



**Universitat**  
de les Illes Balears

# **Estrés, afrontamiento y psicopatología. Un estudio en población universitaria**

Miriam Kefauver Silva

**Memoria del Trabajo de Fin de Máster**

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

de la

UNIVERSITAT DE LES ILLES BALEARS

Curso Académico 2018-2019

*14 de junio de 2019*

*Tutor del Trabajo: María del Carmen Borrás Sansaloni*

**Índice**

Resumen .....	04
Palabras clave .....	04
Abstract .....	04
Keywords .....	05
Introducción .....	06
Estrés, acontecimientos vitales estresantes y situaciones traumáticas .....	07
Acontecimientos vitales estresantes .....	07
Situaciones traumáticas .....	08
Afrontamiento .....	09
El modelo transaccional de coping de Moos .....	10
Clasificación de los estilos de afrontamiento .....	12
Desarrollo de psicopatología .....	13
Factores moduladores entre estrés y afrontamiento .....	14
Objetivos e hipótesis .....	16
Método .....	17
Participantes .....	17
Procedimiento y medidas .....	17
Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT) (Crespo, González-Ordi, Gómez-Gutiérrez y Santamaría, 2019) .....	17
Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI-A) (Moos, 1993; adaptación española de Kirchner y Forns, 2010) .....	18
Listado de Síntomas Breve (LSB-50) (Rivera y Abuín, 2018) .....	19
Diseño .....	19
Resultados .....	19

Estudio descriptivo .....	20
Datos sociodemográficos .....	20
Situaciones traumáticas y sus características .....	20
Estrategias de afrontamiento .....	21
Presencia de psicopatología .....	21
Estrategias de afrontamiento y psicopatología .....	22
Estudio de la Normalidad .....	22
Comparación entre las distintas estrategias de afrontamiento .....	23
Comparación entre las estrategias de aproximación al problema .....	24
Comparación entre las estrategias de evitación del problema .....	24
Comparación entre ambos tipos de estrategias .....	24
Relación entre estrategias de afrontamiento y psicopatología .....	24
Relación entre CRI-A y LSB-50 .....	24
Relación entre CRI-A y CIT .....	25
Diferencias entre hombres y mujeres .....	25
Estudio de la Normalidad .....	25
Estrategias de afrontamiento en ambos grupos.....	26
Diferencias entre hombres y mujeres en psicopatología .....	26
Sintomatología del LSB-50 .....	26
Sintomatología del CIT .....	27
Discusión .....	27
Limitaciones y futuras líneas de investigación .....	31
Conclusión .....	32
Referencias .....	33
Anexo .....	37

### Resumen

Durante las distintas etapas vitales podemos enfrentarnos a situaciones estresantes o traumáticas que pueden amenazar nuestra salud y bienestar. Ambos tipos de eventos pueden derivar en el desarrollo de psicopatología. En la relación entre estrés y psicopatología, entre otros factores, juega un papel importante el afrontamiento. Éste se refiere a los esfuerzos cognitivos y conductuales dirigidos a manejar las demandas del entorno. El presente estudio pretende conocer las situaciones traumáticas, estrategias de afrontamiento y posible psicopatología de 63 adultos jóvenes, así como valorar las diferencias entre hombres y mujeres. Para ello se aplicó el CRI-A, CIT y LSB-50. El estudio se dividió en 3 partes: 1) Estudio descriptivo de los datos sociodemográficos de la muestra, de las situaciones traumáticas vividas, estrategias de afrontamiento y psicopatología; 2) análisis de las estrategias de afrontamiento de los participantes, así como su relación con la presencia de psicopatología; y, 3) comparación entre hombres y mujeres. Los resultados indican un mayor uso de estrategias de evitación al problema, aunque sin observar diferencias entre mujeres y hombres. Asimismo, la mayoría de los sujetos presenta sintomatología clínicamente significativa de TEPT y otros síntomas ansiosos. Los hombres presentaron más alteraciones del sueño, mientras que las mujeres mostraron más alteraciones diversas (cognitivas, anímicas, de la activación...). Asimismo, tal y como se esperaba, la psicopatología registrada correlacionó fundamentalmente con estrategias de afrontamiento de evitación al problema. La vivencia de situaciones traumáticas fue desequilibrada entre los participantes, no pudiendo incluir su análisis. Se pone de manifiesto la necesidad de profundizar en la relación entre estrés, afrontamiento y salud mental.

**Palabras clave:** estrés, situación traumática, afrontamiento, psicopatología, diferencias de género.

### Abstract

During the different life stages we can face stressful or traumatic situations that can threaten our health and well-being. Both types of events can lead to the development of psychopathology. In the relationship between stress and psychopathology, coping plays an important role, among other factors. Coping is the cognitive and behavioral efforts aimed at managing the demands of the environment. The present study aims to analyze traumatic situations, coping strategies and possible psychopathology of 63 young adults, as well as assess the differences between men and women. To do this, the following tests were applied: CRI-A, CIT and LSB-50. The study was divided into 3 parts: 1) Descriptive study of the sociodemographic data of the sample, of the traumatic situations experienced, coping strategies and psychopathology; 2) analysis of the coping strategies of the sample as well as its relationship with the presence of psychopathology; and 3) comparison between men and women. The results indicate a greater use of problem avoidance strategies, although no differences were found between men and women. Also, most subjects present clinically significant symptomatology of PTSD among other anxious symptoms. Men presented more sleep disturbances, while women showed more diverse disturbances (cognitive, mood, appraisal...) than men. Additionally, the registered psychopathology correlated fundamentally with the use of problem avoidance coping strategies, as expected. The traumatic situations were unbalanced among the participants, so their analysis could not be included. The need to further study the relationship between stress, coping and mental health is highlighted.

It highlights the need to deepen the relationship between stress, coping and mental health.

**Keywords:** stress, traumatic experience, coping, psychopathology, gender differences.

**Estrés, afrontamiento y psicopatología. Un estudio en población universitaria**

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Padecer una enfermedad, mental o física, afecta a nuestra manera de funcionar en distintas áreas y por tanto a nuestra capacidad para adaptarnos al entorno (Burnos y Bargiel-Matusiewicz, 2018). Asimismo, la OMS (2013) define la salud mental como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

No obstante, la prevalencia de las enfermedades mentales ha aumentado recientemente, así como problemáticas menos específicas (síntomatología psíquica y somática) que no responden a un diagnóstico concreto. Ello ha resultado en un mayor interés por mejorar la calidad de la evaluación y de los tratamientos que se aplican en el ámbito de la salud mental (OMS, 2013; Suárez, 2010).

Algunos de los elementos implicados en nuestra salud mental incluyen características personales (e.g. la capacidad para gestionar pensamientos, emociones, conductas e interacciones sociales), factores sociales, culturales, políticos, económicos y ambientales (OMS, 2013). Asimismo, la exposición a situaciones traumáticas o estresantes es un factor de riesgo de desarrollar trastornos mentales (Billings y Moos, 1981; OMS, 2013; Watson y Sihna, 2008). Para hacer frente a dichas situaciones, la persona pone en marcha sus estrategias de afrontamiento, entendidas como los recursos que utiliza para reducir, sobrellevar o manejar las demandas de la situación (Lazarus y Folkman, 1986; Rubio, Dumitrache, Cordon-Pozo y Rubio-Herrera, 2015).

En las últimas décadas, la relación entre estrés, afrontamiento y psicopatología ha sido ampliamente estudiada desde el campo de la Psicología (Chen, Peng, Xu y O'Brien, 2017;

Watson y Sihna, 2008). El presente trabajo pretende profundizar en dichas cuestiones en población de adultos jóvenes.

### **Estrés, acontecimientos vitales estresantes y situaciones traumáticas.**

A lo largo del ciclo vital, las personas pasan por distintas etapas que suponen la exposición a condiciones ambientales que pueden amenazar, desafiar o afectar a sus capacidades psicológicas o biológicas para hacer frente a las demandas del entorno (Berra, Muñoz, Vega, Silva y Gómez, 2014; Chen et al., 2017; Felipe y León, 2010; Jiménez, Menéndez y Hidalgo, 2008; Suárez, 2010). Éstas pueden tratarse de acontecimientos traumáticos (e.g. violencia o desastres naturales), situaciones adversas (e.g. pobreza o enfermedades crónicas) o acumulación de situaciones estresantes de la vida diaria (e.g. muerte de algún familiar, divorcio de los padres, etc.) (Jiménez et al., 2008).

El estrés constituye un elemento vital normal, necesario e inevitable, que, pese a generar malestar, no necesariamente acarrea consecuencias negativas a largo plazo (Afshar et al., 2015; Billings y Moos, 1981), sino que estas surgen cuando la persona tiene dificultades para afrontar o anticipar las adversidades o situaciones que ponen en peligro sus recursos (físicos, condiciones vitales, cualidades personales, etc.) (Carver y Connor-Smith, 2010).

Superar con éxito dichas dificultades tiene efectos positivos sobre el bienestar personal, favoreciendo la adecuada adaptación al entorno (Chinaveh, 2013; Watson y Sihna, 2008). No obstante, la exposición continuada a situaciones estresantes tiene efectos negativos sobre la salud mental.

### ***Acontecimientos vitales estresantes.***

Goodyer (2001) define los acontecimientos vitales estresantes (AVE) como cualquier situación o circunstancia, de inicio y fin claramente identificables, que puede alterar el estado mental de la persona (Berra et al., 2014; Jiménez et al., 2008). Además, debe ser interpretado

negativamente y suponer un cambio vital para la persona (Berra et al., 2014; Figueroa, Contini, Lacunza, Levín y Estévez, 2005; Lazarus y Folkman, 1986; Suárez, 2010).

El estrés ante un AVE depende del grado de ajuste requerido, la conveniencia, la previsibilidad, la controlabilidad y los efectos en la sociabilidad. Aunque los AVE pueden afectar al funcionamiento físico, social y emocional del individuo, no necesariamente producen efectos a largo plazo. No obstante, existen diferencias individuales en la evaluación y respuesta de los AVE, por lo que la personalidad parece ser un factor modulador del estrés (Billings y Moos, 1981).

### ***Situaciones traumáticas.***

Una experiencia traumática, por su parte, implica enfrentarse a eventos que amenazan o dañan significativamente física, emocional o psicológicamente la estabilidad o el bienestar de la persona, de su entorno o de otras (e.g. lesiones graves o fallecimiento) (American Psychiatric Association – APA, 2017; Mughairbi, Abdulaziz Alnajjar y Hamid, 2019).

Estudios epidemiológicos muestran que la vivencia de sucesos traumáticos es frecuente y que la mayoría de la población experimenta al menos uno a lo largo de su vida. Igualmente, haber sufrido una situación traumática incrementa la probabilidad de volver a experimentar un trauma (Crespo, González-Ordí, Gómez-Gutiérrez y Santamaría, 2019; Kessler et al., 2017).

Las situaciones de esta naturaleza más frecuentes incluyen accidentes de tráfico, la muerte inesperada de un ser querido, y escenarios de violencia física o sexual por parte de la pareja. También se consideran traumáticas aquellas condiciones adversas presenciadas o que afectan a un ser querido (Kessler et al., 2017). Aunque los tipos de acontecimientos traumáticos pueden ser muy distintos, generalmente provocan numerosas secuelas, generando malestar e interferencia en el funcionamiento personal en las esferas personal, laboral y social que pueden remitir espontáneamente o durar mucho tiempo, dependiendo de factores como las



diferencias individuales, el tipo de afrontamiento, la edad, la gravedad y duración del suceso, la disponibilidad de apoyo, etc. (APA, 2017; Crespo et al., 2019; Kessler et al., 2017).

### **Afrontamiento.**

Desde hace décadas, la Psicología ha mostrado su interés por comprender y explicar cómo se adapta la persona al entorno y su forma de afrontar las situaciones difíciles. Proceso denominado “coping o afrontamiento” (Carver y Connor-Smith, 2010; Moos, 2010). Concepto definido de distintas formas, aunque la más extendida es la de Lazarus y Folkman (1984): “el afrontamiento es una respuesta dada frente a una situación específica estresante. Se refiere a los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar (reducir, minimizar, dominar o tolerar) las demandas (externas y/o internas) que surgen ante la interacción del sujeto y la situación”. Dichas demandas son valoradas por la persona como amenazantes o desbordantes para sus recursos, poniendo en riesgo su salud y bienestar (Berra et al., 2014; Carver y Connor-Smith, 2010; Casado, 2002; Contreras-Torres, Espinosa-Méndez y Esguerra-Pérez, 2009; Felipe y León, 2010; Lazarus y Folkman, 1986; Moos, 2010; Watson y Sihna, 2008).

Se puede distinguir entre: a) la evaluación primaria, realizada sobre la nueva situación, valorando el riesgo que supone y si compromete su bienestar o supervivencia; y, b) la secundaria, referida a los propios recursos autopercebidos (personales, sociales, económicos, etc.) para hacer frente a las demandas del entorno. Ambos tipos de evaluación determinan que la situación sea valorada como desafiante –si los recursos son suficientes para afrontarla, generando un sentimiento de autoeficacia– o amenazante –caso los recursos personales se perciban insuficientes y la situación como incontrolable, generando malestar y ansiedad–. Ésta última se ha asociado a psicopatología, principalmente de naturaleza ansiosa o depresiva (Casado, 2002; Moos, 2010).

Felipe y León (2010), por su parte, distinguen entre los estilos y las estrategias de afrontamiento. Los primeros son las predisposiciones del individuo para afrontar las distintas situaciones, determinando, de manera relativamente estable, sus preferencias por un tipo u otro de estrategias de afrontamiento, que se corresponden con los procesos específicos que utiliza la persona en cada situación, pudiendo variar según el contexto.

En definitiva, la persona genera un conjunto de conductas de distinta naturaleza en su intento de adaptación a la nueva situación (Figuroa et al., 2005; Suárez, 2010). Luego, las respuestas de afrontamiento constituyen variables mediadoras entre estrés y salud, dependiendo de multitud de factores, como la valoración de la situación, la disponibilidad de recursos, las experiencias previas y los recursos sociales (Casado, 2002; Contreras-Torres et al., 2009; Moos, 2010). Por tanto, el modelo de afrontamiento al estrés de Lazarus y Folkman (1984) se centra en la interacción del individuo con el entorno (Casado, 2002).

### ***El modelo transaccional de coping de Moos.***

Paralelamente a Lazarus y Folkman, Moos (1984) investiga la influencia de los factores ambientales, al considerar que la conducta humana depende del contexto. Así, en 1995 propone su modelo transaccional de coping, consistente en un sistema explicativo compuesto por 5 paneles (ver Figura 1) e incluye factores personales (estables) y situacionales (variables), que interaccionan entre sí, conformando los antecedentes del afrontamiento (Moos, 2010).

El Panel I o “Sistema ambiental”, incluye aquellas condiciones relativamente estables (estresores vitales, recursos sociales, características físicas y arquitectónicas, etc.); el Panel II o “Sistema personal” compuesto por variables personales (personalidad, características sociodemográficas y recursos personales) y características bio-genéticas; el Panel III o “Crisis vitales agudas y transiciones”, referido a aquellas situaciones que generadoras de estrés o cambios vitales (e.g. acontecimientos vitales estresantes); el Panel IV denominado

“Valoración cognitiva y respuestas de coping”, incluye las respuestas de afrontamiento al estrés; y, el Panel V o “Salud y bienestar”, que representa el estado de salud o bienestar actual del individuo. Según este modelo, todos los paneles interaccionan entre sí, reflejando su carácter transaccional (Moos, 1984; Moos, 2010).

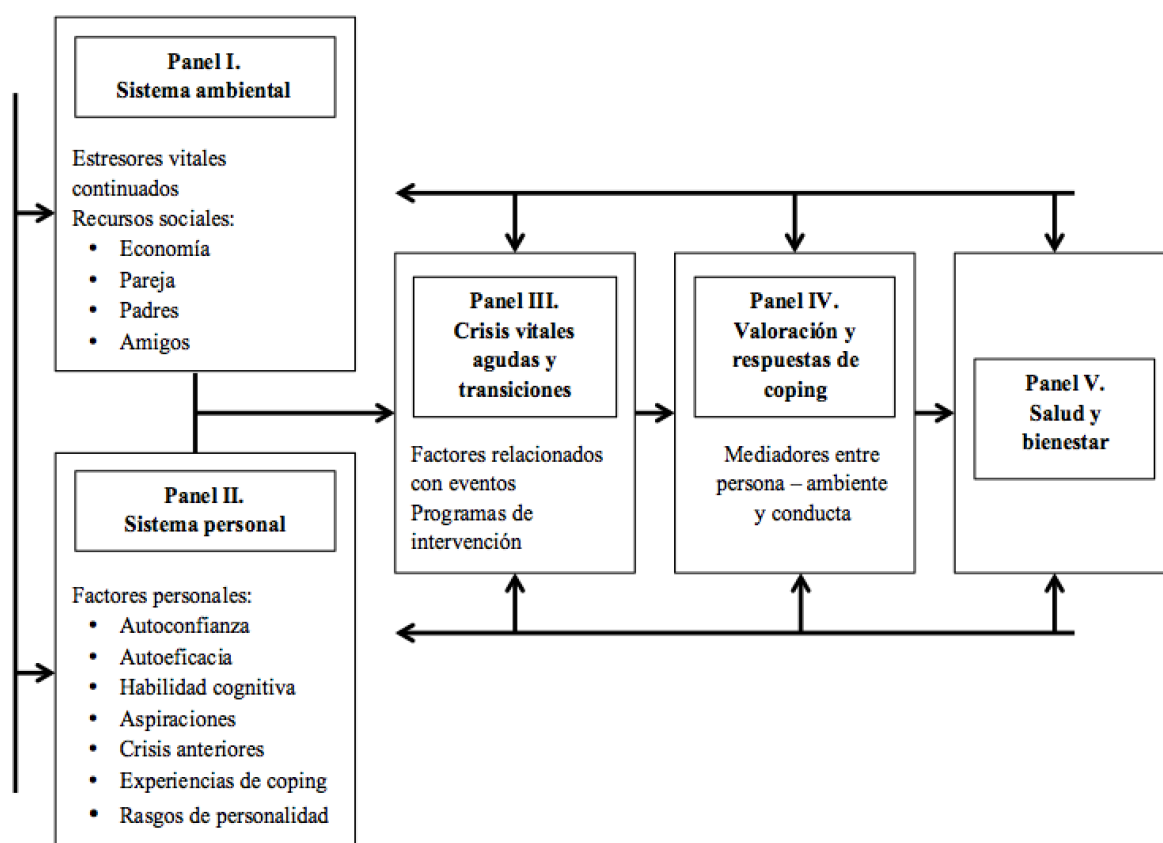


Figura 1. Modelo transaccional de coping de Moos. Recreada a partir de la figura 1.1. de Moos, R. H. (2010). *CRI-A. Inventario de Respuestas de Afrontamiento* (T. Kirchner y M. Forns, adaptadores). Madrid: TEA Ediciones, S. A.

Dicho modelo contempla dos dimensiones: foco y método. El foco referido al tipo de afrontamiento que ejerce la persona ante un problema –aproximación vs. evitación–; mientras que el método incluye el tipo de esfuerzos realizados, sean cognitivos –estrategias mentales o uso del lenguaje interno– o conductuales –acciones específicas–. El intersección de ambas dimensiones genera 4 tipos de afrontamiento: a) Aproximación cognitiva, b) Aproximación conductual, c) Evitación cognitiva, y d) Evitación conductual (Moos, 2010; Pereira-Morales, Adan, Lopez-Leon y Forero, 2018).

En resumen, Lazarus y Folkman (1984) y Moos (1984) realizaron aportaciones relevantes al estudio del afrontamiento, considerándolo un proceso transaccional entre sujeto y contexto.

### ***Clasificación de los estilos de afrontamiento.***

Los estilos de afrontamiento han sido clasificados según distintos criterios. Las de mayor aceptación son:

1) Afrontamiento centrado en el problema vs. en la emoción: la más extendida, en virtud de la cual, en el afrontamiento centrado en el problema (u orientado a la acción), los esfuerzos se dirigen a solucionarlo (mediante la modificación, eliminación o reducción). Se considera el estilo de afrontamiento más eficaz para el manejo de situaciones estresantes y está asociado a una mejor adaptación y al bienestar psicológico (Afshar et al., 2015; Berra et al., 2014; Carver y Connor-Smith, 2010; Casado, 2002; Chen et al., 2017; Lazarus y Folkman, 1984; Moos, 2010; Pereira-Morales et al., 2018; Thomson y Jaque, 2019).

En el afrontamiento centrado en la emoción, no se intenta modificar la situación, sino que los esfuerzos pretenden disminuir el malestar generado por la misma (Afshar et al., 2015; Carver y Connor-Smith, 2010; Casado, 2002; Chen et al., 2017; Moos, 2010; Pereira-Morales et al., 2018; Watson y Sihna, 2008). Este tipo se asocia con psicopatología y al implicar estados emocionales negativos, su eficacia es menor que el anterior (Berra et al., 2014; Chen et al., 2017; Moos, 2019; Thomson y Jaque, 2019; Watson y Sihna, 2008). No obstante, no necesariamente se trata de un mecanismo disfuncional, resultando adecuado cuando se acepta y asume que no se puede hacer nada para modificar una situación irreversible, por lo que su valoración se considera racional y ajustada a la realidad (Casado, 2002; Chen et al., 2017).

2) Afrontamiento centrado en la aproximación vs. la evitación. El primero pretende lidiar con la situación estresante o con las emociones negativas que ésta genera. Este tipo de afrontamiento incluye estrategias centradas en el problema y algunas centradas en la emoción (búsqueda de apoyo, regulación de la emoción, aceptación y reestructuración cognitiva)

(Carver y Connor-Smith, 2010). El afrontamiento basado en la evitación consiste en aquellos esfuerzos dirigidos a alejarse de la situación estresante, minimizándola, negándola o ignorándola. Si bien puede confundirse con el afrontamiento centrado en la emoción, son conceptualmente distintos, pues es, en esencia, pasivo. Incluye estrategias principalmente centradas en la emoción, como la evitación, la negación y la ilusión. Aunque a corto plazo, estas estrategias sirven para distanciarse de la situación traumática o estresante, no incluye herramientas para solucionarlas, de modo que a largo plazo genera mayor angustia y contribuye a una peor adaptación (Afshar et al., 2015; Carver y Connor-Smith, 2010; Moos, 2010; Pereira-Morales et al., 2018; Thomson y Jaque, 2019).

### **Desarrollo de psicopatología.**

Este aspecto resulta un proceso altamente complejo en el que influyen multitud de variables. Atendiendo a lo previamente expuesto, el afrontamiento es un proceso dinámico que varía a lo largo del tiempo, dependiendo de las distintas demandas del entorno (Afshar et al., 2015; Moos, 2010; Pereira-Morales et al., 2018). Si se logra afrontar exitosamente el AVE, se repetirán las estrategias utilizadas ante situaciones similares. Por el contrario, si los intentos por adaptarse al AVE fracasan, se buscarán otros recursos (Figuroa et al., 2005). Con frecuencia, las estrategias desadaptativas actúan como un factor de mantenimiento del problema (Martínez, 2017). Los fracasos continuos y las estrategias desadaptativas pueden producir cambios en la salud del individuo, provocando la aparición o empeoramiento de enfermedades, tanto mentales como fisiológicas (Suárez, 2010). Asimismo, la exposición a situaciones estresantes o traumáticas pueden derivar también en el desarrollo de sintomatología o trastornos mentales.

El Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, quinta edición (DSM – 5) define el trastorno de estrés postraumático (TEPT) como un conjunto de síntomas que surge tras experimentar un suceso en el que la vida se ve comprometida, pudiendo haberlo

experimentado personalmente, presenciado o ser conocedor de la ocurrencia a un ser próximo (APA, 2014; APA, 2017; Crespo et al., 2019; Mughairbi et al., 2019).

Dichos síntomas incluyen: a) recuerdos intrusivos, involuntarios y recurrentes del trauma; b) evitación de estímulos que recuerden o se relacionen con el suceso traumático; c) alteraciones cognitivas y del estado de ánimo; y d) alteraciones en el estado de alerta y reactividad. Además, éstos tienen una duración superior a un mes y provocan malestar clínicamente significativo, afectando al funcionamiento normal de la persona (APA, 2014; APA, 2017; Crespo et al., 2019; Mughairbi et al., 2019). No obstante, aunque los síntomas pueden remitir a los pocos meses del inicio, los síntomas del TEPT suelen persistir a lo largo del tiempo (Kessler et al., 2017).

Si bien el TEPT es el cuadro más frecuente tras un suceso traumático, también pueden aparecer otros trastornos o síntomas comórbidos de ansiedad (e.g. ansiedad generalizada, fobias, etc.), alteraciones del estado de ánimo (e.g. depresión), somatizaciones, dificultades para la regulación emocional, abuso de sustancias, alteraciones de conducta (e.g. tentativas de suicidio, autolesiones, comportamientos impulsivos y compulsivos en cuanto a alimentación, sexo, entre otros), problemas de identidad y conflictos interpersonales (Crespo et al., 2019).

### **Factores moduladores entre estrés y afrontamiento.**

Al respecto, se han demostrado como más relevantes:

1) Edad: en la infancia y adolescencia los estresores más frecuentes son de tipo familiar y escolar, los adultos jóvenes experimentan estresores principalmente de tipo académico y laboral. En cambio, los adultos de mediana edad suelen tener estresores centrados en el trabajo y en la familia, mientras que los mayores suelen experimentar estresores relacionados con la salud (Chen et al., 2017). Adicionalmente, Lazarus y Folkman (1984) indican que las estrategias de afrontamiento varían con la edad, pudiendo deberse tanto a la variabilidad de

los estresores experimentados como a la personalidad (construida sobre las experiencias vitales) (Carver y Connor-Smith, 2010; Chen et al., 2017).

2) Sexo: numerosas investigaciones muestran diferencias en el tipo de suceso estresante/traumático (las mujeres tienden a sufrir más violencia sexual en la pareja, mientras que los hombres más violencia física y accidentes). También se han encontrado patrones distintos de control emocional y de afrontamiento, ligado probablemente a los roles tradicionales de género (Kessler et al., 2017; Rubio et al., 2015). Aunque no existe acuerdo sobre esta última cuestión, algunos autores mantienen que los hombres tienden a utilizar un estilo de afrontamiento más efectivo que las mujeres (estrategias orientadas al problema), mientras que éstas tienden a utilizar estrategias centradas en la emoción y de evitación (Billings y Moos, 1981; Rubio et al., 2015). Otros defienden lo contrario, aunque la mayoría coincide en que los hombres son menos propensos a buscar apoyo social que las mujeres (Billings y Moos, 1981; Eschenbeck, Schmid, Schröder, Wasserfall y Kohlmann, 2018; Rubio et al., 2015).

3) Tipo y gravedad del estresor: explicado anteriormente.

4) Personalidad: se ha observado que ciertos rasgos de personalidad se relacionan con determinados estilos de afrontamiento. Según el Modelo de los Cinco Factores de Costa y McCrae (1994), se identifican 5 dominios de la personalidad: Neuroticismo, relacionado con una mayor exposición a sucesos estresantes y con el uso de estrategias de afrontamiento poco adaptativas; y la Extraversión, Amabilidad, Apertura a la experiencia y Responsabilidad (o Conciencia) asociadas al uso de estrategias adaptativas y a un mayor bienestar. Este modelo ha sido ampliamente estudiado, demostrando ser útil para entender las diferencias individuales en el afrontamiento del estrés (Afshar et al., 2015; Burnos y Bargiel-Matusiewicz, 2018; Carver y Connor-Smith, 2010; Contreras-Torres et al., 2009; Pereira-Morales et al., 2018). Finalmente, pese a no pertenecer a este modelo, algunos autores

destacan el Optimismo, relacionado con una mejor salud mental y calidad de vida (Carver y Connor-Smith, 2010; Contreras-Torres et al., 2009).

5) Apoyo social: asociado a un adecuado funcionamiento, carencias en esta variable se relacionan con estrés, trastornos psicológicos, quejas fisiológicas y psicósomáticas (Billings y Moos, 1981; Eschenbeck et al., 2018; Rubio et al., 2015).

### **Objetivos e hipótesis**

El presente estudio pretende conocer los sucesos vitales estresantes, estrategias de afrontamiento y psicopatología en adultos jóvenes pertenecientes a la población normal, así como valorar las posibles diferencias entre hombres y mujeres. El estudio se dividió en tres partes:

- 1) Estudio descriptivo de los datos sociodemográficos de la muestra y de las situaciones estresantes/traumáticas experimentadas.
- 2) Análisis de las estrategias de afrontamiento de la muestra y su relación con posible psicopatología.
- 3) Comparación entre hombres y mujeres en cuanto a situaciones vitales estresantes, estrategias de afrontamiento y psicopatología.

Se plantean las siguientes hipótesis:

1. Los participantes utilizarán principalmente estrategias de afrontamiento de aproximación al problema.
2. El uso de estrategias de aproximación al problema se relacionará con una menor presencia de psicopatología, mientras que el uso de estrategias de evitación se relacionará con mayor presencia de síntomas.
3. Las mujeres hacen un mayor uso de estrategias de evitación que los hombres, y éstos de estrategias de aproximación.
4. Las mujeres presentan mayor sintomatología ansiosa que los hombres.



## **Método**

### **Participantes.**

Se trata de una muestra de 63 adultos jóvenes ( $M_E=22.28$ ;  $SD_E=3.60$ ), cuya participación fue voluntaria, constando de 27 hombres ( $M_{E,H}=22.67$ ;  $SD_{E,H}=3.09$ ) y 36 mujeres ( $M_{E,M}=21.47$ ;  $SD_{E,M}=2.16$ ) que pertenecen al grupo control de un estudio más amplio de la Facultad de Psicología de la Universitat de les Illes Balears (UIB), presuponiéndose que se trata de sujetos normativos.

### **Procedimiento y medidas.**

Al objeto de explorar las situaciones vitales estresantes –traumáticas o no– experimentadas por los participantes, sus estrategias de afrontamiento y posible psicopatología, se utilizaron tres pruebas psicométricas administradas en el mismo orden en todos los sujetos. Se establecieron dos sesiones de evaluación: en la primera se aplicaron el CIT y el CRI-A, y en la segunda el LSB-50 y el MMPI-2-RF (que no forma parte del presente trabajo).

***Cuestionario de Impacto del Trauma (CIT) (Crespo, González-Ordi, Gómez-Gutiérrez y Santamaría, 2019).***

Se trata de una versión experimental para validación clínica y forense, que consta de tres partes:

- 1) Registro de los datos sociodemográficos: edad, sexo, estado civil, nivel de estudios y situación laboral (ver Anexo A).
- 2) Listado de las situaciones traumáticas experimentadas, indicando cuál le ha causado o sigue causando mayor malestar, así como su gravedad, frecuencia, a quien le sucedió, cuándo y qué implicaciones supuso el acontecimiento (ver Anexo B).

3) 291 ítems que incluyen síntomas más o menos habituales tras sufrir un suceso traumático. Debiendo responder de acuerdo a la frecuencia experimentada en el último mes según a una escala de 5 puntos. Consta de las siguientes escalas:

- Escalas de estrés postraumático: *Intrusión, Evitación, Alteración Cognitiva y del estado de ánimo, Alteración en la activación y reactividad, Disociación, Disociación Psicológica, Disociación somática y Cambio vital.*
- Escalas de síntomas: *Problemas somáticos, Alteraciones del sueño, Ansiedad, Rumiación, Pánico, Depresión, Desregulación emocional, Malestar sexual, Alteraciones en la conducta alimentaria, Ideación suicida, Autolesiones, Abuso de sustancias, Conductas de riesgo, Conductas sexuales de riesgo, Ira, Dependencia emocional y Distanciamiento social.*
- Escalas de alteraciones en las creencias: *Creencias negativas sobre uno mismo, Creencias negativas de culpa, Creencias negativas sobre el mundo y el futuro, Creencias negativas sobre los demás y Autosabotaje.*
- Escala de deterioro en el funcionamiento: *Deterioro en el funcionamiento.*
- Escala de validez: *Inconsistencia.*

***Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI-A) (Moos, 1993; adaptación española de Kirchner y Fornis, 2010).***

Evalúa las respuestas de afrontamiento de una persona ante un problema o situación estresante. Consta de dos partes:

1) Descripción del problema más importante experimentado en los últimos 12 meses, valorando 10 preguntas en una escala de 4 puntos.

2) 48 ítems también puntuados en una escala de 4 puntos, los cuales conforman las escalas o estrategias de afrontamiento:

- Estrategias de aproximación al problema:

- Respuestas cognitivas: *Análisis lógico, Reevaluación positiva.*
- Respuestas conductuales: *Búsqueda de guía y soporte, y Solución de problemas.*
- Estrategias de evitación:
  - Respuestas cognitivas: *Evitación cognitiva, Aceptación o resignación.*
  - Respuestas conductuales: *Búsqueda de recompensas alternativas, y Descarga emocional.*

***Listado de Síntomas Breve (LSB-50) (Rivera y Abuín, 2018).***

Pretende valorar síntomas psicológicos y psicosomáticos. Compuesto por 50 ítems, incluye:

- Escalas de validez: *Minimización y Magnificación.*
- Índices generales del nivel de sufrimiento psicopatológico: *Índice global de severidad, Número de síntomas presentes y Índice de intensidad de síntomas presentes.*
- Escalas y subescalas clínicas: *Psicorreactividad, Hipersensibilidad, Obsesión-compulsión, Ansiedad, Hostilidad, Somatización, Depresión, Alteraciones del sueño y Alteraciones del sueño–Ampliada.*
- Índice de riesgo psicopatológico.

**Diseño.**

Se utilizó un diseño experimental de medidas repetidas, en el que cada sujeto ha pasado por todas las condiciones experimentales. De este modo, cada sujeto actúa como su propio control, lo que a su vez permite controlar las diferencias individuales de la muestra. Además, se hizo uso de una técnica de muestreo intencional, seleccionando a adultos jóvenes de entre 18 y 40 años y; por cuotas, dividiendo posteriormente la muestra por sexos. Una vez dividida la muestra en función del sexo, el diseño pasó a ser de dos grupos independientes. Todos los análisis estadísticos se realizaron usando el programa estadístico IBM SPSS 21.

**Resultados**

**Estudio descriptivo.**

Para el estudio descriptivo se calcularon los estadísticos descriptivos y las distribuciones de frecuencias las distintas variables.

***Datos sociodemográficos.***

De los 63 participantes de la muestra total, 27 eran hombres (42.86%) y 36 mujeres (57.14%). El rango de edad de los hombres fue 19 – 30 años ( $M_{E,H}=22.67$ ;  $SD_{E,H}=3.09$ ) y el de las mujeres 19 – 28 ( $M_{E,M}=21.47$ ;  $SD_{E,M}=2.16$ ). La mayoría de los participantes fueron estudiantes (85.71%), solteros (69.84%), con estudios universitarios (58.73%) o Bachillerato (41.27%). Condiciones cumplidas por los hombres y mujeres de forma equivalente (ver Tabla 1).

***Situaciones traumáticas y sus características.***

Cabe destacar que la situación traumática más habitual (ver Tabla 2) fue *Otro acontecimiento estresante* (33.33%), seguida por *Enfermedad muy grave propia o de un ser querido* (23.81%). Ningún participante experimentó *Combate o zona de guerra* ni *Actos terroristas o tortura*.

La mayoría de las situaciones ocurrieron hace más de 3 meses (49.21%) o en la infancia/adolescencia (33.33%), siendo principalmente experimentadas directamente por la persona evaluada (61.90%) o por alguien cercano (30.16%). Tan solo un 11.11% calificaron la gravedad de la situación como extrema, la mayoría de situaciones fueron calificadas como graves (52.38%) o leves (28.57%). Un 55.56% de los sujetos indicó haber vivido la situación una única vez, mientras que un 22.22% señaló haberla experimentado varias veces y otro 22.22% repetidamente.

Sobre sus implicaciones, un 31.75% de los sujetos refirió *Ninguna de las anteriores*, mientras que un 19.05% manifestó *Amenazas para la dignidad personal*, un 14.29% *Escenas*

*desagradables y Amenaza para la vida de otros*. Estas condiciones se cumplen de manera similar en ambos grupos.

### ***Estrategias de afrontamiento.***

Las estrategias de afrontamiento que los sujetos informan utilizar son *Evitación cognitiva* ( $M_{EC}=60.13$ ;  $SD_{EC}=25.24$ ) y *Aceptación o resignación* ( $M_{AR}=53.56$ ;  $SD_{AR}=26.73$ ); es decir, estrategias de evitación del problema. La menos utilizada, sienta una estrategia de aproximación al problema, parece ser *Solución de problemas* ( $M_{SP}=32.02$ ;  $SD_{SP}=27.48$ ) (ver Tabla 3).

### ***Psicopatología.***

Los resultados indican que en general, los sujetos presentan puntuaciones clínicamente significativas en los síntomas: *Psicorreactividad* ( $M_{Pr}=73.49$ ;  $SD_{Pr}=25.25$ ) y sus subescalas *Hipersensibilidad* ( $M_{Hp}=73.51$ ;  $SD_{Hp}=21.75$ ) y *Obsesión-Compulsión* ( $M_{Ob}=73.37$ ;  $SD_{Ob}=23.89$ ); además muestran elevaciones potencialmente clínicas en las escalas *Número de síntomas presentes* ( $M_{Num}=68.79$ ;  $SD_{Num}=25.02$ ), *Ansiedad* ( $M_{An}=69.33$ ;  $SD_{An}=21.97$ ) e *Índice de riesgo psicopatológico* ( $M_{IRPsi}=67.90$ ;  $SD_{IRPsi}=22.27$ ). El resto de escalas tienen puntuaciones normativas o elevaciones leves (ver Tabla 4).

Asimismo, los resultados indican (ver Tabla 5):

a) En general los sujetos presentan puntuaciones clínicamente significativas en la mayoría de síntomas para un diagnóstico de TEPT: *Intrusión* ( $M_{Int}=76.56$ ;  $SD_{Int}=16.82$ ), *Alteración Cognitiva y del estado de ánimo* ( $M_{Cog}=82.10$ ;  $SD_{Cog}=17.87$ ), *Alteración en la activación y reactividad* ( $M_{Act}=73.71$ ;  $SD_{Act}=13.32$ ), *Disociación* ( $M_{Dis}=80.43$ ;  $SD_{Dis}=25.53$ ), *Disociación psicológica* ( $M_{Dps}=76.48$ ;  $SD_{Dps}=21.64$ ), *Disociación somática* ( $M_{Dso}=78.36$ ;  $SD_{Dso}=27.63$ ) y *Cambio vital* ( $M_{Cvi}=70.58$ ;  $SD_{Cvi}=11.34$ ). A su vez, muestran una elevación potencialmente clínica para *Evitación* ( $M_{Evi}=65.95$ ;  $SD_{Evi}=12.08$ ).

b) Asimismo, se obtuvieron puntuaciones clínicamente significativas para los síntomas: *Alteraciones del sueño* ( $M_{Sue}=73.64$ ;  $SD_{Sue}=14.30$ ), *Ansiedad* ( $M_{Ans}=72.15$ ;  $SD_{Ans}=12.68$ ), *Pánico* ( $M_{Pan}=80.21$ ;  $SD_{Pan}=20.71$ ), *Depresión* ( $M_{Dep}=81.41$ ;  $SD_{Dep}=17.34$ ), *Malestar sexual* ( $M_{Msx}=94.95$ ;  $SD_{Msx}=29.41$ ), *Ideación suicida* ( $M_{Sui}=78.61$ ;  $SD_{Sui}=33.78$ ), *Autolesiones* ( $M_{Les}=85.43$ ;  $SD_{Les}=45.29$ ) y *Distanciamiento social* ( $M_{Dsc}=72.96$ ;  $SD_{Dsc}=13.82$ ). También muestran elevaciones potencialmente clínicas en: *Problemas somáticos* ( $M_{Som}=69.59$ ;  $SD_{Som}=16.69$ ), *Desregulación emocional* ( $M_{Des}=67.82$ ;  $SD_{Des}=12.14$ ) y *Dependencia emocional* ( $M_{Dpn}=66.28$ ;  $SD_{Dpn}=12.32$ ).

c) Se observan igualmente alteraciones clínicamente significativas en: *Creencias negativas sobre uno mismo* ( $M_{Aut}=77.87$ ;  $SD_{Aut}=16.07$ ), *Creencias negativas de culpa* ( $M_{Cul}=71.29$ ;  $SD_{Cul}=14.11$ ) y *Autosabotaje* ( $M_{Sab}=78.03$ ;  $SD_{Sab}=21.02$ ); y alteraciones potencialmente clínicas en: *Creencias negativas sobre el mundo y el futuro* ( $M_{Mun}=68.86$ ;  $SD_{Mun}=13.25$ ) y *Creencias negativas sobre los demás* ( $M_{Dem}=68.24$ ;  $SD_{Dem}=12.08$ ).

d) Finalmente, los resultados indican un deterioro clínicamente significativo del funcionamiento: *Deterioro en el funcionamiento* ( $M_{Det}=80.35$ ;  $SD_{Det}=16.75$ ).

### **Estrategias de afrontamiento y psicopatología.**

Para el análisis estadístico de los datos, se examinó en primer lugar el supuesto de Normalidad a partir de la prueba de Kolmogorov-Smirnov. En función de dicho supuesto se utilizaron dos metodologías para el análisis de correlaciones: el coeficiente  $r$  de correlación de Pearson (vía paramétrica) o el coeficiente Rho de correlación de Spearman (vía no paramétrica). Asimismo se realizó un análisis de la variancia (ANOVA) con medidas repetidas, atendiendo previamente a la esfericidad de variancias a través de la prueba de Mauchly. El estudio de la significación estadística de los resultados se ha realizado desde una perspectiva unilateral al 5%.

### **Estudio de la Normalidad.**

En cuanto al CRI-A, la mayoría de las escalas cumplieron el supuesto de Normalidad (ver Tabla 6), a excepción de *Reevaluación positiva* ( $Z_{RP}=1.486$ ;  $p<.05$ ) y *Solución de problemas* ( $Z_{SP}=1.557$ ;  $p<.05$ ).

Sobre el LSB-50, la mayoría de síntomas cumplieron el supuesto de Normalidad (ver Tabla 7). Sin embargo, no fue así para dos de los tres Índices generales: *Índice Global de Severidad* ( $Z_{Global}=1.422$ ;  $p<.05$ ) e *Índice de Intensidad de síntomas presentes* ( $Z_{Int}=1.556$ ;  $p<.05$ ). Asimismo, los siguientes síntomas no siguieron una distribución Normal: *Psicorreactividad* ( $Z_{Pr}=1.584$ ;  $p<.05$ ), *Obsesión-Compulsión* ( $Z_{Ob}=1.413$ ;  $p<.05$ ), *Ansiedad* ( $Z_{An}=1.542$ ;  $p<.05$ ) y *Hostilidad* ( $Z_{Hs}=1.416$ ;  $p<.05$ ).

Respecto a los síntomas del CIT, gran parte de las escalas siguieron una distribución Normal (ver Tabla 8). Sin embargo, dicho supuesto no se cumplió para los siguientes síntomas del TEPT: *Alteración cognitiva y del estado de ánimo* ( $Z_{Cog}=1.695$ ;  $p<.05$ ), *Cambio Vital* ( $Z_{Cvi}=1.637$ ;  $p<.05$ ). Tampoco fue así para los síntomas clínicos: *Ansiedad* ( $Z_{Ans}=1.604$ ;  $p<.05$ ), *Depresión* ( $Z_{Dep}=1.449$ ;  $p<.05$ ), *Alteraciones en la conducta alimentaria* ( $Z_{Ali}=1.539$ ;  $p<.05$ ), *Autolesiones* ( $Z_{Les}=1.699$ ;  $p<.05$ ), *Abuso de Sustancias* ( $Z_{Sus}=1.497$ ;  $p<.05$ ), *Conductas Sexuales de Riesgo* ( $Z_{Sex}=2.421$ ;  $p<.05$ ), *Distanciamiento Social* ( $Z_{Dsc}=1.425$ ;  $p<.05$ ). Finalmente, tampoco se cumplió el supuesto de Normalidad para: *Creencias negativas propias* ( $Z_{Aut}=1.420$ ;  $p<.05$ ) y *Deterioro en el Funcionamiento* ( $Z_{Det}=1.631$ ;  $p<.05$ ).

#### ***Comparación entre las distintas estrategias de afrontamiento.***

La prueba de Esfericidad de Mauchly indicó que no había esfericidad de variancias ( $W=0.257$ ;  $p<0.001$ ), por lo que se aplicó la prueba F de Snedecor utilizando la corrección de Huynh-Feldt. Los resultados mostraron que no había igualdad de medias entre las escalas del CRI-A ( $F_{(5.583, 346.146, 0.05)}=7.633$ ;  $p<0.001$ ), por tanto, se procedió a realizar la comparación

por pares (post hoc) entre ellas utilizando la Prueba de Dunn y aplicando la corrección de Bonferroni.

*Comparación entre las estrategias de aproximación al problema.*

Los resultados indican diferencias estadísticamente significativas entre *Análisis lógico* y *Solución de Problemas* ( $t_{AL-SP}=12.682$ ;  $p<.001$ ). No obstante, no entre el resto de estrategias de aproximación al problema (ver Tabla 9).

*Comparación entre las estrategias de evitación del problema.*

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre Evitación cognitiva y Búsqueda de recompensas alternativas ( $t_{EC-BR}=11.272$ ;  $p<.05$ ). Sin embargo, no así en las demás estrategias de evitación al problema (ver Tabla 9).

*Comparación entre ambos tipos de estrategias.*

Los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas entre Reevaluación positiva y Evitación cognitiva ( $t_{RP-EC}=-25.31$ ;  $p<.05$ ), entre Búsqueda de guía y soporte y Evitación cognitiva ( $t_{BG-EC}=-22.703$ ;  $p<.05$ ), así como entre Solución de problemas y Evitación cognitiva ( $t_{SP-EC}=-32.802$ ;  $p<.001$ ), Aceptación-resignación ( $t_{SP-AR}=-26.964$ ;  $p<.05$ ) y Descarga emocional ( $t_{SP-DE}=-21.871$ ;  $p<.05$ ). Aunque no entre las demás estrategias de afrontamiento (ver Tabla 9).

***Relación entre estrategias de afrontamiento y psicopatología.***

*Relación entre CRI-A y LSB-50.*

Se obtuvieron correlaciones directas estadísticamente significativas entre *Análisis lógico* y *Número de síntomas presentes* ( $r_{AL-Num}=0.346$ ;  $p<.05$ ), *Hipersensibilidad* ( $r_{AL-Hp}=.293$ ;  $p<.05$ ), *Depresión* ( $r_{AL-De}=.289$ ;  $p<.05$ ), *Alteraciones del sueño* ( $r_{AL-Su}=.317$ ;  $p<.05$ ) y *Alteraciones del sueño–Ampliada* ( $r_{AL-Sua}=.411$ ;  $p<.05$ ). Así como entre *Aceptación o resignación* y *Número de síntomas presentes* ( $r_{AR-Num}=.318$ ;  $p<.05$ ), *Depresión* ( $r_{AR-De}=.330$ ;  $p<.05$ ) y *Alteraciones del sueño–Ampliada* ( $r_{AR-Sua}=.260$ ;  $p<.05$ ). También para *Búsqueda*



*alternativa de recompensas* y *Número de síntomas presentes* ( $r_{BR-Num}=.277$ ;  $p<.05$ ), *Somatización* ( $r_{BR-Sm}=.343$ ;  $p<.05$ ), *Alteraciones del sueño* ( $r_{BR-Su}=.347$ ;  $p<.05$ ), *Alteraciones del sueño–Ampliada* ( $r_{BR-Sua}=.357$ ;  $p<.05$ ) e *Índice de riesgo psicopatológico* ( $r_{BR-IRPsi}=.285$ ;  $p<.05$ ). Finalmente también se encontraron para *Descarga emocional* y *Número de síntomas presentes* ( $r_{DE-Num}=.309$ ;  $p<.05$ ), *Somatización* ( $r_{DE-Sm}=.260$ ;  $p<.05$ ), *Depresión* ( $r_{DE-De}=.286$ ;  $p<.05$ ), *Alteraciones del sueño* ( $r_{DE-Su}=.333$ ;  $p<.05$ ) y *Alteraciones del sueño–Ampliada* ( $r_{DE-Sua}=.386$ ;  $p<.05$ ). No obstante, no se hallaron correlaciones estadísticamente significativas entre las estrategias de afrontamiento y los síntomas clínicos (ver Tabla 10.1 y Tabla 10.2).

#### *Relación entre CRI-A y CIT.*

Se encontraron correlaciones indirectas estadísticamente significativas entre *Análisis lógico* e *Ideación suicida* ( $r_{AL-Sui}=-.307$ ;  $p<.05$ ) y *Creencias negativas sobre el mundo y el futuro* ( $r_{AL-Mun}=-.256$ ;  $p<.05$ ), y entre *Búsqueda de guía o soporte* e *Ira* ( $r_{BG-Ira}=-.258$ ;  $p<.05$ ). Sin embargo, no se observaron correlaciones significativas entre las demás estrategias de afrontamiento y la mayoría de sintomatología del CIT (ver Tabla 11.1 y Tabla 11.2).

#### **Diferencias entre hombres y mujeres.**

Para tal efecto se examinó el supuesto de Normalidad a partir de la prueba de Kolmogorov-Smirnov. Posteriormente, en función de dicho supuesto, se utilizaron dos metodologías de análisis para la comparación de medias: la prueba t de comparación de medias independientes (vía paramétrica) o la prueba U de Mann-Whitney (vía no paramétrica). El estudio de la significación estadística de los resultados se ha realizado desde una perspectiva unilateral al 5%.

#### ***Estudio de la Normalidad.***

Respecto al CRI-A, el supuesto de Normalidad se cumplió para todas las estrategias de afrontamiento en el caso de los hombres. En el caso de las mujeres, se cumplió para la mayoría de ellas, pero no para *Reevaluación positiva* ( $Z_{M.RP}=1.543$ ;  $p<.05$ ) (ver Tabla 6).

En relación con el LSB-50, todas las escalas siguieron una distribución Normal en el caso de las mujeres, cumpliéndose también para la mayoría de los hombres (ver Tabla 7). Sin embargo, éstos últimos no cumplieron dicho supuesto en las escalas *Ansiedad* ( $Z_{H.An}=1.469$ ;  $p<.05$ ) e *Índice de riesgo psicopatológico* ( $Z_{H.IRPsI}=1.545$ ;  $p<.05$ ).

Sobre los síntomas del CIT, la mayoría de escalas siguieron una distribución normal para ambos grupos (ver Tabla 8). No obstante, en el caso de las mujeres no fue así para *Ansiedad* ( $Z_{M.Ans}=1.565$ ;  $p<.05$ ) y para los siguientes síntomas del TEPT: *Intrusión* ( $Z_{M.Int}=1.380$ ;  $p<.05$ ), *Alteración cognitiva y del estado de ánimo* ( $Z_{M.Cog}=1.505$ ;  $p<.05$ ), *Alteración en la activación y reactividad* ( $Z_{M.Act}=1.418$ ;  $p<.05$ ) y *Cambio Vital* ( $Z_{M.Cvi}=1.676$ ;  $p<.05$ ).

Finalmente, en el caso de los hombres, no se cumplió el supuesto de Normalidad para los siguientes síntomas clínicos: *Alteraciones en la conducta alimentaria* ( $Z_{H.Ali}=1.427$ ;  $p<.05$ ), *Autolesiones* ( $Z_{H.Les}=1.538$ ;  $p<.05$ ) y *Conductas Sexuales de Riesgo* ( $Z_{H.Sex}=1.547$ ;  $p<.05$ ).

#### ***Estrategias de afrontamiento en ambos grupos.***

Los resultados evidencian diferencias estadísticamente significativas en cuanto a *Análisis lógico* ( $t_{AL(61)}=3.526$ ;  $p<.05$ ), *Búsqueda de guía o soporte* ( $t_{BG(61)}=3.616$ ;  $p<.05$ ) y *Búsqueda de recompensas alternativas* ( $t_{BR(61)}=2.245$ ;  $p<.05$ ). Dichas estrategias fueron más utilizadas por los hombres que por las mujeres. No obstante, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las demás estrategias de afrontamiento (ver Tabla 12).

#### ***Diferencias entre hombres y mujeres en psicopatología.***

##### *Sintomatología del LSB-50.*

Los resultados sugieren que hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto a *Alteraciones del sueño* ( $t_{Su(61)}=2.537$ ;  $p<.05$ ) y *Alteraciones del sueño–Ampliada* ( $t_{Su-a(61)}=2.855$ ;  $p<.05$ ). Ambas alteraciones fueron mayores en los hombres que en las mujeres.

Sin embargo, no se hallaron diferencias significativas en el resto de sintomatología (ver Tabla 13).

#### *Sintomatología del CIT.*

Al respecto, los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los siguientes síntomas del TEPT: *Alteración cognitiva y del estado de ánimo* ( $U_{\text{Cog}}=337.5$ ;  $p<.05$ ), *Alteración en la activación y reactividad* ( $U_{\text{Act}}=328$ ;  $p<.05$ ), *Disociación* ( $t_{\text{Dis}(61)}=-3.413$ ;  $p<.05$ ), *Disociación Psicológica* ( $t_{\text{Dps}(61)}=-3.511$ ;  $p<.05$ ), *Disociación Somática* ( $t_{\text{Dso}(61)}=-3.180$ ;  $p<.05$ ).

Asimismo, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los siguientes síntomas clínicos: *Problemas Somáticos* ( $t_{\text{Som}(61)}=-3.059$ ;  $p<.05$ ), *Pánico* ( $t_{\text{Pan}(61)}=-2.126$ ;  $p<.05$ ), *Desregulación emocional* ( $t_{\text{Des}(61)}=-2.066$ ;  $p<.05$ ), *Ideación suicida* ( $t_{\text{Sui}(61)}=-3.178$ ;  $p<.05$ ), *Conductas de Riesgo* ( $t_{\text{Rie}(61)}=-2.472$ ;  $p<.05$ ). Así como entre las siguientes alteraciones en las creencias: *Creencias negativas sobre el mundo y el futuro* ( $t_{\text{Mun}(61)}=-2.181$ ;  $p<.05$ ) y *Autosabotaje* ( $t_{\text{Sab}(61)}=-3.664$ ;  $p<.05$ ).

Las mujeres parecen presentar más alteraciones que los hombres, no obstante, no se encontraron diferencias significativas en el resto de sintomatología evaluada (ver Tabla 14).

### **Discusión**

Jiménez et al. (2008) y Crespo et al. (2019) observaron, al igual que otros autores, que la infancia y adolescencia son etapas de mayor vulnerabilidad al estrés, donde la prevalencia de eventos vitales estresantes y situaciones traumáticas es mayor, así como su impacto emocional. En el presente estudio se utilizó una muestra de adultos jóvenes, esperando encontrar resultados similares, pues los participantes continuaban estudiando y podían presentar estresores vitales tanto de tipo académico y como de tipo laboral y social. Asimismo, siguiendo el trabajo de Burnos y Bargiel-Matusiewicz (2018), nuestro estudio inicialmente pretendía valorar la relación entre estrés, afrontamiento y salud mental. No

obstante, dada la baja representatividad de la muestra para cada situación traumática, no pudo analizarse dicha relación.

El estudio descriptivo mostró que la mayoría de los sujetos eran estudiantes solteros sin ninguna ocupación remunerada. Muchos de ellos indicaron no haber sufrido las situaciones traumáticas de la lista, sino otros sucesos estresantes. La situación traumática más experimentada fue la enfermedad grave propia o de un ser querido. Ningún participante experimentó situaciones de combate, terrorismo o tortura. Por lo general, las situaciones fueron experimentadas directamente por la persona, en una única ocasión, hace más de 3 meses, y calificadas como graves. Sobre sus implicaciones, las más destacadas fueron amenazas para la dignidad personal, para la vida de otros y escenas desagradables.

Posteriormente y basándonos en el Modelo transaccional de coping de Moos (1995), nuestro estudio distinguió entre estrategias de aproximación al problema y de evitación al mismo. Entre dichas estrategias se incluyen: búsqueda de apoyo social y solución de problemas. Distintas investigaciones han destacado estas dos estrategias y su relación con la salud mental. Así, Berra Ruiz et al. (2014) y Billings y Moos (1981) destacan la importancia del apoyo social, mientras que Chinaveh (2013), Eschenbeck et al. (2018) y observaron como la resolución de problemas se asocia a un mejor ajuste psicológico. En la misma línea, Figueroa et al. (2005) observaron que ambas estrategias se encuentran vinculadas a un mayor bienestar.

Nuestros resultados indican que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por la muestra fueron evitación cognitiva, aceptación o resignación y descarga emocional (todas ellas relativas a la evitación del problema). Por tanto, no se cumplió la primera hipótesis. Al seleccionar una muestra perteneciente a la población normal, se asumía una mayor utilización de estrategias de aproximación al problema puesto que han demostrado estar relacionadas con un mayor bienestar y salud mental (Billings y Moos, 1981; Carver y Connor-Smith,

2010; Moos, 2010). Cabe destacar también que, de entre las estrategias de aproximación al problema, la más utilizada por nuestra muestra fue análisis lógico y la que menos solución de problemas, lo que contrasta con lo encontrado por Chinaveh (2013), Eschenbeck et al. (2018) y Figueroa et al. (2005). Asimismo, de entre las estrategias de evitación al problema, la más utilizada fue Evitación cognitiva y la menos utilizada Búsqueda de recompensas alternativas, resultados similares a los de Figueroa et al. (2005) y Contreras-Torres et al (2009).

En cuanto a la comparación entre hombres y mujeres, Berra Ruiz et al. (2014) observaron que las mujeres tendían a utilizar estrategias centradas en la emoción, presentando un mayor nivel de estrés. En cambio, los hombres usaban estrategias centradas en el problema, reportando un menor nivel de malestar. Billings y Moos (1981) utilizando otra clasificación, observaron que las mujeres presentaban mayor probabilidad de utilizar estrategias de evitación del problema, lo que se asocia a una mayor alteración del funcionamiento. Asimismo, estos autores destacan la importancia del apoyo social, señalando que las mujeres tienden a buscarlo más que los hombres. De manera similar, Eschenbeck et al. (2018) observaron como las mujeres utilizaban estrategias de búsqueda de apoyo social y de resolución de problemas con mayor frecuencia que los hombres.

Nuestros resultados indican que los hombres tienden a utilizar más estrategias de análisis lógico, búsqueda de guía o soporte y búsqueda de recompensas alternativas que las mujeres, no difiriendo en el uso de las demás estrategias de afrontamiento. No se observó un mayor uso de estrategias de evitación en las mujeres, incumpliendo la hipótesis planteada previamente, no coincidiendo con los estudios mencionados.

En referencia a la posible presencia de psicopatología y atendiendo a que la muestra se consideró como población normal, llaman poderosamente la atención las puntuaciones clínicamente (o potencialmente) significativas en las numerosas escalas clínicas tanto del LSB-50 como del CIT. Al respecto, los resultados evidencian que la mayoría de los sujetos

presentan sintomatología clínicamente significativa de TEPT, además de otros síntomas de naturaleza ansiosa, entre los que destacan problemas del sueño, somáticos, disociativos, de regulación emocional, malestar sexual, presencia de ideación suicida, conductas autolesivas, alteraciones en la activación y en las creencias (de uno mismo, de los demás, y del futuro).

Acerca de las diferencias entre sexos, los hombres presentaron más alteraciones del sueño, mientras que las mujeres mostraron más alteraciones cognitivas, del estado de ánimo, de la activación y conductuales, así como problemas disociativos, somáticos y desregulación emocional. Por tanto, la cuarta hipótesis se cumple. En este sentido, nuestros datos son coincidentes con lo señalado por Jiménez et al. (2008), que al igual que numerosas investigaciones, observaron que las mujeres tienen más probabilidades de experimentar problemas de internalización, depresión y ansiedad que los hombres durante la adolescencia.

En cuanto a la relación entre las estrategias de afrontamiento y psicopatología, cabe destacar que las escalas del CRI-A presentaron más correlaciones significativas con las del LSB-50 que con las del CIT. Así, se observó una relación directa, aunque no muy potente, entre la mayoría de estrategias de evitación al problema (Aceptación o resignación, Búsqueda alternativa de recompensas y Descarga emocional) y la cantidad de síntomas presentes, problemas somáticos, del sueño así como sintomatología de tipo depresivo. Por tanto, se observa una relación entre las estrategias de evitación y psicopatología. Asimismo, la estrategia Análisis lógico (de aproximación al problema) también se relacionó directamente con la cantidad de síntomas presentes, con problemas de tipo depresivo y del sueño y con hipersensibilidad. Ésta última estrategia, en cambio, se relacionó con una menor presencia de ideación suicida y de creencias negativas sobre el futuro. Finalmente, la estrategia de Búsqueda de guía o soporte (de aproximación al problema) se relacionó con una menor presencia de ira.

Aunque no es absoluta la relación, nuestro estudio muestra como ciertas estrategias de aproximación al problema se relacionan con una mayor ausencia de problemas psicológicos, mientras que la mayoría de las estrategias de evitación al problema se relacionan con mayor sintomatología. Ello es congruente con los resultados de Eschenbeck et al. (2018), quienes destacan que el uso de estrategias centradas en el problema y un menor uso de estrategias de evitación, resultan en una mejor adaptación a los eventos vitales estresantes. De manera similar, Chen et al. (2017) hallaron que una relación directa entre las estrategias centradas en el problema y salud mental, no obstante, la relación entre las estrategias centradas en la emoción y los problemas de salud fue menos clara. Las estrategias positivas centradas en la emoción se relacionaron con un afecto positivo, mientras que las negativas se relacionaron un en afecto negativo. Por ende, observaron que existen estrategias centradas en la emoción adaptativas e inadaptativas.

#### **Limitaciones y futuras líneas de investigación.**

En cuanto a las limitaciones del presente estudio, cabe señalar que el tamaño de la muestra no permite la generalización de los resultados a la población general. Asimismo, no permitió una representación equilibrada de los sujetos en distintas situaciones traumáticas del CIT. Por lo tanto, sería de gran interés replicar el estudio en un futuro con una muestra mayor, incluyendo franjas de edad distintas. Asimismo, comparar nuestros resultados con los de otras investigaciones resulta complejo, ya que cada estudio utiliza una clasificación distinta tanto de las estrategias de afrontamiento (centradas en el problema vs emoción; aproximación vs. evitación), como de las situaciones estresantes o traumáticas. Además, otros autores como Afshar et al. (2015), Burnos y Bargiel-Matusiewicz (2018), Carver y Connor-Smith (2010), Contreras-Torres et al. (2009) y Pereira-Morales et al. (2018) incluyen variables de personalidad en el análisis de la relación entre estrés, afrontamiento y psicopatología. Cuestión que para futuras líneas de investigación resultaría de gran interés. Además, para una

mejor comprensión de la relación entre estrés, afrontamiento y salud mental, realizar un estudio similar con muestras general y clínica sería de gran utilidad.

### **Conclusión.**

Atendiendo a lo expuesto, se puede afirmar un mayor uso de estrategias de evitación al problema en población universitaria, tanto en hombres como en mujeres; observándose también una mayor frecuencia de estrategias de aproximación al problema en hombres que en mujeres. Ello se relaciona con la elevada presencia de psicopatología –principalmente de TEPT y otros síntomas de naturaleza ansiosa– en los participantes, siendo mayor en mujeres que en hombres. Por tanto, se confirma la relación entre las estrategias de evitación y una mayor sintomatología, así como entre las estrategias de aproximación al problema y una mayor ausencia de la misma.

Finalmente, cabe destacar que la relación entre estrés, afrontamiento y salud mental es muy compleja, puesto que influyen numerosos factores. Entre los más importantes destacan: la naturaleza y características (intensidad, duración, contenido) del estresor, la valoración y percepción de control sobre el mismo, la personalidad, la edad, el sexo y el apoyo social. Para una mejor comprensión de la misma, resulta necesario continuar investigando al respecto.



### Referencias

- Afshar, H., Roohafza, H. R., Hassanzadeh Keshteli, A., Mazaheri, M., Feizi, A. y Adibi, P. (2015). The association of personality traits and coping styles according to stress level. *Journal of Research in Medical Sciences*, 20, 353-358.
- American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5ª Ed.). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana, S. A.
- American Psychological Association (APA). (2017). Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults. Guideline Development Panel for the Treatment of PTSD in Adults. Recuperado de: <https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf>
- Berra, E., Muñoz, S. I., Vega, C. Z., Silva, A. y Gómez, G. (2014). Emociones, estrés y afrontamiento en adolescentes desde el modelo de Lazarus y Folkman. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 16(1), 37-57.
- Billings, A. G. y Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4(2), 139-157. doi:10.1007/bf00844267
- Burnos, A. y Bargiel-Matusiewicz, K. M. (2018). Quality of Life and PTSD Symptoms, and Temperament and Coping With Stress. *Frontiers in Psychology*, 9. doi:10.3389/fpsyg.2018.02072
- Carver, C. S. y Connor-Smith, J. (2010). Personality and Coping. *Annual Review of Psychology*, 61(1), 679-704. doi:10.1146/annurev.psych.093008.100352
- Casado, F. D. (2002). Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. *Apuntes de psicología*, 20(3), 403-414.

- Chen, Y., Peng, Y., Xu, H. y O'Brien, W. H. (2017). Age Differences in Stress and Coping: Problem-Focused Strategies Mediate the Relationship Between Age and Positive Affect. *The International Journal of Aging and Human Development*, 86(4), 347–363.  
doi:10.1177/0091415017720890
- Chinaveh, M. (2013). The effectiveness of problem-solving on coping Skills and Psychological Adjustment. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 84, 4-9. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.06.499
- Contreras-Torres, F. V., Espinosa-Méndez, J. C. y Esguerra-Pérez, G. A. (2009). Personalidad y afrontamiento en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 8(2), 311-322.
- Crespo, M., González-Ordi, H., Gómez-Gutiérrez, M. M. y Santamaría, P. (2019). *CIT, Cuestionario de Impacto del Trauma*. Madrid: TEA Ediciones.
- Eschenbeck, H., Schmid, S., Schröder, I., Wasserfall, N. y Kohlmann, C. W. (2018). Development of coping strategies from childhood to adolescence: Cross-sectional and longitudinal trends. *Zeitschrift Fur Gesundheitspsychologie*, 25(1), 18-30.  
doi:10.1027/2512-8442/a000005
- Felipe, E. y León, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 245-257.
- Figuroa, M. I., Contini, N., Lacunza, A. B., Levín, M. y Estévez, A. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de psicología*, 21(1), 66-72.
- Jiménez, L., Menéndez, S. y Hidalgo, M. V. (2008). Un análisis de los acontecimientos vitales estresantes durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología*, 26(3), 427-440.

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E.J., Cardoso, G., ... y

Koenen, K. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys.

*European Journal of Psychotraumatology*, 8(5), 1353383. doi:

10.1080/20008198.2017.1353383

Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Martínez, Y. (2017). *Rasgos de personalidad y estrategias de afrontamiento en personas con psicopatología* (Tesis doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona, España.

Moos, R. H. (1984). Context and coping: Toward a unifying conceptual framework.

*American Journal of Community Psychology*, 12(1), 5-36. doi:10.1007/bf00896933

Moos, R. H. (2010). CRI-A. Inventario de Respuestas de Afrontamiento (T. Kirchner y M. Forns, adaptadores). Madrid: TEA Ediciones, S. A.

Mughairbi, F. A., Abdulaziz Alnajjar, A. y Hamid, A. (2019). Effects of Psychoeducation and Stress Coping Techniques on Posttraumatic Stress Disorder Symptoms.

*Psychological Reports*, 0(0), 1-15. doi:10.1177/0033294118825101

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Recuperado de: [https://www.who.int/mental\\_health/action\\_plan\\_2013/es/](https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/es/)

Pereira-Morales, A. J., Adan, A., Lopez-Leon, S. y Forero, D. A. (2018). Personality traits and health-related quality of life: the mediator role of coping strategies and psychological distress. *Annals of General Psychiatry*, 17(1). doi:10.1186/s12991-018-0196-0

Rubio, L., Dumitrache, C., Cordon-Pozo, E. y Rubio-Herrera, R. (2015). Coping: Impact of Gender and Stressful Life Events in Middle and in Old Age. *Clinical Gerontologist*, 39(5), 468-488. doi:10.1080/07317115.2015.1132290

Suárez, M. A. (2010). La importancia del análisis de los acontecimientos vitales estresantes en la práctica clínica. *Revista Medica La Paz*, 16(2), 58-62.

Thomson, P. y Jaque, S. V. (2019). History of childhood adversity and coping strategies:

Positive ow and creative experiences. *Child Abuse & Neglect*, *90*, 185-192.

doi:10.1016/j.chiabu.2018.12.019

Watson, D. C. y Sinha, B. (2008). Emotion regulation, coping, and psychological symptoms.

*International Journal of Stress Management*, *15*(3), 222–234. doi:10.1037/1072-

5245.15.3.222

**Anexo**

**Anexo A: Registro de los datos sociodemográficos del CIT****a) Edad****b) Sexo****c) Estado Civil:**

- Soltero
- Matrimonio o En pareja
- Separación o Divorcio
- Viudez
- Otro

**d) Nivel de estudios:**

- Sin Estudios
- Primarios
- Secundarios
- Bachillerato
- Universitarios

**e) Situación laboral:**

- Estudiante
- Jubilado
- Labores del hogar
- Ocupado
- Parado
- Baja laboral
- Incapacidad
- Otro

**Anexo B: Registro de las situaciones traumáticas del CIT y sus características****a) Cuál de éstas le ha causado o sigue causando mayor malestar:**

- Desastres naturales
- Accidentes graves de medios de transporte
- Otro tipo de accidentes graves (laboral, doméstico...)
- Combate o zona de guerra
- Violación, abuso o ataque sexual
- Acoso (laboral, sexual...) o maltrato psicológico
- Violencia física
- Actos terroristas o tortura
- Encarcelamiento, detención o cautividad forzosa
- Muerte accidental o violenta de un ser querido
- Enfermedad muy grave propia o de un ser querido
- Otro: cualquier acontecimiento estresante

**b) Gravedad:**

- Leve
- Moderada
- Grave
- Extrema

**c) Frecuencia:**

- En una única ocasión
- En varias ocasiones
- De forma repetida

**d) A quien le sucedió:**

- A usted directamente

- Lo presencié pero no le sucedió
- Le sucedió a alguien cercano

**e) Cuándo:**

- En la infancia o adolescencia
- Hace más de 3 meses
- Hace menos de 3 meses
- En el último mes

**f) Qué supuso el acontecimiento:**

- Lesión grave propia
- Lesión grave o muerte de otras personas
- Amenaza a la propia integridad física
- Amenaza a la integridad física de otros
- Amenaza para la propia vida
- Amenaza para la vida de otros
- Escenas desagradables
- Amenazas para la dignidad personal
- Ninguna de las anteriores



Tabla 1

*Distribución de frecuencias de los datos sociodemográficos de la muestra*

	Muestra Total (N=63)		Hombres (n=27)		Mujeres (n=36)	
	N	%	N <sub>H</sub>	% <sub>H</sub>	N <sub>M</sub>	% <sub>M</sub>
<b>Estado civil</b>						
Soltero	44	69.84	19	70.37	25	69.44
Matrimonio/pareja	14	22.22	6	22.22	8	22.22
Separación/divorcio	0	0	0	0	0	0
Viudez	0	0	0	0	0	0
Otro	5	7.94	2	7.41	3	8.33
<b>Nivel de estudios</b>						
Sin estudios	0	0	0	0	0	0
Primarios	0	0	0	0	0	0
Secundarios	0	0	0	0	0	0
Bachillerato	26	41.27	11	40.74	15	41.67
Universitarios	37	58.73	16	59.26	21	58,33
<b>Situación laboral</b>						
Estudiante	54	85.71	23	85.19	31	86.11
Jubilado	1	1.59	1	3.70	0	0
Labor hogar	0	0	0	0	0	0
Ocupado	6	9.52	2	7.41	4	11.11
Parado	1	1.59	1	3.70	0	0
Baja laboral	0	0	0	0	0	0
Incapacidad	0	0	0	0	0	0
Otro	1	1.59	0	0	1	2.78

Tabla 2

*Distribución de frecuencias de las situaciones traumáticas experimentadas y sus características*

<b>Situaciones traumáticas</b>	<b>Muestra Total (N=63)</b>		<b>Hombres (n=27)</b>		<b>Mujeres (n=36)</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N<sub>H</sub></b>	<b>%<sub>H</sub></b>	<b>N<sub>M</sub></b>	<b>%<sub>M</sub></b>
Desastres naturales	2	3.17	1	3.70	1	2.78
Accidentes graves de medios de transporte	4	6.35	2	7.41	2	5.56
Otro tipo de accidentes graves (laboral, doméstico...)	1	1.59	1	3.70	0	0
Combate o zona de guerra	0	0	0	0	0	0
Violación, abuso o ataque sexual	2	3.17	1	3.70	1	2.78
Acoso (laboral, sexual, ...) o maltrato psicológico	6	9.52	2	7.41	4	11.11
Violencia física	1	1.59	0	0	1	2.78
Actos terroristas o tortura	0	0	0	0	0	0
Encarcelamiento, detención o cautividad forzosa	3	4.76	2	7.41	1	2.78
Muerte accidental o violenta de un ser querido	6	9.52	3	11.11	3	8.33
Enfermedad muy grave propia o de un ser querido	15	23.81	6	22.22	9	25
Violencia de género	2	3.17	0	0	2	5.56
Otro acontecimiento estresante	21	33.33	9	33.33	12	33.33
<b>¿Qué implicó la situación traumática?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N<sub>H</sub></b>	<b>%<sub>H</sub></b>	<b>N<sub>M</sub></b>	<b>%<sub>M</sub></b>
Lesión grave propia	1	1.59	1	3.70	0	0
Lesión grave o muerte de otras personas	8	12.70	5	18.52	3	8.33
Amenaza a la propia integridad física	0	0	0	0	0	0
Amenaza a la integridad física de otros	3	4.76	0	0	3	8.33
Amenaza para la propia vida	1	1.59	0	0	1	2.78
Amenaza para la vida de otros	9	14.29	2	7.41	7	19.44
Escenas desagradables	9	14.29	5	18.52	4	11.11
Amenazas para la dignidad personal	12	19.05	5	18.52	7	19.44
Ninguna de las anteriores	20	31.75	9	33.33	11	30.56
<b>¿A quien le sucedió?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N<sub>H</sub></b>	<b>%<sub>H</sub></b>	<b>N<sub>M</sub></b>	<b>%<sub>M</sub></b>
A la persona evaluada	39	61.90	18	66.67	21	58.33
La persona evaluada lo presencié	5	7.94	3	11.11	2	5.56
A alguien cercano	19	30.16	6	22.22	13	36.11
<b>¿Con qué frecuencia?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N<sub>H</sub></b>	<b>%<sub>H</sub></b>	<b>N<sub>M</sub></b>	<b>%<sub>M</sub></b>
Una vez	35	55.56	17	62.96	18	50
Varias veces	14	22.22	4	14.81	10	27.78
Repetidamente	14	22.22	6	22.22	8	22.22

<b>¿Cuál fue su gravedad?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N<sub>H</sub></b>	<b>%<sub>H</sub></b>	<b>N<sub>M</sub></b>	<b>%<sub>M</sub></b>
Leve	5	7.94	3	11.11	2	5.56
Moderada	18	28.57	6	22.22	12	33.33
Grave	33	52.38	15	55.56	18	50
Extrema	7	11.11	3	11.11	4	11.11
<b>¿Cuándo sucedió?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N<sub>H</sub></b>	<b>%<sub>H</sub></b>	<b>N<sub>M</sub></b>	<b>%<sub>M</sub></b>
En la infancia/adolescencia	21	33.33	7	25.93	14	38.89
Hace más de 3 meses	31	49.21	15	55.56	16	44.44
Hace menos de 3 meses	7	11.11	3	11.11	4	11.11
En el último mes	3	4.76	1	3.70	2	5.56
No responde	1	1.59	1	3.70	0	0

Tabla 3

*Estadísticos descriptivos de las escalas del CRI-A*

<b>Estrategias de aproximación al problema</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. Est.</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
Respuestas cognitivas:				
Análisis lógico (AI)	48.43	24.86	2	98
Reevaluación positiva (RP)	39.59	28.57	2	99
Respuestas conductuales:				
Búsqueda de guía y soporte (BG)	42.54	28.51	1	99
Solución de problemas (SP)	32.02	27.48	1	90
<b>Estrategias de evitación del problema</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. Est.</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
Respuestas cognitivas:				
Evitación cognitiva (EC)	60.13	25.24	15	98
Aceptación o resignación (AR)	53.56	26.73	1	99
Respuestas conductuales:				
Búsqueda de recompensas alternativas (BR)	44.59	30.44	1	99
Descarga emocional (DE)	49.33	28.89	3	99

Tabla 4

*Estadísticos descriptivos de las escalas del LSB-50*

<b>Índices generales</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. Est.</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
Índice global de severidad (Global)	63.11	26.82	3	99
Número de síntomas presentes (Num)	68.79	25.02	3	99
Índice de intensidad de síntomas presentes (Int)	41.73	23.92	5	98
<b>Escalas clínicas</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. Est.</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
Psicorreactividad (Pr)	73.49	25.25	10	99
Hipersensibilidad (Hp)	73.51	21.75	30	99
Obsesión-compulsión (Ob)	73.37	23.89	15	99
Ansiedad (An)	69.33	21.97	20	99
Hostilidad (Hs)	64.03	22.04	30	99
Somatización (Sm)	49.56	24.62	15	99
Depresión (De)	59.70	24.38	5	99
Alteraciones del sueño (Su)	56.10	26.00	20	99
Alteraciones del sueño–Ampliada (Su-a)	57.43	27.54	10	99
<b>Índice de riesgo psicopatológico</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. Est.</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
Índice de riesgo psicopatológico (IRPsi)	67.90	22.27	30	99

Tabla 5

*Estadísticos descriptivos de las escalas del CIT*

<b>Escalas de estrés postraumático</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. Est.</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
Intrusión (Int)	76.56	16.82	40.14	95.14
Evitación (Evi)	65.95	12.08	38.11	81.83
Alteración Cognitiva y del estado de ánimo (Cog)	82.10	17.87	39.66	104.78
Alteración en la activación y reactividad (Act)	73.71	13.32	37.89	94.71
Disociación (Dis)	80.43	25.53	42.51	137.90
Disociación Psicológica (Dps)	76.48	21.64	42.30	119.30
Disociación somática (Dso)	78.36	27.63	44.64	145.17
Cambio vital (Cvi)	70.58	11.34	40.45	85.75
<b>Escalas de síntomas</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. Est.</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
Problemas somáticos (Som)	69.59	16.69	38.12	99.19
Alteraciones del sueño (Sue)	73.64	14.30	39.94	91.78
Ansiedad (Ans)	72.15	12.68	36.88	87.44
Rumiación (Rum)	60.65	10.77	37.94	80.34
Pánico (Pan)	80.21	20.71	42.08	119.33
Depresión (Dep)	81.41	17.34	39.55	106.02
Desregulación emocional (Des)	67.82	12.14	38.75	90.56
Malestar sexual (Msx)	94.95	29.41	45.02	131.45
Alteraciones en la conducta alimentaria (Ali)	59.26	15.58	42.86	106.81
Ideación suicida (Sui)	78.61	33.78	46.55	173.98
Autolesiones (Les)	85.43	45.29	47.36	222.61
Abuso de sustancias (Sus)	62.81	17.49	45.41	115.73
Conductas de riesgo (Rie)	60.66	13.75	43.49	105.68
Conductas sexuales de riesgo (Sex)	60.29	21.60	46.82	136.59
Ira (Ira)	59.50	13.32	40.45	89.48
Dependencia emocional (Dpn)	66.28	12.32	38.20	88.01
Distanciamiento social (Dsc)	72.96	13.82	40.32	92.86
<b>Escalas de alteraciones en las creencias</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. Est.</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
Creencias negativas sobre uno mismo (Aut)	77.87	16.07	41.57	98.17
Creencias negativas de culpa (Cul)	71.29	14.11	39.37	97.88
Creencias negativas sobre el mundo y el futuro (Mun)	68.86	13.25	36.42	90.56
Creencias negativas sobre los demás (Dem)	68.24	12.08	38.34	90.01
Autosabotaje (Sab)	78.03	21.02	45.61	122.92
<b>Escala de deterioro en el funcionamiento</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. Est.</b>	<b>Min.</b>	<b>Max.</b>
Deterioro en el funcionamiento (Det)	80.35	16.75	42.33	98.78

Tabla 6

*Pruebas de Normalidad de las escalas del CRI-A*

<b>Estrategias de aproximación al problema</b>			<b>Hombres (n=27)</b>		<b>Mujeres (n=36)</b>	
	<b>Z</b>	<b>p</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
Análisis Lógico (AL)	1.019*	.25	.784*	.57	.938*	.342
Reevaluación Positiva (RP)	1.486	.024	.788*	.565	1.543	.017
Búsqueda de Guía y soporte (BG)	.943*	.336	.972*	.301	.973*	.30
Solución de Problemas (SP)	1.557	.016	.872*	.433	1.338*	.056
<b>Estrategias de evitación al problema</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
Evitación Cognitiva (EC)	1.206*	.109	.861*	.449	.876*	.427
Aceptación – Resignación (AR)	.843*	.475	.698*	.715	.993*	.277
Búsqueda Recompensas alternativas (BR)	1.108*	.172	.475*	.978	1.103*	.176
Descarga Emocional (DE)	1.07*	.203	.934*	.347	.769*	.596

*Nota:* \*. La distribución es Normal.

Tabla 7

*Pruebas de Normalidad de las escalas del LSB-50*

Índices generales	Z	p	Hombres (n=27)		Mujeres (n=36)	
			Z	p	Z	p
Índice Global de Severidad (Global)	1.422	.035	1.065*	.207	1.09*	.186
Número de síntomas presentes (Num)	1.057*	.214	1.164*	.133	.667*	.765
Índice de Intensidad de síntomas (Int)	1.556	.016	1.071*	.202	1.123*	.16
Escalas clínicas	Z	p	Z	p	Z	p
Psicorreactividad (Pr)	1.584	.013	1.034*	.235	1.195*	.115
Hipersensibilidad (Hp)	1.288*	.072	.895*	.40	1.037*	.232
Obsesión-Compulsión (Ob)	1.413	.037	1.06*	.211	1.266*	.081
Ansiedad (An)	1.542	.017	1.469	.027	.934*	.347
Hostilidad (Hs)	1.416	.036	1.341*	.055	1.104*	.175
Somatización (Sm)	1.23*	.097	1.314*	.063	.883*	.416
Depresión (De)	.787*	.566	.791*	.559	.548*	.925
Alteraciones del sueño (Su)	1.242*	.091	1.033*	.236	.928*	.355
Alteraciones del sueño–Ampliada (Su-a)	1.082*	.192	1.028*	.241	.984*	.288
Índice de riesgo psicopatológico	Z	p	Z	p	Z	p
Índice de riesgo psicopatológico (IRPsi)	1.267*	.081	1.545	.017	.741*	.642

Nota: \*. La distribución es Normal.



Tabla 8

*Pruebas de Normalidad de las escalas del CIT*

Escalas de estrés postraumático	Z	p	Hombres (n=27)		Mujeres (n=36)	
			Z	p	Z	p
Intrusión (Int)	1.356*	.051	.92*	.366	1.38	.044
Evitación (Evi)	1.072*	.2	.94*	.34	1.066*	.206
Alteración Cognitiva y del estado de ánimo (Cog)	1.695	.006	.93*	.352	1.505	.021
Alteración en la activación y reactividad (Act)	1.208*	.108	.767*	.599	1.418	.036
Disociación (Dis)	.779*	.579	.96*	.315	.429*	.993
Disociación Psicológica (Dps)	.783*	.572	.921*	.365	.503*	.962
Disociación somática (Dso)	.882*	.418	.774*	.587	.509*	.958
Cambio vital (Cvi)	1.637	.009	.723*	.672	1.676	.007
<b>Escalas de síntomas</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
Problemas somáticos (Som)	.566*	.905	.712*	.692	.55*	.923
Alteraciones del sueño (Sue)	1.228*	.098	.97*	.303	1.033*	.237
Ansiedad (Ans)	1.604	.012	.674*	.753	1.565	.015
Rumiación (Rum)	1.106*	.173	.782*	.574	.977*	.295
Pánico (Pan)	.976*	.296	.544*	.929	.833*	.492
Depresión (Dep)	1.449	.03	.957*	.319	1.256*	.085
Desregulación emocional (Des)	.921*	.364	.546*	.926	.785*	.569
Malestar sexual (Msx)	.892*	.404	1.005*	.265	.724*	.671
Alteraciones en la conducta alimentaria (Ali)	1.539	.018	1.427	.034	.835*	.489
Ideación suicida (Sui)	1.359	.05	1.346*	.053	.723*	.673
Autolesiones (Les)	1.699	.006	1.538	.018	.937*	.344
Abuso de sustancias (Sus)	1.497	.023	1.181*	.123	.951*	.326
Conductas de riesgo (Rie)	.952*	.325	.964*	.31	.608*	.853
Conductas sexuales de riesgo (Sex)	2.421	.000	1.547	.017	1.855	.002
Ira (Ira)	.835*	.488	.694*	.721	.957*	.32
Dependencia emocional (Dpn)	.837*	.485	.665*	.768	.838*	.484
Distanciamiento social (Dsc)	1.425	.035	.842*	.478	1.179*	.124
<b>Escalas de alteraciones en las creencias</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
Creencias negativas sobre uno mismo (Aut)	1.42	.035	.876*	.427	1.191*	.117
Creencias negativas de culpa (Cul)	1.221*	.101	.918*	.368	1.143*	.147
Creencias negativas sobre el mundo y futuro (Mun)	1.198*	.113	.608*	.854	1.06*	.211
Creencias negativas sobre los demás (Dem)	1.127*	.158	.739*	.646	.965*	.309
Autosabotaje (Sab)	.772*	.591	.742*	.64	.737*	.649
<b>Escala de deterioro en el funcionamiento</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
Deterioro en el funcionamiento (Det)	1.631	.01	1.083*	.191	1.322*	.061

Tabla 9

*Comparaciones por pares de las escalas del CRI-A*

(I) CRI-A	(J) CRI-A	Dif. de medias (I-J)	Error est.	t	p
AL	RP	8.841	4.942	3.899	1.000
	BG	5.889	4.465	1.424	1.000
	SP	16.413*	3.731	12.682	.001
	EC	-11.698	3.719	-15.417	.071
	AR	-5.127	4.693	-9.82	1.000
	BR	3.841	4.122	-0.281	1.000
	DE	-.905	3.763	-4.668	1.000
RP	BG	-2.952	3.927	-6.879	1.000
	SP	7.571	3.629	3.942	1.000
	EC	-20.540*	4.770	-25.31	.002
	AR	-13.968	4.864	-18.832	.156
	BR	-5.000	4.702	-9.702	1.000
	DE	-9.746	4.845	-14.591	1.000
BG	SP	10.524	3.450	7.074	.094
	EC	-17.587*	5.116	-22.703	.030
	AR	-11.016	5.183	-16.199	1.000
	BR	-2.048	4.651	-6.699	1.000
	DE	-6.794	4.615	-11.409	1.000
SP	EC	-28.111*	4.691	-32.802	.000
	AR	-21.540*	5.424	-26.964	.005
	BR	-12.571	4.311	-16.882	.138
	DE	-17.317*	4.554	-21.871	.009
EC	AR	6.571	3.793	2.778	1.000
	BR	15.540*	4.268	11.272	.016
	DE	10.794	4.740	6.054	.735
AR	BR	8.968	4.291	4.677	1.000
	DE	4.222	4.160	0.062	1.000
BR	DE	-4.746	3.691	-8.437	1.000

*Nota:* Basadas en las medias marginales estimadas. Ajuste para comparaciones múltiples de Bonferroni.

*Nota 2:* \*. La diferencia de medias es significativa.

Tabla 10.1

*Matriz de correlaciones de Pearson de la relación entre CRI-A y LSB-50*

	AL	BG	EC	AR	BR	DE
Num	.346**	-.097	.188	.318*	.277*	.309*
Hp	.293*	-.202	.083	.214	.142	.219
Sm	.184	.122	.137	.122	.343**	.260*
De	.289*	-.069	.131	.330**	.212	.286*
Su	.317*	.034	.177	.225	.347**	.333**
Su-a	.411**	-.023	.183	.260*	.357**	.386**
IRPsi	.140	-.201	.185	.235	.285*	.227

*Nota:* \*\*. La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral). \*. La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

Tabla 10.2

*Matriz de correlaciones de Spearman de la relación entre CRI-A y LSB-50*

	RP	SP
Global	-.145	-.032
Int	-.148	-.069
Pr	-.188	-.082
Ob	-.146	-.106
An	-.173	-.036
Hs	-.080	-.065

*Nota:* \*\*. La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral). \*. La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

Tabla 11.1

*Matriz de correlaciones de Pearson de la relación entre CRI-A y CIT*

	AL	BG	EC	AR	BR	DE
Int	-.225	.145	-.057	-.079	-.134	-.118
Evi	-.225	.055	-.053	-.101	-.185	-.205
Act	-.203	.019	.041	.006	-.058	-.082
Dps	-.230	-.112	-.091	-.109	-.152	-.102
Dso	-.248	-.034	-.101	-.105	-.165	-.115
Dis	-.186	-.183	-.071	-.102	-.121	-.077
Som	-.196	-.061	-.075	-.114	-.168	-.138
Sue	-.169	.155	-.032	.030	-.044	-.169
Rum	-.136	.228	-.032	-.084	.101	.055
Pan	-.201	-.007	-.069	-.049	-.092	-.090
Des	-.211	-.031	-.074	-.072	-.187	-.118
Msx	.018	.087	-.157	-.117	-.117	-.116
Sui	-.307*	-.116	-.086	.104	-.044	.038
Rie	-.131	-.172	.009	.050	-.067	.100
Ira	-.014	-.258*	.210	-.043	-.159	.067
Dpn	-.197	-.046	-.093	-.009	-.081	-.156
Cul	-.164	.135	.048	.064	-.043	-.023
Mun	-.256*	.023	-.051	-.054	-.147	-.192
Dem	-.119	.037	-.061	-.103	-.212	-.169
Sab	-.237	-.030	.035	.059	.008	-.042

Nota: \*\*. La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral). \*. La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

Tabla 11.2

*Matriz de correlaciones de Spearman de la relación entre CRI-A y CIT*

	RP	SP
Cog	-.177	.038
Cvi	.104	.078
Ans	.098	.016
Dep	.119	-.025
Ali	-.113	-.072
Les	.064	-.053
Sus	.001	-.105
Sex	-.174	-.143
Dsc	.092	.175
Aut	.151	-.091
Det	.020	-.118

*Nota:* \*\*. La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral). \*. La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

Tabla 12

*Comparación de las estrategias de afrontamiento en hombres y mujeres*

<b>Estrategias de aproximación al problema</b>	<b>Hombres (n=27)</b>	<b>Mujeres (n=36)</b>	<b>t / U</b>	<b>p</b>
	<b>Media (SD)</b>	<b>Media (SD)</b>		
Análisis Lógico	60.15 (19.25)	39.64 (25.19)	3.526**	.001
Reevaluación Positiva	44.63 (27.92)	35.81 (28.85)	398	.220
Búsqueda de Guía y soporte	56.26 (26.01)	32.25 (26.13)	3.616**	.001
Solución de Problemas	39.48 (30.34)	26.42 (24.06)	1.907	.061
<b>Estrategias de evitación del problema</b>	<b>Media (SD)</b>	<b>Media (SD)</b>	<b>t / U</b>	<b>p</b>
Evitación Cognitiva	57,37 (27.12)	62.19 (23.93)	-.748	.457
Aceptación - Resignación	50,81 (27.54)	55.61 (26.31)	-.702	.485
Búsqueda Recompensas alternativas	54,22 (27.16)	37.36 (31.12)	2.245*	.028
Descarga Emocional	56,33 (27.38)	44.08 (29.26)	1.690	.096

Tabla 13

*Comparación de la sintomatología del LSB-50 en hombres y mujeres*

	<b>Hombres (n=27) Mujeres (n=36)</b>		<b>t / U</b>	<b>p</b>
	<b>Media (SD)</b>	<b>Media (SD)</b>		
<b>Índices generales</b>				
Índice Global de Severidad (Global)	67.33 (26.08)	59.94 (27.29)	1.084	.283
Número de síntomas presentes (Num)	72.04 (23.74)	66.36 (26.01)	.890	.377
Índice de Intensidad de síntomas (Int)	43.93 (23.35)	40.08 (24.55)	.628	.532
<b>Escalas clínicas</b>	<b>Media (SD)</b>	<b>Media (SD)</b>	<b>t / U</b>	<b>p</b>
Psicorreactividad (Pr)	71.52 (28.74)	74.97 (22.59)	-.534	.595
Hipersensibilidad (Hp)	71.93 (24.39)	74.69 (19.81)	-.497	.621
Obsesión-Compulsión (Ob)	70.11 (26.05)	75.81 (22.20)	-.935	.353
Ansiedad (An)	73.96 (20.47)	65.86 (22.69)	.379	.134
Hostilidad (Hs)	68.56 (21.52)	60.64 (22.11)	1.423	.160
Somatización (Sm)	52.52 (27.37)	47.33 (22.47)	.825	.412
Depresión (De)	63.26 (23.86)	57.03 (24.75)	1.004	.319
Alteraciones del sueño (Su)	65.30 (23.99)	49.19 (25.61)	2.537*	.014
Alteraciones del sueño-Ampliada (Su-a)	68.26 (22.29)	49.31 (28.56)	2.855*	.006
<b>Índice de riesgo psicopatológico</b>	<b>Media (SD)</b>	<b>Media (SD)</b>	<b>t / U</b>	<b>p</b>
Índice de riesgo psicopatológico (IRPsi)	69.37 (24.09)	66.81 (21.07)	.427	.410

Tabla 14

*Comparación de la sintomatología del CIT en hombres y mujeres*

Escala de estrés postraumático	Hombres (n=27)	Mujeres (n=36)	t / U	p
	Media (SD)	Media (SD)		
Intrusión (Int)	71.93 (17.88)	80.02 (15.32)	347	.053
Evitación (Evi)	63.01 (12.48)	68.17 (11.44)	-1.704	.094
Alteración Cognitiva y del estado de ánimo (Cog)	76.95 (18.49)	85.96 (16.61)	337.5*	.039
Alteración en la activación y reactividad (Act)	69.98 (13.48)	76.51 (12.66)	328*	.028
Disociación (Dis)	68.44 (19.64)	89.42 (25.96)	-3.413**	.001
Disociación Psicológica (Dps)	67.14 (18.21)	83.49 (21.56)	-3.511*	.002
Disociación somática (Dso)	65.69 (20.22)	87.87 (28.84)	-3.180**	.001
Cambio vital (Cvi)	69.65 (10.63)	71.28 (11.95)	399	.227
Escala de síntomas	Media (SD)	Media (SD)	t / U	p
Problemas somáticos (Som)	62.62 (16.53)	74.82 (15.00)	-3.059*	.003
Alteraciones del sueño (Sue)	70.74 (15.03)	75.82 (13.53)	-1.404	.165
Ansiedad (Ans)	69.04 (12.96)	74.49 (12.13)	-1.713	.054
Rumiación (Rum)	61.08 (10.31)	60.32 (11.23)	.275	.784
Pánico (Pan)	73.98 (20.51)	84.89 (19.87)	-2.126*	.038
Depresión (Dep)	76.48 (18.26)	85.11 (15.88)	-2.003	.050
Desregulación emocional (Des)	64.26 (10.86)	70.48 (12.50)	-2.066*	.043
Malestar sexual (Msx)	90.01 (31.05)	98.66 (27.98)	-1.159	.251
Alteraciones en la conducta alimentaria (Ali)	57.57 (14.70)	60.53 (16.30)	425.5	.398
Ideación suicida (Sui)	64.03 (23.88)	89.55 (36.20)	-3.178*	.002
Autolesiones (Les)	76,06 (45.28)	92,46 (44.63)	355	.062
Abuso de sustancias (Sus)	59,50 (18.11)	65,29 (16.83)	-1.306	.196
Conductas de riesgo (Rie)	55,90 (10.15)	64,22 (15.10)	-2.472*	.016
Conductas sexuales de riesgo (Sex)	57,70 (20.50)	62,23 (22.48)	444	.517
Ira (Ira)	58,68 (10.74)	60,12 (15.09)	-.420	.676
Dependencia emocional (Dpn)	63,34 (11.10)	68,49 (12.88)	-1.665	.101
Distanciamiento social (Dsc)	70,19 (14.24)	75,03 (13.32)	-1.387	.170
Escala de alteraciones en las creencias	Media (SD)	Media (SD)	t / U	p
Creencias negativas sobre uno mismo (Aut)	73.64 (16.43)	81,03 (15.26)	-1.841	.071
Creencias negativas de culpa (Cul)	68.12 (13.41)	73,66 (14.34)	-1.561	.124
Creencias negativas sobre el mundo y el futuro (Mun)	64.78 (12.62)	71,92 (13.04)	-2.181	.033
Creencias negativas sobre los demás (Dem)	65.13 (11.87)	70,57 (11.87)	-1.799	.077
Autosabotaje (Sab)	67.80 (16.21)	85,70 (21.12)	-3.664**	.001
Escala de deterioro en el funcionamiento	Media (SD)	Media (SD)	t / U	p
Deterioro en el funcionamiento (Det)	75.78 (18.05)	83,77 (15.05)	-1.914	.060