 50 años	14,7818	3,94730	55
	Desde 51 años	14,8400	3,42394	25
	Total	14,8302	3,61866	106

Relaciones	Hasta 30 años	31,0385	7,39990	26
	De 31 a 50 años	29,9636	7,57668	55
	Desde 51 años	31,6000	9,11501	25
	Total	30,6132	7,87712	106

En la tabla 16 se muestra que la traza de Pillai no es significativa, por lo que no existen diferencias en función del grupo de edad.

Tabla 16. *Contrastes multivariados en función de la variable edad*

Efecto		Valor F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial
Grupo de edad	Traza de Pillai	,098	1,307	8,000	202,000	,242 ,049
	Lambda de Wilks	,903	1,303(a)	8,000	200,000	,244 ,050
	Traza de Hotelling	,105	1,299	8,000	198,000	,246 ,050
	Raíz mayor de Roy	,080	2,030(b)	4,000	101,000	,096 ,074

a Estadístico exacto

b El estadístico es un límite superior para la F el cual ofrece un límite inferior para el nivel de significación.

2.5.3.3. Nivel de depresión

Para realizar las diferencias en función del nivel de depresión se han agrupado a los pacientes según el grado de depresión propuesto en la Escala de Beck (Grupo 1: Ausencia de depresión 0-9; Grupo 2; Depresión ligera 10-18; Grupo 3: Depresión moderada 19-29; Grupo 4: Depresión grave 30-63). En la tabla 17 se presenta las frecuencias de cada uno de los grupos.

Tabla 17. *Frecuencias en función del grado de depresión.*

Etiqueta del valor		N	%
Grupo 1	Ausencia de depresión 0-9	0	0
Grupo 2	Depresión ligera 10-18	50	47,16
Grupo 3	Depresión moderada 19-29	39	35,84
Grupo 4	Depresión grave 30-63	17	16,03
Total		106	100

En la tabla 18 se presentan las medias de cada grupo de depresión en los distintos factores de Personalidad Eficaz.

Tabla 18. *Estadísticos descriptivos en función del grado de depresión*

Nivel de depresión		Media	Desv. típ.	N
Fortalezas	Depresión ligera	24,4600	4,63883	50
	Depresión moderada	20,8205	6,14677	39
	Depresión grave	15,7059	6,05975	17
	Total	21,7170	6,24844	106
Demandas	Depresión ligera	29,8200	5,89600	50
	Depresión moderada	29,8462	5,91403	39
	Depresión grave	25,0588	6,29951	17
	Total	29,0660	6,16637	106
Retos	Depresión ligera	16,2800	3,04416	50
	Depresión moderada	14,5128	2,94575	39
	Depresión grave	11,2941	4,10434	17
	Total	14,8302	3,61866	106
Relaciones	Depresión ligera	31,3800	7,03603	50
	Depresión moderada	31,4615	8,31564	39
	Depresión grave	26,4118	8,30707	17

Total	30,6132	7,87712	106
-------	---------	---------	-----

En la tabla 19 se muestra que la traza de Pillai es significativa, por lo que existen diferencias en función del grado de depresión.

Tabla 19. *Contrastes multivariados en función del grado de depresión*

Efecto		Significación	Eta al cuadrado parcial
Intersección	Traza de Pillai	,000	,970
	Lambda de Wilks	,000	,970
	Traza de Hotelling	,000	,970
	Raíz mayor de Roy	,000	,970
SUMBbiencod	Traza de Pillai	,000	,176
	Lambda de Wilks	,000	,185
	Traza de Hotelling	,000	,193
	Raíz mayor de Roy	,000	,294

En la tabla 20 se observa que las diferencias en función del grado de depresión se dan en todos los factores de Personalidad Eficaz a excepción del factor Relaciones.

Tabla 20. *MANOVA en función del grado de depresión*

Fuente	Variable dependiente	F	Significación	Eta al cuadrado parcial
Modelo corregido	Fortalezas	17,098	,000	,249
	Demandas	4,566	,013	,081
	Retos	15,723	,000	,234
	Relaciones	2,990	,055	,055

Intersección	Fortalezas	1191,541	,000	,920
	Demandas	1929,893	,000	,949
	Retos	1658,017	,000	,942
	Relaciones	1275,575	,000	,925
Nivel de depresión	Fortalezas	17,098	,000	,249
	Demandas	4,566	,013	,081
	Retos	15,723	,000	,234
	Relaciones	2,990	,055	,055

a R cuadrado = ,249 (R cuadrado corregida = ,235)

b R cuadrado = ,081 (R cuadrado corregida = ,064)

c R cuadrado = ,234 (R cuadrado corregida = ,219)

d R cuadrado = ,055 (R cuadrado corregida = ,037)

Para estudiar entre que grupos se dan dichas diferencias se estudió previamente la homogeneidad de varianzas mediante la prueba de Levene (Tabla 21). Se observa que los factores Retos y Relaciones presentan homogeneidad de varianzas, mientras que el factor Fortalezas presenta heterogeneidad de varianzas.

Tabla 21. *Contraste de Levene sobre la igualdad de las varianzas error*

	F	gl1	gl2	Sig.
Fortalezas	1,960	2	103	,146
Demandas	,039	2	103	,961
Retos	1,655	2	103	,196

Diferencias en Fortalezas del Yo (factor Autoestima)

Puesto que el factor Fortalezas presenta varianzas homogéneas se ha procedido a aplicar la prueba de contraste Scheffé (Tabla 22) donde se observa que las diferencias estadísticamente significativas se dan entre:

- Depresión ligera con Depresión moderada y Depresión grave siendo la puntuación de los pacientes de Depresión ligera estadísticamente superior a los de Depresión moderada y Depresión grave

- Depresión moderada con Depresión grave siendo la puntuación de los primeros estadísticamente superiores a los de Depresión moderada

Tabla 22. *Contraste Post-hoc Scheffé en el factor Fortalezas*

(I) Nivel de depresión	(J) Nivel de depresión	Diferencia entre medias (I-J)	Error típ.	Significación
Depresión ligera	Depresión moderada	3,6395(*)	1,16781	,010
	Depresión grave	8,7541(*)	1,53469	,000
Depresión moderada	Depresión ligera	-3,6395(*)	1,16781	,010
	Depresión grave	5,1146(*)	1,58866	,007
Depresión grave	Depresión ligera	-8,7541(*)	1,53469	,000
	Depresión moderada	-5,1146(*)	1,58866	,007

Basado en las medias observadas.

* La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

Diferencias en Demandas del yo (Factor Autorrealización laboral)

El factor Demandas presenta varianzas homogéneas por lo que se ha procedido a aplicar la prueba de contraste Scheffé (Tabla 23). Se observa que las diferencias estadísticamente significativas se dan entre:

- Depresión ligera con Depresión grave siendo la puntuación de los pacientes de Depresión ligera estadísticamente superior a los de Depresión grave

- Depresión moderada con Depresión grave siendo la puntuación de los primeros estadísticamente superiores a los de Depresión moderada

Tabla 23. *Contraste Post-hoc Scheffé en el factor Demandas*

(I) Nivel de depresión	(J) Nivel de depresión	Diferencia entre medias (I-J)	Error típ.	Significación
Depresión ligera	Depresión moderada	-,0262	1,27479	1,000
	Depresión grave	4,7612(*)	1,67528	,020
Depresión moderada	Depresión ligera	,0262	1,27479	1,000
	Depresión grave	4,7873(*)	1,73419	,025
Depresión grave	Depresión ligera	-4,7612(*)	1,67528	,020
	Depresión moderada	-4,7873(*)	1,73419	,025

Basado en las medias observadas.

* La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

Diferencias en Retos del Yo (Factor Autoeficacia resolutiva)

El factor Retos también presenta varianzas homogéneas por lo que se ha procedido a aplicar la prueba de contraste Scheffé (Tabla 24). Se observa que las diferencias se dan entre:

- Depresión ligera con Depresión moderada y Depresión grave siendo la puntuación de los pacientes de Depresión ligera estadísticamente superior a los de Depresión moderada y Depresión grave

- Depresión moderada con Depresión grave siendo la puntuación de los primeros estadísticamente superiores a los de Depresión moderada

Tabla 24. *Contraste Post-hoc Scheffé en el factor Retos*

(I) Nivel de depresión	(J) Nivel de depresión	Diferencia entre medias (I-J)	Error típ.	Significación
Depresión ligera	Depresión moderada	1,7672(*)	,68320	,039
	Depresión grave	4,9859(*)	,89783	,000

Depresión moderada	Depresión ligera	-1,7672(*)	,68320	,039
	Depresión grave	3,2187(*)	,92941	,003
Depresión grave	Depresión ligera	-4,9859(*)	,89783	,000
	Depresión moderada	-3,2187(*)	,92941	,003

Basado en las medias observadas.

* La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

2.5.3.4 Diferencias entre población normal y población afectada. Nivel de depresión

Para el estudio de diferencias entre el grupo de pacientes ansioso depresivos y el grupo control se realizó la nuevamente la comprobación de los supuestos básicos del MANOVA, bajo el criterio de coeficientes de asimetría y curtosis comprendidos entre -2 y 2 (Pérez, 2004).

En los resultados mostrados en la tabla 25, puede comprobarse que los coeficientes obtenidos en todos los factores están dentro de dicho intervalo. Por ello se considera que el criterio de normalidad se cumple adecuadamente.

Tabla 25. Estadísticos de Asimetría y Curtosis

		Fortalezas	Demandas	Retos	Relaciones
N	Válidos	212	212	212	212
	Perdidos	0	0	0	0
	Asimetría	-,606	-,836	-,514	-,582
	Error típ. de asimetría	,167	,167	,167	,167
	Curtosis	-,095	1,185	,181	-,214
	Error típ. de curtosis	,333	,333	,333	,333

En la tabla 26 se presentan las medias de cada grupo diagnóstico en los distintos factores de Personalidad Eficaz.

Tabla 26. *Estadísticos descriptivos por diagnóstico*

Diagnóstico		Media	Desv. típ.	N
Ansiedad	Depresión			
Fortalezas	Si	21,7170	6,24844	106
	No	28,8302	3,78587	106
	Total	25,2736	6,26664	212
Demandas	Si	29,0660	6,16637	106
	No	32,5849	3,48567	106
	Total	30,8255	5,29891	212
Retos	Si	14,8302	3,61866	106
	No	18,5000	2,72990	106
	Total	16,6651	3,68886	212
Relaciones	Si	30,6132	7,87712	106
	No	35,7358	4,83105	106
	Total	33,1745	7,00594	212

En la tabla 27 se muestra que la traza de Pillai es significativa, por lo que existen diferencias en función del diagnóstico.

Tabla 27. *Contrastes multivariados en función del diagnóstico*

Efecto		Valor F	Gl de la hipótesis	Gl del error	Sig.	Eta al cuadrado parcial	
Diagnóstico Ansiedad Depresión	Traza de Pillai	,345	27,269(a)	4,000	207,000	,000	,345
	Lambda de Wilks	,655	27,269(a)	4,000	207,000	,000	,345

Traza de Hotelling	,527	27,269(a)	4,000	207,000	,000	,345
Raíz mayor de Roy	,527	27,269(a)	4,000	207,000	,000	,345

a Estadístico exacto

En la tabla 28 se observa que las diferencias en función del grado de depresión se dan en todos los factores de Personalidad Eficaz.

Tabla 28. MANOVA en función del diagnóstico

Fuente	Variable dependiente	F	Sig.	Eta al cuadrado parcial
Modelo corregido	Fortalezas	100,483	,000	,324
	Demandas	26,160	,000	,111
	Retos	69,477	,000	,249
	Relaciones	32,576	,000	,134
Intersección	Fortalezas	5074,060	,000	,960
	Demandas	8029,829	,000	,975
	Retos	5731,012	,000	,965
	Relaciones	5464,850	,000	,963
Diagnóstico Depresión	Ansiedad Fortalezas	100,483	,000	,324
	Demandas	26,160	,000	,111
	Retos	69,477	,000	,249
	Relaciones	32,576	,000	,134

2. 5.4. Baremos

En la tabla 29 se presenta el baremo general de Los cuatro factores de Personalidad Eficaz en la muestra de pacientes ansioso depresivos

Tabla 29. Baremos generales.

		Fortalezas	Demandas	Retos	Relaciones
N	Válidos	106	106	106	106
	Perdidos	0	0	0	0
Media		21,7170	29,0660	14,8302	30,6132
Desv. típ.		6,24844	6,16637	3,61866	7,87712
Asimetría		-,131	-,465	-,278	-,169
Error típ. de asimetría		,235	,235	,235	,235
Curtosis		-,643	,194	,042	-,916
Error típ. de curtosis		,465	,465	,465	,465
Mínimo		9,00	10,00	5,00	13,00
Máximo		36,00	40,00	22,00	45,00
Percentiles	10	12,7000	21,0000	9,7000	20,0000
	20	16,0000	24,0000	12,0000	22,0000
	25	17,0000	25,0000	13,0000	24,0000
	30	18,1000	26,0000	13,0000	26,0000
	40	20,0000	28,0000	14,0000	29,0000
	50	22,0000	29,0000	15,0000	31,0000
	60	24,0000	31,0000	15,2000	34,0000
	70	25,9000	32,0000	16,9000	35,9000
	75	26,2500	34,0000	17,0000	36,2500
	80	27,6000	35,0000	18,0000	38,0000
	90	30,0000	37,0000	20,0000	41,0000

Tras el estudio de diferencias se ha encontrado que existen diferencias estadísticamente significativas en función del nivel de depresión en los factores Fortalezas, Demandas y Retos. Se presentan en las tablas 30, 31 y 32 los baremos de Fortalezas, Demandas y Retos en función del nivel de depresión.

Tabla 30. Baremos del factor Fortalezas en función del nivel de depresión

		Depresión ligera	Depresión moderada	Depresión grave
N	Válidos	50	39	17
	Perdidos	0	0	0
Media		24,4600	20,8205	15,7059
Desv. típ.		4,63883	6,14677	6,05975
Mínimo		14,00	10,00	9,00
Máximo		36,00	35,00	30,00
Percentiles	10	18,1000	12,0000	9,0000
	20	20,2000	15,0000	10,6000
	25	21,0000	16,0000	11,0000
	30	22,0000	17,0000	11,4000
	40	23,0000	19,0000	13,0000
	50	24,5000	20,0000	14,0000
	60	25,6000	23,0000	16,0000
	70	27,0000	24,0000	17,6000
	75	28,0000	26,0000	18,5000
	80	29,6000	27,0000	20,2000
90	30,0000	28,0000	27,6000	

Tabla 31. Baremos del factor Demandas en función del nivel de depresión

		Depresión ligera	Depresión moderada	Depresión grave
N	Válidos	50	39	17
	Perdidos	0	0	0
Media		29,8200	29,8462	25,0588
Desv. típ.		5,89600	5,91403	6,29951
Mínimo		16,00	15,00	10,00
Máximo		40,00	40,00	35,00
Percentiles	10	21,2000	22,0000	14,0000
	20	24,2000	25,0000	19,4000
	25	25,7500	26,0000	22,5000
	30	27,0000	27,0000	24,0000
	40	28,4000	29,0000	25,2000
	50	30,0000	30,0000	26,0000
	60	31,6000	31,0000	27,0000
	70	33,7000	33,0000	29,0000
	75	34,5000	34,0000	29,5000
	80	36,0000	36,0000	30,0000
	90	37,9000	38,0000	31,8000

Tabla 32. Baremos del factor Retos en función del nivel de depresión

		Depresión ligera	Depresión moderada	Depresión grave
N	Válidos	50	39	17
	Perdidos	0	0	0
Media		16,2800	14,5128	11,2941
Desv. típ.		3,04416	2,94575	4,10434
Mínimo		10,00	8,00	5,00
Máximo		22,00	22,00	21,00
Percentiles	10	12,0000	10,0000	5,0000
	20	14,0000	12,0000	8,0000
	25	14,0000	13,0000	8,5000
	30	15,0000	13,0000	9,0000
	40	15,0000	14,0000	9,2000
	50	15,5000	15,0000	11,0000
	60	17,0000	15,0000	12,8000
	70	18,7000	16,0000	13,6000
	75	19,0000	17,0000	14,0000
	80	19,8000	17,0000	14,4000
	90	20,0000	18,0000	17,0000

2.5.5. Tipologías modales multivariadas

Se optó por la técnica de k medias extrayendo cuatro tipos fundamentado en las siguientes razones

La importancia y alcance que tiene la dimensión autoestima como elemento dinamizador del comportamiento humano cara a su eficacia. Así la existencia de un tipo en donde la presencia alta del factor autoestima (fortalezas del yo) lleva consigo la

presencia alta del resto de las dimensiones autorrealización laboral (demandas del yo), autoeficacia resolutiva (retos del yo) y autorrealización social (relaciones del yo).

Lo mismo ocurre con la baja presencia de la autoestima (fortalezas del yo) que lleva consigo una baja presencia en cuanto a autorrealización laboral (demandas del yo) autoeficacia resolutiva (retos del yo) y autorrealización social (Relaciones del yo).

No obstante la presencia moderada de la autoestima (fortalezas del yo), es decir, ligeramente por debajo o por encima de la media afecta de forma diferencial a la autorrealización laboral (demandas del yo) y a la autoeficacia resolutiva (retos del yo). Una mayor o menor presencia en esos casos de la autorrealización laboral (demandas del yo) y de la autoeficacia resolutiva (retos del yo) permite el establecimiento de un tercer y cuatro tipo diferencial (Martín del Buey y Martín Palacio, 2012).

Existen investigaciones previas en torno al constructo de personalidad eficaz. (López-Pérez, 2011; Ramírez, 2013; Muñoz, 2013; Bernal, 2014) en las que aparecen de forma reiterativa los cuatro tipos relacionados con las fortalezas, demandas, retos y relaciones de yo. Es decir la Autoestima, la autorrealización académica, la autoeficacia resolutiva y la autorrealización social.

En esas investigaciones se establecen tipologías basadas en esos cuatro factores obtenidos.

La tabla 33 presenta los centros de conglomerados finales de los cuatro clusters.

Tabla 33. *Centros de conglomerados finales de los factores de PE.*

	Conglomerado			
	Tipo I	Tipo II	Tipo III	Tipo IV
Fortalezas	22,06	14,50	28,21	17,66
Demandas	28,74	16,75	34,76	27,49
Retos	14,65	11,75	17,93	13,14
Relaciones	33,71	33,75	37,10	21,51

Para una interpretación más rápida y sencilla se muestran las puntuaciones centil de los centros en cada dimensión (Tabla 34).

Tabla 34. *Puntuación centil de cada tipología en los factores de PE.*

	Conglomerado			
	Tipo I	Tipo II	Tipo III	Tipo IV
Fortalezas	50	20	80	30
Demandas	50	10	80	40
Retos	50	20	80	30
Relaciones	60	60	80	20

El ANOVA de la Tabla 35 valida los clústeres obtenidos al poner de manifiesto diferencias significativas en las puntuaciones de cada una de las cuatro tipologías establecidas.

Tabla 35. *ANOVA para los centros de conglomerados.*

	Conglomerado		Error		F	Sig.
	Media cuadrática	gl	Media cuadrática	gl		
Fortalezas	739,661	3	18,437	102	40,119	,000
Demandas	748,122	3	17,139	102	43,650	,000
Retos	151,844	3	9,014	102	16,846	,000
Relaciones	1507,717	3	19,529	102	77,203	,000

Considerando que las pruebas F sólo se deben utilizar con una finalidad descriptiva puesto que los conglomerados han sido elegidos para maximizar las diferencias entre los casos en diferentes conglomerados.

Los niveles críticos no son corregidos, por lo que no pueden interpretarse como pruebas de la hipótesis de que los centros de los conglomerados son iguales.

En la Tabla 36 se presentan el número de sujetos de la muestra que el análisis de tipologías modales multivariadas presentado ha enmarcado dentro de cada tipología. En la Tabla 37 se incluye la tabla de contingencia en el que se reflejan los casos en función del nivel de depresión.

Tabla 36. Número de casos dentro de cada conglomerado.

Conglomerado	Tipo I	34
	Tipo II	8
	Tipo III	29
	Tipo IV	35
Válidos		106

Tabla 37. Tabla de contingencia

		Número inicial de casos				Total
		1	2	3	4	
Nivel de depresión	Depresión ligera	15	3	18	14	50
	Depresión moderada	15	2	10	12	39
	Depresión grave	4	3	1	9	17
Total		34	8	29	35	106

Descripción de las tipologías de Personalidad Eficaz

Tipo I: Eficaz Moderado

Presenta puntuaciones normales en todas las dimensiones de la personalidad eficaz (Fortalezas, Demandas, retos y relaciones)

El número de casos de la muestra que constituyen este grupo es de 34 sujetos sobre un total de 106 sujetos

En este perfil tipológico se encuentra 15 sujetos con depresión ligera. 15 con depresión moderada y 4 con depresión grave.

Descripción detallada del tipo I: Eficaz moderado.

En relación a las fortalezas del yo (factor **Autoestima**) conformado principalmente por variables propias de la esfera Fortalezas del Yo, puesto que integra ítems que miden indicadores de autoconcepto y autoestima, dado que este componente integra aspectos valorativos de la persona, un sujeto que puntúa entorno al centil 50 presenta un normal conocimiento y aprecio de su físico, una normal valoración y

confianza en sus recursos cognitivo-motivacionales y sociales y un normal reconocimiento de sus limitaciones. En síntesis un nivel de autoconcepto y autoestima de sí mismo moderado.

En relación a las demandas del yo (factor **Autorrealización Laboral**) cuyos componente aparecen conjugados ítems referidos a **Demandas del Yo**: motivación intrínseca, expectativas y atribuciones de desempeño laboral; e ítems que miden indicadores de Fortalezas del Yo: autoconcepto, y autoestima. Una puntuación en torno a un centil 50 pone de manifiesto una relación moderada entre el conocimiento personal y la atribución de éxito a una normal capacidad y esfuerzo, la motivación intrínseca y el logro en las actividades que desarrolle en su vida cotidiana. Como hemos indicado sus puntuaciones son normales tipo medio

En relación a los retos del yo (factor **Autoeficacia Resolutiva**) cuyo componente corresponde a la esfera **Retos del Yo**, ya que mediría variables que apoyan un afrontamiento eficaz a los retos que puedan surgir en todos los ámbitos. Conjuga ítems que miden indicadores relativos a la toma de decisiones y al afrontamiento de problemas. Por tanto, un sujeto que puntuara en torno al centil 50 en este factor indica que planifica moderadamente las decisiones que tuviera que tomar intentando en la medida de lo posible y no siempre ajustarse a las demandas propias de cada situación, intentando reunir la información que pueda encontrar y analizando las posibles consecuencias de sus decisiones, con una actitud no negativa para aprender de la experiencia

En relación a las relaciones del yo (factor **Autorrealización Social**) cuyo componente responde a la esfera de **Relaciones del Yo**, puesto que involucra habilidades de comunicación, empatía y asertividad. pone de manifiesto la vinculación entre la autopercepción de capacidad o competencia para establecer y mantener relaciones con los otros y las expectativas de éxito en sus relaciones sociales futuras. Dado que este factor incluye variables que apoyan una ejecución social eficaz, un sujeto que puntuara en torno al centil 60 tendría una moderada confianza y aprecio en sus recursos para construir vínculos, realizar atribuciones de sus relaciones sociales en función de su habilidad para relacionarse y tendría moderadas expectativas de éxito en sus relaciones sociales

Tipo II: Ineficaz social

Presenta puntuaciones bajas en tres de las cuatro dimensiones de la personalidad eficaz y una puntuación normal con tendencia a buena en la dimensión relaciones del yo

El número de casos de la muestra que constituyen este grupo es de 8 sujetos sobre un total de 106 sujetos

En este perfil tipológico se encuentran 3 sujetos con depresión ligera, 2 con depresión moderada y 3 con depresión grave.

Descripción detallada del Tipo II : Ineficaz social

En relación a las fortalezas del yo (factor **Autoestima**) conformado principalmente por variables propias de la esfera Fortalezas del Yo, puesto que integra ítems que miden indicadores de autoconcepto y autoestima, dado que este componente integra aspectos valorativos de la persona, un sujeto que puntúa en torno al centil 20 presenta un bajo conocimiento y aprecio de su físico, una baja valoración y confianza en sus recursos cognitivo-motivacionales y sociales y un bajo reconocimiento de sus limitaciones. En síntesis un nivel de autoconcepto y autoestima de sí mismo muy bajo.

En relación a las demandas del yo (factor **Autorrealización Laboral**) cuyos componentes aparecen conjugados ítems referidos a **Demandas del Yo**: motivación intrínseca, expectativas y atribuciones de desempeño laboral; e ítems que miden indicadores de Fortalezas del Yo: autoconcepto, y autoestima. Una puntuación en torno a un centil 10 pone de manifiesto una relación muy baja entre el conocimiento personal y la atribución de éxito a su capacidad y esfuerzo, la motivación intrínseca y el logro en las actividades que desarrolle en su vida cotidiana. Como hemos indicado sus puntuaciones son muy bajas

En relación a los retos del yo (factor **Autoeficacia Resolutiva**) cuyo componente corresponde a la esfera **Retos del Yo**, ya que mediría variables que apoyan un afrontamiento eficaz a los retos que puedan surgir en todos los ámbitos. Conjuga ítems que miden indicadores relativos a la toma de decisiones y al afrontamiento de problemas. Por tanto, un sujeto que puntuara en torno al centil 20 en este factor indica que planifica mal las decisiones que tuviera que tomar intentando no ajustándose a las demandas propias de cada situación, ni intentando reunir la información que pueda encontrar y analizando las posibles consecuencias de sus decisiones.

En relación a las relaciones del yo (factor **Autorrealización Social**) cuyo componente responde a la esfera de **Relaciones del Yo**, puesto que involucra habilidades de comunicación, empatía y asertividad pone de manifiesto la vinculación entre la autopercepción de capacidad o competencia para establecer y mantener relaciones con los otros y las expectativas de éxito en sus relaciones sociales futuras. Dado que este factor incluye variables que apoyan una ejecución social eficaz, un sujeto que puntuara en torno al centil 60 tendría una moderada confianza y aprecio en sus recursos para construir vínculos, realizar atribuciones de sus relaciones sociales en función de su habilidad para relacionarse y tendría moderadas expectativas de éxito en sus relaciones sociales. La puntuación en torno a este centil (el único que tienen en las dimensiones por encima del 50) es lo que determina su nombre de ineficacia pero con recursos o en su caso apoyo social.

Tipo III: Eficaz

Presenta puntuaciones altas en todas las dimensiones constitutivas de la personalidad eficaz

El número de casos de la muestra que constituyen este grupo es de 29 sujetos sobre un total de 106 sujetos

En este perfil tipológico se encuentra 18 sujetos con depresión ligera. 10 con depresión moderada y 1 con depresión grave.

Es el grupo tipológico que presenta menos sujetos con depresión grave. Solo un caso

Descripción detallada

En relación a las fortalezas del yo (factor **Autoestima**) conformado principalmente por variables propias de la esfera Fortalezas del Yo, puesto que integra ítems que miden indicadores de autoconcepto y autoestima, . Dado que este componente integra aspectos valorativos de la persona, un sujeto que puntuara alto tendría un buen conocimiento y aprecio de su físico, una alta valoración y confianza en sus recursos cognitivo-motivacionales y sociales y un ajustado reconocimiento de sus limitaciones

En síntesis un nivel de autoconcepto y autoestima de sí mismo alto

En relación a las demandas del yo (factor **Autorrealización Laboral**) cuyos componente aparecen conjugados ítems referidos a **Demandas del Yo**: motivación intrínseca, expectativas y atribuciones de desempeño laboral; e ítems que miden indicadores de Fortalezas del Yo: autoconcepto, y autoestima. Este factor pone de manifiesto la relación entre el conocimiento personal y la atribución de éxito a una

definida y positiva capacidad y esfuerzo, la motivación intrínseca y el logro en las actividades que desarrolle en su vida cotidiana. El sujeto que puntuara alto en este factor (centil 80) sería aquel que valora positivamente sus recursos a la hora de enfrentarse a determinadas tareas o retos, cuyas motivaciones cotidianas son principalmente de carácter interno; valora positivamente su capacidad para superar retos y ejercer su autonomía y control personal. Realiza atribuciones de capacidad y esfuerzo y tiene expectativas, próxima y lejanas, de éxito

Como hemos indicado sus puntuaciones son altas.

En relación a los retos del yo (factor **Autoeficacia Resolutiva**) cuyo componente corresponde a la esfera **Retos del Yo**, ya que mediría variables que apoyan un afrontamiento eficaz a los retos que puedan surgir en todos los ámbitos. Conjuga ítems que miden indicadores relativos a la toma de decisiones y al afrontamiento de problemas. Por tanto, un sujeto que puntuara alto en este factor (centil 80) planificaría cuidadosamente las decisiones que tuviera que tomar ajustándose a las demandas propias de cada situación, reuniendo la mayor cantidad de información que pueda encontrar y analizando las posibles consecuencias de sus decisiones, con una actitud positiva y capacidad para aprender de la experiencia

En relación a las relaciones del yo (factor **Autorrealización Social**) cuyo componente responde a la esfera de **Relaciones del Yo**, puesto que involucra habilidades de comunicación, empatía y asertividad pone de manifiesto la vinculación entre la autopercepción de capacidad o competencia para establecer y mantener relaciones con los otros y las expectativas de éxito en sus relaciones sociales futuras. Dado que este factor incluye variables que apoyan una ejecución social eficaz, un sujeto que puntuara alto tendría confianza y aprecio en sus recursos para construir vínculos, realizaría atribuciones de sus relaciones sociales en función de su habilidad para relacionarse y tendría expectativas de éxito en sus relaciones sociales

Tipo IV: Ineficaz

Presenta puntuaciones por debajo de la media en todas las dimensiones de la personalidad eficaz.

El número de casos de la muestra que constituyen este grupo es de 35 sujetos sobre un total de 106 sujetos

En este perfil tipológico se encuentra 14 sujetos con depresión ligera. 12 con depresión moderada y 9 con depresión grave.

Es el grupo tipológico que presenta más sujetos con depresión grave

Descripción detallada

En relación a las fortalezas del yo (factor **Autoestima**) conformado principalmente por variables propias de la esfera Fortalezas del Yo, puesto que integra ítems que miden indicadores de autoconcepto y autoestima, dado que este componente integra aspectos valorativos de la persona, un sujeto que puntúa en torno al centil 30 presenta un bajo conocimiento y aprecio de su físico, una baja valoración y confianza en sus recursos cognitivo-motivacionales y sociales y un bajo reconocimiento de sus limitaciones. En síntesis un nivel de autoconcepto y autoestima de sí mismo muy bajo.

En relación a las demandas del yo (factor **Autorrealización Laboral**) cuyos componente aparecen conjugados ítems referidos a **Demandas del Yo**: motivación intrínseca, expectativas y atribuciones de desempeño laboral; e ítems que miden indicadores de Fortalezas del Yo: autoconcepto, y autoestima. Una puntuación en torno a un centil 40 pone de manifiesto una relación baja entre el conocimiento personal y la atribución de éxito a su capacidad y esfuerzo, la motivación intrínseca y el logro en las actividades que desarrolle en su vida cotidiana. Como hemos indicado sus puntuaciones son muy bajas.

En relación a los retos del yo (factor **Autoeficacia Resolutiva**) cuyo componente corresponde a la esfera **Retos del Yo**, ya que mediría variables que apoyan un afrontamiento eficaz a los retos que puedan surgir en todos los ámbitos. Conjuga ítems que miden indicadores relativos a la toma de decisiones y al afrontamiento de problemas. Por tanto, un sujeto que puntuara en torno al centil 30 en este factor indica que planifica mal las decisiones que tuviera que tomar intentando no ajustándose a las demandas propias de cada situación, ni intentando reunir la información que pueda encontrar y analizando las posibles consecuencias de sus decisiones.

En relación a las relaciones del yo (factor **Autorrealización Social**) cuyo componente responde a la esfera de **Relaciones del Yo**, puesto que involucra habilidades de comunicación, empatía y asertividad pone de manifiesto la vinculación entre la autopercepción de capacidad o competencia para establecer y mantener relaciones con los otros y las expectativas de éxito en sus relaciones sociales futuras. Dado que este factor incluye variables que apoyan una ejecución social eficaz, un sujeto que puntuara en torno al centil 20 tendría una baja confianza y aprecio en sus recursos para construir vínculos, realizar atribuciones de sus relaciones sociales en función de su

habilidad para relacionarse y tendría bajas expectativas de éxito en sus relaciones sociales.

3. Discusión

Como en su momento se indicó el objetivo de este trabajo es señalar el grado de presencia de las dimensiones del constructo de personalidad eficaz en personas afectadas por el síndrome ansioso-depresivo. Este objetivo se detalló una serie de objetivos específicos que pretenden ver aparte de la presencia de las citadas dimensiones del yo (Fortalezas, demandas, retos y relaciones) del constructo de la personalidad eficaz en personas afectadas por el síndrome ansioso-depresivo, estudiar las diferencias de las dimensiones de la Personalidad eficaz en personas afectadas por el síndrome ansioso-depresivo en función de la variable género, edad, y en personas no afectadas por este síndrome, y formular finalmente tipologías de personalidad eficaz en personas afectadas por el síndrome ansioso-depresivo comparándolas con las con las obtenidas en investigaciones anteriores con personas no afectadas.

Igualmente indicamos la procedencia de verificar la calidad de los instrumentos utilizados en esta investigación referentes a su fiabilidad y en su caso validez y normalización.

3.1. Respecto a los análisis psicométricos de los instrumentos los resultados indicaron que la fiabilidad de los instrumentos utilizados en esta investigación superan con creces el índice de Cronbach y de una manera especialmente alta el Cuestionario de Personalidad eficaz con un alfa de Cronbach de .908. También se analizaron las fiabilidades de las dimensiones que conforman el constructo de Personalidad Eficaz obteniendo unos índices alfa de Cronbach superiores a .600 en todos los casos siendo el más bajo el índice de Retos del yo (.602) atribuible al factor que tiene un número de ítem más bajo (5) frente a los otros tres factores que tienen ítems en torno a 8 y 9.

El análisis factorial confirmatorio se pusieron a prueba la estructura unidimensional de las dimensiones del Constructo Personalidad eficaz: Fortalezas (factor autoestima) Demandas (factor Autorrealización social) Retos (Autoeficacia resolutive) y Relaciones (Autorrealización social) Los resultados obtenidos se ajustan al modelo de Personalidad Eficaz con cuatro dimensiones.

Estos resultados son afines a los resultados obtenidos con el mismo cuestionario sobre personalidad eficaz aplicado en distintos contextos poblacionales adultos tanto Españoles (López-Pérez (2011) como Chilenos (Ramírez, 2013) donde se evidencia que el cuestionario alcanza unos niveles de fiabilidad y de validez del constructo satisfactoria.

3.2. Respecto a la presencia de las dimensiones del yo del constructo de la personalidad eficaz (Fortalezas, Demandas, Retos y Relaciones) en personas afectadas por el síndrome ansioso-depresivo los resultados ponen de manifiesto que existen diferencias en función del grado de depresión.

Estos resultados eran esperados pues en estudios previos a los que hemos hecho referencia con anterioridad tales como el de Remor et al., (2010) muestran la eficacia de un programa manualizado de intervención en grupo para la potenciación de fortalezas y recursos psicológicos. Los resultados de la aplicación de este programa fueron que se potenciaron los recursos psicológicos, aumentando el optimismo, el sentido del humor, la capacidad de resolución de problemas y de autocontrol. Y se logró disminuir, el estrés percibido, la depresión, los síntomas somáticos y las quejas subjetivas de malestar físico.

Si bien Chico y Ferrando (2008) cuando investigan en su estudio las variables cognitivas y afectivas como predictoras de la satisfacción en la vida y para ello utilizan las escalas LOT-R, PANAS, el Test de Satisfacción en la Vida y el Inventario de Depresión de Beck señalan que no se deben utilizar medidas conjuntas de optimismo y pesimismo cuando existe un modelo relativamente bidimensional en el caso que nos atañe en nuestra investigación hemos utilizado la escala del constructo personalidad eficaz tipo likert con cuatro dimensiones multivariadas Y este hecho da un mayor alcance y novedad a nuestros resultados y a la presencia de diferencias significativas.

Estas diferencias son significativas en las dimensiones de Fortaleza, Demandas y Retos (Autoestima, Autorrealización laboral y Autoeficacia resolutiva) pero no en Relaciones del Yo (Autorrealización social):

Ello se deduce en los siguientes indicadores:

Los Contrastes multivariados en función del grado de depresión donde se muestra que la traza de Pillai es significativa; En el MANOVA en función del grado de depresión se muestra que las diferencias en función del grado de depresión se dan en todos los factores de Personalidad Eficaz a excepción del factor Relaciones

Para estudiar entre que grupos se dan dichas diferencias se estudió previamente la homogeneidad de varianzas mediante la prueba de Levene. En ella se observa que los factores Retos y Relaciones presentan homogeneidad de varianzas, mientras que el factor Fortalezas presenta heterogeneidad de varianzas.

Puesto que el factor Fortalezas presentaba varianzas homogéneas la prueba de contraste Scheffé *Contraste Post-hoc Scheffé en el factor Fortalezas* indica que las diferencias estadísticamente significativas se dan entre: - Depresión ligera con Depresión moderada y Depresión grave siendo la puntuación de los pacientes de Depresión ligera estadísticamente superior a los de Depresión moderada y Depresión grave; - Depresión moderada con Depresión grave siendo la puntuación de los primeros estadísticamente superiores a los de Depresión moderada.

Estos resultados están en la línea de los trabajos de Lizeretti et al., (2006); Salguero e Iruriazaga (2006), Pérez-Dueñas et al., (2006) referidos a la inteligencia emocional y el autoconcepto en personas con síndrome depresivo; Pérez-Camarero et al., (2009) sobre la salud mental de las personas jóvenes en España (OMS) y de Cantón y Justicia (2008) sobre Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo, dado que las secuelas a largo plazo que producen los abusos sexuales en la infancia provocan en la edad adulta numerosas dificultades psicológicas conductuales y sociales que van desde la depresión y baja autoestima hasta el abuso de sustancias y los trastornos de personalidad.

Es igualmente acorde con el estudio realizado por Espada, Morales, Orgilés y Ballester (2012) en su trabajo sobre “Autoconcepto, ansiedad social y sintomatología depresiva en adolescentes españoles según su orientación sexual” cuando observan desde una perspectiva social que una tendencia hacia la aceptación de la homosexualidad como una condición sexual más. Desde el punto de vista individual, aunque se observa como promedio un peor estado de ánimo, los adolescentes homosexuales muestran en general un buen autoconcepto y una buena capacidad de adaptación a su entorno. Si el rechazo social influye directamente en los trastornos emocionales de los jóvenes homosexuales, sus hallazgos reflejan un descenso de los problemas emocionales en este colectivo

Y en esta misma línea con los estudios de Del Barrio et al., (1994) que estudian la autoestima y depresión en niños y los de Echeburúa, et al. (2000) en su estudio sobre “Tratamiento del trastorno mixto de ansiedad y depresión: resultados de una investigación experimental” donde ponen de manifiesto la importancia de tratar la expresión emocional restringida y el déficit de autoestima con terapia cognitivo-conductual. En esta misma línea están los estudios de González y Gimeno (2013) en su

estudio sobre menores en situación de riesgo social: allí se demuestra que la autoestima es importantísima en el desarrollo personal de los menores y es un factor protector del desarrollo,

Igualmente el factor Demandas presenta varianzas homogéneas por lo que se ha procedido a aplicar la prueba de contraste Scheffé *Contraste Post-hoc Scheffé en el factor Demandas*. Los resultados indican que las diferencias estadísticamente significativas se dan entre: - Depresión ligera con Depresión grave siendo la puntuación de los pacientes de Depresión ligera estadísticamente superior a los de Depresión grave; Depresión moderada con Depresión grave siendo la puntuación de los primeros estadísticamente superiores a los de Depresión moderada

Estos resultados están acordes a los obtenidos en otros contextos cuando se trabajan variables presenten en la dimensión demandas. Como son las motivaciones, las expectativas y las atribuciones: Cecchini et al., (2004); Jiménez-Castuera et al., (2007); Sierra-Díez et al., (2011); Merayo et al., (2008); Manassero y Vázquez (1995); Soria et al., (2004); Vázquez et al., (2006) y Rodríguez y Nouvilas (2007).

Por otro lado no existe contradicción con los resultados obtenidos por Sanjuán et al., (2008) en su trabajo sobre estilos explicativos y afecto negativo .indican que cuando se habla del estilo explicativo negativo nos estamos refiriendo a soler explicar las situaciones negativas mediante causas internas, estables y globales y se concluye de que el estilo explicativo negativo constituye un estilo cognitivo predictor de malestar psicológico y que no es específico de la depresión pero no la excluye. Los estudios anteriores de Sanjuán y Magallares (2006; 2007) así lo corroboran.

En línea con los resultados obtenidos en nuestra investigación Hervás y Vázquez (2006) han demostrado que las personas con un estilo de respuesta rumiativo tienen más probabilidades de intensificar su estado de ánimo depresivo, pudiéndose llegar en muchos casos a desarrollar una depresión clínica. Y lo mismo ocurre con los estudios de González et al., (2009) cuando hacen hincapié en señalar la posible interpretación de una buena parte de las técnicas cognitivo-conductuales, como herramientas orientadas a la búsqueda del correcto equilibrio entre estrés y recuperación, resultando fundamental para ello la modificación de las creencias de autoeficacia y las expectativas de control.

El factor Retos también presenta varianzas homogéneas por lo que se ha procedido a aplicar la prueba de contraste Scheffé (*Contraste Post-hoc Scheffé en el factor Retos*). Se observa que las diferencias se dan entre: - Depresión ligera con Depresión moderada y Depresión grave siendo la puntuación de los pacientes de Depresión ligera estadísticamente superior a los de Depresión moderada y Depresión grave; - Depresión moderada con Depresión grave siendo la puntuación de los primeros estadísticamente superiores a los de Depresión moderada.

A este respecto es conveniente que los resultados que aquí se ofrecen son acordes con los obtenidos por Sanjuán y Magallares (2007) cuando analizan los estilos explicativos y las estrategias de afrontamiento. Sus resultados muestran que las personas con un estilo explicativo negativo tienen mayores síntomas depresivos, ya que el estilo de afrontamiento utilizado para hacer frente a diferentes situaciones, se basa en un estilo que utiliza estrategias de evitación o negación del problema, que lo que hacen es incrementar el malestar emocional. Sin embargo, se ha visto que las personas con estilo autoensalzante, utilizan estrategias de afrontamiento directo centradas en la solución del problema y, por el contrario, apenas usan estrategias centradas en la emoción, todo esto provoca bienestar psicológico en el sujeto.

Y en esa misma línea están los resultados obtenidos por Plata-Muñoz et al., (2004); González et al., (2002); Martínez-Correa et al., (2006); Carrobles et al., (2003); Márquez (2006); Limonero et al., (2006a); Hernangómez y Vázquez (2005) y Arce y Santisteban (2006).

De manera especial conviene hacer mención al estudio de Kramp (2012) examinan en población ansiosa y depresiva chilena el afrontamiento y perfil de resolución de problemas sociales. En este estudio se comprobó que existían diferencias estadísticamente significativas para las estrategias de resolución de problemas sociales y afrontamiento al estrés evaluadas en personas con ansiedad y depresión, donde se demuestra que a mayor aumento de síntomas, las estrategias de afrontamiento al estrés y de resolución de problemas, se hacen cada vez menos adaptativas.

Como ya hemos indicado las diferencias son significativas en las dimensiones de Fortaleza, Demandas y Retos (Autoestima, Autorrealización laboral y Autoeficacia

resolutiva) en cuanto al grado de presencia del síndrome ansioso-depresivo pero no en Relaciones del Yo (Autorrealización social).

Aparentemente este resultado se presenta como contradictorio en base a otras investigaciones en las que las Relaciones del yo (Autorrealización social) sí que presentan diferencias entre personas afectadas o no por el síndrome ansioso-depresivo. De hecho hay muchos programas que se han desarrollado para desarrollar este tipo de “habilidades relacionales” en personas con estos síntomas. Así tenemos los estudios de Rodríguez-Marín et al., (1993); Caballo (2005); Marín y León (2001); Páez et al., (2012); García-Retamero et al., (2008); Olaya et al., (2008); De la Iglesia y Olivares (2007) Mestre et al., (2002); Páez et al., (2006); Ferrer y Riera (2008); López-Santiago et al., (2012); López et al., (2000); Olivares et al., (2005) y Limonero et al., (2006b).

No obstante, algunos estudios abren una nueva dimensión interpretativa. Cabe señalar a Moya-Albiol y Occhi (2008) que realizan su investigación a raíz de los atentados del 11 de marzo de 2004 en España, con la finalidad de analizar la sintomatología de Trastorno de Estrés Postraumático y empatía en población no directamente afectada a los 3-4 meses del mismo. Los resultados fueron que se daba una mayor presencia de síntomas del trastorno de estrés postraumático cuanto mayor era la proximidad al lugar de los hechos y más en las mujeres, y la empatía contribuye al desarrollo de la sintomatología del TEPT. Los impactos emocionales causados por acontecimientos como los atentados terroristas afectan a la salud psicológica de la población general, y no sólo a las personas directamente afectadas. Se vio que Una mayor actitud empática se asocia a una mayor presencia de la sintomatología del TEPT.

Una explicación plausible a esta no influencia o alteración de la dimensión de Relaciones del yo en el síndrome ansioso-depresivo puede ser debida a las características concretas de la muestra objeto de estudio. Son personas que de forma voluntaria acuden a la consulta y para ello su necesidad de establecer una comunicación es manifiesta y deseable. De hecho solicitan y aceptan una relación psicoterapéutica.

Por otro lado la empatía es un reclamo constante y muy presente en la práctica clínica y psicoterapéutica.

Estas diferencias dieron lugar al cálculo de baremos diferenciados en función del nivel de depresión en Fortalezas, Demandas y Retos.

La no significación de las diferencias encontradas en la dimensión relaciones del yo (Autorrealización social) que contempla aspectos relacionados con la empatía, asertividad y comunicación pueda encontrarse en el hecho, como señalan Etxebarria, Ortiz, Conejero y Pascual (2009) de como muchas veces los sentimientos empáticos se transforman en sentimientos de culpa, sobre todo en mujeres entre 40-50 años, y da dos causas: una mayor sensibilidad emocional y un alto componente de culpa ansioso-agresivo. Es decir un de empatía convertido en culpabilidad que no afectaría a la dimensión Comunicación y si a las otras tres dimensiones (Fortalezas, Demandas y Retos. Igualmente Guix (2006) señala que probablemente los ansioso-depresivos no fallen en comunicación, si no en la manera de comunicarse, es decir, suelen evitar más el cara a cara, pero por otro lado se comunican telefónicamente, por internet, whatsapp, etc. Este tipo de comunicación les lleva a malinterpretar mucha de la información (al no ser cara a cara). Y a esto se une algo que les pasa mucho y es la frase: "lo que me sucede a mi es culpa de las circunstancias, lo que sucede a otros es por culpa de como son", se responsabilizan poco de lo que les pasa, siempre es que tienen "mala suerte" en la vida. También puede considerarse, como señala Prados (2005) como los ansioso-depresivos suelen estar siempre más preocupados en sus relaciones: se preocupan mucho por lo que han dicho, cómo lo han dicho, si parecerá mal al otro.

3.3. Respecto a las diferencias en las dimensiones de la personalidad eficaz en personas afectadas por el síndrome ansioso-depresivo y las variable género y edad se tomo como referencia el estadísticos de contraste Traza de Pillai por ser el que la literatura recoge como el más robusto y potente (Meyers et al., 2013). Y se observa que la Traza de Pillai no es significativa en ninguna de esas variables.

Si bien, como en su momento señalamos Sánchez et al., (2006) realizan un estudio sobre Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres e indican que las variables psicológicas predicen más la salud física de las mujeres que la de los varones, lo que parece indicar que la salud física de las mujeres está íntimamente relacionada con la salud psicológica esta diferencia de género es solo atribuible a uno de los aspectos del autoconcepto que es la parte física pero no al conjunto de ellos como se trata en el constructo de la personalidad eficaz.

Esta misma explicación es extensible a las posibles diferencias encontradas por López-Pérez-Díaz y Calero-García (2008) Calvete et al., (2007) en su estudio sobre la desesperanza como vulnerabilidad cognitiva al estrés: adaptación del cuestionario de estilo cognitivo para adolescentes demostraron que las chicas tienen una mayor tendencia al estilo atribucional de desesperanza, debido a que atribuyen en mayor medida los acontecimientos negativos a causas globales, y perciben mayores consecuencias negativas para sí mismas y su futuro. Y curiosamente, sólo en las chicas el estilo de desesperanza, llega a actuar como factor de vulnerabilidad haciendo que el impacto de los estresores en los síntomas depresivos sea mayor. Pero es importante señalar que en el constructo de la Personalidad eficaz se contemplan las demandas del yo en la conjunción de tres variables, motivación, expectativa y atribución y no únicamente desde la variable atribucional. Esta diferenciación es lo que le da el carácter novedoso a esta investigación.

En la línea de nuestros resultados está el estudio de González et al., (2002) cuando examinan la relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. Se comprobó una escasa relación entre edad y afrontamiento y bienestar psicológico. En cuanto al género sí se encontraron diferencias, viendo que, aunque las mujeres poseían un repertorio de estrategias de afrontamiento mayor al de los hombres, éstas tienen menos habilidad para afrontar los problemas. Existe mayor relación entre bienestar psicológico y estrategias de afrontamiento que entre bienestar psicológico y edad o sexo.

Respecto a la edad nuestros resultados son acordes con Bragado et al., (2008) en su estudio sobre Autoconcepto físico, ansiedad, depresión y autoestima en niños con cáncer y niños sanos sin historia de cáncer, señalaron que no existían diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en ninguna de las variables de estudio, excepto en dos de las 11 dimensiones del PSDQ, salud y flexibilidad. La autoestima fue el mejor predictor de depresión, mientras la salud y el autoconcepto predecían ansiedad.

3.4. Respecto a las diferencias en las dimensiones de la personalidad eficaz en población afectada o no afectada por el síndrome ansioso-depresivo se realizó la comprobación de los supuestos básicos del MANOVA, bajo el criterio de coeficientes de asimetría y curtosis comprendidos entre -2 y 2 (Pérez, 2004). Los coeficientes

obtenidos en todos los factores estaban dentro de dicho intervalo. Por ello se considero que el criterio de normalidad se cumple adecuadamente. Con estos precedentes se presentaron las medias de cada grupo diagnóstico en los distintos factores de Personalidad Eficaz. Para comprobar si las medias son diferentes o no, se tomo como referencia el estadísticos de contraste Traza de Pillai y se observa que la Traza de Pillai es significativa, por lo que las diferencias en función del grado de depresión se dan en todos los factores de Personalidad Eficaz. Las puntuaciones medias son siempre más altas en el grupo no afectada por el síndrome ansioso-depresivo.

3.5. Respecto al objetivo de establecer tipologías modales de personalidad eficaz en personas afectadas por el síndrome ansioso-depresivo se optó por la técnica de k medias extrayendo cuatro tipos fundamentado en la importancia y alcance que tiene la dimensión autoestima como elemento dinamizador del comportamiento humano cara a su eficacia. Así la existencia de un tipo en donde la presencia alta del factor autoestima (fortalezas del yo) lleva consigo la presencia alta del resto de las dimensiones autorrealización laboral (demandas del yo), autoeficacia resolutiva (retos del yo) y autorrealización social (relaciones del yo). Lo mismo ocurre con la baja presencia de la autoestima (fortalezas del yo) que lleva consigo una baja presencia en cuanto a autorrealización laboral (demandas del yo) autoeficacia resolutiva (retos del yo) y autorrealización social (Relaciones del yo). La presencia moderada de la autoestima (fortalezas del yo), es decir, ligeramente por debajo o por encima de la media afecta de forma diferencial a la autorrealización laboral (demandas del yo) y a la autoeficacia resolutiva (retos del yo). Una mayor o menor presencia en esos casos de la autorrealización laboral (demandas del yo) y de la autoeficacia resolutiva (retos del yo) permite el establecimiento de un tercer y cuatro tipo diferencial (Martín del Buey y Martín Palacio, 2012).

Existen investigaciones previas en torno al constructo de personalidad eficaz. (López-Pérez, 2011; Ramírez, 2013; Muñoz, 2013; Bernal, 2014) en las que aparecen de forma reiterativa los cuatro tipos relacionados con las fortalezas, demandas, retos y relaciones de yo. Es decir la Autoestima, la autorrealización académica, la autoeficacia resolutiva y la autorrealización social.

El Tipo I: Eficaz Moderado presenta puntuaciones normales medias en todas las dimesnioones de la personalidad eficaz (Fortalezas, Demandas, retos y relaciones). El numero de casos de la muestra que constituyen estre grupo es de 34 sujetos sobre un

total de 106 sujetos. En este perfil tipológico se encuentran 15 sujetos con depresión ligera, 15 con depresión moderada y 4 con depresión grave.

El Tipo II: Ineficaz social presenta puntuaciones bajas en tres de las cuatro dimensiones de la personalidad eficaz y una puntuación normal con tendencia a buena en la dimensión relaciones del yo. El número de casos de la muestra que constituyen este grupo es de 8 sujetos sobre un total de 106 sujetos. En este perfil tipológico se encuentran 3 sujetos con depresión ligera, 2 con depresión moderada y 3 con depresión grave.

EL Tipo III: Eficaz : Presenta puntuaciones altas en todas las dimensiones constitutivas de la personalidad eficaz. El número de casos de la muestra que constituyen este grupo es de 29 sujetos sobre un total de 106 sujetos. En este perfil tipológico se encuentran 18 sujetos con depresión ligera, 10 con depresión moderada y 1 con depresión grave.

EL Tipo IV: Ineficaz: Presenta puntuaciones por debajo de la media en todas las dimensiones de la personalidad eficaz. El número de casos de la muestra que constituyen este grupo es de 35 sujetos sobre un total de 106 sujetos. En este perfil tipológico se encuentran 14 sujetos con depresión ligera, 12 con depresión moderada y 9 con depresión grave. Es el grupo tipológico que presenta más sujetos con depresión grave.

Como puede observarse se da un tipo con puntuaciones altas en las cuatro dimensiones del constructo de personalidad eficaz que se ha denominado Eficaz (Tipo III) y un tipo con puntuaciones bajas en las mismas que se ha denominado Ineficaz (Tipo IV). En el primero de ellos solo hay un caso con depresión grave y en el segundo de los casos hay nueve.

Entre ambos tipos extremos se presentan dos tipos: el tipo de eficacia moderada y el tipo de ineficacia manifiesta pero con recursos en la dimensión de las relaciones del yo. Son el tipo I (Eficaz Moderado) y el tipo II (Ineficaz social, en ambos la presencia de sujetos hay sujetos afectados por depresión grave pero no tantos como en el tipo IV denominado ineficaz.

Si realizamos una comparativa con resultados anteriores obtenidos en población adulta normal española y chilena es oportuno recordar que en ambas poblaciones se encuentran las siguientes semejanzas: Un tipo Eficaz.: el tipo I Eficaz chileno y el tipo IV Eficaz español; Un tipo Ineficaz : el Tipo IV Ineficaz chileno y el tipo II Ineficaz Español; Un tipo Ineficaz social : el tipo II Ineficaz social chileno y tipo y Tipo III

Ineficaz social español; y Un tipo eficaz introvertido: el tipo III Eficaz introvertido chileno y Tipo I Eficaz introvertido español

En este trabajo se han encontrados tres tipos semejantes: dos tipos extremos semejantes y uno intermedio. Los tipos extremos son: el tipo III: Eficaz que se corresponderían al tipo Eficaz (I Chileno y IV español) y el tipo IV Ineficaz que se corresponderían al tipo Eficaz (IV Chileno y II español) aunque no de forma tan acusada en la medida que las puntuaciones obtenidas en las dimensiones no están en torno a puntuaciones centiles en torno al 20 y si al 30 o en su caso al 40. Y el tipo intermedio es el tipo II Ineficaz social que se correspondería con al tipo Ineficaz social (II Chileno y III Español)

El tipo eficaz moderado obtenido en esta investigación tienen elementos de semejanzas en tres de las cuatro dimensiones del constructo personalidad eficaz y una discrepancia en torno a las relaciones de yo. En las tipologías realizadas con sujetos exentos de esta sintomatología se le denominó Eficaz introvertido en el sentido que ya se señaló en su lugar. El apelativo de introversión venía dado como consecuencia de sus dificultades en las relaciones sociales. En el caso que nos atañe ocurre lo contrario. Las relaciones sociales resulta ser la dimensión más alta en este caso.

Con anterioridad hemos hechos referencia a la no significación de las diferencias encontradas en la dimensión relaciones del yo (Autorrealización social) que contempla aspectos relacionados con la empatía, asertividad y comunicación pueda acudiendo a trabajos de Etxebarria et al., (2010), Guix (2006) y Prados (2005).

Estas explicaciones dan razón de la aparición de un cuarto tipo de personalidad eficaz en personas afectadas por el síndrome ansioso-depresivo en que la Dimensión Relaciones del yo no está afectada a pesar de su afección.

4. Conclusiones

En base a los objetivos propuestos y a los análisis realizados se formulan las siguientes conclusiones que en su caso confirman o no las hipótesis de trabajo planteadas

1. Se confirma la existencia de una relación inversa entre la intensidad del síndrome ansioso-depresivo con la dimensión fortalezas del yo (autoestima) del constructo personalidad eficaz lo que significa que a mayor intensidad del síndrome ansioso depresivo el autoconcepto y la autoestima se manifiestan claramente disminuidos.

2. Se confirma la existencia de una relación inversa entre la intensidad del síndrome ansioso-depresivo con la dimensión Demandas del yo (Autorrealización laboral) del constructo personalidad eficaz lo que significa que a una mayor intensidad o presencia de los síntomas ansiosos depresivos los niveles motivaciones, de expectativas y de atribuciones para el desempeño de la actividad laboral ordinaria se manifiestan claramente disminuidos

3. Se confirma la existencia de una relación inversa entre la intensidad del síndrome ansioso-depresivo con la dimensión Retos del yo (Autoeficacia resolutive) del constructo personalidad eficaz lo que significa que a una mayor intensidad o presencia de los síntomas ansioso-depresivos las capacidad de planteamiento de problemas y toma de decisiones se manifiestan claramente disminuidos.

4. No se ha confirmado la existencia de una relación inversa entre la intensidad del síndrome ansioso-depresivo con la dimensión Relaciones del yo (Autorrealización social) del constructo personalidad eficaz, lo que significa que una mayor intensidad o presencia de los síntomas ansioso-depresivos no lleva implícita una disminución de la asertividad, empatía y comunicación en las personas que lo padecen.

5. No se ha confirmado la existencia de diferencias significativas en ninguna de las dimensiones del constructo de la personalidad eficaz (Fortalezas, Demandas, Retos y Relaciones del Yo) en las personas con sintomatología ansioso-depresivo en función de la variable género de tal forma que no se pueda afirmar que en función de esta variable existe mayor frecuencia en uno u otro género

6. No se confirmado que existen diferencias significativas en las dimensiones del constructo de la personalidad eficaz (Fortalezas, Demandas, Retos y Relaciones del Yo)

en las personas con sintomatología ansioso-depresivo en función de la variable edad lo que quiere significar que la edad no es factor influyente en una mayor presencia o ausencia de desarrollo en las dimensiones de la personalidad eficaz en estas personas.

7. Se ha confirmado que las personas afectadas por el síndrome ansioso-depresivo presentan dimensiones del constructo de la personalidad eficaz (Autoestima, Autorrealización laboral, Autoeficacia resolutive) significativamente inferiores a las que se obtiene en población no afectada, pero no en relación con las Relaciones del Yo (Autorrealización social)

8. Se ha confirmado que las tipologías obtenidas de personalidad eficaz en personas afectadas por el síndrome son semejantes a las obtenidas en población ausente del síndrome ansioso-depresivo

9. Y finalmente se ha confirmado que el nivel de eficacia e ineficacia que se obtiene en los tipos de personalidad eficaz en personas afectadas por el síndrome ansioso-depresivo está relacionado con el mayor o menor grado de presencia de esta sintomatología.

5. Aplicaciones y limitaciones del trabajo.

El objetivo de este trabajo es señalar el grado de presencia de las dimensiones del constructo de personalidad eficaz en personas afectadas por el síndrome ansioso-depresivo consideradas en su totalidad. Existen estudios sobre algunas de las dimensiones que se contemplan en el constructo de la Personalidad eficaz por separado en personas afectadas por el trastorno ansioso-depresivo pero no se tienen constancia en relación con el constructo tomado en su conjunto dentro de esta población. De ahí lo inédito del estudio.

A la luz de los resultados obtenidos se considera de gran utilidad poder realizar tratamientos adaptados al perfil de personalidad eficaz de cada paciente, desarrollando y trabajando (con diferentes técnicas y programas terapéuticos), los rasgos de personalidad más debilitados de cada persona. La individualidad en el tratamiento es demandada constantemente por los terapeutas que se dedican a trabajar con estos pacientes en la consulta.

A la luz de los resultados obtenidos puede considerarse de utilidad la existencia de un cuestionario de Personalidad eficaz fiable, válido y normalizado para ser utilizados con personas con síndrome ansioso-depresivo.

No obstante esta investigación presenta algunas sombras que es necesario manifestar

La primera de ellas hace relación a la población-muestras con la que se ha podido trabajar. Ciertamente no es muy abundante y sería recomendable aumentarla en tamaño y diversidad.

La segunda de ellas hace relación al carácter intercultural del estudio. Se ha hecho con población española. Sería deseable ampliar estos estudios con población extranjera. Y en este sentido sería interesante hacerlo en población chilena dado que en la investigación se contrasta los resultados obtenidos con esta población.

6. Referencias bibliográficas

- Agudelo, D.; Buela-Casal, G.; y Spielberger, C.D. (2007). Ansiedad y Depresión: el problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*, 30(2), 33-41.
- Agudelo, D.; Carretero-Dios, H.; Blanco-Picabia, A.; Pitti, C.; Spielberger, C. y Buela-Casal, G. (2005). El componente afectivo de la depresión. *Salud Mental*, 28, 32-41.
- Agudelo, D.; Spielberger, C.D., Santolaya, F.; Carretero-Dios, H. y Buela-Casal, G. (2005). Análisis de Validez convergente y discriminante del Cuestionario de Depresión Estado-Rasgo (ST-DEP). *Actas españolas de psiquiatría*, 33, 374-382.
- Alloy, L.B.; Kelly, K.A.; Mineka, S. y Clements, C.M. (1990). Comorbidity in anxiety and depressive disorders: A helplessness-hopelessness perspective. En J. D. Maser y C.R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity and anxiety disorders* (pp.499-544). Washington, DC: APA.
- Angst, J.; Merikangas, K.R. y Preisig, M. (1997). Subthreshold syndromes of depression and anxiety in the community. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 6-10.
- American Psychiatric Association-APA (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales- DSM-IV*. Barcelona: Masson
- American Psychiatric Association-APA (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales- DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson
- American Psychiatric Association-APA (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales- DSM 5*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
- APA Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271–285.
- Arce, E. y Santisteban, C. (2006). Impulsivity: A review. *Psicothema*, 18(2), 213-220.
- Arraño, M. (2014). *Evaluación del Constructo de la Personalidad Eficaz enriquecido con el Modelo Integrativo Supraparadigmático, en población adolescente entre 14 y 18 años*. Tesis doctoral. Universidad de Oviedo.
- Assalian, P.; Rosengarten, MD. y Phillips, R. (1985). A comparative trial of the antidepressant, anxiolytic, and cardiovascular effects of trimipramine and doxepin in depressed hospitalized patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 46(3), 90-4.
- Bandura, A. (1975). The ethics and social purposes of behavior modification. En C. M. Franks y G. T. Wilson (Eds.), *Annual review of behavior therapy theory and practice* (Vol. 3) (pp.13-20).. New York: Brunner/Mazel.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice Hall.

- Bandura, A. (1985). Model of causality in social learning theory. En M. J. Mahoney y A. Freeman (Eds.), *Cognition and psychotherapy* (pp. 81-99). New York: Plenum Publishing Corporation.
- Bandura, A. (1997). *Self Efficacy: the exercise of control*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice Hall.
- Baños, R.M.; Guillen, V.; García-Palacios, A.; Quero, S. y Botella, C. (2012). Las nuevas tecnologías en el tratamiento de los trastornos de ansiedad. *Informació psicològica*, 102, 28-46.
- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18(1), 13-25.
- Barlow, D.H. (1992). Cognitive-behavioral approaches to panic disorder and social phobia. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 56, 14-28.
- Barlow, D.H.; Farchione, T.J.; Fairholme, C.P.; Ellard, K.K.; Boisseau, C.L.; Allen, L.B., & Ehrenreich-May, J. (2011). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist guide*. New York: Oxford University Press.
- 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.; 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.
- 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*. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T.; Steer, R.A. y Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A.T. y Steer, R.A. (1987) *Manual for the Revised Beck Depression Inventory*. 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.
- Beck, A.T.; Ward, C.H.; Mendelson, M.; Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.

- Belloch, A.; Sandín, B. y Ramos, F. (Eds.). (2009). *Manual de Psicopatología*, 2. Madrid: McGraw Hill Interamericana
- Bernal, F. (2014). *Tipologías modales multivariadas de Personalidad Eficaz en contextos universitarios chilenos. Análisis de diferencias con muestras universitarias españolas*. Tesis doctoral. Universidad de Oviedo.
- Bolz, C.H. (1972). *Personality Types en Multivariate Personality*. N.Y.: Ralph Maxion Dreger.
- Bradberry, T. y Greaves, J. (2005). *The Emotional Intelligence Quick Book*. New York: Simon and Schuster.
- Bragado, C.; Hernández-Lloreda, M.J.; Sánchez-Bernardos, M.L. y Urbano, S. (2008). Autoconcepto físico, ansiedad, depresión y autoestima en niños con cáncer y niños sanos sin historia de cáncer. *Psicothema*, 20(3), 413-419.
- Burns, D. y Eidelson, R. (1998). Why are depression and anxiety correlated? A test of the Tripartite Model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 461-473.
- Buss, A.R. y Poley, W. (1979). *Diferencias individuales. Rasgos y factores*. Ciudad de México: El Manual Moderno S.A.
- Caballo, V.E. (2005). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Calvete, E.; Villardón, L.; Estévez, A. y Espina, M. (2007). La desesperanza como vulnerabilidad cognitiva al estrés: adaptación del cuestionario de estilo cognitivo para adolescentes. *Ansiedad y Estrés*, 13(2-3), 215-227.
- Cantón, D. y Justicia, F. (2008). Afrontamiento del abuso sexual infantil y ajuste psicológico a largo plazo. *Psicothema*, 20, 509-515.
- Capafons, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema*, 13(3), 442-446.
- Carrobes, J.A., Remor, E. y Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15(3), 420-426.
- Cattell, R.B. (1979). *Rasgos. Enciclopedia Universal de las Ciencias Sociales*. Madrid: Aguilar.
- Cattell, R.B., Couter, M.A. y Tsujioja, B. (1966). The taxonomic recognition of types and functional emergents. En R. Cattell (Ed). *Handbook of multivariate experimental psychology* (pp. 288-329). Chicago: Rand McNally.

- Cecchini, J.A.; González, C.; Carmona, A.M. y Contreras, O. (2004). Relaciones entre clima motivacional, orientación de meta, motivación intrínseca, auto-confianza, ansiedad y estado de ánimo en jóvenes deportistas. *Psicothema*, 16(1), 104-109.
- Chambers, A.L. y Wilson, M.N. (2007). Assessing male batterers with the Personality Assessment Inventor. *Journal of Personality Assessment*, 88, 57-65.
- Chico, E. y Ferrando, P.E. (2008). Variables cognitivas y afectivas como predictoras de satisfacción en la vida. *Psicothema*, 20(3), 408-412.
- Clark, L.A. y Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336
- Clark, D.M. y Salkovskis, P.M. (1991). *Cognitive therapy with panic and hypochondriasis*. New York: Pergamon Press.
- Clayton, P. (1987). Anxious depression: a reemerging subtype of depression. En G. Racogni, S. Smeraldi (Eds) *Depression: assesment and treatment* (pp.1-5). New York: Raven Press.
- Coie, J.D.; Dodge, K.A. y Coppotelli, H.A. (1982). Dimensions and types of social status: A cross-age perspective. *Developmental Psychology*, 18, 557-569.
- Cole, M.G.; Fenton, F.R.; Engelsmann, F. y Mansouri, I. (1991). Effectiviness of geriatric psychiatry consultation in an acute care hospital: a randomized clinical trial. *Journal of the American Geriatric Society*, 39(12), 1183-8.
- Comeche, M.I.; Díaz, M.I. y Vallejo, M.A. (1995). *Cuestionarios, inventarios, escalas. Ansiedad, depresión y habilidades sociales*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Conde, V.; Esteban, T. y Useros, E. (1976). Revisión crítica de la adaptación castellana del cuestionario de Beck. *Revista de psicología general y aplicada*, 31, 469-497.
- Conde, V. y Franch, J.I. (1984). *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología de los trastornos angustiosos y depresivos*. Madrid: Upjohn SA.
- 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.
- Crawford, J.R., y Henry, J.D. (2004). The positive and negative affect schedule (PANAS): construct validity, measurement properties and normative data in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 245-265.

- Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of the tests. *Psychometryka*, 12, 1-16.
- Dapelo, B., Marcone, R., Martín-Palacio, E., Martín del Buey, F. y Fernández, A. (2006). Adaptación Chilena del cuestionario de Personalidad Eficaz para adolescentes. *Psicothema*, 18(1), 130-134.
- Dapelo, B. y Martín del Buey, F. (2006). Estudiante Eficaz en el contexto de formación de profesores. Adaptación del cuestionario de Personalidad Eficaz al ámbito universitario. *Revista de Orientación Educativa*, 20(38), 63-77.
- Dapelo, B. y Martín del Buey, F. (2007). Personalidad eficaz (PECE) en el contexto de la educación técnico –profesional. *Revista de Orientación Educativa*, 39,13-29.
- De la Iglesia, M. y Olivar J.S. (2007). Entrenamiento en habilidades sociocomunicativas en los trastornos del espectro autista de alto funcionamiento. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(1), 33-42.
- De Vicente, A. y Castilla, A. (2012). Las intervenciones psicológicas son eficaces y rentables-Resolución de la APA. *Infocop*, 26-28. Recuperado en Marzo, 5, 2014, disponible en <http://www.cop.es/infocop/pdf/1154.pdf>
- Del Barrio, V.; Frías, D. y Mestre, V. (1994). Autoestima y depresión en niños. *Revista de psicología general y aplicada*, 47(4). 471-476.
- Derogatis, L.R. y Wise, T.N. (1996). *Trastornos depresivos y de ansiedad en asistencia primaria*. Barcelona. Martínez Roca (original, 1989).
- Di Giusto, C. (2013). *Evaluación de la personalidad eficaz en contextos de enseñanza secundaria: estudio comparativo entre muestra española y chilena*. Tesis Doctoral. Universidad de Oviedo.
- Echeburúa, E. y Salaberría, K (1999). Trastorno mixto de ansiedad y depresión: ¿un nuevo cuadro clínico? *Revista de Psicología Contemporanea*, 6, 22-29.
- Echeburúa, E.; Salaberría, K.; Corral, P.; Cernea, R. y Berasategui, T. (2000). Tratamiento del trastorno mixto de ansiedad y depresión: resultados de una investigación experimental. *Análisis y Modificación de conducta*, 26, 509-535.
- Ehrenreich-May, J.y Bilek, E.L. (2012). The Development of a Transdiagnostic, Cognitive Behavioral Group Intervention for Childhood Anxiety Disorders and Co-Occurring Depression Symptoms. *Cognitive and behavioral practice*, 19, 41–55.
- Espada, C. y Grau, C. (2012) Estrategias de afrontamiento en padres de niños con cáncer. *Psicooncología*, 9(1), 25-40.

- Espada, J.P.; Morales, A.; Orgilés, A. y Ballester, R. (2012). Autoconcepto, ansiedad social y sintomatología depresiva en adolescentes españoles según su orientación sexual. *Ansiedad y Estrés*, 18(1), 31-41.
- Espinosa, L. (2009). Ansiedad infantil e implicación de los padres: una revisión. *Psicología Conductual*, 17(1), 67-87.
- Etxebarria, I.; Ortiz, M. J.; Conejero, S. y Pascual, A. (2009). Intensidad de la culpa habitual en varones y mujeres: ¿a qué responden las diferencias? *Infocop Online*. Recuperado en Marzo, 20, 2014, disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2713
- Ferrer, M. y Riera, M.A. (2008). El rol y las intervenciones de los profesionales en programas socioeducativos para familias de riesgo. *Enginy*, 16-17, 31-40.
- Fueyo, E. (2010). *Evaluación de la Personalidad Eficaz en segundo y tercer ciclo de Educación Primaria*. Tesis doctoral. Universidad de Oviedo.
- Funke, H.J.; Holtmann, W.; Ismail, S.; Jansen, W.; Leonhardt, K.; Muth, H.; Omer, L.M.; O'Connolly, M. y Ramm, H. (1986). Double-blind comparison of diclofenac with nomifensine in outpatients with dysphoric mood. *Pharmacopsychiatry*, 19(3), 120-3.
- Garaigordobil, M. y García de Galdeano, P. (2006). Empatía en niños de 10 a 12 años. *Psicothema*, 18(2), 180-186.
- García-Retamero, R.; Takezawa, M. y Gigerenzer, G. (2008). Comunicación grupal y estrategias de toma de decisiones. *Psicothema*, 20(4), 753-759.
- Gardner, H. (1999). *Intelligence Reframed: Multiple Intelligences for the 21 st Century*. Nueva York: Basic Books.
- Garnez, N. y Masten, A. (1991). The protective role of competence indicators in children at risk. En E.M. Cummings, A.L. Greene y K.K. Karraker (Eds), *Life-span developmental psychology: perspectives on stress and coping* (pp.151-176). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- 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.
- Goleman, D. (1998). *La inteligencia emocional en la empresa*. Vergara: Argentina.
- Gómez, R. (2012). *Evaluación de la personalidad eficaz en población universitaria*. Tesis Doctoral. Universidad de Huelva.

- Gonçalves, F. (2003). Trastornos de ansiedad en atención primaria. En F. Gonçalves, V. González, J. Vázquez, *Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad* (pp. 13-30). Madrid: International Marketing & Communications, S.A. Recuperado en abril, 13, 2014, disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_depresion.pdf.
- Góngora V.C. y Casullo M.M. (2009). Factores protectores de la salud mental: Un estudio comparativo sobre valores, autoestima, e inteligencia emocional en población clínica y población general. *Interdisciplinaria*, 26(2), 183-205.
- González, S.; Fernández, C.; Pérez, J. y Amigo, I. (2006). Prevención secundaria de la depresión en atención primaria. *Psicothema*, 18(3), 471-477.
- González, F. y Gimeno, A. (2013). Menores en situación de riesgo social: Valoración de un programa para la mejora de la autoestima. *Intervención Psicosocial*, 22, 1-5.
- González, M.; Herrero, M.; Viña, C.M.; Ibañez, I. y Peñate, W. (2004). El modelo tripartito: relaciones conceptuales entre ansiedad, depresión y afecto negativo. *Revista latinoamericana de psicología*, 36,289-304.
- González, R.; Montoya, I.; Casullo, M.M. y Bernabeu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 363-368.
- González, J.L.; Peñacoba, C.; Velasco, L.; López-López, A.; Mercado, F. y Barjola, P. (2009). Recursos cognitivos de percepción de control, procesos de estrés/recuperación y malestar afectivo en fibromialgia. *Psicothema*, 21(3), 359-368.
- González, C.; Ramos, L.; Caballero, M.A. y Wagner, F.A. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15(4), 524-532.
- Guix, J. (2006). *Ni me explico, ni me entiendes. Los laberintos de la comunicación*. Bogotá: Norma.
- Gutiérrez, M.; Escartí, A. y Pascual, C. (2011). Relaciones entre empatía, conducta prosocial, agresividad, autoeficacia y responsabilidad personal y social de los escolares. *Psicothema*, 23(1), 13-19.
- Hamilton, M. (1983). The clinical distinction between anxiety and depression. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 15, 1655-1695.
- Heath, D.H. (1965). *Explorations of maturity*. N.Y., Apleton: Century Crofts.

- Hernangómez, L. y Vázquez, C. (2005). Estrategias para regular la tristeza: diferencias entre una muestra clínica y una muestra control en el Inventario de Afrontamiento de la Depresión (CID). *EuroPsikhé*, 4(2), 149-178.
- Hervás, G. y Vázquez, C. (2006). Explorando el origen emocional de las respuestas rumiativas: El papel de la complejidad emocional y la Inteligencia Emocional. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 279-292.
- Hollon, S. y Beck, A.T. (1993). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. En S.L. Garfield y A.E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 428-466). New York: Wiley (4th. Ed.)
- Holtzworth-Munroe, A.; Meehan, J.C.; Herron, K.; Rehman, U. y Stuart, G.L. (2003). Do subtypes of martially violent men continue to differ over time? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 728- 740.
- Holtzworth-Munroe, A. y Stuart, G.L. (1994). Typologies of male batterers: Three subtypes and the differences among them. *Psychological Bulletin*, 116, 476-497
- Hosaka, T.; Aoki, T. y Ichikawa, Y. (1994). Emotional states of patients with hematological malignancies: preliminary study. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 24(4), 186-90.
- Huss, M.T. y Ralston, A. (2008). Do batterer subtypes actually matter? Treatment completion, treatment response and recidivism across a batterer typology. *Criminal Justice and Behavior*, 35, 710-724.
- Jiménez, G. (2010). *Utilizar internet es bueno para estimular la actividad cerebral y prevenir el deterioro mental*. Recuperado en abril, 25, 2014, disponible en: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=2076
- Jiménez-Castuera, R.; Cervelló-Gimeno, E.; García-Calvo, T. Santos-Rosa Ruano, F. J. e Iglesias-Gallego, D. (2007). Estudio de las relaciones entre motivación, práctica deportiva extraescolar y hábitos alimenticios y de descanso en estudiantes de Educación Física. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 385-401.
- Joiner, T.E.; Catanzaro, S.J.; Laurent, J.; Sandín, B. y Blalock, J.A. (1996). Modelo tripartito sobre el afecto positivo y negativo, la depresión y la ansiedad: Evidencia basada en la estructura de los síntomas y en diferencias sexuales. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 1, 27-34.
- Katon, W. y Roy-Byrne, P. (1991). Mixed anxiety and depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 337-345.

- Kramp, U. (2012). Perfil de resolución de problemas sociales y afrontamiento en ansiosos y depresivos chilenos. *Psicothema*, 24(4), 529-535.
- Kuyken, W.; Byford, S.; Taylor, R.S.; Watkins, E.; Holden, E.; White, K.; Barrett, B.; Byng, R.; Evans, A.; Mullan, E. y Teasdale, J.D. (2008). Mindfulness-Based Cognitive Therapy to Prevent Relapse in Recurrent Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 966-978.
- Labrador, F.J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: hacia una nueva psicología clínica*. Madrid: Dykinson.
- Lasa, L.; Ayuso-Mateos, J.L.; Vázquez, J.L.; Díez, 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.
- Limonero, J.T.; Sábado J.T. y Fernández-Castro, J. (2006a). Relación entre Inteligencia Emocional Percibida y ansiedad ante la muerte en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 267-278.
- Limonero, J.T.; Sábado, J. y Fernández-Castro, J. (2006b). Perceived emotional intelligence and its relation to tobacco and cannabis use among university students. *Psicothema*, 18, 95-100.
- Linares, A.; Rodrigo, L.; Pérez, R.; Sánchez, J.L.; Rodríguez, A. y Arribas, J.M. (1990). Pronóstico de los pacientes con síndrome del intestino irritable. Estudio prospectivo con seguimiento de un año. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 77(1), 18-23.
- Lindenberg, D. y Pitule-Schödel, H. (1990). DL-kavain in comparison with oxazepam in anxiety disorders. A double-blind study of clinical effectiveness. *Fortschritte der Medizin*, 108(2), 49-50.
- Lindseth, P.D. y Lindseth, G.N. (1992). Assessing for preflight predictors of airsickness. *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, 63(19), 908-13.
- Lizeretti, N.P.; Oberst, U.E.; Chamarro, A. y Farriols, N. (2006). Evaluación de la Inteligencia Emocional en pacientes con psicopatología: resultados preliminares usando el TMMS-24 y el MSCEIT. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 355-364.
- Lobo, A., García-Campayo, J. Campos, R., Marcos, G. y Pérez-Echeverría, M.J. (1996). Somatization in primary care in Spain: I. Estimates of prevalence and clinical characteristics. *British Journal of Psychiatry*, 168, 344-348.

- Loinaz, I., Echeburúa, E. y Torrubia, R. (2010). Tipología de Agresores contra la Pareja en Prisión. *Psicothema*, 22(1), 106-111.
- López, F., Martín, I., De la Fuente, E.I. y Godoy, J. F. (2000). Estilo atribucional, autocontrol y asertividad como predictores de la severidad del consumo de drogas. *Psicothema*, 12(2), 331-334.
- López-Pérez, J.M. (2011). *Tipologías modales multivariadas de Personalidad Eficaz en población adulta de 30 a 60 años*. Tesis doctoral. Universidad de Oviedo.
- López-Pérez-Díaz, A.G. y Calero-García, M.D. (2008). Sensibilidad al dolor, autorregulación, afrontamiento y personalidad en mujeres adultas sanas. *Psicothema*, 20(3), 420-426.
- López-Santiago, J., Blas, L. V. y Gómez, M. (2012). Efectividad de un programa de tratamiento asertivo comunitario para pacientes con trastorno mental grave. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(1), 1-10.
- Maassen, G.H., Akkermans, W., y Van der Linden, J.L. (1996). Two dimensional sociometric status determination with rating scales. *Small Group Research*, 27, 56-78.
- Maassen, G.H. y Landsheer, H.A. (1998). SSRAT: The processing or rating scales for the determination of two-dimensional sociometric status. *Behavior Research Methods, Instruments and Computers*, 30, 674-679.
- Maassen, G.H.; Steenbeek, H. y van Geert, P. (2004). Stability of three methods for two-dimensional sociometric status determination based on the procedure of Asher, Singleton, Tinsley and Hymel. *Social Behavior and Personality*, 32, 535-550.
- Magraf, J.; Barlow, D.H.; Clark, D.M. y Telch, M.J. (1993). Psychological treatment of panic. Work in progress on outcome, active ingredients, and follow-up. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 108-120.
- Manassero, M.A. y Vázquez, A. (1995). La atribución causal como determinante de las expectativas. *Psicothema*, 7(2), 361-376.
- Marcote, F. (2001). *Tipologías motivacionales y su incidencia sobre el rendimiento académico*. Tesis doctoral. Universidad de Oviedo.
- Marín, M. y León, J. M. (2001). Entrenamiento en habilidades sociales: un método de enseñanza-aprendizaje para desarrollar las habilidades de comunicación interpersonal. *Psicothema*, 13(2), 247-251.

- Márquez, S. (2006). Estrategias de afrontamiento del estrés en el ámbito deportivo: fundamentos teóricos e instrumentos de evaluación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 359-378.
- Marshall, G.N.; Sherbourne, C.D.; Meredith, L.S.; Camp, P. y Hays, R.D. (2003). The tripartite model of anxiety and depression: symptom structure in depressive and hypertensive patient groups. *Journal of Personality Assessment*, 80, 139-153.
- Martín del Buey, F. (1985). *Tipologías Modales Multivariadas y Rendimiento Académico*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid.
- Martín del Buey, F. (2003). *Cuestionario de Personalidad Eficaz en Secundaria*. Documento Inédito. Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo.
- Martín del Buey, F.; Fernández, A.; Martín, E.; Dapelo, B.; Marcone, R. y Granados, P. (2008). Cuestionario de Personalidad Eficaz para la formación profesional. *Psicothema*, 20(2), 224-228.
- Martín del Buey, F. y Martín Palacio, M.E. (2012). *Competencias personales y sociales: personalidad eficaz*. Material inédito. Editado en formato digital sin finalidad venal.
- Martínez, M.; Redondo, S.; Pérez, M., y García C. (2008). Empatía en una muestra española de delincuentes. *Psicothema*, 20(2), 199-204.
- Martínez-Correa, A., Reyes, G.A., García-León, A. y González-Jareño, M.I. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 18(1), 66-72.
- Mayer, J.D. y Salovey, P. (1997). The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence*, 17(4), 433-442.
- Meichenbaum, D. (1997). El estado de la cuestión en la modificación cognitivo-conductual. En I. Caro (Ed.) *Manual de psicoterapias cognitivas* (pp.149-155). Barcelona: Paidós
- Merayo, L.A; Cano, F.J. y Rodríguez, L. (2008). Motivación para el cambio como predictor de la adherencia terapéutica en el dolor crónico. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 331-339.
- Mestre, M.V.; Samper, P. y Frías, M.D. (2002). Procesos cognitivos y emocionales predictores de la conducta prosocial y agresiva: la empatía como factor modulador. *Psicothema*, 14(2), 227-232.
- Meyers, L.S.; Gamst, G. y Guarino, A.J. (2013a). *Performing data analysis using IBM SPSS*. Hoboken, NJ: Wiley.

- Meyers, L.S.; Gamst, G. y Guarino, A.J. (2013b). *Applied multivariate research: Design and Interpretation (2nd ed.)*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Molina, J.; Andrade, C.; Lerma, I.; Del Pozo, L. y Quintás, M.L. (2004). El tratamiento del trastorno mixto ansioso depresivo en atención primaria. *Salud global*, 6, 1-8. Recuperado en junio, 10, 2014, disponible en: <http://www.juandediosmolina.es/downloads/saludmental6-2004.pdf>
- Moral, J.C., Sánchez, J.C. y Villarreal, M.E. (2010). Desarrollo de una escala multidimensional breve de ajuste escolar. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, 15(1), 1-11.
- Moya-Albiol, L. y Occhi, S. (2008). Sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático y empatía en población no directamente afectada tras los atentados terroristas del 11 de marzo de 2004. *Ansiedad y Estrés*, 13(2-3), 269-281.
- Mulet, B.; Sanchez-Casas, R.; Arrufat, T.; Figuera, L.; Labad, A. y Rosich, M. (2005). Deterioro cognitivo ligero anterior a la enfermedad de Alzheimer: tipologías y evolución. *Psicothema*, 17(2), 250-256
- Muñoz, M.I. (2013). *Estilos de comportamiento emocional adolescente en el marco de la Personalidad Eficaz en contextos educativos chilenos*. Tesis doctoral. Universidad de Oviedo.
- Muñoz, V.; Moreno, M.C. y Jiménez, I. (2008). Las Tipologías de estatus sociométrico durante la adolescencia: Contraste de distintas técnicas y fórmulas para su cálculo. *Psicothema*, 20(4), 665-671.
- Muñoz, J.; Navas, E.; Graña, J.L. y Martínez, R. (2006). Subtipos de drogodependientes en tratamiento: apoyo empírico para una distinción entre tipo A y tipo B. *Psicothema*, 18(1), 43-51.
- National Institute for Health and Care Excellence-NICE (2014). NICE Quality standard. Recuperado en diciembre, 9, 2014, disponible en <http://www.nice.org.uk/guidance/qs53>
- Newcomb, A.F. y Bukowski, W.M. (1983). Social impact and social preference as determinants of Children's Peer Group Status. *Developmental Psychology*, 9, 856-867.
- Norton, P.J. (2012). Transdiagnostic group cbt for anxiety disorder: efficacy, acceptability, and beyond. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 205-217.

- OCU (2012). Menos fármacos, más psicoterapia. *Salud Mental*, 100, 10-14. Recuperado en mayo, 11, 2014, disponible en: http://www.ocu.org/site_images/PressPdf/mas-psicoterapia-menos-pastillas.pdf
- Olaya, B.; Tarragona, M.J.; De la Osa, N. y Ezpeleta, L. (2008). Protocolo de evaluación de niños y adolescentes víctimas de la violencia doméstica. *Papeles del Psicólogo*, 29(1), 123-135.
- Olivares, J., Rosa, A.I. y Piqueras, J.A. (2005). Detección temprana y tratamiento de adolescentes con fobia social generalizada. *Psicothema*, 17(1), 1-8.
- Organización Mundial de la Salud-OMS. (1992). *Clasificación Internacional de las Enfermedades. CIE 10*. Madrid: Méditor.
- Ortiz-Tallo, M.; Cardenal, V.; Blanca, M.J.; Sánchez, L.M. y Morales, I. (2007). Multiaxial evaluation of violent criminals. *Psychological Reports*, 100, 1065-1075.
- Pacheco, A. (1986). Ansiedad, Pánico y Suicidio. *Archivos venezolanos de Psiquiatría y Neurología*, 32(66), 19-24.
- Páez, D.; Fernández, I.; Campos, M.; Zubieta, E. y Casullo, M.M. (2006). Apego seguro, vínculos parentales, clima familiar e Inteligencia Emocional: socialización, regulación y bienestar. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 319-341.
- Páez, D.; Martínez, F.; Sevillano, V.; Mendiburo, A. y Campos, M.(2012). Medida de estilos de regulación afectiva (MARS) ampliada en ira y tristeza. *Psicothema*, 24(2), 249-254.
- Pecknold, J.C.; Familamiri, P.; McClure, D.J.; Elie, R. y Chang, H. (1985). Trimipramine and maprotiline: antidepressant, anxiolytic, and cardiotoxic comparison. *Journal of Clinical Psychiatry*, 46(5), 166-71.
- Pecknold, J.C. y Luthe, L.(1989). Trimipramine, anxiety, depression and sleep. *Drugs*, 38(1), 25-31.
- Peña-Casanova, J.; Aguilar, M.; Bertran-Serra, I.; Santacruz, P.; Hernández, G. Insa, R.; Pujol, A.; Sol, JM.; Blesa, R y Grupo NORMACODEM. (1997). Normalización de instrumentos cognitivos y funcionales para la evaluación de la demencia (NORMACODEM) (I): objetivos, contenidos y población. *Neurología*, 2, 61-8.
- Pérez, C. (2004). *Técnicas de análisis multivariante de datos*. Madrid: Pearson-Prentice Hall.
- Pérez-Álvarez, M. y García-Montes, J.M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13(3), 493-510.

- Pérez-Álvarez, M., Fernández-Hermida, J. R., Fernández-Rodríguez, C. y Amigo, I. (Coords.) (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Pérez-Camarero, S., Rojo, N. e Hidalgo, A. (Coord.) (2009). La Salud Mental de las Personas Jóvenes en España. *Monográfico de la Revista de Estudios de Juventud*, 84, 7-217.
- Pérez-Dueñas, C.; Pacheco, A.P.; Lupiáñez, J. y Acosta, A. (2006). Inteligencia Emocional e interferencia stroop emocional en participantes con ansiedad rasgo elevada vs. baja. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 251-265.
- Petersen, R.C.; Doody, R.; Kurz, A.; Mohs, R.C.; Morris, J.C. y Rabins, P.V. (2001). A typology of men who batter: Three types derived from cluster analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 246-275.
- Petrides, K.V. y Furnham, A. (2000). On the dimensional structure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 29, 313-320.
- Petrides, K.V., Furnham, A. y Martin, G.N. (2004). Estimates of emotional and psychometric intelligence: evidence for gender-based stereotypes. *Journal of Social Psychology*, 144, 149-162.
- Petrides, K.V.; Pérez-González. J.C. y Furnham, A. (2007). On the criterion and incremental validity of trait emotional intelligence. *Cognition and Emotion*, 21, 26-55.
- Pinillos J.L. (1978). *Principios de Psicología*. Madrid: Alianza.
- Piqueras, R.; Rodríguez-Morejón, A. y Rueda, C. (2008). Expectativas y duración del desempleo. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 24(2), 129-151.
- Pizarro, J.P. (2012). *Evaluación de competencias personales y sociales en contextos de educación primaria*. Tesis Doctoral. Universidad de Oviedo.
- Plata-Muñoz, E.; Castillo, E.; Guevara-López, U.M. (2004). Evaluación de afrontamiento, depresión, ansiedad e incapacidad funcional en pacientes con dolor crónico. *Revista mexicana de anestesiología*, 27(1), 16-23.
- Prados, J.M. (2005). Pensamiento y emoción: el uso científico del término preocupación. *Ansiedad y Estrés*, 11, 37-48.
- Ramírez, E. (2013). *Tipologías modales multivariadas de Personalidad Eficaz en población adulta chilena de 30 a 60 años*. Tesis Doctoral. Universidad de Oviedo.

- Remor, E.; Amorós, M. y Carrobles, J.A. (2006). El optimismo y la experiencia de ira en relación con el malestar físico. *Anales de Psicología*, 22(1), 37-44.
- Remor, E.; Amorós, M. y Carrobles, J.A. (2010). Eficacia de un programa manualizado de intervención en grupo para la potenciación de las fortalezas y recursos psicológicos. *Anales de Psicología*, 26(1), 49-57.
- Rodríguez, M.F., y Nouvilas, E. (2007). Conflicto trabajo familia como fuente de estrés: el papel modulador de las atribuciones. *Ansiedad y Estrés*, 13(2-3), 177-189.
- Rodríguez-Peña, F.M.; Manzanque, J.M.; Vera, F.M.; Godoy, Y.A.; Ramos, N.S.; Blanca, M.J.; Fernández, A. y Enguix, A. (2014). Valoración de parámetros inmunitarios en pacientes con síntomas de ansiedad y depresión tras un programa de meditación “mindfulness”: un estudio piloto. *Ansiedad y estrés*, 20(1), 1-10.
- Rodríguez-Marín, J., Pastor, M.A. y López-Roig, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5(1), 349-372.
- Rodríguez-Naranjo, C. y Godoy, A. (1997). Factores que predicen la eficacia de diferentes tratamientos para la depresión leve o disforia. *Psicothema*, 9(1), 105-117.
- Romero, M. (2001). *Motivación, atribución, expectativas y rendimiento académico en la Enseñanza Secundaria Obligatoria*. Tesis doctoral. Universidad de Oviedo.
- Salguero, J.M. e Irurozaga, I. (2006). Relaciones entre Inteligencia Emocional percibida y emocionabilidad negativa: ansiedad, ira y tristeza/depresión. *Ansiedad y Estrés*, 12(2-3), 207-221.
- Sánchez, M.P.; Aparicio, M.E. y Dresch, V. (2006). Ansiedad, autoestima y satisfacción autopercebida como predictores de la salud: diferencias entre hombres y mujeres. *Psicothema*, 18(3), 584-590.
- Sánchez, J.; Rosa, A.I. y Olivares, J. (1999). Las técnicas cognitivo-conductuales en problemas clínicos y de salud: meta-análisis de la literatura española. *Psicothema*, 11(3), 641-654.
- Sandín, B.; Chorot, P.; Lostao, L.; Joiner, T.E.; Santed, M.A. y Valiente, R.M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: Validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11, 37-51
- Sanjuán, P. y Magallares, A. (2006). Estilo atributivo negativo, sucesos vitales y sintomatología depresiva. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(2), 91-98.
- Sanjuán, P. y Magallares, A. (2007). Estilos explicativos y estrategias de afrontamiento. *Clínica y Salud*, 18, 83-98.

- Sanjuán, P.; Pérez, A.; Rueda, B. y Ruiz, M.A. (2008). Estilos explicativos y afecto negativo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, 45-52.
- Sanz-Carrillo C.; García-Campayo, J.J. y Sánchez, A. (1993). Estudio de personalidad en pacientes con trastorno de pánico. *Actas Luso-Españolas de neurología psiquiátrica*, 21(6), 243-9.
- Saunders, D.G. (1992). A typology of men who batter: Three types derived from cluster analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 246- 275.
- Segal, Z.V.; Williams, J.M.G. y Teasdale, J.D (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. Nueva York: Guilford Press.
- Sierra-Díez, B.; Froufe-Torres, M. y Falces-Delgado, C. (2011). El papel de las metas conscientes e inconscientes en la motivación del consumidor. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, XIII (34), 192-210.
- Simón, V.M. (1997). La participación emocional en la toma de decisiones. *Psicothema*, 9(2), 365-376.
- Soria, M.; Otamendi, A.; Berrocal, C.; Caño, A. y Rodríguez Naranjo, C. (2004). Las atribuciones de incontrolabilidad en el origen de las expectativas de desesperanza en adolescentes. *Psicothema*, 16(3), 476-480.
- Spielberger, C.D.; Agudelo, D.; Carretero-Dios, H.; De los Santos-Roig, M. y Buela-Casal, G. (2004). Análisis de ítems de la versión experimental castellana del Cuestionario de Depresión Estado-Rasgo (ST-DEP). *Análisis y modificación de conducta*, 30, 495-535.
- Spielberger, C.D.; Ritterband, L.; Reheiser, E. y Brunner, T. (2003). The nature and measurement of depression. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 209-234.
- Stein, M. (1963). Explorations in Typology. En W. R. White (Eds.), *The study of lives: essays on Personality in Honor of Henry A. Murray* (pp.280-303). New York: Atherton.
- Sternberg, R.J. (1985). *Beyond IQ: a triarchic theory of human intelligence*. Cambridge: University Press.
- Thase, M.E.; Simons, A.D.; Calahone, J.F. y McGeary, J. (1991). Cognitive behavior therapy of endogenous depression. Part I: An outpatient clinical replication series. *Behavior Therapy*, 22, 457-467.
- Tyler, L.E. (1972). *Psicología de las diferencias humanas*. Madrid: Napova.

- Tyrer, P. (1992). *Clasificación de las neurosis*. Madrid: Díaz de Santos (original, 1989).
- Vallejo, J. y Bataller, R. (2000). Relación entre los estados de ansiedad y los trastornos depresivos. En J. Vallejo y C. Gastó, *Trastornos Afectivos: Ansiedad y depresión*. (pp. 724-762) Barcelona: Masson.
- Vázquez, C.; Díez-Alegría, C.; Nieto-Moreno, M.; Valiente, C. y Fuentenebro, F. (2006). Atribuciones causales explícitas e implícitas en el delirio: estudio de su especificidad en delirios paranoides y no paranoides. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(1), 21-36.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1991). *Fiabilidad y validez factorial de la versión española del inventario de depresión de Beck*. Barcelona: III Congreso de Evaluación Psicológica.
- Walkup, J.T.; Albano, A.M.; Piacentini, J.; Birmaher, B. Compton, S.N.; Sherrill, J.T.; Ginsburg, G.S.; Rynn, M.A.; McCracken, J.; Waslick, B.; Iyengar, S.; March, J.S. y Kendall, P.C. (2008). Cognitive-behavioral therapy, sertraline and their combination for children and adolescents with anxiety disorders: acute phase efficacy and safety. *New England Journal of Medicine*, 359(17), 2753-2766.
- Waltz, J.; Babcock, J.C.; Jacobson, N.S. y Gottman, J.M. (2000). Testing a typology of batterers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 658-669.
- Waters, E. y Sroufe, L.A. (1983). A developmental perspective on competence. *Developmental Review*, 3, 79-97.
- Watson, D.; Weber, K.; Assenheimer, J.; Clark, L.; Strauss, M. y McCormick, R. (1995). Testing a tripartite model: I. Evaluating the convergent and discriminant validity of anxiety and depression symptom scales. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 3-14.
- Watson, D.; Clark, L. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- Watson, D. y Tellegen, A. (1985). Toward a consensual structure of mood. *Psychological Bulletin*, 98, 219-235.
- White, R.W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 66, 297-333.
- Wittchen, H.V. y Essau, C.A. (1993). Comorbidity and mixed anxiety-depressive disorders: is there epidemiologic evidence? *Journal of Clinical Psychiatry*, 54, 5-15.

Referencias bibliográficas

- Yesavage, J.A. y Sheikh, J.I. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version. *Journal Clinical Gerontology* 5(1-2), 165-173.
- Zung, W.W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 12(6), 371-9.

7. Anexo

Anexo 1. Protocolo CPE-A

CPE-A

Este cuestionario pretende obtener información acerca de cómo es usted en general y cómo se desenvuelve en algunos aspectos de su vida diaria. Todos los datos que usted aporte serán tratados de forma absolutamente confidencial, teniendo la posibilidad de recibir, si usted lo desea, un informe con los resultados obtenidos, por eso se le ruega ser sincero en sus respuestas.

Primero se le solicitarán algunos datos personales, seguidos del cuestionario. Si usted desea que la información extraída de su cuestionario se le envíe, ponga por favor en la casilla “identificación” su nombre completo, o algún nombre distintivo que recuerde y le identifique al recibir su informe. El cuestionario consta de 30 ítems a los que deberá responder escribiendo, en la casilla en blanco, el número que usted considere en cada respuesta

(1 nunca, - 5 siempre). Si algún ítem le genera duda, señale la opción (2 algo, 3 normal, 4 bastante) que suceda el mayor número de veces.

1. NUNCA
2. POCAS VECES
3. ALGUNA VEZ
4. MUCHAS VECES
5. SIEMPRE

Muchas gracias por su colaboración.

Rellene por favor:

Identificación
Sexo
Edad
Estudios
Profesión

	Puntuación
1. Mis éxitos en mi profesión se deben a mi esfuerzo y dedicación	1 2 3 4 5
2. Tengo pocos amigos porque me cuesta tratar con los demás	1 2 3 4 5
3. Me siento muy bien con mi aspecto físico	1 2 3 4 5
4. Cuando tengo que tomar una decisión, planifico cuidadosamente lo que voy a hacer	1 2 3 4 5
5. Mi éxito en una tarea se debe a que me esmero por realizar un buen trabajo	1 2 3 4 5
6. Hago amigos con facilidad	1 2 3 4 5
7. Hay muchas cosas acerca de mí mismo que me gustaría cambiar si pudiera	1 2 3 4 5
8. Cuando tengo un problema trato de ver el lado positivo que posee	1 2 3 4 5
9. Tengo buena capacidad para trabajar	1 2 3 4 5
10. Mis fracasos en las relaciones con los demás se deben a mi falta de habilidad para hacer amigos	1 2 3 4 5
11. En general me siento satisfecho conmigo mismo	1 2 3 4 5
12. Para tomar una decisión reúno toda la información que puedo encontrar	1 2 3 4 5
13. Me considero un buen trabajador	1 2 3 4 5
14. Creo que, conociéndome como soy, tendré problemas en mis relaciones con los demás	1 2 3 4 5
15. Me acepto tal y como soy, con mis cualidades, limitaciones y defectos	1 2 3 4 5
16. Controlo bien mis emociones	1 2 3 4 5
17. Trabajo porque me gusta superar los retos que me presentan las tareas	1 2 3 4 5
18. Creo, con toda seguridad, que tendré éxito en mis relaciones con los demás	1 2 3 4 5
19. Tengo muchas cualidades para estar orgulloso y satisfecho de mí mismo	1 2 3 4 5

20. Cuando experimento un fracaso intento aprender de esa experiencia	1 2 3 4 5
21. Mi éxito en el trabajo se debe a mi capacidad personal	1 2 3 4 5
22. Mis éxitos en las relaciones con los demás se deben a mi habilidad para hacer amigos	1 2 3 4 5
23. Logro que casi todas las cosas me resulten bien	1 2 3 4 5
24. Cuando tengo un problema dedico tiempo y esfuerzo para resolverlo	1 2 3 4 5
25. Mis éxitos en las relaciones con los demás se deben a que son ellos los que toman la iniciativa	1 2 3 4 5
26. Creo que soy una persona valiosa para los otros	1 2 3 4 5
27. Estoy convencido de que tendré éxito cuando trabaje	1 2 3 4 5
28. Pienso que mi fracaso en las relaciones con los demás se deben a que no le agrado a la mayoría de las personas	1 2 3 4 5
29. Creo que tengo el talento para hacer que las cosas funcionen	1 2 3 4 5
30. Me siento a gusto compartiendo con otras personas	1 2 3 4 5

Compruebe que ha respondido todos los ítems.